

---

**políticas sociales**

**P**olíticas y programas de salud  
en América Latina. Problemas y  
propuestas

Irma Arriagada  
Verónica Aranda  
Francisca Miranda



División de Desarrollo Social

Santiago de Chile, diciembre del 2005

Este documento fue preparado por Irma Arriagada, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y por Verónica Aranda y Francisca Miranda, consultoras de la misma División.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1564-4162

ISSN electrónico 1680-8983

ISBN: 92-1-322832-5

LC/L.2450-P

Nº de venta: S.05.II.G.196

Copyright © Naciones Unidas, diciembre del 2005. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	7
<b>I. Cambios en el perfil demográfico y epidemiológico en la región latinoamericana</b> .....	9
A. Viejos y nuevos problemas de salud .....	11
<b>II. La percepción de los principales problemas de salud por parte de las autoridades</b> .....	15
A. Los principales problemas de salud .....	15
B. Las principales dificultades en la atención de salud .....	18
C. Las causas asociadas a los problemas de atención de salud .....	19
D. El impacto diferenciado de los problemas de atención de salud .....	24
E. La cobertura pública y privada en salud .....	25
<b>III. Las reformas de los sistemas de salud en América Latina</b> .....	27
<b>IV. Políticas y programas nacionales de salud</b> .....	37
A. Financiamiento de la salud .....	38
B. Los programas nacionales de salud .....	40
<b>V. Algunas conclusiones y propuestas</b> .....	45
A. Funciones esenciales de la salud pública .....	45
B. Algunas propuestas para el mejoramiento del sector de salud .....	47
<b>Anexo</b> .....	51
<b>Bibliografía</b> .....	61
<b>Serie Políticas Sociales: números publicados</b> .....	63

## Índice de cuadros

Cuadro 1	América Latina(20 países): Etapas de transición demográfica y tasas de crecimiento poblacional 2000-2005 .....	10
Cuadro 2	América Latina y el Caribe (2000-2005): Tasas de mortalidad por causas y sexo .....	11
Cuadro 3	América Latina (17 países): Principales problemas de salud en orden de importancia.....	17
Cuadro 4	América Latina (17 países): Principales problemas de atención de salud de la población .....	19
Cuadro 5	América Latina (17 países): Causas asociadas a los principales problemas de atención de salud.....	21
Cuadro 6	América Latina (17 países): Principales temas considerados en las reformas 2000-2005 .....	31
Cuadro 7	América Latina y el Caribe ( 21 países): Gasto público en salud 2002-2003.....	38
Cuadro 8	América Latina y el Caribe ( 21 países): Nivel y variaciones del gasto público social per cápita. (En dólares de 2000, en porcentaje del PIB y diferencias absolutas).....	39

## Índice de recuadros

Recuadro 1	Reducción de la mortalidad materna en Bolivia, Chile, Cuba y Honduras.....	12
Recuadro 2	La propagación de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe .....	13
Recuadro 3	El Plan Auge en Chile .....	29

## Índice de cuadros del anexo

Cuadro 1	América Latina y el Caribe (16 países): Cambios legislativos 2000-2005 .....	52
Cuadro 2	América Latina y el Caribe (16 países): Personas e instituciones que respondieron el cuestionario sobre programas nacionales hacia la juventud .....	56
Cuadro 3	Encuesta sobre programas nacionales de salud .....	57

## Resumen

---

En este texto se examina la situación de la salud y los programas de atención de los países latinoamericanos, sobre la base de la información obtenida de las respuestas de los ministerios de salud de 17 países a la encuesta que sobre el tema efectuó CEPAL. La encuesta tuvo por objeto analizar los programas de salud en marcha, desde la perspectiva institucional de los ministerios de salud, y examinar la percepción de las autoridades nacionales sobre la realidad y los problemas de la salud de su población.

Las respuestas reflejan diferentes situaciones sociodemográficas existentes y revelan un panorama bastante heterogéneo en cuanto a la capacidad de respuesta de los gobiernos frente a los problemas de salud de su población. La mayoría de los países mencionan las dificultades de financiamiento y gestión para dar cobertura a las necesidades de salud. La desigualdad en la atención de salud está dada no sólo por carencias de accesibilidad sociocultural y geográfica, sino principalmente por desigualdades de ingreso, que generan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de la población de salud.

El texto se organiza en cinco secciones, en la primera se reseñan las transformaciones del perfil epidemiológico y demográfico; en la segunda, se da cuenta de los principales hallazgos de la encuesta en relación con cambios normativos, los problemas y las causas asociados a la salud; en la tercera sección se analiza las reformas de los sistemas de salud, en la cuarta se examinan los programas en marcha, su financiamiento y gestión; y finalmente, se concluye con algunas sugerencias para el mejoramiento de los sistemas de salud.



## Introducción

---

La salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito para el desarrollo con equidad. Más aún, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios (Naciones Unidas, 2005). Asimismo, entre los ocho objetivos del Milenio planteados por las Naciones Unidas, tres se relacionan directamente con la salud: reducir la mortalidad materna e infantil, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades como la malaria y la tuberculosis, en tanto otros dos, el de erradicar la pobreza y el hambre y el de garantizar la sostenibilidad del medio ambiente contemplan temas conexos: el mayor acceso a los servicios de salud, incluido el acceso a los medicamentos esenciales, agua segura y saneamiento, así como el alivio del hambre y la malnutrición.

En la región latinoamericana durante la última década se ha asistido a cambios importantes en relación con el perfil demográfico y epidemiológico de la población y a transformaciones en la gestión y financiamiento de los programas de salud nacionales. Por lo tanto, en este texto se examina esos grandes cambios, así como la situación de salud de la población y los programas de atención de salud de los países latinoamericanos, sobre la base de la información de las respuestas de los Ministerios de Salud de los respectivos países a la encuesta que sobre el tema efectuó CEPAL. Se sintetizan las respuestas recibidas de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. En el anexo se presenta el formulario de la encuesta y la lista de países, instituciones y personas que respondieron a las preguntas formuladas (véase cuadros 1 y 2 del anexo).

El objetivo de la encuesta era analizar, desde la perspectiva institucional de los Ministerios de Salud, los programas de salud en marcha en dichos países y captar la percepción de las autoridades nacionales sobre la realidad y los problemas específicos de su población en materia de salud. En las respuestas se evidencia que existen diferentes situaciones sociodemográficas que se reflejan en problemas relativos a la salud en los países también diversos.

De la información recogida en las encuestas surge un panorama bastante heterogéneo en cuanto a la capacidad de los gobiernos para responder a los problemas de salud de su población. Las dificultades de financiamiento y gestión para dar cobertura a las necesidades de salud de su población se mencionan en la mayoría de los países. La desigualdad en el impacto de los problemas en atención de salud se origina no sólo por cuestiones de accesibilidad sociocultural, geográfica o ambas, sino principalmente por disparidad de los ingresos, que genera condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer los requerimientos de la población en cuanto a salud.

