ARGENTINA

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional Vigente: 1994

El derecho a la salud no está mencionado como tal en la Constitución sino a partir de la adhesión a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art.25) y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por Argentina en 1986. Es decir, la salud aparece como un derecho a partir de la adhesión a instrumentos internacionales que el país ha ratificado.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

República Federal presidencialista – Territorio organizado en 24 jurisdicciones (23 provincias y 1 la CABA – Ciudad Autónoma de Buenos Aires- sede del gobierno nacional) y más de 2200 municipios.
Sistema de Salud: Basado en una estructura política federal, profundamente descentralizado en la provisión y administración de los servicios de salud. Las provincias tienen total autonomía en materia de salud.

Tres subsectores: público (provee y financia salud a partir de cada ministerio de salud provincial y el MSAL), la seguridad social financia servicios prestados mayoritariamente por instituciones privadas y médicos contratados (298 obras sociales nacionales, 24 provinciales y el INSSJP, Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – PAMI-) y la medicina prepaga (no existen datos consolidados pero se calcula la existencia de unas 200 a 250 empresas de medicina prepaga)

3 Protección social en salud Coberturas en salud

Subsector seguro social: para los trabajadores del mercado formal cubre 55% de la población = 12% Obras Sociales Provinciales + 34% Obras Sociales Nacionales + 9% Programa de Asistencia Médica Integral para jubilados (PAMI).

Subsector público: cubre el 35% de la población que no cuenta con seguro social de salud, en general los de menor renta aunque formalmente su cobertura sea considerada universal; otros 2% son cubiertos por planes estatales de salud con garantías explicitas – Plan Nacer y Plan Federal de Salud (PROFE).

Subsector Privado: empresas de medicina prepaga = 8% de la población.

Obras Sociales Nacionales y las Empresas de Medicina prepaga deben ofrecer el Programa Médico Obligatorio (PMO) que establece una canasta prestacional mínima.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Argentina	55% Obras Sociales	2% con garantías explicitas en planes estatales de salud Plan Nacer y Plan Federal de Salud (PROFE)	35% Acceso universal	8%

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

Gasto total en salud: según diferentes estimaciones, el gasto total en servicios de salud en Argentina, medido como porcentaje del PIB, para el año 2009 se ubica entre el 8,6% y 9,4%.

El gasto público en salud sumado al de la seguridad social tiene participación promedio, del orden del 4,8% del PBI, destacándose 2009 como el año de mayor participación con el 6,2%, mientras que 2003 y 2004 registran la menor relevancia con el 4,3% y 4,2% respectivamente.

El gasto público en salud, incluido la seguridad social, representa aproximadamente el 70% del gasto total en salud.

Gasto privado en salud: entre el 35% y el 28% de gasto de bolsillo.

Fuentes: Atención Pública de la Salud –rentas generales y créditos internacionales. Obras Sociales Nacionales –aportes del trabajador (3% del salario) y del empleador (6% del salario). PAMI-INSSJP –aportes de los trabajadores en actividad (5% del salario, 3% aporte personal y 2% patronal); el aporte de los pasivos, que varían entre 6% y 3% de sus ingresos; y contribuciones del tesoro nacional. Gratuidad en los servicios públicos.

5 Investigación e Innovación

Argentina cuenta con tres ministerios que producen, financian y regulan la investigación en salud a través de sus distintas dependencias, políticas y programas. El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (MINCyT) tiene dos secretarías y dos organismos descentralizados: Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). El Ministerio de Educación (ME), a través de la Secretaría de Políticas Universitarias coordina el Programa de incentivos a docentes-investigadores de las universidades nacionales.
El Ministerio de Salud tiene una estructura conformada por tres secretarías, una de ellas destinada específicamente a la investigación y dos organismos descentralizados, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), que través de sus 6 institutos y 5 centros llevan a cabo diferentes líneas de investigación. También dentro del ámbito del MSAL, funciona la Comisión Nacional Salud Investiga que selecciona, otorga y evalúa las becas de investigación socio-sanitaria. En los últimos años se han creado dos instituciones en el ámbito de la investigación pública en salud: El Instituto Nacional del Cáncer (INC) y el Instituto de Medicina Tropical (INMeT, creado en 2010) con sede en la Provincia de Misiones y dependiente del MSAL

REFERENCIAS:

OECD Health Data 2011.OECD.Stat Extracts. disponible en http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INEQUALITY acceso 21.03.2012.

OMS, 2011. Estadísticas Mundiales de Salud 2011. Ginebra: OMS, disponible en http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html acceso en 07.03.2012

OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS: Ginebra, 2000.

OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria en Salud: más necesaria que nunca. OMS: Ginebra, 2008.

OMS/WHO. First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter on Health Promotion. Geneva: World Health Organization, 1986.

OMS/WHO. Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health; 2005.

OMS/WHO. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Draft; 2005.

OMS/WHO. Cerrando la Brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud (documento de trabajo), Conferencia Mundial sobre los Determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro: OMS/WHO; 2011

OPS-Organización Panamericana de la Salud. Cuentas de Salud (CS) y Cuentas Nacionales de Salud (CNS) en las Américas. OPS: Washington, 2003[a]. disponible en http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/ha-nha-sum.pdf acceso en 07.03.2012

OPS-Organización Panamericana de la Salud. Indicadores y Datos Básicos 2009. disponible en http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm acceso en 07.03.2012 acceso en 25.02.2012.

BOLIVIA

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 2009 – Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

El derecho a la salud está considerado en los artículos 18, 35 y 36, indicando que todas las personas tienen derecho a la salud y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas y el acceso al Seguro Universal de salud. Instituye un sistema único de salud.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Estado Plurinacional de Bolivia – Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario – Territorio dividido en 9 departamentos. Hay autonomías departamentales, Autonomías indígenas Originario Campesinas, Autonomías Municipales y Autonomías Regionales. Existen cuatro esferas de gobierno en salud:

1) Esfera Nacional: Ministerio de Salud y Deportes como ente rector y formulador de normas.
2) Esfera departamental: Servicios departamentales de salud que están bajo la jurisdicción de los gobiernos departamentales y tienen dependencia técnica del Ministerio de Salud y Deporte.
3) Esfera municipal: Administran los establecimientos de salud a través de los Directorios Locales de Salud.
4) Esfera indígena: garantiza una atención diferenciada para los indígenas, fomentando la participación en la toma de decisiones.

El Sistema Nacional de Salud está conformado por cuatro subsectores:

El subsector público, que brinda servicios de salud a las personas que no están afiliadas al seguro social obligatorio; está comandado por el Ministerio de Salud y Deportes como formulador de políticas y regulación.
El subsector de la seguridad social atiende a los trabajadores asalariados. Está conformado por 9 entes gestores (Cajas de Salud) y seguros delegados.

El subsector privado corresponde a las compañías de seguro, las compañías de medicina prepaga y las organizaciones no gubernamentales.
El subsector de medicina tradicional tiene como objetivo facilitar el acceso a una atención de salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural; está bajo la responsabilidad del Vice Ministro de Medicina Tradicional e interculturalidad.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

Funcionan seguros públicos y programas de protección social:
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), para menores de cinco años de edad y sus madres.
Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), para mayores de sesenta años.
Programa Nacional del Bono Juana Azurduy, para reducir los índices de mortalidad materno-infantil.

Programa Multisectorial Desnutrición Cero, para erradicar la desnutrición crónica y aguda en menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años de edad.
Los seguros sociales o públicos cubren 42.5% de la población. Incluye la cobertura por: los seguros públicos, SUMI y SSPAM, que alcanza 11.9% de la población total; más seguros sociales (previsión social) con diversas cajas de salud de contribución obligatoria para trabajadores formales que cubren 30.6% de la población.
La brecha de cobertura se estima en 57.5% del total de la población.

La población de 0 a 4 años está 100% protegida: 78% por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y 22% por la Seguridad Social. La población mayor de sesenta años está 100% protegida: el 74% por la Seguridad Social y el 26% por el Seguro de Salud para el Adulto Mayor.
Sin embargo, solamente el 28% de la población de 5 a 59 años está protegida, cubierta por la Seguridad Social.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Bolivia	30.6% Cajas de Salud	11.9% SUMI y SSPAM Materno Infantil hasta 21 años y adulto mayor	Cobro en los servicios públicos para los no asegurados hasta el año 2011 (57.5% exclusión en salud)	

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

Los gastos totales en salud como proporción del PBI en 2008 fueron de 4.6%, correspondiendo el 1.8% al gasto público en salud, el 1.3% al gasto en la Seguridad Social en Salud y el 1.5% al gasto privado en salud.

Los gastos en salud para el año 2008 fueron: Subsector público 42%, Subsector Seguridad Social 28%, Subsector privado 30%.

Fuentes: El mayor financiador público es el Tesoro de la Nación, cubriendo el pago de los recursos humanos y los programas nacionales de salud. Los municipios financian el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y del Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM), además tienen responsabilidad de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos.

Gratuidad: La Constitución señala que el sistema único de salud será gratuito, pero hasta el año 2011, la población no beneficiaria de los seguros SUMI y SSPAM realiza pagos por atención médica en los establecimientos públicos de salud.

5 Investigación e Innovación

Existen políticas y programas de investigación en salud en nutrición, chagas y malaria.
Hay una norma sobre investigación y los requisitos para la elaboración de los protocolos de investigación. La formulan los programas de acuerdo al Plan de Desarrollo Sectorial y enmarcado en el Plan de Desarrollo Nacional. La implementación está a cargo de los Programas, a través de los Servicios Departamentales de Salud y organizaciones no gubernamentales elegidas como sub-receptores por financiadores externos.
Los proyectos deben ser evaluados por la Comisión Nacional de Bioética y la Comisión Nacional de Bioética e Investigación. El financiamiento es externo y del Tesoro General de la Nación.

Los proyectos de investigación del propio país son muy escasos y los actores son locales y municipales y no gubernamentales, algunas universidades y cooperaciones educativas de la Iglesia a poblaciones vulnerables.

Bolivia está alineada a la Declaración de México sobre las Investigaciones Sanitarias emitida en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud realizada en México D.F. del 16 al 20 de setiembre de 2004 y ha preparado las bases para la creación del Sistema Plurinacional de Investigación en Salud (SIPLIS).

REFERENCIAS:

Colque Mollo R. Perfil del Sistema de Salud. Bolivia. 2007. Informe Final de Consultoría. La Paz. Bolivia. 2007.

Ministerio de Salud y Deportes. INASES. Inventario de equipamiento y recursos humanos. La Paz Bolivia. 2006.

Ministerio de Salud y Deportes. Diagnóstico Rápido para la Reestructuración de las Redes de Salud. La Paz, Bolivia. 2010.

Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. INE. Informe Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Paz, Bolivia. 2001.

BRASIL

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1988

Los artículos 196 y 198 consagran la salud como derecho de todos y deber del Estado, el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación. Así mismo, determina un sistema único descentralizado con dirección única en cada esfera de gobierno, priorizando las actividades preventivas y la participación de la comunidad.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Brasil es una República Federativa de régimen presidencialista, constituido por tres niveles de gobierno: La Federación, los estados y los municipios. El territorio está dividido en 26 estados y un Distrito Federal y 5.564 municipios. Las directrices del Sistema Único de Salud (SUS) son: el derecho universal a la atención integral, preventiva y curativa en todos los niveles de complejidad del sistema, la participación social y la descentralización.

El Sistema Único de Salud tiene dos sectores:

El Sector Público, es de acceso universal y financiación fiscal, con tres niveles de gestión. La Unión, con el Ministerio de Salud, los 26 estados y 5,564 municipios con correspondientes secretarías de salud y consejos de salud. Los tres entes federados tienen responsabilidades en salud. Existen dos niveles de concertación entre entes federados: La Comisión Intergestores Tripartita a nivel nacional y las Comisiones Intergestores Bipartitas en los estados. El Sistema Único de Salud tiene servicios públicos propios y contrata parte de los servicios privados especializados y hospitalarios.

