



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS "SAN CRISTÓBAL"

DRA. KATIA PAOLA MARTÍNEZ LÓPEZ

INTERCULTURALIDAD Y SALUD

SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

TRABAJO PRESENTADO POR:

REBECA MARÍA HENRÍQUEZ VILLAFUERTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. A 27 DE OCTUBRE DE 2021

GOBERNANZA DE LOS SISTEMAS DE SALUD:

TENDENCIAS EN LAS POLÍTICAS SOCIALES Y SOCIALES:

En toda la América Latina y el Caribe, el Estado ha tenido a ampliar sus funciones reguladoras y de coordinación, aunque con resultados diferentes entre los países. La búsqueda de objetivos de política social más amplia en la Región también se ha traducido en una mayor descentralización; una delegación gradual y más integral de autoridad a protagonistas no estatales; una mayor participación de la sociedad civil en asuntos de salud, y mejores sistemas jurídicos y reguladores para las preparaciones farmacéuticas, las vacunas y la tecnología médica.

El efecto distributivo de algunas políticas sociales, incluidas las sanitarias, se ve afectado por los modelos de asignación de recursos y también por la distribución de los hechos de los beneficiarios y su capacidad diferenciada de aprovecharlos.

La mayoría de los países de la región han aprobado diversas reformas del sector público en los últimos 30 años, pero solo unos pocos han fortalecido con éxito la institucionalidad de sus políticas sociales.

DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA REGIÓN:

Se han elaborado varios marcos para describir, explicar y analizar cómo funciona un sistema de salud y cómo mejorarlo. Un sistema de salud debe cumplir algunas funciones básicas para alcanzar sus metas, incluyendo prestar servicios, desarrollar una fuerza laboral y otros recursos de salud pertinentes, movilizar y asignar fondos y garantizar un liderazgo y una gobernanza adecuados.

Una gobernanza eficaz resulta de proporcionar una visión y dirección al sistema de salud, recoger y usar información y ejercer influencia mediante reglamentación. Los fracasos de la gobernanza parecen explicar, en parte, el éxito limitado de algunas políticas o programas públicos en cuyo marco los más necesitados a menudo no pueden recibir las prestaciones que algunas políticas sociales y sanitarias intentan garantizar.

Dado que los sistemas de salud se extienden más allá de la atención de salud y son específicos para cada país, su organización, estructura legal, elementos de integración y elementos constitutivos, prioridades de política y recursos disponibles muestran grados variables de desarrollo de un país a otro.

APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD:

Desde el 2006, los países de las Américas han renovado su compromiso de transformar sus sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria de salud. Este enfoque tiene en cuenta una infraestructura sanitaria a menudo inadecuada, los riesgos para la salud emergentes de alcance mundial, y las desigualdades entre países y dentro de ellos. El informe sobre la salud en el mundo 2008 señala que el enfoque de APS aborda las principales deficiencias de los sistemas de atención convencionales, que no pueden satisfacer las necesidades de un gran número de personas.

En general, los cambios de prestación de servicios de salud siguen centrándose en la búsqueda de un mejor ajuste entre las necesidades de la población y la demanda de atención de salud.

Algunos países deben además recuperar terreno perdido. Entre los que habían logrado avances reales en APS entre los años setenta y noventa, algunos han descuidado a tal grado los sistemas de derivación y las necesidades de apoyo de los servicios de primer nivel que los pacientes ahora se enfrentan con largas listas de espera-meses, e incluso años- antes de recibir ciertos tipos de atención.

No hay indicios de que los recursos adicionales gastados en la medicalización excesiva y la atención especializada estén produciendo mejores resultados de salud en la población. Sin embargo, hay evidencias de que la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los tratamientos y terapias costo-efectivos basados en datos probatorios si ayudan a mejorar los resultados de salud.

LEGISLACIÓN DE SALUD:

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

FINANCIAMIENTO Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD:

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD:

Durante el período transcurrido en los años 2006 y 2010, en las Américas se produjeron avances importantes en el campo de la protección social en salud. Dichos avances tuvieron escalas relacionadas con los niveles global, regional y nacional.

A nivel global la organización internacional del trabajo (OIT) y la organización mundial de la salud (OMS) lanzaron, con participación de numerosas agencias del sistema de naciones unidas, la iniciativa piso de protección social, la cual consta de dos componentes:

- 1.- un conjunto básico de derechos y transferencias sociales esenciales, monetarias y en especie, destinados a aportar una seguridad mínima del ingreso y de los medios de subsistencia a todos, y a facilitar una demanda efectiva y el acceso a los bienes y servicios esenciales.
- 2.- el suministro de un nivel esencial de bienes y servicios sociales tales como salud, agua y saneamiento, educación, alimentación, vivienda e información sobre la vida y el ahorro de activos que sean accesibles a todos.

A nivel nacional, los progresos en el campo de la protección social en salud se han reflejado- además de las legislaciones mencionadas arriba- en la profundización, la consolidación o el inicio de acuerdos, planes, programas o estrategias tendientes a ampliar la cobertura de protección en salud.