El presente texto se organiza en cinco secciones, en la primera se reseñan las transformaciones del perfil epidemiológico y demográfico; en la segunda se da cuenta de los principales hallazgos de la encuesta, en relación con cambios normativos en relación con la salud, una evaluación de los problemas y las causas asociados a la salud; en la tercera sección se analiza las reformas de los sistemas de salud, en la cuarta se examinan los programas en marcha, su financiamiento y gestión; y finalmente, se concluye con algunas sugerencias para el mejoramiento de los sistemas de atención de salud.

## I. Cambios en el perfil demográfico y epidemiológico en la región latinoamericana

---

Durante las últimas décadas, la población latinoamericana ha continuado el proceso de transición demográfica que se expresa en reducciones de las tasas de fecundidad y mortalidad y por tanto de las tasas de crecimiento de la población. Así, junto el aumento de la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres, se ha modificado la estructura de edades de la población.<sup>1</sup>

Entre 1960-1965 la mayoría de los países latinoamericanos se encontraba en la etapa de transición incipiente donde la mortalidad disminuía en tanto que la natalidad se mantenía estable o aumentaba como consecuencia de las mejores condiciones de vida, así, ambos procesos incidían en un crecimiento poblacional elevado. En la actualidad, los países se encuentran en las etapas de transición demográfica plena o avanzada, con tasas de natalidad en descenso en tanto que la mortalidad se estabiliza, con un crecimiento poblacional más bajo (véase cuadro 1).

---

<sup>1</sup> La sección sobre los cambios demográficos se basa en el capítulo II Transformaciones demográficas en América Latina y el Caribe y sus consecuencias para las políticas públicas del Panorama social de América Latina, edición 2004 (CEPAL, 2005a).

**Cuadro 1**

**AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES): ETAPAS DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA \* Y  
TASAS DE CRECIMIENTO POBLACIONAL 2000-2005**  
(Tasas de crecimiento poblacional entre paréntesis)

ETAPAS DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA 2000-2005		
Moderada	Plena	Avanzada
Guatemala (3,0)	Bolivia (2,2) Colombia (1,7) Ecuador (1,8) El Salvador (1,9) Haití (2,1) Honduras (2,5) México (1,7) Nicaragua (2,4) Panamá (1,8) Paraguay (2,5) Perú (1,7) República Dominicana (1,8) Venezuela (República Bolivariana de) (1,8)	Argentina (1,1) Brasil (1,4) Costa Rica (1,5) Cuba (0,5) Chile (1,1) Uruguay (0,8)

\* Según clasificación de la División de Población-CELADE de CEPAL.

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2005), *Panorama social de América Latina Edición 2004*, LC/G.2259-P Santiago de Chile.

En el período 1950/55 las tasas de crecimiento poblacional alcanzaban a 2,7% anual actualmente alcanzan a 1,5%. Sin embargo, el ritmo de crecimiento de la población varía marcadamente entre los distintos grupos etarios. Los niños disminuyen su proporción en tanto que aumenta la de los adultos y de los adultos mayores. Así, “en la actualidad, el mayor crecimiento absoluto corresponde a la población en edades centrales, pero tal condición se irá desplazando progresivamente hacia las personas de 60 años y más en torno del año 2050. Los cambios que se advierten en la composición por edad de las poblaciones representan los desafíos más importantes desde el punto de vista social y económico” (CEPAL, 2005a, p.104).

Por otra parte, la reducción de la fecundidad tiene efectos positivos en el corto y mediano plazo, sobre todo debido a la estabilización de la población objetivo de la atención de salud materno infantil. Así, la tasa de dependencia disminuye al reducirse la natalidad, sin embargo, al aumentar la población adulta mayor el peso de los dependientes se desplaza desde los menores de 15 años a los mayores de 60 años. y, en consecuencia, la relación de dependencia se eleva nuevamente, esta vez generando otras demandas de atención de salud y seguridad económica.

En todos los países de la región, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios. Actualmente Argentina, Cuba, Uruguay se encuentran en etapas de envejecimiento avanzado con porcentajes de personas mayores superiores al 10 %. La proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre el año 2000 y el 2050; de ese modo, para esta última fecha, uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor. Dada la mayor esperanza de vida de las mujeres, que viven en promedio 6,5 años más que los hombres, la población mayor será principalmente femenina.

## A. Viejos y nuevos problemas de salud

La región latinoamericana enfrenta un doble desafío como consecuencia de los grandes cambios sociales económicos y demográficos; por una parte, debe enfrentar los problemas tradicionales de salud como las enfermedades contagiosas e infecciones, la mortalidad materna e infantil y por otra parte, debe lidiar con los nuevos problemas surgidos del desarrollo y de cambios paulatinos y a veces rápidos, en los perfiles de la morbilidad: el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, seniles y mentales y el VIH SIDA, entre otras.

Además, el cambio del perfil de la mortalidad según causas y de la distribución de las defunciones según la edad, se manifiesta en la disminución porcentual de las muertes por enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y las del período perinatal, dando paso a un predominio relativo de las defunciones por enfermedades crónicas y degenerativas (del aparato circulatorio y tumores malignos), así como de las causas externas (provocadas por violencia, accidentes y traumatismos). En ello inciden tanto la mayor baja de la mortalidad por el primer grupo de causas, que afectan principalmente a los niños, así como el cambio en la estructura por edades de la población, que conduce a un incremento de las defunciones de adultos mayores CEPAL, 2004 p.130).

**Cuadro 2**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2000-2005): TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS Y SEXO**  
(tasas por 100.000 habitantes)

	Total		Hombres		Mujeres	
	Enfermedades transmisibles					
	Estimada	Ajustada	Estimada	Ajustada	Estimada	Ajustada
América Latina y el Caribe	64,9	78,0	91,0	73,4	56,7	66,1
América Latina	65,0	78,2	91,3	73,6	56,8	66,4
Enfermedades neoplasmas malignas						
América Latina y el Caribe	92,4	107,3	96,7	120,9	88,5	96,7
América Latina	92,4	107,3	96,7	121,0	88,6	96,8
Enfermedades circulatorias						
América Latina y el Caribe	175,1	203,1	181,6	227,7	169,2	182,1
América Latina	174,3	202,4	180,9	227,0	168,4	181,3
Enfermedades por causas externas						
América Latina y el Caribe	74,1	75,5	121,3	122,8	26,7	29,2
América Latina	74,6	76,0	122,0	123,5	26,8	29,4

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos de la salud <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-2005.pdf>

El perfil epidemiológico se está modificando también por las acciones emprendidas para reducir la mortalidad materna e infantil y por el surgimiento de nuevos problemas que ponen en tensión los sistemas de salud, como el VIH SIDA (véanse recuadros 1 y 2)

**Recuadro 1**

**REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA, CHILE, CUBA Y HONDURAS**

La reducción de la mortalidad materna es un ejemplo de los avances logrados en relación con el objetivo 5 de las Metas de Desarrollo del Milenio. Esta reducción se observa en países de distinto nivel de desarrollo social y económico como son Bolivia, Chile, Cuba y Honduras.