El Sector Privado está constituido por operadoras de planes y seguros privados de salud prepagos con cobertura del 25% de la población y por servicios privados a los que se accede por pagos directos de bolsillo.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El Sistema Único de Salud (SUS) tiene cobertura universal con atención integral desde la atención básica hasta la alta complejidad, como trasplante de órganos. Con la Constitución de 1988 fueron unificadas las instituciones de salud del Seguro Social y del Ministerio de Salud.

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

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Brasil			100% SUS acceso universal (principalmente el 75% sin otra cobertura	25% (voluntarios – pagos por las empresas o individuos

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

Los gastos totales en salud como proporción del PBI en 2008 fueron de 8,4%.

La financiación pública en salud es de 3,67% del PBI, con participación del Gobierno Federal (1,67%), los estados (0,93%) y municipios (1,07%).
Esto corresponde a 56% de gastos privados y 44% gastos públicos en salud.

Fuentes: El SUS se financia por las tres esferas de gobierno: La Unión cubre 44,8% de los gastos con acciones y servicios de salud, los estados 25,6% y los municipios 29,6% (2008).

Las fuentes de financiación federal son tributaciones sociales, tales como la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social (COFINS) (35%), Contribución sobre el Lucro Líquido de las empresas (CSLL) (35%) y fuentes fiscales (20%).
Los servicios de salud públicos son gratuitos.

5 Investigación e Innovación

La Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud (PNCTIS) es parte de la Política Nacional de Salud y su principal función es contribuir para el desarrollo científico y tecnológico nacional.

Entre las funciones de la PNCTIS resalta la construcción de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en salud (ANPPS), que fue elaborada respetando las necesidades nacionales y regionales de salud. Los temas de investigación que conforman la ANPPS comprenden tópicos específicos organizados en 24 sub agendas que abarcan diversas áreas del conocimiento.

La ANPPS propicia la identificación de los principales retos que serán enfrentados por el sistema de salud brasileño y constituye un instrumento importante para la formulación de convocatorias por parte de las agencias de fomento e instituciones de salud. Sin embargo, las 833 líneas de investigación no indican las prioridades.

Con esta debilidad, el Ministerio de Salud inició un proceso de debate amplio interno para la identificación de los principales problemas de salud, las brechas en el conocimiento científico y tecnológico que son relevantes para la construcción de soluciones para estos problemas y para la definición de líneas prioritarias de investigación para componer un nuevo documento: la Agenda de Prioridades de investigación del Ministerio de Salud (APP-MS) con una amplia participación de los entes de salud, que pretende guiar la producción de conocimiento científico para la solución de los principales problemas del SUS.

La APP-MS fue estrenada en agosto de 2011 y guiará la formulación de las convocatorias del Programa de Investigación para el SUS (PPSUS).

Las Fundaciones Estatales de Amparo a la Investigación actúan como cofinanciadoras y como agentes ejecutores en los estados y, en conjunto con las Secretarías Estatales de Salud, participan en todas las etapas del PPSUS, desde la definición de las líneas de investigación hasta la evaluación de los proyectos.

Una buena parte de las innovaciones se inician con las actividades de investigación y desarrollo. Cuando se transforman en innovaciones exitosas, asociadas a los objetivos, estrategias y prioridades de la política de salud, pueden traer beneficios directos a la población mediante la incorporación de tecnologías en la prestación de servicios en el sistema de salud.

REFERENCIAS:

MS/SGEP – Ministerio da Saude. Secretaria de Gestao Estratégica e Participativa. Gestao Estratégica e participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasilia – DF: MS/SGEP. 2009.

Ministerio da Saude. Norma Operacional de Assistencia á Saude NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM N°373, del 27 de febrero de 2002. Brasilia: MS 2002.

MS/SE – Ministerio da Saude. Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saude 2012-2015. Brasilia: MS/SE, 2011.

CHILE

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1980

Los artículos 9 y 19 consagran el derecho a la protección de la salud; el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

El estado coordina y controla las acciones relacionadas con la salud. Cada persona tiene el derecho de elegir el sistema de salud al que desea acogerse, ya sea estatal o privado.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Chile se define como un Estado Unitario con administración funcional y territorial descentralizada y desconcentrada. El territorio está dividido en 15 regiones, 54 provincias, 345 municipalidades y 346 comunas.

El sistema de salud es mixto, basado en el aseguramiento, con una combinación público/privada, tanto en el financiamiento como en la provisión.
El subsistema público se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud y está integrado por el Ministerio de Salud con 29 servicios de salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud el asegurador público y la Superintendencia de Salud.

El subsistema privado está compuesto por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son las aseguradoras privadas, clínicas y centros médicos privados de provisión de servicios de salud y laboratorios y farmacias.
Las Fuerzas Armadas y de Orden poseen, cada una, su red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa.

La salud laboral es gestionada por un régimen separado regido por el Ministerio de Trabajo con cotizaciones obligatorias efectuadas por mutuales del Instituto de Normalización Previsional.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

Los seguros cubren 93% de la población: 74% de la población está afiliada al subsistema de seguro público (FONASA) con aportes de cotizaciones de los trabajadores del sector formal y financiamiento fiscal para los grupos en situación de pobreza; 17% también mediante cotizaciones son afiliados a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son empresas privadas de aseguramiento y prestación de servicios de salud; 2% pertenecen al sistema de salud de las Fuerzas Armadas; 7% de la población se consideran independientes y no están afiliados a ningún sistema de aseguramiento en salud.

En 2005 entró en vigencia la Ley de Garantías Explícitas en Salud, que establece un plan de salud obligatorio para las instituciones prestadoras de servicios de salud Público y privado.

Se otorga garantías explícitas para el acceso, oportunidad y calidad de la atención y a la protección financiera de la población para 69 patologías.
La ley establece los canales y los cursos de reclamación en los casos de incumplimiento por FONASA o ISAPRES.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Chile	74% FONASA/MINSA			17% ISAPRE

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El gasto total en salud para el año 2007 fue del 6,6% del PBI.
El aporte público total para el año 2006 fue del 56% del financiamiento total y el aporte privado fue de 44%.

Fuentes: El aporte público o fiscal directo a partir de la recaudación de impuestos generales fue de 26%, con aportes municipales y del Gobierno Central. El aporte público indirecto para el 2006 fue de 30% en base a las cotizaciones obligatorias que efectúan los trabajadores y las empresas.

En cuanto a las fuentes privadas, los aportes directos fueron 40% con gastos de bolsillo de las personas con copagos de la atención médica asociada a los planes de salud de las ISAPRE y de FONASA, gastos en medicamentos y pagos de atención particular. Los aportes privados indirectos fueron 4% con las cotizaciones adicionales voluntarias de los afiliados a ISAPRE para mejorar la cobertura de su plan de salud y pago de las primas de seguros privados de salud.

Hay copagos de las atenciones médicas de ISAPRE y FONASA.

5 Investigación e Innovación

El Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) financia proyectos que generen nuevo conocimiento para mejorar la toma de decisiones en salud, abarcando desde el diseño de políticas sanitarias hasta el nivel de decisiones clínicas. Con ello el FONIS busca generar y potenciar el conocimiento científico y tecnológico a través de la apertura de un concurso público que convoque a instituciones públicas y privadas de diversas disciplinas cuyo interés común sea mejorar la salud de la población chilena.
La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica y el Ministerio de Salud establecieron desde el 2001 una línea de trabajo conjunta para buscar una mejor vinculación entre la investigación y las necesidades del país. Necesidades que fueron sintetizadas por el Ministerio de Salud inicialmente a través de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 y luego, a través del Plan Nacional de Salud 2011-2020.

Se busca la necesidad de mejorar los logros sanitarios alcanzados a la fecha, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población, de los cambios de la sociedad y los estilos de vida, disminuir las brechas de desigualdad existentes y prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

REFERENCIAS:

El sistema de salud chileno. Escuela de Medicina. Consultado 30.07.2015. Disponible en: escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/salud_public.

Sistema de salud de Chile. Subsecretaría de Previsión Social. Consultado 29.07.2015. Disponible en: www.prevision social.gob.cl/subprev/?page_id=7229

Descripción del sistema de salud de Chile. 2013. Consultado 29.7.2015. Disponible en: https://prezi.com/.../descripcion-del-sistema-de-salud-de -chile-2013

Salud en Chile 2010 – Home –Pan American Health Organization. Consultado 27.7.2015. Disponible en: new.paho.org/chi/images/PDFs/salud chile 2010. Pdf

COLOMBIA

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1991

El artículo 48 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y como un derecho irrenunciable de los habitantes, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, de acuerdo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

El Artículo 49 indica que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

El Estado deberá establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Está compuesta por 32 departamentos, un Distrito Capital (Bogotá) y cuatro distritos especiales. Los departamentos están conformados por 1.102 municipios.

El sistema de salud propende a una alta especialización de las funciones de sus diferentes actores, la participación público privada en el aseguramiento y en la prestación de servicios y un mercado regulado para lograr mayores niveles de eficiencia y calidad en su gestión.

Es un sistema de competencia regulada compuesto por Empresas Promotoras de Salud (EPS), públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras y contratan las instituciones prestadoras de servicios que proveen atención de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud (POS) diferenciado entre los regímenes contributivo y subsidiado (60%).

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El 96% de la población total están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Existen tres regímenes: Contributivo, subsidiado y los regímenes especiales.

El Régimen Contributivo cubre el 42,6%, orientado a trabajadores del sector formal y sus familias o población con capacidad de pago.

Está financiado con base a las contribuciones de las empresas y los trabajadores.

El Régimen subsidiado cubre el 48,6% de la población, dando cobertura a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago.

Los Regímenes Especiales cubren 4,8%, incluyendo sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio y la empresa colombiana de petróleo.

Desde 2007 se dan subsidios parciales con extensión de cobertura de aseguramiento con financiamiento federal.

El Plan Obligatorio de salud (POS) del Régimen Subsidiado corresponde al 60% del POS del Régimen Contributivo. Para el año 2012, la unidad de pago por capitación (UPC) tuvo un valor promedio de USD 266 para el régimen Contributivo y de USD 159 para el subsidiado.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Colombia	42,6% régimen contributivo (las aseguradoras pueden ser públicas o privadas) 4% regímenes especiales	48,4% régimen subsidiado (financiado con recursos fiscales, subsidios cruzados y contribuciones)		3% seguros privados voluntarios

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El gasto total en salud está entre 7% para el 2010 y 6,4% del PBI para el 2009.
El gasto público corresponde a 84% del gasto total en salud y el gasto privado a 16% del gasto total en salud para el 2009.

Fuentes:
El régimen contributivo tiene como fuentes las cotizaciones de empleadores (8,5%) y empleados (4%) sobre el salario mensual, los pensionados cotizan con 12% del ingreso.
El régimen Subsidiado tiene como fuentes los recursos fiscales nacionales transferidos a departamentos y municipalidad, recursos propios de las esferas subnacionales y 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo, que son trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

Hay participación de los usuarios con copagos y cuotas moderadoras.

5 Investigación e Innovación

Colombia cuenta con una política nacional de investigación y desarrollo tecnológico: el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Por medio de una ley en 2009,el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas" (Colciencias), fue transformado en un departamento administrativo con funciones de rectoría sobre el sector y con capacidad de implementar la política del Estado en ciencia, tecnología e innovación.

La salud se integra al sistema a través de los planes nacionales de ciencia y tecnología, donde se establecen los lineamientos y prioridades para la investigación, desarrollo tecnológico e innovación y la educación de investigadores con horizontes de planeación de 4 a 6 años.

Colombia cuenta con una base de datos completa sobre producción científica y académica denominada Plataforma ScienTI-Colombia, que cuenta con aplicativos para registrar información a nivel individual (CvLAC), de grupo (GrupLAC) y de institución (InstituLAC), los cuales permiten disponer de una base de datos con información en tiempo real provista directamente por los investigadores. En 2010, los grupos de investigación eran 4.704, de los cuales 4.072 estaban clasificados.

REFERENCIAS:

Consejo Nacional de Política Económica y Social –Conpes. Documento Conpes 140. Bogotá. Marzo de 2011.