En México el seguro popular de salud ha logrado una expansión importante con la cobertura de servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios en 275 intervenciones para más de 40% de la población. La afiliación al seguro popular pasó de unos 3 millones en 2009 a más de 12 millones en 2010 y a 46 millones en 2011. A partir de 2008, el seguro popular pasó a ofrecer atención médica a todos los tipos de cáncer en menores de 18 años, como respuesta a la alta mortalidad del cáncer infantil en el país y a que esta enfermedad era la segunda causa de muerte en el grupo etario de 1 a 19 años. En 2011 el programa amplió su cobertura al tratamiento de enfermedades de alta especialidad.

GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD:

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

En los últimos años, varios países han progresado con relación a la extensión de la cobertura en salud y al establecimiento de sistemas de aseguramiento que protejan a las familias del riesgo financiero y de caer en la pobreza debido a gastos catastróficos de bolsillo, y que también garanticen a la población un conjunto de prestaciones de salud.

GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD:

En 2010, el gasto mundial total en bienes y servicios relacionados con la atención de salud se calculó en unos US \$ 6 billones (cerca del 8,5% del PIB mundial) y el gasto per cápita en US \$ 850. A menos que se indique otra cosa, todas las cifras se expresan en dólares de Estados Unidos de 2010. Conforme a lo previsto, la proporción de gastos sanitarios como porcentaje del PIB y el nivel de gastos per cápita en bienes y servicios relacionados con la atención de salud variaron ampliamente entre regiones y países. Los gastos sanitarios totales como proporción del PIB variaron de un promedio de 13,2% en la región de las Américas a un promedio de menos de 3,8% en los países de Asia Sudoriental.

COBERTURA UNIVERSAL Y GASTO EN SALUD:

Hay evidencias de que los sistemas de salud que ofrecen cobertura universal tienen diferentes niveles de gastos como porcentaje del PIB y una composición público-privada de dichos gastos distinta de los sistemas que no ofrecen esa cobertura.

La combinación público-privada de los gastos en los países con sistemas de salud universales está de acuerdo con la recomendación de la OMS de que los países mantengan el nivel de los pagos directos por debajo de 15% a 20% del gasto sanitario total.

GASTO PÚBLICO EN SALUD:

Chile, Costa Rica y Cuba se encuentran entre países de América Latina y el Caribe con los mejores indicadores de salud respecto a la esperanza de vida al nacer, la mortalidad

materna y la mortalidad infantil y en la niñez; también tienen gastos sanitarios por encima de la media como porcentaje del PIB. Estos países comparten otras características que afectan positivamente a la salud de sus poblaciones, como la disponibilidad de atención sanitaria universal o la existencia de políticas públicas diseñadas para ampliar la cobertura sanitaria de la población y dar protección social en salud a sus ciudadanos.

ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

PRESTACIÓN DE SALUD:

La heterogeneidad de los servicios de atención de salud en la región de las Américas se pone de manifiesto en la segmentación de los sistemas de salud en al menos dos subsectores: el público, que con mayor frecuencia incluye ministerios o secretarías de salud e instituciones de seguridad social, y el sector privado, sin fines de lucro y con fines de lucro. La mayoría de los servicios dentro de los sectores público y privado constan de dos componentes: el primer nivel de atención y la atención especializada. Muchos países tienen un gran número de establecimientos de atención de nivel primario que prestan servicios ambulatorios, incluidos los de promoción de la salud, prevención y salud pública y atención curativa.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:

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

CALIDAD DE ATENCIÓN:

Mejorar la calidad de la atención también significa hacer todo lo posible por mitigar, reducir o eliminar resultados adversos en el cuidado de la salud. A medida que los usuarios se informan más acerca de la atención, están más dispuestos a expresar insatisfacción por la calidad de la que reciben. Entre las quejas más frecuentes figuran servicios para el paciente, largas esperas para los tratamientos o las intervenciones quirúrgicas, horarios o días de apertura inoportunos, negativa a tratar a pacientes que no pueden pagar y establecimientos mal atendidos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2010 [Internet]. Consultado el 15 de mayo de 2012.
2. Cardenas M, Levy-Yeyati E, Henao C. Latin American Economic Perspectives. Brookings Institution [Internet]; 2011. Consultado el 15 de noviembre de 2011.
3. Dion M. Welfare and Redistribucion in Latin America: Toward a New Model (Preliminary draft) [Internet]; 2009. Consultado el 15 de mayo de 2012.
4. Organización de los Estados Americanos. Primera Reunión de Ministros y Altas Autoridades de Desarrollo Social. Protección social y gobernabilidad democrática en las Américas. Reñaca, Valparaíso, Chile; 2008.
5. Scartascini CG, Stein E, Tommasi M. Political Institutions, State Capabilities and Public Policy: International Evidence [Internet]; 2008. Consultado el 15 de mayo de 2012.
6. Ardanaz M, Scartascini C, Tommasi M. Political Institutions, Policymaking, and Economic Policy in Latin America [Internet]; 2010. Consultado el 14 de mayo de 2012.
7. World Health Organization. Health Equity at the Country Level: Building Capacities and Momentum for Action. A Report on the Country Stream of Work in the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
8. Roemer MI. National Health Systems of the World (Vol. 2). Oxford: Oxford University Press; 1993.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud [Internet]; 2006.. Consultado el 15 de mayo de 2012.