Entre 1993 y 2003 en Bolivia se ha reducido la mortalidad materna en un 41%, de 390 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos a 235. Chile presenta actualmente la segunda tasa más baja de mortalidad materna de América Latina y el Caribe, de 17 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Honduras ha logrado notables avances en la reducción de la mortalidad materna, la que disminuyó un 38% entre 1990 y 1997, es decir de 182 a 108 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. En el caso de Cuba la situación ha sido similar potenciada por una política de salud que cuenta con el apoyo permanente de las autoridades políticas. El constante mejoramiento de la cobertura y la calidad y la potenciación de las mujeres son elementos centrales del sistema de salud de Cuba que apuntaron a la reducción de la maternidad materna, en especial, la capacitación individual y el acceso de todas las mujeres a la educación y a los servicios de salud con capacidad resolutive.

La experiencia acumulada en todos estos casos demuestra el papel esencial que cumplen las autoridades y la importancia de políticas públicas sostenibles, de largo alcance y de carácter intersectorial, que contribuyan en particular al fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud.

---

**Fuente:** Naciones Unidas (2005) Objetivos del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe, cap.V El Derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del Milenio. LG.2331, Santiago de Chile.

**Recuadro 2****LA PROPAGACIÓN DE VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Entre 2002 y 2004 en América Latina y el Caribe se han observado incrementos significativos del número total de personas infectadas. Se estima que en 2004 había un total de 2,4 millones de personas infectadas, un 21% de las cuales vive en el Caribe (ONUSIDA/OMS, 2004). Asimismo, se calcula que en ese período en América Latina se produjo un aumento de 200.000 en la categoría de personas que viven con el VIH/SIDA; en el Caribe la cifra es de 20.000 personas. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) registra la prevalencia más alta entre adultos en el Caribe después del África subsahariana, con una tasa promedio del 2,3% en los adultos, por lo que se ha convertido en la causa de muerte más importante en la población de 15 a 49 años. A fines del año 2003, 430.000 hombres, mujeres y niños vivían con el VIH/SIDA en el Caribe (Naciones Unidas, 2005 p.155-156).

De los 27 países de América Latina y el Caribe que han informado sobre su situación respecto del VIH/SIDA, 11 registran una prevalencia superior al 1% y 5 una prevalencia incluso superior al 2%. Ocho de los once países considerados de alta prevalencia en la región pertenecen al Caribe (si se incluyen Guyana y Belice) y se destaca el caso de Haití, único país de la región que tiene una prevalencia superior al 5%.

No obstante, en términos de números absolutos y no de prevalencia, se presenta una situación distinta de la anterior, ya que el 90% de los casos se concentra en 10 de los países con mayor número absoluto de personas que viven con el VIH (Brasil, Haití, Colombia, México, Argentina y Venezuela. República Dominicana, Perú, Guatemala y Honduras). Brasil y Haití son los países con un mayor número de casos de personas que viven con el VIH, que concentran el 32% y el 14% de los casos, respectivamente, aunque Brasil tiene una prevalencia de 0,7%, mientras que la de Haití es casi siete veces mayor.

En relación con la evolución del VIH/SIDA en la región, los datos no son concluyentes. Aunque la prevalencia va en aumento en todos los países, no se cuenta con información confiable que demuestre que lo mismo ocurre con la incidencia.

En cuanto a las políticas y los elementos estructurales de la respuesta al problema, la mayoría de los países han adoptado leyes específicas sobre el VIH/SIDA, muchas de las cuales comprometen al Estado en la prevención y atención de la infección, incluido su tratamiento. Sin embargo, la capacidad de los servicios de salud no ha sido insuficiente para responder a los desafíos planteados por la expansión de la cobertura de los tratamientos, tanto en lo que respecta a la infraestructura física como a los recursos humanos.

**Fuente:** Naciones Unidas (2005) Objetivos del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe LG.2331, Santiago de Chile y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe 2004 sobre la epidemia mundial de SIDA, Ginebra, julio del 2004.*



## **II. La percepción de los problemas de salud por parte de las autoridades**

---

El impacto de diversas variables socioeconómicas y culturales del mundo globalizado configura un panorama de alta heterogeneidad en cuanto a la situación de salud y una exposición desigual a los riesgos de salud en los diversos grupos poblacionales. La segmentación de mercados, la segregación territorial y otras tantas manifestaciones de la concentración de ingresos y de desigualdades sociales en América Latina, hacen que esa diferenciación sea cada vez más amplia y sin embargo, menos conocida en sus expresiones concretas. Por medio de la encuesta de CEPAL sobre programas nacionales de salud se pretende establecer cuáles son las principales preocupaciones que expresan las autoridades con respecto a la salud en la región latinoamericana.

### **A. Los principales problemas de salud**

En primer lugar, se mencionan la alta morbimortalidad materno infantil (Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Perú, República Dominicana) y las enfermedades infecciosas de transmisión vectorial como malaria, dengue hemorrágico y clásico, mal de Chagas y Leshmaniasis (Ecuador, El Salvador, Honduras, Perú). Este último grupo de enfermedades también figura en segundo lugar en orden de importancia, según las autoridades de Brasil, Guatemala y Nicaragua y en un tercer lugar para las de Chile. Algunas de estas enfermedades, como el hantavirus, la leishmaniasis, e incluso el dengue, están relacionadas con el deterioro del medio ambiente público y privado. Otras, como la triquinosis y el síndrome urémico

hemolítico, son atribuibles al descuido en los hábitos alimentarios. Pero todas, en general, acusan una baja en la calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población (Ministerio de Salud y Ambiente, 2004). Junto con las enfermedades de transmisión sexual y las crónicas transmisibles como el VIH/SIDA -que son señaladas en segundo lugar en Bolivia, Honduras, Panamá y Perú, y en tercer lugar en Colombia, Ecuador y El Salvador- la preocupación de las autoridades sanitarias de la región se está centrando en un gran grupo de enfermedades transmisibles.

Las enfermedades crónico degenerativas (hipertensión, diabetes mellitus tipo II, intoxicaciones crónicas con plaguicidas y otras) corresponden a un segundo grupo de gran importancia para países como Ecuador, Paraguay y Perú. Sin embargo, varios países resaltan este tipo de problema en primer lugar (Chile, Colombia, Panamá), por lo que es posible presumir que se trata de un problema común a bastantes países de la región.

En igual proporción, las lesiones por causa externa, intencionales y no intencionales, ligadas a accidentes y a conductas violentas, son problemas importantes por resolver en Chile, Colombia y El Salvador. Este último tipo ocupa también el tercer lugar en las preocupaciones de las autoridades sanitarias de Brasil, Costa Rica, Paraguay y Uruguay. Esta situación plantea un desafío mayor, dada su relación con fenómenos socioculturales que tienen una alta incidencia en la salud de la población, como son las condiciones de violencia y marginalidad y las conductas autodestructivas derivadas de problemas psicológicos. Estas reacciones no constituyen hechos aislados, sino que se perfilan como males propios de la modernidad, que incluso llegan a tener una participación significativa entre las causas de mortalidad asociadas a factores externos al individuo y que afectan a grupos etarios jóvenes. Esto impone la necesidad de posicionar la salud preventiva en el seno de las políticas nacionales de salud.