Peñaloza, RE. La carga de enfermedad en Colombia. Foro sobre sistema de salud, Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana; 2011.

Téllez M. F. El Régimen Subsidiado en Salud: ¿Ha tenido un impacto sobre la pobreza?. Bogotá: Tesis de grado. Universidad de los Andes, 2007.

Yepes F. La Salud en Colombia. Bogotá.

ECUADOR

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 2008.

El Artículo 32 define la salud como un derecho que garantiza el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

El Artículo 362 determina que los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Ecuador es un Estado constitucional unitario, intercultural y plurinacional organizado en forma de República descentralizada.
Su territorio está dividido en 24 provincias, cantones (municipios) y parroquias. En la nueva Constitución se introducen los gobiernos regionales que deberán constituirse en los próximos 8 años. El país está dividido en 170 áreas de salud.

Según el artículo 358 de la Constitución Nacional, el Sistema Nacional de Salud debe organizarse con base en la Atención Primaria de la Salud.

Desde 2002 el Consejo Nacional de Salud busca promover consensos en las políticas públicas e impulsar mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

El sistema de salud es mixto y está compuesto por el Sector Público, con el Ministerio de Salud Pública; el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (dependiente del Ministerio de Defensa Nacional) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Federal (dependiente del Ministerio del Interior).

El Sector Privado se compone de Empresas de medicina prepaga, proveedores de seguros privados, consultorios, dispensarios, clínicas, hospitales y organizaciones sin fines de lucro, como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y la Cruz Roja Ecuatoriana.

Las dos primeras mantienen contratos de prestación de servicios y son reguladas por el Ministerio de Salud Pública.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El 2010 la población con cobertura de algún tipo de seguro de salud fue de 30%, incluidos los seguros sociales:

1. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) con 17,6%, de afiliación obligatoria para los trabajadores formales con contribuciones del trabajador y del empleador.

2. El Seguro Social Campesino (SSC) con 6,5%, afilia a los trabajadores rurales con cobertura familiar.

3. El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas con 1,6%; Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional con 1,8%.

4. Seguros privados con el sector privado prepago 8,2%.

El Ministerio de Salud Pública en teoría ofrece cobertura a toda la población ecuatoriana.
Es el principal proveedor de servicios, tanto preventivos como curativos, a la población abierta más pobre (70% que no tiene derechohabiencia en otros subsectores).

Desde 1994 la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia da cobertura universal a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto, y a los niños menores de 5 años, con atenciones específicas a este ciclo de vida.

El Programa de Protección Social en Salud para Enfermedades Catastrófica, manejado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, garantiza gratuidad para problemas de salud seleccionados, como trasplantes y malformaciones congénitas.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Ecuador	17,6% IESS 6,5% SSC 3,4% FFAA y POL	Materno infantil hasta 5 años	Acceso universal 70%	8,2%

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El gasto total en salud es de 8,5% del PBI.
El gasto público es de 4,5% del PBI, correspondiendo a 52% del gasto total en salud.
El gasto privado representa el 48% del gasto total en salud.

Fuentes:
Para el sector público las fuentes son los impuestos generales y específicos y cotizaciones a los seguros sociales públicos.

Para el sector privado, las primas a algún tipo de seguro privado, copago por servicios asegurados, pago directo por servicios prestados, pagos complementarios (medicamentos, insumos), primas al seguro de accidentes de tránsito.
Hay gratuidad en los servicios públicos de salud.

5 Investigación e Innovación

El Proceso de Ciencia y Tecnología PCYT) del Ministerio de Salud Pública presentó al Consejo Nacional de Salud, la Política Nacional de Investigación en Salud, aprobada el 23 de agosto de 2005.

Existe un Convenio Marco de Cooperación entre la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador firmado en setiembre de 2010.
El Ministerio de Salud Pública no tiene programas de investigación y desarrollo. Implementan estos programas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, las universidades, la industria y los sectores del Estado que tienen actividades compartidas con salud, como el Ministerio del Ambiente, de la Producción y de Agricultura.

Los artículos 207 y 208 de la Ley Orgánica de salud, determinan las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública en la participación en la coordinación de la investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, con los organismos competentes, así como el desarrollo de la biotecnología.

El Plan Estratégico del Ministerio de Salud 2009-2013 menciona la importancia de la investigación en salud. Las principales áreas definidas por el Proceso de Ciencia y Tecnología del MSP son: saneamiento/contaminación ambiental, medicina preventiva/educación para la salud, violencia infantil, accidentes de tránsito, enfermedades infecciosas, enfermedades crónico-degenerativas: cardiovasculares/genéticas/cáncer, problemas de la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, trauma, salud sexual y reproductiva, salud pública y epidemiología, trastornos de la nutrición y enfermedades metabólicas.

Una de las brechas en cómo se determinan las prioridades de investigación y cómo se utilizan los fondos se da entre la agende de investigación de las universidades e instituciones del Estado y las necesidades de la comunidad y del sector empresarial local, y por otro lado entre el proveedor y el conocimiento.

En la nueva estructura del Ministerio de Salud Pública se ha credo el Instituto de Salud Pública, formado por el Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez” y la Dirección de Ciencia y tecnología que tiene como funciones la ejecución de la investigación básica y servir de laboratorio de referencia.

REFERENCIAS:

Constitución de la República del Ecuador, Título VII, Régimen del Buen Vivir, Capítulo Primero, Sección Segunda, Salud, Art 362, 363, 369. 2008.

MCDS-Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social. Sistema de Salud para el Ecuador. 2011.

MSP-Ministerio de Salud Pública. Datos Básicos 2010. Sistema Común de Información. Ecuador. 2010.

MSP-Ministerio de Salud Pública. 2010ª. Dossier Programa Nacional de Telemedicina/Telesalud PCYT-MSP. Ecuador. 2010.

MSP-Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría de Extensión de la Protección Social Ecuador. 2011.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud. Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Octubre 2008. Washington: OPS, 2008.

PARAGUAY

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

La Constitución Nacional vigente establecida en 1992, en los artículos 6, 7, 68, 69 y 70 se refiere al Derecho a la Salud, indicando que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, la obligación de las personas de someterse a las medidas sanitarias establecidas por ley.

Reconoce factores condicionantes como la pobreza y plantea la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, la preservación del ambiente y la calidad de vida de los habitantes. Se plantea el derecho a un ambiente saludable.

Se responsabiliza al Sistema Nacional de Salud de la ejecución de acciones sanitarias integradas que concierten, coordinen y complementen programas y recursos del sector público y privado.

Desde el 2008 se reorienta el Sistema Nacional de Salud bajo los principios orientadores de universalidad, equidad integralidad, interculturalidad y participación social.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Paraguay es un Estado Social de Derecho, unitario, indivisible y descentralizado con una democracia representativa, participativa y pluralista.

Su territorio está dividido en 17 departamentos, el Distrito Federal de Asunción, que a su vez comprenden unidades territoriales denominadas distritos.

El Sistema de Salud está compuesto por tres sectores: Público, privado y mixto.

El Sector Público: Está integrado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar social; las sanidades Militar y Policial y de la Armada; el Instituto de Previsión Social; Hospital de Clínicas y Centro Materno-Infantil; y las Gobernaciones y Municipios.

El Sector Privado se compone de entidades sin fines de lucro como ONG y las cooperativas; y entidades con fines de lucro que comprenden la medicina prepaga y proveedores privados.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

En Paraguay coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión. La cobertura de atención a la salud para un 95% de la población total del país está a cargo del Ministerio de Salud Pública y bienestar Social (MSPBS) y del Instituto de Previsión Social (IPS).

En 2010, según la Encuesta Permanente de Hogares, 16,4% de la población estaba cubierta en salud por el Seguro Social IPS y 7% por otro tipo de seguro médico privado o militar o laboral.

De esta forma el MSPBS estaría a cargo del 76% de la población no asegurada, pero existen brechas de cobertura.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Paraguay	16,4% IPS	Materno infantil hasta 5 años	Acceso universal 76%	7% privado y FFAA

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

Para 2009, el gasto total en salud fue del 7,4% del PBI.

El gasto público en salud fue 3,4% del PBI, correspondiente a 46% del gasto público, mientras el gasto privado en salud fue 4,0% del PBI, lo que corresponde a 54% del gasto privado.
Los servicios públicos son gratuitos.

5 Investigación e Innovación

El año 1997 se instituye por Ley el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y se crea el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (CONACYT), organismo autárquico dependiente de la Presidencia de la República con rectoría en las políticas nacionales de ciencia, tecnología e innovación.

Para el desarrollo de la investigación e innovación se identificaron cinco ejes prioritarios: energía, recursos hídricos, ambiente, producción agropecuaria e industrias derivadas, servicios y salud.

El MSPBS conformó el Sistema Nacional de Investigación en Salud y lideró la elaboración de la Política Nacional de Investigación para la Salud.
El CONACYT financia proyectos de investigación en salud entre otros. La Universidad Nacional de Asunción cuenta con un fondo propio para financiar proyectos concursables de investigación para sus facultades y centros de investigación.

Los actores que desarrollan investigación en salud son la Universidad Nacional de Asunción, el Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y algunas organizaciones no gubernamentales del sector privado.
El Instituto Nacional de Salud fue creado el año 1994, dependiente del MSPBS, como instituto superior de formación de recursos humanos e investigación del área de salud. Ha realizado numerosos cursos de postgrado en diferentes áreas de salud.

Actualmente promueve la investigación a partir de procesos vinculados a la elaboración de tesis de postgrado en la maestría en salud pública. Sin embargo, requiere de una reorientación de su rol para lograr que los recursos humanos en salud se formen con calidad y realicen investigaciones, de acuerdo a los compromisos y desafíos de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad.

REFERENCIAS:

Decidamos. El Proceso de Establecimiento del modelo de Atención Primaria de Salud en Paraguay. Asunción, Paraguay. 2011.

DGEEC-Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, Encuesta Permanente de Hogares. 2007, 2008, 2009 y 2010.

Ministerio de Hacienda-DP. Informe Final de Evaluación –Unidades de Salud de la Familia. Asunción, Paraguay, 2011.

MSPBS-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Asunción. 2008.

MSPBS-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos de Salud- Paraguay 2010. Asunción. 2010.

Universidad Nacional de Asunción-IICS. Actualización de Línea de Base 2008-2010 y aplicación de encuestas año 2010 "Hábitos para la prevención de la diarrea y Percepción de la Calidad de la Atención que brindan las USF". Asunción. 2011.

PERÚ

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1993

El Artículo 7 está referido al derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad y el deber de contribuir a la promoción y defensa de la salud; y el derecho de la persona con discapacidad al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

El Perú es una República democrática, social y soberana con gobierno unitario, representativo y descentralizado.

Su territorio está organizado en 24 departamentos más 2 provincias con régimen especial: Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, los que a su vez se dividen en 195 provincias y 1.837 distritos. Su sistema de salud es mixto, compuesto por un sector público que comprende al Ministerio de Salud, el Seguro Integral de Salud; el Seguro Social de Salud, adscrito al Ministerio de Trabajo; Sanidades de las Fuerzas Armadas adscritas al Ministerio de Defensa; Sanidad de la Policía Nacional del Perú adscrita al Ministerio del Interior. Y un sector privado que comprende a entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El aseguramiento en salud en el país se hace mediante tres sistemas: El Seguro integral de Salud (SIS), público, focalizado en la población en condición de pobreza; el sistema contributivo, mediante la Seguridad Social (EsSalud) para los trabajadores formales; y el sistema privado.
En conjunto los seguros cubren el 64,7% de la población para el año 2010: 39,3% de la población está cubierto por el Seguro Integral de Salud; 20,7% de la población está cubierta mediante EsSalud y 4,7% por otros seguros. El ingreso a cualquiera de los tres regímenes se realiza de acuerdo a la capacidad de pago.

Con la Ley del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) de 2011, se conforma gradualmente un sistema regulado con un solo plan de beneficios, que acepta planes complementarios menores, ofrecido por aseguradores públicos o privados.