Por último, otras preocupaciones relevantes, aunque no mayoritariamente consideradas entre las principales, apuntan a las enfermedades del sistema cardiovascular (Argentina, Costa Rica, Uruguay, Venezuela), enfermedades crónicas no transmisibles ligadas a la salud mental (Chile), enfermedades nutricionales materno infantil (Bolivia, Guatemala y Perú) y diversas manifestaciones de cáncer (Argentina, Costa Rica, Uruguay, Venezuela).

**Cuadro 3**  
**AMÉRICA LATINA ( 17 PAÍSES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD**  
**EN ORDEN DE IMPORTANCIA**

Países	Problemas de salud		
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Enfermedades del sistema circulatorio (insuficiencia cardíaca)	Tumores malignos (traqueas, bronquios y pulmón)	Enfermedades del sistema respiratorio (insuficiencia respiratoria aguda)
Bolivia	Mortalidad materno infantil	Enfermedades crónicas infecciosas	Desnutrición
Brasil	Dolencias no transmisibles	Dolencias infecciosas transmisibles	Causas externas
Chile	Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas	Accidentes y violencias	Trastornos de salud mental
Colombia	Enfermedades crónicas y degenerativas	Lesiones de causa externa intencionales y no intencionales	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial, enfermedades de transmisión sexual
Costa Rica	Enfermedades del sistema circulatorio	Tumores	Lesiones por causas externas (violencia)
Ecuador	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial	Enfermedades crónico degenerativas	Enfermedades de transmisión Sexual, VIH/SIDA
El Salvador	Enfermedades infecciosas	Lesiones por causa externa	Enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles
Guatemala	Mortalidad materno infantil	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial	Enfermedades nutricionales
Honduras	Enfermedades infecciosas	Enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes
Nicaragua	Mortalidad materna infantil y perinatal	Enfermedades de transmisión vectorial e infecciosas	Enfermedades crónicas
Panamá	Enfermedades crónicas	Enfermedades de transmisión sexual	-
Paraguay	Enfermedades prevenibles que afectan a grupos vulnerables	Enfermedades crónico degenerativas	Enfermedades emergentes, accidentes de tránsito y violencia.
Perú	Mortalidad materna e infantil elevadas Enfermedades infecciosas	Enfermedades transmisibles y crónicas	Malnutrición materna e infantil Mortalidad materna
República Dominicana	Alta morbi-mortalidad materno-infantil	Sin información	Sin información
Uruguay	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer	Accidentes
República Bolivariana de Venezuela	Accidentes de tránsito y violencia.	Enfermedades cardiovasculares.	Enfermedades asociadas al cáncer.

**Fuente:** Elaboración de las autoras sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL sobre programas nacionales de salud, 2005.

## B. Las principales dificultades en la atención de salud

Entre los principales problemas que presenta la atención sanitaria en la región latinoamericana las autoridades resaltaron diversos temas asociados a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de los países.

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, en tanto que para Argentina ocupa el segundo lugar en orden de importancia. La limitada cobertura de los servicios forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad, que constituye también un problema prioritario en Costa Rica y Ecuador, en tanto que en Argentina, Brasil, Nicaragua y Panamá es visto en forma algo menos determinante.

En segundo orden de importancia, las autoridades de Chile, Colombia y Perú señalan la baja calidad y la ineficiencia de los servicios, tema que para otros países es prioritario (Costa Rica, Ecuador). En este ámbito se resalta el problema de la demanda insatisfecha que afecta a un amplio sector de la población (Nicaragua, Guatemala), particularmente en las zonas rurales (El Salvador). Entre los problemas específicos mencionados en relación con la falta de eficiencia figuran la dimensión excesiva de la capacidad instalada en regiones; los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión, tanto de las entidades territoriales responsables como de las redes de prestación de servicios de salud; las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras.<sup>2</sup>

Por tales razones, la sostenibilidad financiera y el mayor costo de la red institucional y de los servicios de salud es un tema preocupante en países como Brasil, Costa Rica, Nicaragua, y República Dominicana. Este problema también es mencionado en tercer lugar por las autoridades de Bolivia. En Chile, Ecuador y Panamá se asigna esta misma posición al déficit de recursos, incluidos los recursos humanos (El Salvador, Chile, Perú), que parece corresponder a otra característica general en lo que respecta a carencias concretas de los sistemas de salud de la región.

Una tendencia específica que se destaca en el ámbito de la atención de salud se refiere a la transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles y emergentes (Brasil, Costa Rica, Perú, El Salvador, Venezuela), y a la ausencia de programas de atención especializada para tratarlas (Uruguay).

Otras inquietudes más particulares en materia de salud son la debilidad y la baja cobertura de la atención primaria (República Dominicana, Uruguay), y las dificultades que presenta su articulación con niveles superiores, así como la coordinación entre agentes públicos y privados (Uruguay).

---

<sup>2</sup> De acuerdo con lo señalado en las respuestas de las autoridades sanitarias de Colombia.

**Cuadro 4**

**AMÉRICA LATINA ( 17 PAÍSES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN**

Países	Problemas de atención		
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Superar la emergencia sanitaria producto de la crisis del año 2001	Garantizar el acceso a toda la población a servicios y medicamentos esenciales	Superar brechas estadísticas de salud y que delimitan los márgenes de la inequidad
Bolivia	Inaccesibilidad geográfica	Barreras culturales	Costos
Brasil	Transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles	Aumento de complejidad y costos en los servicios	Equidad en la atención
Chile	Inequidad en el acceso	Calidad de los servicios	Déficit de recursos
Colombia	Accesibilidad en la prestación de servicios en salud	Ineficiencias en organización y operación de la prestación de servicios	
Costa Rica	Eficacia, calidad y equidad de los servicios	Sostenibilidad financiera precaria	Cambio del perfil epidemiológico por envejecimiento de la población
Cuba	Sin información	Sin información	Sin información
Ecuador	Equidad y eficiencia en los servicios	Déficit recurso humano	Costos en la prestación de servicios de salud
El Salvador	Déficit de recursos	Necesidades de salud insatisfechas en las zonas rurales	Enfermedades emergentes y re-emergentes
Guatemala	Acceso a servicios de salud	Demanda insatisfecha	Falta de alimentación adecuada
Honduras	Diarreas	Neumonía	Anemia, parasitismo, desnutrición
Nicaragua	Necesidades insatisfechas	Déficit de recursos	Eficacia, equidad, calidad en la provisión de servicios de salud
Panamá	Accesibilidad de los servicios	Equidad de los servicios	Aumento de los costos
Paraguay	Acceso no equitativo a los servicios de salud	Infraestructura inadecuada	Escasa capacidad resolutive de los servicios de guardias de urgencia.
Perú	Bajo acceso a los servicios, particularmente vinculados al embarazo, el puerperio y el recién nacido	Insuficiente calidad y eficacia en los servicios	Déficit en recursos humanos Acumulación epidemiológica
República Dominicana	Limitada cobertura en atención primaria	Desarticulación presupuesto	Cobertura insuficiente
Uruguay	Ausencia de un modelo de atención integral de salud entre agentes privados y públicos	Ausencia de programas de atención de las enfermedades no transmisibles	Debilidad en atención primaria y su articulación con niveles superiores
República Bolivariana de Venezuela	Sin información	Sin información	Sin información

**Fuente:** Elaboración de las autoras sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL sobre programas nacionales de salud, 2005.

### C. Las causas asociadas a los problemas de atención de salud

Las autoridades atribuyeron indicaron los principales problemas de atención de salud a varios conjuntos de causas: el primero de los cuales se relaciona con condiciones económicas (pobreza, desigualdad, baja calidad de vida y exclusión social). A este respecto un grupo de países señala tendencias de carácter general: pobreza (Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Panamá,

Perú), desempleo (Argentina), y malas condiciones ambientales y de saneamiento básico (El Salvador, Paraguay). Estas barreras se refieren a la carencia de medios económicos para financiar el costo de las atenciones, especialmente en poblaciones pobres que no han podido acceder a los planes de beneficios ofrecidos a través de los regímenes de aseguramiento.

Un segundo conjunto de factores está asociado a limitaciones presupuestarias para dotar de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura a la red institucional de servicios públicos de salud. El déficit presupuestario aparece como la primera causa asociada a los problemas de atención en Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua y Perú. La escasa oferta de servicios en zonas rurales y periurbanas se destaca en Bolivia, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Paraguay.

Por otra parte, en Ecuador y Perú se mencionan limitaciones en materia de recursos humanos, vinculadas tanto a su déficit como al bajo compromiso del personal de salud (que se manifiesta en mala atención o huelgas sistemáticas), se señala asimismo la ineficiencia en los servicios de salud (Panamá y Perú). En igual proporción, figuran el insuficiente seguimiento, evaluación y reorientación de los servicios (Nicaragua, Perú), la falta de articulación entre las lógicas que rigen los sectores privado y público de salud (Uruguay, Chile), y el desfase entre una situación epidemiológica en transformación y los modelos de atención existentes (Brasil, Uruguay). Estas constituyen otras de las causas atribuibles a los problemas de atención de salud de los países.

Asimismo, se señaló que existían vacíos en el sistema de referencias y contrareferencias de pacientes (Paraguay), en los canales para la participación de los beneficiarios (Uruguay) y en la gestión de la salud, demasiado centrada en sus instituciones (Chile).

Otras tendencias específicas identificadas corresponden al ámbito de las condiciones sociodemográficas que caracterizan a la población de la región, como su alta dispersión geográfica, especialmente en las zonas rurales, que se traduce en inaccesibilidad de los servicios de salud debido a la escasez de medios de transporte y de comunicación (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Perú). Estos aspectos pueden ser considerados como “barreras geográficas”, que agudizan dos de los principales problemas en la atención de salud, que son el bajo acceso a los servicios pertinentes y la limitada capacidad de resolución de las instituciones a las cuales estos grupos pueden recurrir, dada su precariedad presupuestaria y de infraestructura, o su mala distribución geográfica.

Otros aspectos mencionados son el crecimiento demográfico (El Salvador, Guatemala, Panamá), los cambios en el perfil epidemiológico ocasionados, en parte, por la mayor preponderancia de ciertos factores de riesgo entre los que se destaca el tabaquismo (Argentina, Brasil, Costa Rica, Panamá) y la multicausalidad de la enfermedades (Costa Rica y Guatemala). Por último, la heterogeneidad cultural de los países, es decir, la existencia de grupos étnicos y sociedades multilingües, así como el aumento de los migrantes (Bolivia, Costa Rica, Guatemala) constituye para algunos países un elemento que genera nuevos desafíos en la atención de la salud, vinculado a la intensificación de movimientos migratorios y a la demanda de reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas y afrodescendientes de la región. Si bien este aspecto corresponde a una problemática cultural y política, relacionada con la consolidación de Estados pluriculturales, no constituye en sí mismo una barrera cultural que imponga factores determinantes para la salud de la población.

Más bien, por barreras culturales se entiende un conjunto de aspectos vinculados a hábitos culturales que perjudican la salud de la población, a la educación y a factores derivados de las relaciones interétnicas que se establecen en el interior de las sociedades nacionales y que van en detrimento de sus minorías en el ámbito de los servicios de la salud. Dentro de este gran grupo de causas se mencionan varias: la presencia de malos hábitos sanitarios, producto de la falta de prevención en salud (Costa Rica, Perú), los altos niveles de analfabetismo (Nicaragua, Perú), la carencia de un enfoque intercultural en los sistemas de salud (Perú), la ausencia de formación en derechos sanitarios (Perú, Venezuela), la subvaloración de la mujer y la discriminación étnica en los servicios de salud (Perú).

**Cuadro 5**  
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): CAUSAS ASOCIADAS A LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD**

Temas	Argentina	Brasil	Bolivia	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	R.Dominicana	Uruguay	Venezuela
Pobreza, Desigualdad, Baja Calidad de Vida y Exclusión social																		
Pobreza (necesidades insatisfechas)	X	X							X	X	X	X	X		X			
Desempleo	X																	
Acceso al agua y malas condiciones ambientales y de saneamiento								X						X				
Limitaciones presupuestarias (recursos humanos, tecnológicos, infraestructura)																		
Déficit de los recursos de salud		X			X	X		X				X						
Escasa oferta en zonas rurales y periurbanas					X			X				X	X					
Ineficiencia en los servicios de salud												X						
Insuficiente normalización, monitoreo, evaluación y reorientación de los servicios												X						
Ausencia de un Sistema Nacional Integrado de salud																	X	
Déficit y bajo compromiso del personal de salud								X										
Deficiente priorización de los problemas en salud																		
Falta de capacitación suficiente del personal en salud																		
Débil sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes																		
Lógicas distintas entre sector privado y Público de salud				X														X
Gestión centrada en la institución				X														
Desfase entre situación epidemiológica y modelo de atención		X																X
Falta de canales de participación con beneficiarios																		X

Cont. Cuadro 5

Temas	Argentina	Brasil	Bolivia	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	R.Dominicana	Uruguay	Venezuela	
Condiciones sociodemográficas																			
Inaccessibilidad geográfica y escasez de medios de transporte y comunicaciones		X			X			X	X						X				
Crecimiento de la población									X				X						
Cambios en el perfil epidemiológico		X				X							X						
Poblaciones multilingües y multiétnicas, migrantes						X				X									
Multi-causalidad de las enfermedades						X				X									
Barreras culturales																			
Falta de un enfoque intercultural																			X
Analfabetismo												X							
Malos hábitos sanitarios, falta de prevención en salud						X													
Desconocimiento de los derechos ciudadanos en salud																			
Sub-valoración de la mujer																			
Discriminación en servicios de salud																			

Fuente: Elaboración de las autoras sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL sobre programas nacionales de salud, 2005.

## D. El impacto diferenciado de los problemas de atención de salud

Los problemas de la atención de salud no afectan en la misma forma a los diferentes sectores de la población. Las autoridades de casi todos los países encuestados concuerdan en que éstos no repercuten en los estratos no pobres, que tienen mayor capacidad de pago y más amplio acceso a los servicios especializados tanto públicos y privados (planes, seguros de salud, afiliación a la seguridad social, etc.). Sólo en el caso de Uruguay se destacó el hecho de que la creciente desocupación que afecta a segmentos no pobres no les permite acceder ni al sistema público, por no estar en el nivel de indigencia, ni al sistema privado, por falta de recursos.