El AUS de 2011 garantiza un paquete básico de atenciones contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que alcanza al 65% de la carga de enfermedad del país y el 80% de la demanda del primer nivel de atención en salud. La Ley del AUS adicionalmente prevé la cobertura de enfermedades de alto costo, que se cubre con el Fondo Intangible Solidario de Salud, el cual está inicialmente atendiendo el tratamiento de cinco tipos de cáncer y la insuficiencia renal crónica.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Perú	20,7% EsSalud	39,3% SIS (pobres)	Cobro en los servicios públicos a no asegurados	4,7% otros seguros

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

Para el 2010, el gasto total en salud fue del 5,2% del PBI, con participación en el PBI del gasto público de 2,9% y del gasto privado de 2,3%.
Los gastos públicos correspondieron a 55,8% del total de gastos en salud y los gastos privados a 44,2%.

Las fuentes públicas incluyen fuentes nacionales, municipales, impuestos generales y cotizaciones a la seguridad social.
Las fuentes privadas incluyen gastos de bolsillo (75%) y a primas de seguros privados.
Los no asegurados pagan por los servicios públicos de salud.

5 Investigación e Innovación

El Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud del Perú tiene la rectoría de la investigación en salud y es el encargado de formular las políticas y programas de investigación en salud. También se desarrollan investigaciones en colaboración con universidades públicas y privadas, ONG e instituciones internacionales. El financiamiento es mixto (público y privado).

Desde el año 2009 se identificaron las prioridades nacionales de investigación en un proceso participativo, multidisciplinario, interinstitucional, inclusivo. Se identificaron siete prioridades: recursos humanos, salud mental, mortalidad materna, desnutrición infantil, enfermedades transmisibles, investigaciones operacionales, evaluaciones de impacto en intervenciones vigentes y en nuevas intervenciones.

A partir del 2010 se han identificado las líneas de investigación en cada una de las prioridades nacionales de investigación con respecto a enfermedades transmisibles, de tuberculosos y VIH/SIDA.

El Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud financia las investigaciones prioritarias.

El desarrollo de los proyectos de investigación en salud tiene varias modalidades: El INS, institutos especializados, universidades públicas, privadas y extranjeras, ONG y otras fuentes de cooperación internacional.

El INS es un organismo público ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. Incluye en su misión los procesos de investigación, transferencia de tecnología, propuesta de políticas, normas e intervenciones y producción de bienes y servicios especializados.

Estos procesos se articulan con los campos temáticos de responsabilidad: salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional y protección del ambiente centrado en la salud de las personas y la salud intercultural.

REFERENCIAS:

Congreso Constituyente Democrático 1992-1993: Constitución Política del Perú, 1993. Lima. 1993.

MINSA/OPS. Cuentas Nacionales en Salud 1995-1998. Lima. 2001.

MINSA-Ministerio de salud. Plan Nacional Concertado de Salud 2007. Lima 2007.

MINSA-Ministerio de Salud. Reporte del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo-Año 2011. Lima. MINSA, 2011.

MINSA-Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2005. Ministerio Nacional Concertado de Salud 2007de Salud/Oficina General de Planeamiento y Presupuesto/Consorcio de Nacional Concertado de Salud 2007Investigación Económica y Social. Observatorio de la Salud. LIMA, 2008.

MINSA. Documento Técnico Política Nacional de Salud Ambiental 2011-2020.
URI. Disponible en http//www.digesa.sld.pe/Normas Legales/Normas/RM258-2011-MINSA.pdf.

OPS.Indicadores y Datos Bpásicos en Salud. IDB 2010. Washington: OPS; 2010.
URL. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003
http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm

SURINAME

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1987.
Artículo 36: Todos deben tener el derecho a una buena salud. Es responsabilidad del Estado promover la atención general a la salud a través de la mejora constante de las condiciones de vida y de trabajo e informar las medidas de protección de la salud.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Suriname es una República con sistema representativo de tipo presidencial (democracia constitucional).
La Asamblea Nacional compuesta por 51 miembros elige al Presidente con una mayoría de dos tercios.

El territorio está dividido en 10 distritos a su vez subdivididos en 62 regiones.

El sistema de salud está integrado por subsistemas con diferentes modos de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud. Cada subsistema se especializa en un segmento poblacional distinto que depende de la localización geográfica, la inserción en el mercado de trabajo y el nivel de renta.

Los Servicios de Salud Regionales, una fundación estatal y la Misión Médica, una ONG, prestan atención primaria pública con susidio del Gobierno.

El sector privado que presta atención primaria está compuesto por los médicos generalistas y algunas ONG reconocidas por el Gobierno, tales como la Fundación de Planificación Familiar. Las grandes empresas del sector privado restan atención de salud a los empleados y las familias a través de consultorios propios.

La atención secundaria se brinda a través de cinco hospitales generales, tres privados y dos públicos. Para la atención terciaria se recurre a servicios en el exterior.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El 64% de la población está cubierta por algún tipo de seguro de salud y 36% no están asegurados o desconocen si lo están.
Existen varios tipos de seguro:

1. El Fondo Estatal de Salud (FZF) cubre al 21% de la población –todos los empleados del gobierno y sus dependientes- y está disponible para el público en general.
El Ministerio de Asuntos Sociales y Habitación (MSA), el mayor proveedor de fondos para la atención de salud del gobierno, cubre 24% de la población –provee a los pobres o casi pobres, garantizando que la población en desventaja económica tenga acceso a cuidados de salud subvencionados por el Estado.

Los Planes médicos de las empresas cubren 10% de la población y la Misión Médica cubre 6%, y los seguros privados 3%.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Suriname	21% Fondo Estatal de Salud SZF	Ministerio de Asuntos Sociales y Habitación (MSA) 24% Misión Médica (MZ) 6%	Hay copagos en servicios Públicos	10% plan médico de empresas 3% seguros privados

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El gasto total en salud en 2006 representó 8,5% del PBI.
La distribución de gastos públicos y privados en el gasto total en salud fue de 42,6% del sector público, 53,8% del sector privado y 3,6% de organizaciones no gubernamentales.

Los recursos del sector salud provienen del Ministerio de Hacienda: 37,5%, el aporte de empresas particulares: 34,1%, y pagos directos de bolsillo: 20%.
Existen copagos en los servicios públicos.

5 Investigación e Innovación

Varios proyectos de investigación están siendo desarrollados por el Instituto de Investigación Médica, la Oficina de Salud Pública, el Hospital Universitario y Servicio de Dermatología, algunos de ellos en colaboración con Brasil y Holanda.

El curso de Maestría en Salud Pública ha generado interés por las investigaciones en salud a través de tesis de postgrado, principalmente en el área de enfermedades infecciosas, tales como HIV, malaria, virus del papiloma humano, enfermedad de Chagas y leishmaniasis.

El Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria creó la Agenda de Investigación en Salud para los próximos 5 años, principalmente en enfermedades no transmisibles; la cual ha sido adoptada por el Ministerio de Salud.

REFERENCIAS:

Banco Central de Suriname. PIB de Suriname por Actividad Económica 2011 (Acceso en febrero de 2011). Disponible en: http://www.cbvs.sr/english/NSDP/Table%2021.pdf.

Eersel M, Frankel A. El estado nutricional de los niños en edad escolar en Suriname: Pro Salud, 1994.

Ministerio de Educación y Desarrollo Comunitario. Sección de Investigación y Planificación. Disponible en www.emis-sr.org.

Ministerio de Salud. Doodsoorzaken en Suriname. Oficina de Salud Pública-Departamento de Epidemiología, Suriname, 2009.

Ministerio de Salud. Informe Final del Ministerio de Salud sobre Cuentas Nacionales de Salud de Suriname, 2006.

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Mundial de Salud Escolar, 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2010.
PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2010. Nueva York, 2010.

URUGUAY

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1997
El Artículo 44 indica que todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud así como el de asistirse en caso de enfermedad.

Determina que el Estado debe proporcionar gratuitamente los medios de prevención y asistencia a los indigentes; así mismo indica que es competencia del Estado la orientación de la política de salud.

La Ley 18211 de 2007 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud y define la salud como derecho de todos, así como la universalización de la cobertura.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Uruguay se define como un Estado Unitario Democrático, presidencialista.
El territorio está dividido en 19 departamentos organizados (intendente municipal y alcaldes y junta departamental).

El sistema de salud está compuesto por un sector público en el que el principal prestador de salud es la Administración de Servicios de Salud del Estado; y uno privado integrado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva sin fines de lucro.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) se financia con aportes del Estado, hogares y empresas.
El Plan Integral de atención a la Salud (PIAS) constituye el conjunto de prestaciones que deben garantizar a sus beneficiarios todas las instituciones como prestadoras integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con idénticas obligaciones para el sector público y privado participante del SNIS.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

96% de la población está afiliada a algún tipo de seguro: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), servicio descentralizado del Ministerio de Salud Pública, Sanidad Militar y Policía o seguro privado. Hay dobles coberturas. Las coberturas para 2011 eran: FONASA 53% de la población total, Servicios públicos de ASSE 30%.

El 80% de la población están cubiertos por esquemas públicos 47% IAMC/FONASA, 34% ASSE, 1,3% seguro privado/FONASA. Si se considera a la Sanidad Militar y de la Policía, que cubre el 7%, se alcanza el 90% de la población con cobertura pública, aunque los prestadores sean públicos o privados.

13% de la población están cubiertos por prepagas IAMC y seguros privados no FONASA.

El Sistema Nacional Integrado de Salud ha incorporado en forma gradual al Seguro Nacional de Salud a los trabajadores formales y los hijos menores de 18 años de los trabajadores privados, los cónyuges de los beneficiarios y los trabajadores de las cajas de auxilio.

El 2011 se ha previsto la incorporación progresiva de jubilados y pensionistas al Seguro Nacional de Salud, finalizando la incorporación total al 2016, llegando la cobertura al 71% de la población.

El resto de los habitantes, accede a otras opciones de cobertura de acuerdo a su nivel socio-económico a través del ASSE, financiada por el Estado, o socio individual a través del pago de bolsillo de un seguro privado.

El Fondo Nacional de Recursos es un sistema de reaseguro universal que cubre procedimientos altamente especializados.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Uruguay	53% cubierto por el SNS/Fonasa (47% IAMC/ Fonasa, 5% ASSE/Fonasa, 1,3% seguro privado/Fonasa) 7% Sanidad Militar y Policía		30% ASSE no Fonasa	12% prepagas I AMC 1% seguros privados no Fonasa

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

Los gastos totales en salud para el 2008 significaron 7,6% del PBI, correspondiendo a 63,8% de gastos públicos y al 36,2% a gastos privados.

Para los gastos públicos, las principales fuentes son los impuestos generales y departamentales 40% y la Seguridad Social 57%.

Los recursos de la Seguridad Social provienen de contribuciones de los empleadores 40%, contribuciones de los empleados 36% y transferencias del Gobierno 19%.

Los gastos privados corresponden a los gastos de hogares con prepagas 52%, copagos 13% y gastos de bolsillo directos 34%.

La creación del SNIS produjo un cambio en el modelo de financiamiento del sistema de salud, con un incremento del financiamiento público vía impuestos y seguridad social y una disminución del gasto privado de los hogares y de la brecha del gasto per cápita entre públicos y privados, mejorando la equidad.

5 Investigación e Innovación

Uruguay cuenta con políticas nacionales en ciencia, tecnología e innovación, fundamentalmente desarrolladas en el Gabinete Ministerial de la Innovación (GMI) que tiene como rol central la fijación de lineamientos político-estratégicos en ciencia, tecnología e innovación.
Otros dos actores relevantes son la Agencia de Investigación e Innovación (ANII) y el Consejo Nacional de Innovación, Ciencia y Tecnología (CONICYT).

En el año 2009, el Ministerio de Salud Pública y la ANII firmaron un acuerdo de colaboración institucional en el marco del cual se conformó el Fondo Sectorial de Salud, orientado a la promoción de actividades de investigación, desarrollo e innovación en el área de la salud.