De todas formas, la desigualdad en el impacto de los problemas de atención de salud está determinada no sólo por cuestiones de accesibilidad sociocultural, geográfica, o ambas, sino principalmente por las disparidades de ingreso, que generan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de la población en salud.

En general, los pobres urbanos tienen mayor acceso a los servicios de salud que los que viven en zonas rurales, donde la pobreza es más extrema. Sin embargo, esta tendencia muestra matices particulares. En Argentina, tras la crisis política, institucional y socioeconómica de los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, 17 de las 24 provincias presentaban tasas de incidencia de la pobreza superiores al promedio nacional. Como existe una relación directa entre estas circunstancias y la salud de la población, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos, en general, es contundente. En Bolivia, pese a que los pobres urbanos están a menores distancias de los servicios de salud, persisten los problemas de los costos y de las diferencias culturales. En Brasil, los pobres urbanos tienen un acceso menor a la salud en las grandes ciudades, principalmente en las regiones más pobres. En Colombia, por ejemplo, los problemas de accesibilidad afectan principalmente a la población pobre, pero las barreras geográficas y económicas inciden negativamente en mayor medida en la población rural y las barreras culturales en la población étnica (El Salvador, Guatemala). En Ecuador, los pobres urbanos enfrentan problemas de costo, pero en más alto grado, y al igual que los grupos étnicos, los pobres rurales tienen dificultades de acceso. En algunos países, se señala que los mayores problemas respecto a los pobres urbanos corresponde a los deficientes servicios básicos y el hacinamiento (El Salvador, Guatemala). En Honduras tanto pobres urbanos, como rurales y grupos étnicos presentan los mismos problemas porque comparten las condiciones de pobreza y de extrema pobreza, de acuerdo con el índice de desarrollo humano. En Nicaragua, se destaca además, el alto costo de las medicinas que afecta a los pobres urbanos, así como también los desastres naturales que damnifican por igual a los pobres rurales y a las minorías étnicas.

Además, los pobres rurales tienen menor acceso a los servicios y programas de salud debido a que en general existe un menor número de servicios en estas zonas geográficas (Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay). Al respecto, en Perú se señala que, aparte de la escasa oferta, los servicios entregados son de baja calidad. En Bolivia se agrega a lo anterior, el déficit en cuanto a la capacidad instalada y recursos humanos para la atención de salud.

Los grupos étnicos presentan problemas específicos de atención de salud a causa del monolingüismo, las altas tasas de analfabetismo, las diferentes manifestaciones de la discriminación étnica y racial que deben sortear, y las dificultades que plantea su participación y representación política como minorías étnicas y raciales dentro de los países. En América Latina, al igual que en otros lugares del mundo, raza y etnicidad se han consolidado, a través de un largo y complejo proceso histórico, como aspectos determinantes de la falta de equidad y desigualdad social, económica y cultural. Junto con la discriminación de género y de clase, la discriminación

étnica se ha convertido en uno de los factores de mayor e insoslayable importancia para la región (Hopenhayn y Bello 2001). Con respecto a estos grupos, en Bolivia y Paraguay se subraya que existen escasos servicios de salud en las comunidades indígenas. En ambos países se menciona también la falta de un enfoque intercultural para asegurar que los servicios de salud generen un impacto positivo en la población indígena. En Bolivia, por ejemplo, se señala que además de la inaccesibilidad de los servicios, éstos no corresponden a sus formas tradicionales de atender su salud. En Paraguay, sólo el 26% de la población indígena cuenta con servicios de salud, y un 92% practica la medicina tradicional. Por otra parte, estos grupos presentan un perfil epidemiológico diferente (Perú). En Uruguay se informa que no existe discriminación étnica en la atención de salud, ya que en el país no hay población indígena.

Los migrantes también son afectados por situaciones singulares, debido a “factores culturalmente determinados”, sobre todo en el caso de los migrantes rurales. Dados sus ingresos más bajos y su precaria inserción laboral, muchas veces en el sector informal, enfrentan mayores problemas en el ámbito de la salud. En Chile figuran con menor claridad en la normativa de salud y, por otra parte, los equipos de salud no están bien entrenados para atender a las minorías.

Otros grupos vulnerables en materia de salud, escasamente mencionados en las encuestas, son las personas de la tercera edad, los discapacitados y los adolescentes que no tienen cobertura de atención de salud (al menos en Nicaragua) (Nicaragua, Panamá, Perú, Uruguay).

Por otra parte, sólo en el caso de Perú se menciona a la población femenina como uno de los grupos en los cuales los problemas de atención de salud inciden con mayor intensidad, ya que registran una más alta carga de enfermedades. En varios países no existen políticas públicas sólidas dirigidas según grupos de edad y sexo, además, cuando se realizan acciones de este tipo son fragmentadas y discontinuas (Uruguay). Así, continúa el tratamiento de las mujeres centrado en su papel reproductivo-materno, en menoscabo del examen y ponderación del amplio rango de necesidades, riegos y contribuciones ligados a los múltiples papeles que la mujer cumple en las distintas etapas de su vida (Gómez, 1997).

En síntesis, el problema de acceso a la salud parece ser el principal entre los que enfrentan los países latinoamericanos. De acuerdo a las encuestas, se constata que tanto sectores de nivel socioeconómico medio, que han sido afectados por procesos de desestabilización económica y de aumento del desempleo, como segmentos tradicionalmente más vulnerables en áreas urbanas y rurales, quedan excluidos del sistema formal y público de salud, lo que acusa la existencia de una marcada desigualdad. Subsisten numerosos factores extrasectoriales que tienen gran incidencia en la salud y que deben ser considerados al diseñar las políticas pertinentes. Entre ellos se cuentan los relacionados con la vivienda, la educación, la nutrición, el empleo, el estilo de vida y la calidad ambiental. La experiencia internacional ha demostrado que incluso en países que cuentan con sistemas de prestación universal y uniforme se producen importantes diferencias en los resultados, atribuibles a este tipo de factores (Ministerio de Salud y Ambiente, 2004).

## **E. La cobertura pública y privada en salud**

En buen parte de los países de América Latina no existe aseguramiento público masivo en materia de salud. Tampoco las autoridades sanitarias de todos los países parecen disponer de estadísticas sobre la cobertura de los sistemas privados<sup>3</sup> (Chile, Colombia, Costa Rica, Venezuela) y públicos, desagregadas por sexo y área geográfica. Por otra parte, sólo Paraguay entregó

---

<sup>3</sup> Se incluye como salud privada, la atención de los beneficiarios de las obras sociales nacionales, las obras sociales provinciales, las empresas de medicina prepaga, las mutuales y otras. La denominación “obras sociales” corresponde a las entidades internacionalmente conocidas como aseguradoras pero algunas tienen fines de lucro (prepagas) y otras no.

información relativa al uso de medicina tradicional general (92% de la población indígena, y 24% de la población total, en relación al uso de farmacias y curanderos). En algunos países, el porcentaje de personas sin cobertura en salud es bastante alto. Es el caso de Bolivia, por ejemplo, donde esta situación afecta del 39 al 44% de la población.