En el segundo semestre del 2009, se realizaron las Primeras Jornadas convocadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Universidad de la República, con los objetivos siguientes: contribuir a la mejora de la salud de la población, a través de la promoción y priorización de la investigación en salud en el país; y coordinar todas las áreas relacionadas del propio Ministerio y establecer enlaces principales con la UDELAR, y la ANII, con la cual se ha elaborado un fondo sectorial de investigación en salud.

El Fondo Sectorial en Salud, con financiación de ANII hizo una primera convocatoria para apoyar proyectos de investigación y desarrollo en salud pública y medicina humana en 2009 en las siguientes áreas: Gestión de servicios de salud; modalidades de gestión innovadoras en los servicios de salud (con énfasis en el primer nivel de atención); políticas de salud; investigación en salud; investigación y desarrollo de nuevas tecnologías biomédicas; e investigación transnacional.

Se presentaron 130 propuestas, de las cuales se financiaron 18.
La mayor parte de la investigación en salud en el Uruguay es desarrollada por las facultades e institutos de la Universidad de la República.No existe un instituto nacional de investigación en salud, pero se está preparando un proyecto de implementación con el apoyo de la OPS.
Existen importantes brechas de investigación en salud entre la investigación básica y la clínica y de salud pública relacionadas con los niveles de desempeño diferentes y acceso a financiamiento internacional.

REFERENCIAS:

MIDES. Observatorio social de programas e indicadores. Gasto Público Social 2008: confirmación de tendencias y prioridades. Contexto, junio N°2. Montevideo. 2010.

OPS. Perfil de los Sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma. Montevideo: OPS, 2009.

OPS/MSP. Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008 Uruguay. Montevideo, 2010.
Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2009.

Reporte Social: Principales Características del Uruguay Social. URL. Disponible en: www.mides.gub.uy

Rodríguez, M. La Participación Social en el Sistema Nacional Integrado de Salud: opciones y debates. En: Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo. 2010.

VENEZUELA

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1999

Los Artículos 83 y 84 consagran la salud como un derecho social fundamental, garantizado por el Estado como parte del derecho a la vida. El Estado queda encargado de desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud y el deber de participar en la promoción, defensa y cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento.

El Estado creará, ejercerá rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, bajo los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

La República Bolivariana de Venezuela es un Estado Social de Derecho y de Justicia, democrático y federal. El territorio está organizado en 23 estados, un Distrito Capital (Caracas), dependencias federales (más de 300 islas) y 335 municipios y 1.123 parroquias.

El Poder Público se distribuye entre el Poder Municipal, el Poder Estadual y el Poder Nacional.

El sistema de salud está conformado por dos subsistemas: el público y el privado.

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) está conformado por las instituciones adscritas a la Administración Pública con financiamiento de recursos públicos: El Ministerio del Poder Popular para la Salud, principal prestador de servicios de salud. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, adscrito al Ministerio de Trabajo. El Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas.

El subsistema privado está conformado por las instituciones prestadoras privadas, cuyo financiamiento proviene del pago directo de bolsillo o por empresas aseguradoras.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) tiene un eje articulador que es el Plan Nacional de Salud que asume a Barrio Adentro como la estrategia de construcción de la nueva institucionalidad en salud, con un modelo de atención integral y continua, con énfasis en la atención ambulatoria integral de calidad, familiar y comunitaria, con cobertura universal y gratuita.

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) es un organismo autónomo adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo presta servicios de salud a los trabajadores formales del sector público o privado y a sus familiares a nivel nacional, y desde el 2000 atiende a toda la población que así lo requiera.

En el SPNS los servicios se organizan a través de una red estratificada por niveles de complejidad, donde se articulan todos los prestadores de servicios bajo los principios de reciprocidad, complementariedad, solidaridad y equidad.
Para el año 2005 el 32% de la población tenía algún tipo de seguro de salud: El IVSS cubría el 17,5% de la población, los seguros médicos privados el 11,7% y 2,4% de la población tenían cobertura doble del IVSS y seguro privado.

El Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación y el Instituto de previsión Social de las Fuerzas Armadas están adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Educación y para la Defensa, respectivamente, prestando servicios a la población afiliada y sus familiares.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Venezuela	30% IVSS, IPASME, IPSFA		Sistema Público Nacional de Salud acceso universal, integra los servicios del IVSS	Seguros privados, primas de seguros canceladas por empresas privadas o púbicas u órganos del Estado

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El financiamiento público de los programas sociales y el de salud se ha elevado en los últimos años. A los recursos asignados por el presupuesto se han sumado los de los ingresos petroleros extraordinarios. Para el 2003 los gastos en salud eran del 3,4% del PBI, se estima que este gasto se incrementó en 100%.

Dentro del gasto público en salud, el 62% corresponde al Ministerio del Poder Popular para la Salud, 21% al Fondo de Salud del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y 18% a diversos aportes a servicios de salud y aseguramiento de diversos órganos de la administración pública nacional.

Del aseguramiento privado, un porcentaje corresponde a las primas de seguros privados canceladas por órganos, entes y empresas del Estado que cubren a sus trabajadores por convenciones colectivas.
Los servicios públicos en salud son gratuitos.

5 Investigación e Innovación

Las políticas y estrategias que orientan la docencia y la investigación para el SPNS son diseñadas por la Dirección General de Investigación y Educación del Ministerio de Salud.

El Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar” dependiente del Ministerio del Poder Popular para la Salud, tiene como objetivo el desarrollo de investigaciones en ciencias biomédicas, ambientales y socio-antropológicas de las enfermedades tropicales y sus consecuencias, para la producción de conocimiento, desarrollo de tecnologías y prácticas culturalmente aceptadas, prevención y control de enfermedades endémicas, y la formación de recursos humanos, bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad y respeto a la biodiversidad cultural y ambiental, con capacidad para elevar la calidad de vida de la población de la región sur del país, especialmente de las poblaciones indígenas.

REFERENCIAS:

Reflexiones del sistema de salud venezolano. (consultado 29.7.2015).
Disponible en: www.ccm.org.ve/archivos/documentos/REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO.

Sistema de Salud de Venezuela. (consultado 29.7.2015).
Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779022

MEXICO

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1917

El Artículo 2°, inciso B, fracción III, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas determina que la Federación, los Estados y los municipios deberán asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura nacional y el aprovechamiento debido de la medicina tradicional.

El Artículo 4° determina que toda persona tiene derecho a la protección de su salud y que la ley determinará las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo dispuesto por la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Los Estados Unidos Mexicanos, constituyen una República Democrática, Representativa, Federal, compuesta por 31 estados y un distrito federal. El sistema de salud está integrado por dos sectores: Público y Privado.

El sector público está integrado por las instituciones de Seguridad Social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional(SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IIMS-oportunidades (IIMS-O).

El Sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

La cobertura en salud en México es como sigue: Población con seguridad social 45,3%, población con Seguro Popular 25,5%, población no asegurada 29,2%.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social. El IMSS cubre a más del 80% de esta población en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada también en unidades y recursos humanos propios. Los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR, proveen servicios de salud al 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las fuerzas armadas, con médicos y enfermeras propios.

Un segundo grupo de usuarios son los autoempleados, trabajadores informales, los desempleados y las personas que se encuentran fuera de la PEA, sus familiares y dependientes. Este grupo tradicionalmente es atendido por la SSa, los SESA y el IMSS-O, sobre una base asistencial. La innovación más reciente del sistema de salud es la creación del SPSS, cuyo brazo operativo es el SPS. Este seguro cubrirá en un lapso de siete años a todos los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. El SPS garantiza el acceso a alrededor de 260 intervenciones esenciales y 18 intervenciones de alto costo.
Finalmente, un tercer grupo hace uso de servicios privados, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Mèxico	80% IMSS	25,5% Seguro Popular de Salud	18% ISSSTE	1% PEMEX, SEDENA y SEMAR

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El gasto total en salud como porcentaje del PBI fue de 5,9% para 2008.
En 2008 el gasto público en salud fue 46,7% del gasto total en salud. La mayor parte de este gasto correspondió a la SSa (45,2%), seguida del IMSS (42%) y el ISSSTE (9,7%).

El financiamiento de las instituciones de la seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones el empleador y contribuciones de los empleados. Estas instituciones realizan las prestaciones en sus propias instalaciones y con su propio personal.

Tanto la SESA como la SSa se financian con recursos del Gobierno Federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que realizan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). El SPS se financia con recursos del gobierno federal, gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y SESA.

La arquitectura financiera de los seguros públicos de salud de México es como sigue:
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS. El Estado aporta una cuota social de 13,9% de un salario mínimo del DF; la cuota patronal es 13,9% del salario mínimo del DF y 6% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo del DF; el obrero/empleado aporta 13,9% de un salario mínimo del DF + 2% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo del DF.

Seguro de Salud del ISSSTE. El Gobierno federal aporta 13,9% de un salario mínimo del DF; las Dependencias o entidades 7,375% del salario base; El empleado 2,75% del salario base.

Seguro Popular de Salud del SPSS. Estado 3,92% de un salario mínimo del DF; Gobierno Estatal/Gobierno Federal (aportación solidaria federal: 1,5 veces la cuota social) (aportación solidaria estatal 0,5 veces la cuota social); individuo, aportación proporcional a la condición socioeconómica.

El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al recibir el servicio y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

5 Investigación e Innovación

El sistema mexicano de salud cuenta con 12 institutos nacionales de salud y diversos centros de investigación del IMSS en donde trabajan 1.200 investigadores de tiempo completo. En estos centros se hace investigación en biomedicina, medicina clínica y salud pública.

REFERENCIAS:

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, D.F. 2007:25

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005-2030, CONAPO, México, D.F. 2006.

Secretaría de Salud. Rendición de cuentas en salud 2008. México, D.F. 2009.

Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2008. México, D.F. 2008.

Comisión Nacional de Protección en Salud. (consultado el 22 de julio de 2015). Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta Nacional de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos en Primer y Segundo Nivel de Atención del IMSS. México, D.F. 2010.

GUATEMALA

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1985

La Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna y obliga al Estado a velar por la misma, desarrollando a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. La Constitución garantiza además el acceso a servicios de salud en forma gratuita a toda la población guatemalteca.

En el Artículo 4 del Código de Salud el Estado en cumplimiento de velar por la salud de los habitantes, manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad define al MSPAS como el ente rector de la salud en el país, coordinando con los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la salud de la población.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Guatemala está establecida como Estado libre, independiente, soberano y democrático.

La división político administrativa de territorio nacional abarca 22 departamentos, 329 municipios que a su vez se subdividen en aldeas, caseríos, parajes y fincas. Para efectos administrativos del Estado, desde 1986 ha dividido el territorio nacional en ocho regiones que abarcan departamentos siguiendo criterios de localización geográfica y administración política.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. Las responsabilidades del MSPAS en regulación y conducción son exclusivas y comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública.

El sistema de provisión de servicios en el país es fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita que tiene acceso a servicios diferenciados.

El sistema de salud tiene dos subsectores: Público y privado.
En el subsector público, la atención en salud es responsabilidad de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), de los servicios de salud de los ministerios de Defensa y Gobernación y la Universidad de San Carlos.

El MSPAS cuenta en total con 1.304 establecimientos de salud de diversa complejidad. El IGSS dispone de 139 establecimientos.

El subsector privado lucrativo está constituido por hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias y laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El no lucrativo está compuesto por las organizaciones no gubernamentales, las cuales son más de mil; así como por la medicina tradicional.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

Guatemala tiene la siguiente cobertura de servicios de salud: sector público 48% (MSPAS 32% y Seguro Social 16%) y el sector privado 10%, Sanidad Militar 0,21%, lo cual demuestra que el 41,79% de la población no fue atendido por dicho sistema y que únicamente el 54% restante accedió a los servicios de salud.
No se ha cuantificado estadísticamente las prácticas y medicinas tradicionales para la recuperación de la salud. Tampoco existen registros estadísticos de la cobertura dada por las ONG, considerándose por parte del MSPAS, que estas tienen una cobertura aproximada del 18% de la población.