Entre los países encuestados, Panamá es uno de los que informa haber alcanzado los niveles más altos de cobertura del sistema público, en torno al 85%. Los valores más reducidos de cobertura del sistema público corresponden a Bolivia (35%), Paraguay (46%), Argentina (48%), y Uruguay (53%).

En todos los países la cobertura del sistema privado es muy inferior a la del sistema público, especialmente en El Salvador, Honduras, Guatemala y Perú. Por lo tanto, las brechas más significativas de cobertura entre ambos sistemas se encuentran en esos mismos países (en El Salvador 75% y 5%, en Honduras 60% y 4%; Guatemala, 80% y 0,8%; y en Perú 52% y 4%, respectivamente).

En relación con el total de hombres y mujeres acogidos a los sistemas de salud públicos, cabe señalar que sólo en Chile y en República Dominicana la cobertura femenina es considerablemente mayor que la masculina (82% contra 69% respectivamente en el primer país, y 60% contra 50%, en el segundo). En el resto de los países que disponen de esta información, los niveles de cobertura son bastante similares para ambos sexos. En los sistemas privados, sólo Guatemala registra una diferencia significativa según género, ya que un 10,3% corresponde a hombres y un 3,7 % a mujeres.

En lo que respecta a la brecha entre la cobertura pública urbana y rural, en los países que disponen de esta información, la primera tiende, en general, a ser mayor que la segunda -lo que concuerda con lo señalado como tema prioritario de salud en la mayoría de las encuestas-, salvo en Chile donde la cobertura pública rural supera largamente la urbana (96,4% y 64,3%, respectivamente). Por otra parte, la cobertura privada urbana, presenta diferencias significativas con respecto a la rural, que comparativamente resulta ser mucho más reducida.



### **III. Las reformas del sistema de salud en América Latina**

---

A partir de los años ochenta se han iniciado procesos de reforma del sector salud en casi todos los países latinoamericanos, que tienden a favorecer la participación del sector privado en la gestión del financiamiento público y la provisión de servicios, con la consiguiente reducción de los servicios públicos prestados por el Estado. Como resultado de esta tendencia, durante las últimas décadas, en varios países se han creado administradoras de fondos y redes de proveedores privados para la atención de los más pobres. Sin embargo, este proceso se desarrolló bajo el convencimiento de que era necesario fortalecer la capacidad reguladora de los estados, para garantizar la provisión universal de un paquete de prestaciones a toda la población (véase recuadro sobre Plan Auge de Chile). Otro aspecto común a las reformas en los distintos países fue la descentralización de los establecimientos públicos, la separación de la financiamiento y la provisión públicas, la introducción de contratos entre sector público y privado y el impulso a la participación social (Revista Panamericana de Salud Pública, 2000).

Al analizar los cambios legislativos recientes en materia de salud se advierte que los gobiernos han asignado prioridad a la reposición del papel del Estado, como prestador y regulador, en la descentralización de la gestión de los servicios, la promoción del sector privado y el control de la escalada de costos (Homedes y Ugalde, 2002). Se trata de una serie de transformaciones que tienden a una paulatina integración de los subsectores de la salud (público, de la seguridad social y privado), y a la articulación de los servicios públicos y privados, de los niveles nacionales, las instancias intermedias y los gobiernos locales o municipios.

Según señalan las autoridades que respondieron el cuestionario, en varios países se ha avanzado en esta dirección, puesto que se han definido planes nacionales y objetivos sanitarios, que implican reestructuración de la política nacional de salud y de otras políticas específicas (Brasil, Chile, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú). Se trata de reformas de los sistemas de salud, los sistemas generales de seguridad social en salud y los modelos de atención integral en materia de salud (Argentina, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Paraguay, Perú). En el caso de Nicaragua, estas transformaciones implicaron en los últimos cinco años la promulgación de una Ley General de Salud y en Argentina, la formulación de un Plan Federal de Salud tendiente a asegurar el papel activo de un “Estado garante” del bienestar de la población (Ministerio de la Salud de Argentina, 2004).

Como se puede observar, el trasfondo de estas iniciativas ha sido una preocupación central por asegurar la cobertura básica universal de la salud, lo que en algunos países ha implicado declaraciones explícitas de compromiso en cuanto a acceso, cobertura, y garantías básicas de salud para la población (Chile, Guatemala, Honduras). Las estrategias de extensión de coberturas mediante la contratación de organizaciones no gubernamentales en El Salvador y Nicaragua, han sido avances concretos en esta materia.

En consecuencia, los cambios legislativos también han conllevado cambios de la red institucional de salud (Argentina, Bolivia, El Salvador, Panamá) y de sus modelos de gestión (El Salvador, Honduras, Panamá), con el fin de asegurar la descentralización administrativa y financiera de los servicios (Argentina, Nicaragua, Perú).

El avance de dichos cambios legislativos ha sido desigual en los diferentes países. En Argentina, como resultado de estas modificaciones las funciones del Ministerio de Salud se ampliaron a temas medioambientales, y en la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, se crearon comisiones asesoras de especialidades médicas y comisiones evaluadoras de proyectos. En algunos casos específicos, como el de El Salvador, los cambios en los modelos de gestión han implicado la terciarización de servicios de apoyo en algunos hospitales de la red pública (vigilancia, alimentación, limpieza), y el establecimiento de incentivos que impulsen la participación de los gobiernos subnacionales y municipales en la solución de los problemas de salud de la población (Honduras). Otras enmiendas legislativas apuntan a modificar la normativa de organización y funcionamiento de los servicios (Argentina), a buscar consensos entre el sector privado y público (Chile, Honduras) y a la transformar las exigencias, competencias y recursos para la prestación de servicios (Colombia).

Para las instituciones de salud, las reformas legislativas han planteado además, nuevos desafíos en cuanto a soporte técnico e instrumentos financieros que apoyen las políticas acordadas. Con respecto a cambios legislativos que se traduzcan en un aumento del financiamiento estatal para la salud, éstos se han dado sólo en Brasil y en Ecuador.

Otra tendencia específica ha sido la de promover la atención primaria, respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención (Argentina, Honduras), y de la atención hospitalaria, que ha seguido en el centro de las preocupaciones respecto de la salud para las autoridades sanitarias de países como Brasil, El Salvador y Panamá.

**Recuadro 3**  
**EL PLAN AUGE EN CHILE**

La nueva Ley del Régimen General de Garantías en Salud, en virtud de la cual se creó el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) de Chile, fue aprobada el 16 de enero de 2003 y comenzó a regir a partir del 1 de julio de 2005.