A principio de la década de 1990 solamente el 54% de la población contaba con acceso a algún servicio de salud. Para el año 2004 el MSPAS reportó una cobertura a nivel general de 71,1%, de este porcentaje 47,4% cubierto por servicios institucionales del MSPAS, y el 23,7% por el programa de extensión de cobertura; el 10,4% atendido por Seguro Social y 8,1% por servicios privados. Un 10% de la población en el año 2005 no tenían acceso a ningún servicio de salud.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Guatemala	16% Seguro social	0,21% Sanidad Militar	32% MSPAS	10%

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El gasto total en salud como porcentaje del PBI bajó de 1,6% en 1980 a 1% en 1992 manteniéndose en 1,1% en el 2001, según datos del Ministerio de Finanzas. El Banco Mundial reporta 4,8% para el mismo año 2001. Se ha reportado por la OPS para 2013 un gasto total en salud de 6,4%.

En el periodo 1999-2003 el gasto público en salud (Ministerio de Salud, Defensa, y Gobernación; Universidad de San Carlos, gobiernos locales y Seguro Social) ha representado en promedio el 40% del gasto del sector. Del total el Gobierno administró el 46,4% y el Seguro Social el 53,6%.

En general hasta 1997, el MSPAS ha tenido cinco fuentes de financiamiento: recursos internos ordinarios (impuestos) 61,7%; recursos internos extraordinarios (bonos del Estado) 5%; los préstamos externos 24%; donaciones 6%; y los ingresos específicos o privativos (cobro de los servicios a los usuarios) que han sido mínimos.

5 Investigación e Innovación

Durante el año 2006 fue elaborado por el Programa de Investigaciones Universitarias de desarrollo Humano bajo el Proyecto: "La construcción social del futuro de la salud en Guatemala" el "Mapeo político y aproximación a las visiones de futuro de actores de salud" para Guatemala.

A través de la construcción participativa de la sociedad civil y de instituciones gubernamentales y no gubernamentales se reconoce en el MSPAS el eje concéntrico que permita una comprensión de los actores fundamentales que están presentes en la dinámica de la gestión de lo público en el sector salud. Se visualizaron 37 actores, identificando como primarios aquellos que tienen un carácter importante en la toma de decisiones en aspectos relacionados con salud.

Con el fin de visualizar la visión de los diferentes actores sociales se realizó una consulta a expertos de diferentes ámbitos nacionales relacionados con el sector salud (instituciones de salud, municipalidades, organismos internacionales, funcionarios públicos y universidades). La consulta aportó que los procesos de cambio han sido definidos por el MSPAS y financiado con fondos rembolsables con partida nacional, así como evidencia la participación social y el control social dentro de los procesos de fortalecimiento de la democracia.

REFERENCIAS:

BID/OPS-OMS/MSPAS. Estudio Básico del Sector Salud. Guatemala 1991.

BM. Innovaciones en el sistema de salud de América Central. Lecciones e Impactos de Nuevos Enfoques. Documento de Trabajo del Banco Mundial N°60. Washington, D.C. 2005.

Constitución Política de la República de Guatemala. (consultado el 30 de julio de 2015). Disponible en: www.quetzalnet.com/constitucion.PDF

Deman, H. Informe final de la coordinadora del Programa III: Ampliación y reorientación de los servicios de salud programa mejoramiento. MSPAS. Ciudad de Guatemala. 2000.

USAID/OPS. Perfil de los Sistemas de Salud en Guatemala. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Tercera Edición. 2007. Washington, D.C. 2007.

HONDURAS

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1982

El Artículo 145 de la Constitución reconoce “El derecho a la protección de la salud. El deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.

El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas”.

En su Artículo 149, establece que “El Poder Ejecutivo, por medio de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados.

Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley”.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

De acuerdo a la Constitución de La República, Honduras es un Estado de Derecho, soberano, constituido como Republica libre, democrática e independiente.

Honduras tiene 298 municipios y 18 departamentos.

El sistema de Salud Hondureño está constituido por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS además de otras instituciones que administran regímenes especiales de aseguramiento (Fuerzas Armadas) o atienden a poblaciones específicas; y el sector privado que incluye a las aseguradoras privadas y a los consultorios, clínicas y hospitales privados con o sin fines de lucro.

La Secretaría de Salud tiene su mayor número de unidades de prestación de servicios a nivel primario conformado por 1.048 centro de salud rural (CESAR), 349 Centros de Salud con Medica (CMO), 61 clínicas materno-infantil, 16 hospitales de área, 4 clínicas periféricas, 14 centros escolares odontológicos, 55 otros, 6 hospitales regionales y 6 hospitales nacionales.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

La SS ofrece atención a toda la población, pero se estima que sólo el 60% de los hondureños hacen uso regular de estos servicios. El IHSS cubre a 40% de la población económicamente activa empleada en el sector formal y sus dependientes, es decir, 18% de la población total.

El sector privado atiende alrededor del 5% de la población total, en particular, a la población con capacidad de pago.

Un 56% de la población tiene limitado acceso a servicios de salud de calidad.

Cobertura:
Se estima que la red de servicios de la Secretaría de Salud cubre el 60% de la población total, el IHSS un 18%, el sector privado un 5%, y el restante 17% no tiene acceso a ningún servicio de salud.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Honduras	18,4% ISSS	Fuerzas Armadas y poblaciones específicas	60% Secretaría de Salud	5%

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El monto total del presupuesto para el sector público de salud para el año 2007 representó aproximadamente el 8,5% del PBI, de los cuales corresponden a la SS el 76%, y 24% al IHSS sólo para el régimen de maternidad-enfermedad.

Fuentes:

La SS se financia con fondos del Tesoro Nacional (76%), de créditos externos (11%), de donaciones (9%) y de Alivio de la Deuda (4%).

Los recursos del IHSS provienen cotizaciones de tres sectores contribuyentes: Los empleadores (7,2%), los trabajadores (3,5%), y el Estado (1%). No se dispone de información actualizada del aporte de los gobiernos locales como agentes proveedores de atención preventiva o en forma de subsidios directos para la adquisición de medicamentos por parte de las personas de bajos recursos.

El Sector privado se financia con los pagos directos del bolsillo de los usuarios.

5 Investigación e Innovación

El Consejo Hondureño de Ciencia, Tecnología e Innovación es la institución gubernamental dedicada a promover y estimular el desarrollo de la ciencia y la tecnología en Honduras.
El presupuesto dedicado a investigación, desarrollo e innovación en Honduras sigue siendo uno de los más bajos de Latinoamérica y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) dedica únicamente el 5% de su presupuesto a este campo.
Como una muestra de las investigaciones en salud, se reportan las líneas de investigación del Departamento de Imágenes Biomédicas de la UNAH:

- Investigación sobre padecimiento de hipertensión en pacientes hondureños
- Comparación de dosis mamográficas entre la mamografía de películas y la digital
- Efectos clínicos de los materiales de contraste usados en imágenes biomédicas

REFERENCIAS:

Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2021 de la República de Honduras. 2005.

Secretaría de Salud de Honduras. Situación de la Salud de Honduras, Indicadores básicos. 2005.

OPS/OMS. Salud de los Pueblos de las Américas. Washington, D.C. 2003.

Modelo Nacional de Salud de Honduras. (consultado el 30 de julio de 2015). Disponible en: www.salud.gob.hn/documentos/upeg/publicaciones/Modelo%20Na. Archivo PDF.

Varios autores. Perfil del sistema de salud de Honduras. Secretaría de Salud. USAID, Tegucigalpa, Honduras, 2009.

Varios autores Memoria Proyecto de Reforma del Sector Salud / Crédito Banco Mundial – SS – IHSS. Tegucigalpa, Honduras, 2005.

EL SALVADOR

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución nacional vigente: 1983

El Artículo 65 establece que la salud de los habitantes de la Republica, constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. Que el Estado determinará la política nacional de salud, controlará y supervisará su aplicación.

El Artículo 67 establece que los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos y crea las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y administración hospitalaria.

El Artículo 68 determina que un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo, el cual estará formado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico y médico veterinario.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

El Salvador es un Estado Republicano, constituido por 14 departamentos y 262 municipios.
El sector salud está conformado por dos sub sectores:

El público integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS),

Sanidad Militar (SM),

Bienestar Magisterial (BM),

Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI)

Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

El privado incluye entidades lucrativas y no lucrativas.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El ISSS atiende a los trabajadores que sufren accidentes de trabajo y riesgos profesionales cubriendo en un 75% la incapacidad temporal, el 25% restante lo hace el empleador.
En lo referente a la creación de fondos nacionales de solidaridad el ISSS tiene un fondo de Reservas Técnicas de Riesgos Profesionales para subsidiar las pensiones de los trabajadores incapacitados por un riesgo profesional.

Existe un conjunto garantizado de prestaciones de servicios de salud por cada uno de los distintos prestadores (MSPAS, ISSS, BM, privados, ONG).

Según la encuesta EHPM 2005, en cuanto al aseguramiento en salud, un 18,4% de la población corresponde a cotizantes y beneficiarios del ISSS; un 2,1% está cubierta por un seguro privado y el 79,5% restante correspondería al MSPAS.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
El Salvador	18,4% ISSS	BM, SM, ISRI	79,5% MSPAS	2,1%

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El gasto nacional en salud ha descendido a 7,6% del PBI para el año 2004, luego de venir representando una tendencia cercana al 8% del PBI durante los años anteriores, a excepción del 2001 y 2003.

Para el periodo 2000- 2004 el gasto público en salud representó en promedio, 3,5% del PBI y el gasto privado en salud representó el 4,4%. Dentro del gasto privado en salud, es de destacar el gasto de bolsillo, que para el mismo periodo es similar al gasto público en salud. El elevado volumen del gasto de bolsillo (53% del total del gasto nacional en salud) tiene que ver con las bajas coberturas de los sistemas de aseguramiento en salud (alrededor del 20% incluyendo las coberturas privadas) y los altos costos de los medicamentos y exámenes de laboratorio, entre otros.

5 Investigación e Innovación

La investigación en el país está liderada por el CONACYT, y se ha constituido el SINCYT, que es el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, que en un proceso participativo ha generado el documento: "Prioridades en Ciencia y tecnología para El Salvador. 2004"; en el cual se da a conocer el estado real de las capacidades científicas, tecnológicas y de innovación del país. Se menciona que en el sistema de educación superior sólo un 5,33% de los estudiantes estudia medicina. El número de programas de maestría y doctorado es bastante bajo (20 programas en el 2002). Se recomienda ampliar este número. Además propiciar la formación de recursos humanos de alto nivel, en el desarrollo de la cultura de investigación y en el apoyo a grupos claves de investigadores que ya se encuentran realizando investigación en salud, medio ambiente, agricultura, educación, tecnología, etc.

Existen tres universidades que desarrollan proyectos de investigación en salud: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, Universidad José Matías Delgado y la Universidad Tecnológica de El Salvador.

No se ha encontrado información sobre otras instituciones que realizan investigación en el sector salud.

REFERENCIAS:

Constitución de la República de El Salvador. (consultado 29.7.2015). Disponible en: www.constitution.org/cons/elsalvad.htm

Fortalecimiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. (consultado: 28.7.2015). Disponible en: www.lachealthsys.org

NICARAGUA

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1987

El derecho a la salud está consignado en la Constitución de la República en el Artículo 59 que establece que los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Nicaragua está constituida como una República Democrática, presidencialista, participativa y representativa.

El país está dividido en 15 departamentos y 2 regiones autónomas (Atlántico Norte y Atlántico Sur). Los departamentos solo tienen propósitos administrativos, no tienen autoridades propias ni delegadas del poder central. Los departamentos se dividen a su vez en municipios regidos por un alcalde y un concejo municipal.

La Ley General de Salud establece que la rectoría del Sector, corresponde al Ministerio de Salud (MINSA) que es encargado de coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud. El Plan Nacional de Salud 2004-2015, establece con mayor precisión los alcances de la Política Nacional de Salud.
La provisión de los servicios de salud se realiza por tres sub sistemas: Público, privado y comunitario.
El sub sistema público está conformado por la red de puestos de salud, centros de salud, y hospitales tanto civiles como militares.
El sub sistema privado compuesto por consultorios individuales, hospitales, clínicas y empresas médicas previsionales que venden servicios al seguro social. Dentro de este sub sistema están también los centros, consultorios dedicados a la medicina natural o alternativa.
El sub sistema comunitario está integrado por redes de brigadistas, parteras y colaboradores voluntarios, quienes trabajan por la salud de sus comunidades, con sede en las casas base y las casas maternas las cuales son establecimientos comunitarios destinados al alojamiento de mujeres embarazadas y puérperas que vienen de comunidades de difícil acceso.
El MINSA es el principal oferente de servicios de salud en el país a través de su red de servicios en el primer y segundo niveles de atención. Los servicios médicos del ejército y del Ministerio de Gobernación prestan servicios a sus miembros activos y sus familiares. También brindan servicios a asegurados a través de sus Empresas Médicas previsionales (EMP).

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) es la entidad de la seguridad social. En Nicaragua es obligatoria la afiliación al seguro de invalidez, vejez y muerte así como al seguro de riesgos de trabajo. El INSS no posee una red propia de infraestructura médica, sino que contrata los servicios de las EMP. El INSS cuenta con una canasta básica de servicios que cubre al asegurado directo, a sus hijos menores de 12 años y el embarazo y parto de las cónyuges, así como el cáncer de cérvix y de mama.

La cobertura de atención es como sigue: MINSA 60%; INSS 7,7% (afiliados y familiares); Gobernación y Ejército 8%; e instituciones privadas 4%. Gran parte de la población complementa los servicios del MINSA con servicios privados y de las ONG. No todos los asegurados al INSS están cubiertos por el régimen integral que incluye enfermedad y maternidad, existe un 12,6% de asegurados al INSS que solo tienen beneficios en el régimen de invalidez, vejez y muerte.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Nicaragua	7,7% INSS	12,6% de asegurados al INSS cubiertos por invalidez, vejez y muerte	60% MINSA	4%

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El gasto total en salud como participación en el PBI fue de 7,8%; siendo el gasto público de 3,9% del PBI. Los datos provenientes de la OMS señalan que para el 2013 Nicaragua tuvo un gasto total en salud del 8,4% del PBI.

Existen tres fuentes de financiamiento para el Sector Salud:

Financiamiento privado, provienen del sector privado y de los bolsillos de los hogares: 50% del gasto total en salud.

Financiamiento público, proviene de la recaudación fiscal y de los recursos de alivio interino. Los recursos de estas dos fuentes son transferidos por asignación presupuestaria del Gobierno a los Ministerios de Salud, Gobernación y Defensa y a otras instituciones públicas, a través del Ministerio de Hacienda, representando el 32,6% del total de las fuentes de financiamiento.

La cooperación externa, constituida por préstamos y donaciones de organismos internacionales, que representan el 10% del financiamiento del sector.

5 Investigación e Innovación

La Secretaría de Coordinación y Estrategia de la Presidencia (SECEP) y la Cooperación Internacional han tomado las funciones de desarrollo e incorporación de los conocimientos e investigaciones sobre los avances científicos y tecnológicos de forma apropiada conforme a las necesidades del país y la transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad local.

El gasto del sub sector público de Salud en formación de recursos humanos e investigación para el año 2004 fue de 8,6 millones de dólares, que representan el 0,2% del PBI. Para el sub sector privado el gasto en formación de recursos humanos e investigación significó 1,7 millones de dólares y 0,04% del PBI.

REFERENCIAS:

Constitución Política de la Republica de Nicaragua. (consultado en: 28.7.2015). Disponible en: www.ineter.gob.ni/Constitución Política de Nicaragua. Pdf

INIDE. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud. Managua 1998, 2001, 2006/07

MINSA. Cuentas Nacionales en Salud 1996 al 2004.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil de Sistemas de Salud en Nicaragua: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. 3° Ed. Washington, D.C. OPS, 2009.

COSTA RICA

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1949

La Constitución Política de Costa Rica establece, en sus artículos 21 y 50, el derecho a la vida y a un ambiente sano.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Costa Rica se define como un país unitario con sistema presidencialista.
La división territorial de Costa Rica comprende 7 provincias divididas en 81 cantones o municipios y estos a su vez, subdivididos en 470 distritos colegiados.

La estructura del sistema de salud tiene tres categorías que corresponden a distintos niveles de actuación y participación, siendo el ente rector el Ministerio de Salud.

Estas categorías son:

Sector Salud, conformado por el conjunto de instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proveer servicios de salud a la población.

Sistema Nacional de Salud, constituido por el conjunto de entes púbicos y privados, que tienen entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, incluye organismos internacionales.

Sistema de Producción Social de la Salud, conformado por el conjunto de entidades que impactan sobre los determinantes de la salud.

Desde los años noventa del siglo pasado, el Ministerio de Salud ha centrado sus acciones en la rectoría del sector y lograr el acceso universal. Toda la provisión de servicios de salud se ha transferido a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), cuya financiación proviene de las cuotas de los asegurados, de los patronos y del Estado.

El Instituto Nacional de Seguros (INS), administra los seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito y se financia con las contribuciones de patronos y trabajadores y de pólizas individuales en el caso de vehículos, presta directamente servicios de atención y compra servicios de la CCSS como del sector privado.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

La cobertura y acceso a los servicios de salud está garantizado por la CCSS con atenciones a la población asegurada y no asegurada; a estos últimos se les brinda el servicio como parte del pago al costo. En el caso de las personas en condición de pobreza extrema el servicio es gratuito porque el Estado asume el gasto.

El seguro de salud registra una cobertura contributiva de un 87,6% de la población total para el año 2007. Este seguro cubre al 61,9% de la PEA y el seguro de pensiones a un 53,6%.

En los últimos tres años ha aumentado el aseguramiento de la PEA no asalariada de 39,1% a 57,4% en el seguro de salud, y de 21,7% a 31,7% en el seguro de pensiones.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Costa Rica	87,6% Seguro de Salud	Gratuito para en extrema pobreza.	11,5% Seguro del Estado	Hay seguros privados compartidos en el exterior

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

Según la OMS, el gasto total en salud como porcentaje del PBI para el 2013 fue de 9,9%.

Entre el 2003 y el 2007 el gasto público total disminuyó del 6,1% del PBI a 5,9%.

El gasto privado en salud se ha mantenido constante en un rango menor al 2% del PBI. El gasto privado con respecto al gasto total en salud oscila entre el 20% al 25%.
Es importante señalar que el principal financiamiento proviene del gasto de bolsillo que representa un 88,7% del ingreso privado.

5 Investigación e Innovación

En el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública (FESP), al analizar el desarrollo de las competencias descentralizadas, se encontró una debilidad en la investigación en salud pública. Para mejorar los procesos y la producción de resultados en las FESP, se recomendó el desarrollo de una agenda de investigación.

REFERENCIAS:

Constitución Política de la República de Costa Rica. (consultada 29.7.2015). Disponible en: www.oas.org/dil/esp/Constitucion_Costa_Rica.pdf

Dirección General de Salud. Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de salud. San José de Costa Rica, 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud de Costa Rica. Washington, D.C. OPS. 2009.

Unidad de análisis estadísticos. Cooperación de la OPS. Indicadores básicos de salud en Costa Rica 2004-2008. (consultada 29.7.2015). Disponible en: www.ministeriodesalud.gob.cr

Valverde, J.M.; Soto, A.M. Análisis de los problemas en el campo de las tecnologías en salud en Costa Rica. Informe preliminar elaborado para la OPS. 2008.

PANAMÁ

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1972

La Constitución Política de la República de Panamá, en sus artículos 109, 110, 111 y 112 establece la obligatoriedad del Estado de asegurar el acceso de toda la población panameña a servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación.

Así como consagra el derecho de los ciudadanos a la seguridad social.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

La República de Panamá es un Estado soberano e independiente, con un gobierno democrático.

Hasta el 31 de diciembre de 2013 la división política de Panamá comprendía 9 provincias, 77 distritos o municipios, 5 comarcas indígenas de nivel provincial y 655 corregimientos de los cuales 2 son comarcales. El 1 de enero de 2014 se creó la provincia de Panamá Oeste.

El modelo del sistema de salud del país es segmentado/fraccionado, por lo que la duplicidad de funciones, procesos y la segmentación de planes y servicios se encuentran aún presentes.

El Ministerio de Salud (MINSA) conserva sus funciones de conducción de la política general de salud, aunque algunas de ellas compartidas con otras entidades como el Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la salud (ICGES) que conduce la investigación científica y tecnológica en salud; el Consejo Técnico de Salud, que asesora al MINSA en el otorgamiento de la autorización para el ejercicio de la profesión médica y afines en colaboración con la Universidad de Panamá; la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM) encargada de la regulación ambiental; la función de prestación de servicios de salud, que también es compartida con el sector privado, la Caja de Seguro Social (CSS) y ONG, entre otros.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

Panamá cuenta con un sistema de seguridad clásico administrado por la CSS. El 2005 la Ley Orgánica de la CSS fue modificada buscando garantizar la sostenibilidad financiera del seguro de invalidez, vejez y muerte.

De acuerdo a la información existente la CSS cubriría nominalmente el 60% de la población total, sin embargo, las coberturas reales no se conocen con exactitud.

Los beneficios que brinda el régimen de seguridad social de la CSS comprenden los siguientes riesgos:

enfermedad y maternidad con prestación de servicios de salud preventivos, de recuperación en los tres niveles de atención y de rehabilitación por cualquier contingencia incluidas las enfermedades catastróficas o de alto costo, en igualdad de condiciones para derechohabientes y afiliados.

Adicionalmente, la CSS realiza prestaciones económicas que consisten en el pago de subsidio a los afiliados que sufran una enfermedad o lesión, que les produzca incapacidad temporal para el trabajo y un subsidio de maternidad; riesgo de invalidez; contingencia de retiro por vejez y riesgo de muerte.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Panamà	60% CSS (no se conocen coberturas reales	Subsidio por incapacidad temporal, maternidad, invalidez, vejez y muerte	11,5% Seguro del Estado	Seguros pre-pagos, con reembolsos o descuentos variables

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

De acuerdo a las cifras publicadas por la OMS, Panamá es uno de los países de la región que proporcionalmente destina uno de los más altos porcentajes de su PBI para la salud (8,4% en el 2004). De esta cantidad se estima que el 31% fueron aportados directamente por los bolsillos de los ciudadanos, bien sea para la compra directa de bolsillo o pago de seguros prepagados.

El resto de los recursos son financiados casi de manera equitativa entre el sistema de seguridad social y el MINSA. Los recursos financiados con inversión externa en salud representan menos del 1% del total.

Como se puede ver, los recursos en su mayoría provienen del erario público, o de los aportes obrero patronales y en un alto porcentaje dedicados al pago de las nominas (hasta 70%) y el subsidio a la oferta a través de las 14 regiones sanitarias y la red de prestadores públicos de salud y de la CSS, respectivamente.

Otras fuentes de recursos para la red pública del MINSA está representada por las cuotas de recuperación o copagos, que representan menos del 1% del costo real y el 5% de los recursos disponibles.

5 Investigación e Innovación

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), creado mediante la Ley78 del 17 de diciembre de 2003 es el organismo que conduce el área de investigación científica y tecnológica en materia de salud.

El MINSA ha realizado gestiones con el Gobierno de los Estados Unidos para el fortalecimiento del ICGES, en el diagnóstico de laboratorio de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, así como el desarrollo de un laboratorio de alta seguridad P3.

REFERENCIAS:

OPS. Perfil de los sistemas de salud de Panamá: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. 3ra. Ed. Washington, D.C. 2007.

Texto Único de la Constitución Política de la República de Panamá. (consultado: 29.7.2015). Disponible en: www.epasa.com/constitucion/constitucion.pdf

REPÚBLICA DOMINICANA

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 2010
El Artículo 37 establece la inviolabilidad del derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte.
El Artículo 60 está referido al derecho a la seguridad social y determina que el Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y vejez.
El Artículo 61 indica que toda persona tiene derecho a la salud integral.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

República Dominicana es un Estado Social y Democrático de Derecho, organizado en forma de República unitaria.
El territorio de República Dominicana está constituido por un Distrito Nacional (Santo Domingo de Guzmán) y dividido en 32 provincias, las cuales a su vez están subdivididas en 155 municipios y 231 distritos municipales.

Desde el año 2001, el Sistema de Salud de República Dominicana sufre un proceso de grandes modificaciones, se promulga la Ley General de Salud, se crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y se sientan las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se establecen los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El aseguramiento en salud de la población se realiza a través de entidades públicas y privadas que son las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). Para las poblaciones de bajos ingresos interviene el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN).

Para el año 1996, la cobertura de los Seguros de Salud era de 12,4% de la población con seguro privado de salud, un 5,4% pertenecía al Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS), por lo que sólo el 18% de la población tenía algún tipo de seguro y el 8,5% no lo tenía. Para el 2002 el 21% de la población estaba cubierta por algún seguro.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Repùblica Dominicana	5,4% IDSS			12,4%

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

La OMS reporta un gasto total en salud de 5,4% del PBI para el 2013.
El gasto nacional de salud fue de 7,3% del PBI (2002). De este monto, el 67,7% circula en el sector privado, y el 32,3% es aportado por el sector público que es el 2,4% del PBI. Del gasto total en salud, el pago de bolsillo representa el 88,2%.

El gasto en salud por función se financia a través del presupuesto nacional. Bajo el esquema de intermediación de productos médicos a los centros hospitalarios, recibe mensualmente un 40% del presupuesto o fondos reponibles que SESPAS asigna a cada centro hospitalario. Estos fondos son asignados a servicios curativos en 41,2%, y en servicios preventivos 5,0% del gasto nacional por funciones. El gasto privado es 67,7% del gasto nacional en salud.

5 Investigación e Innovación

18 universidades del país imparten una o más carreras profesionales del área de salud. Existen 9 escuelas de medicina, 11 de enfermería, 6 de bioanálisis, 11 de odontología y 4 de farmacia. Se supone que en ellas se realizan investigaciones a nivel de pregrado y a nivel de centros de investigación de cada universidad, sin embargo, no se ha podido obtener información.

El país dispone, además de más de 40 programas de post grado de especialidades y sub especialidades. Se dispone de dos programas de maestría en salud pública, un programa de maestría en bioética, maestría en gerencia de salud, especialidad en reforma y seguridad social, y otros programas en salud materna infantil y adolescente.
Probablemente, estos programas de post grado estén generando conocimientos y tecnologías nuevas en el área de salud a través de las tesis. No se tuvo acceso a información pormenorizada.

REFERENCIAS:

Constitución Política de la República Dominicana. (consultada: 31.7.2015). Disponible en: www.procuraduria.gob.do/Novedades/PGR-535.pdf

SESPAS. Unidad de Cuentas Nacionales. Indicadores Económicos de Salud, 2002

OPS/USAID. Lineamientos Metodológicos Perfiles de los Sistemas de Salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Edición especial N°18. Washington, D.C. 2006.

OPS. Perfil de Sistemas de Salud de República Dominicana. Washington, D.C. 2007.

HAITÍ

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución nacional vigente: 1987

Artículo 19. El estado tiene la imperiosa obligación de garantizar el derecho a la vida, a la salud.
Artículo 22. El Estado reconoce el derecho de todo ciudadano a una vivienda decente, a la educación, a la alimentación y a la seguridad social.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Es una república semipresidencialista. Haití está dividido en 10 departamentos, 41 distritos y 133 comunas.

El sistema de salud de Haití está constituido por tres sub sectores:

Público, fuertemente disminuido por la crisis política desde 1991.

Privado, sin fines de lucro, constituido por ONG y del sector religioso.

Mixto, no lucrativo, en el que el personal es pagado por el Estado y la gestión es realizada por el privado.

Privado, con fines de lucro, constituido por médicos, dentistas, enfermeras y otros especialistas, ejerciendo su profesión en sus consultorios y clínicas de las ciudades.

El Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) tiene la conducción del Sector Salud y debe garantizar la salud de la población, así como la prestación de servicios, asegurarse de la formulación de políticas y manejar el presupuesto de salud.

El proceso de reforma en Haití se inicia con la adopción de una nueva política sanitaria en 1996, basada en dos conceptos: las unidades comunales de salud (UCS) y el paquete mínimo de servicios (PMS).

3 Protección social en salud Coberturas en salud

El MSPP es el responsable de asegurar a toda la población frente a riesgos y reparación de los daños a la salud. Existe un sistema de Seguro Social bajo la tutela del Ministerio de Asuntos Sociales. Este sistema está constituido por la Oficina de seguros de accidentes de trabajo (OFATMA), y la Oficina de Seguro para la Vejez (OSV).

SE ha iniciado la elaboración de un Plan Básico de prestaciones sanitarias, denominado Paquete Mínimo de Salud (PMS) que comprende los siguientes elementos: salud materna, incluyendo la planificación familiar; atención integral del niño; control de ciertas enfermedades transmisibles; urgencias médico-quirúrgicas; educación para la salud; medicamentos esenciales; y actividades curativas corrientes.

La cobertura de los servicios de salud estimada para el MSPP es 36%, el sector privado 33%, el sector mixto 31%. El 40% de la población no tiene cobertura efectiva, especialmente en el área rural.

Cuba fue el primer país en llegar a Haití con ayuda médica tras el terremoto del 12 de enero de 2010. Entre muchas naciones solidarias, Cuba y sus equipos médicos desempeñaron un papel clave en asistir a las víctimas del terremoto.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Haití		OFATMA y OSV	36% MSPP	33%

Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El gasto total en salud representa el 9,4% del PBI según la OMS para el año 2013.

El gasto público en salud alcanza 35 a 40% del gasto público total. El 48,9% del presupuesto total en salud proviene de financiamiento externo, vía préstamos y donaciones.

Más del 50% del financiamiento total del sector salud lo realiza la cooperación financiera externa, a través de préstamos y donaciones, así como el apoyo a las ONG. Más de 70% son donaciones y préstamos no reembolsables.

Las principales fuentes de donaciones son la Unión Europea, USAID, Japón, la Cooperación Francesa, Española, y otros países, así como el Sistema de Naciones Unidas.

Investigación e Innovación

La Universidad Estatal de Haití (UEH) es la universidad pública estatal de Haití, ubicada en Puerto Príncipe. Es la mayor institución de educación superior e investigación en el país y tiene 11 unidades de enseñanza e investigación. Cuenta con una Facultad de Medicina y Farmacia.

REFERENCIAS:

MSPP/OPS/OMS. Analyse de la Situation Sanitaite, Haití, Juin 1998.

CUBA

1 Salud en la Constitución Nacional vigente

Constitución Nacional vigente: 1976

Artículo 46. Mediante la Seguridad Social, el Estado garantiza la protección adecuada a todo trabajador impedido por su invalidez, vejez o enfermedad.
Artículo 47. El Estado protege, mediante la Asistencia Social, a los ancianos sin recursos ni amparo y a cualquier persona no apta para trabajar que carezca de familiares.
Artículo 48.
El Estado garantiza el derecho a la protección, seguridad e higiene del trabajo, mediante de adopción de medidas adecuadas para la prevención de accidentes y enfermedades profesionales. El que sufre un accidente de trabajo o contrae una enfermedad profesional tiene derecho a la atención médica y a subsidio o jubilación en los casos de incapacidad temporal o permanente para el trabajo.

Artículo 49. Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho. En este artículo se consagra la gratuidad de las atenciones en salud.

2 Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Cuba es un Estado Socialista con democracia popular. Su territorio está organizado en 15 provincias y un municipio especial (la Isla de la Juventud) y 167 municipios.

En Cuba el Estado regula, financia y presta servicios de salud, bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, constituyéndose en un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS).

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el organismo rector del SNS, encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las Políticas de Estado y de Gobierno en materia de salud pública, desarrollo de las ciencias médicas e industria médico-farmacéutica.

El sistema de salud tiene tres niveles administrativos: Nacional, provincial y municipal; y cuatro de servicios: Nacional, provincial, municipal y de sector.

3 Protección social en salud Coberturas en salud

La población cubierta por la seguridad social es de 100%.
El SNS garantiza el acceso a servicios integrales de salud que se prestan en unidades ambulatorias y en hospitales. El nivel primario debe dar solución al 80% de los problemas de salud de la población y ofrecer las acciones de promoción y protección de la salud. Las atenciones se realizan en policlínicos y consultorios del médico de la familia en unidades municipales.

En el nivel secundario se cubren el 15% de los problemas de salud, tratando al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata, en un hospital provincial.

En el nivel terciario se atienden el 5% de los problemas de salud relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. La atención se brinda en hospitales especializados o institutos nacionales.

País	Cobertura por seguros sociales (Previsión Social o Seguridad Social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Cuba	100% seguridad social		80% nivel primario 15% nivel secundario 5% nivel terciario	

4 Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes

El sistema nacional de salud se financia casi exclusivamente con recursos del Gobierno Nacional. Según el Ministerio de Salud Pública de Cuba para el 2008, el gasto total en salud como porcentaje del PBI es 11,9%. Datos de la OMS para el 2013 indican que el gasto total en salud representa el 8,8% del PBI.

El gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud para el 2009 fue de 96,2%. El gasto privado fue de sólo 3,8%.

Los fondos de salud los reúne el MINSAP y los distribuye entre los distintos niveles y unidades de atención a través de las asambleas provinciales y municipales.

5 Investigación e Innovación

La investigación es una actividad prioritaria en todas las instituciones de salud y constituye la función fundamental de los 12 institutos, el Polo Científico con más de 30 entidades y la Escuela Nacional de Salud Pública.

La investigación que se desarrolla en el SNS debe responder a las prioridades y metas de las Áreas Estratégicas de las proyecciones de la salud pública y todos los proyectos de investigación deben ser aprobados por los consejos científicos y los comités de ética de investigación en salud de las instancias correspondientes. Los proyectos de investigación son registrados y controlados por el Área de Ciencia y Técnica de la instancia correspondiente de la Dirección de Ciencia y Técnica del MINSAP.

La Dirección de Ciencia y Técnica del MINSAP realiza cada año una convocatoria para la presentación de proyectos a los programas priorizados por el sector, dirigida a docentes, investigadores y profesionales del sector salud u otro sector. Los proyectos seleccionados son financiados parcial o totalmente por el MINSAP y los investigadores participantes reciben un incremento salarial. Se dan estímulos a la investigación con premios anuales en salud, premios de la Academia de Ciencias y los Foros de Ciencia y Técnica.

La Red Electrónica de Información en Salud, apoya a la investigación dando acceso a la literatura biomédica actualizada, difunde las convocatorias para proyectos y divulga los principales resultados obtenidos.

Recientemente se han implantado algunas innovaciones, como la intensificación del uso de la medicina natural y tradicional. Se han creado los Equipos Integrales de Apoyo al Adulto Mayor. Se ha implantado la red de cardiología, asignando a todos los policlínicos un equipo de trombólisis con biotecnología cubana que permite desintegrar el trombo en las primeras horas de producido en infarto, con la consiguiente baja de la mortalidad.

Otra innovación importante es la Misión Milagro, que brinda atención oftalmológica de forma gratuita a pacientes latinoamericanos.

REFERENCIAS:

MINSAP. Anuario Estadístico, 2009. La Habana, Cuba, 2010.

World Health Organization. National Health Accounts. Cuba. (consultado 31.7.2015). Disponible en: http://www.who.int/nha/country/cub.pdf

Rojo Perez, N. Investigaciones en sistemas y servicios de salud en Cuba y su proyección hasta el 2015. Revista Cubana de Salud Pública. 2010:36(3) 209-214.

Iñiguez Rojas, L. Los servicios de salud en Cuba. Aproximación a la evolución de sus cambios. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano. Universidad de La Habana. s/f. pp.28. (consultado 29.7.2015). Disponible en: http://www.american.edu/clals/upload/Rojas_Salud_Cuba.pdf