El Gobierno de Chile puso en marcha el Plan Auge con el fin de establecer garantías en materia de salud y asegurar el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales, para la década 2000-2010, orientados a mejorar los logros alcanzados en el área de la salud; enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad; corregir las desigualdades en salud y proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

El Plan Auge es el instrumento que el Ministerio de Salud de Chile ha diseñado para garantizar la atención de los problemas de salud que causan más muertes, con tiempos de espera definidos por ley, co-pagos que protegen financieramente a las familias y estándares de calidad homogéneos, independientes del nivel de ingreso de las personas. Básicamente en el plan se explicita un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención de salud de toda la población.

Para cada una de las patologías consideradas se estableció un protocolo de atención, donde se especifican el tratamiento requerido y sus costos. En una primera etapa se incluyeron 25 patologías o problemas de salud, pero el objetivo es llegar en el 2007 a cubrir las 56 patologías de salud más frecuentes, es decir, aquellas consideradas de mayor relevancia e impacto en relación con las posibilidades y calidad de vida de la población de Chile. A continuación se describen las diversas garantías contempladas que se irán ampliando progresivamente.

Garantía de acceso, conforme a la cual todos los individuos deberán recibir atención y formar parte de una red de salud en su lugar de residencia;

Garantía de oportunidad, que implica que habrá un límite máximo de tiempo, preestablecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstico;

Garantía de calidad, que establece que las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y construidos a partir de pruebas de evidencia médica;

Garantía de cobertura financiera, en virtud de la cual el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al Plan Auge y sus 56 patologías iniciales. El co-pago máximo del usuario del sistema no superará el 20% del costo de la atención integral de dichas 56 patologías. Asimismo, el monto total que deberá financiar no excederá de un ingreso mensual familiar en un año. El Estado, a través de aportes fiscales directos, y los cotizantes con mayores ingresos, bajo una modalidad solidaria, concurrirán al financiamiento de quienes no pueden hacerlo.

En el caso que bajo el Plan Auge se requieran medicamentos para tratamientos ambulatorios, se garantiza una cobertura financiera (20% de arancel de referencia).

Los exámenes de medicina preventiva deberán ser proporcionados sin costo por la institución de salud previsional respectiva (Isapre) a todos sus afiliados.

La autoridad de salud dio prioridad a algunas enfermedades, tanto para los beneficiarios de Isapres privadas como del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) que es la entidad pública. En esta lista se incluyeron los problemas de salud más frecuentes, graves y factibles de tratar, que causan mayor número de muertes y discapacidades en Chile, además de problemas económicos a las familias de quienes los padecen. Otro aspecto importante es que se consideraron aquellos problemas de salud que si son pesquisados y tratados a tiempo, presentan una alta tasa de mejoría. De este modo, el Plan Auge beneficia a todas las personas independientemente del hecho de si son cotizantes en el sistema público o en el privado, en tanto que los que no son cotizantes se benefician del aporte estatal.

Los nuevos recursos que el Gobierno se propone generar mediante mejoras de gestión, nuevos tributos y la cotización obligatoria de los trabajadores independientes, se destinarán exclusivamente a financiar las nuevas exigencias asociadas al Plan Auge.

Este régimen de garantías y las enfermedades que cubrirá serán evaluados cada tres años por el Ministerio de Salud, y luego formalizados mediante un Decreto Supremo bi-ministerial (Salud y Hacienda). Para estos efectos, la autoridad será asesorada por un Consejo Consultivo, integrado por nueve expertos de conocida trayectoria en las áreas de medicina, salud pública, economía y disciplinas conexas.

**Fuente.** Ministerio de Salud de Chile, sitio oficial (en línea) [http:// www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

Por otra parte, en algunos países se han introducido cambios en la organización de los sistemas de vigilancia sanitaria (Brasil, Ecuador) para apoyar la evaluación periódica del

cumplimiento de los objetivos de las políticas de salud y de sus sistemas de información sobre estadísticas vitales (Honduras, Panamá).

En cuanto al fomento de la participación de los beneficiarios en el diseño e implementación de los nuevos modelos de gestión, se destaca la experiencia de Perú, en la que se ha introducido la figura de comités locales de administración de salud, que implican administración compartida con la comunidad. Asimismo, en Argentina el sistema se basa en acciones de promoción de la salud a través de esquemas participativos, en los cuales las instituciones del área articulan sus recursos con los de otros sectores y con organizaciones de la comunidad. El sistema de salud en este país está organizado en redes regionales de servicios, de gestión pública y privada, cuyos distintos componentes son instituciones organizadas según niveles de atención y localizadas de acuerdo con criterios de necesidad regional, en función de las demandas de los destinatarios (Ministerio de la Salud de Argentina, 2004).

Por último, en un conjunto de países se ha modificado la regulación en cuanto a acceso y control de medicamentos (Argentina, Honduras, Perú). Otros cambios legislativos menores se relaciona con la supervisión de la responsabilidad profesional en el área de la salud (sanciones penales, evaluación de especialidades médicas, en Argentina), y con los salarios de los profesionales del sector (Ecuador).

Con respecto a políticas específicas, cabe destacar las dirigidas a las siguientes áreas: salud materna (Argentina, Bolivia,<sup>4</sup> Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay), salud sexual (Argentina, Ecuador), de sangre y transplantes (Argentina y Brasil), salud del niño y el adolescente (Argentina, Honduras) y prevención (especialmente en el consumo de drogas y alcohol) (Costa Rica, Uruguay, Venezuela). En relación con la medicina comunitaria, interesa señalar que en países como Argentina, Nicaragua, Panamá, se ha pretendido extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares, permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, y mejorando la comunicación del individuo (y su familia, su saber y su cultura) con la medicina científica (Ministerio de la Salud y Ambiente de Argentina, 2004).

---

<sup>4</sup> Según la información de la encuesta, Bolivia es el único país en el que se ha implementado un Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

**Cuadro 6**  
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PRINCIPALES TEMAS CONSIDERADOS EN LAS REFORMAS 2000-2005**

Temas	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Rep. Dominicana	Uruguay a	Venezuela
Definición de planes nacionales y objetivos sanitarios (reestructuración de políticas)			X	X						X	X	X		X			
Reforma del sistema de salud	X				X	X					X		X				
Nuevos modelos de gestión		X						X		X		X					
Descentralización administrativa financiera	X							X		X	X	X					
Cambios en la red institucional	X							X				X					
Compromiso de acceso, cobertura, garantías de salud para la población.				X				X		X				X			
Regulación del acceso, control de medicamentos	X									X							
Atención hospitalaria			X					X		X		X					
Atención primaria de la Salud	X									X							
Mayor inversión en salud, financiamiento estatal			X				X										
Participación de ONGs								X									
Separación armonización de funciones de salud pública y atención individual				X						X							
Ley general de salud y Política nacional de salud											X				Xb		
Seguro universal materno infantil		X															
Normas de organización y funcionamiento de servicios	X																
Modificación de las exigencias, competencias y recursos para la prestación de servicios					X												

Políticas nacionales y reformas institucionales y de gestión de los sistemas de salud

Cont. Cuadro 6

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Rep. Dominicana	Uruguay	Venezuela
Temas			X				X			X		X					
Reorganización de sistemas de vigilancia sanitaria																	
Sistema de Información																	
Fortalecimiento del segundo nivel de atención									X								
Intersectorialidad																	
Evaluación de los servicios										X							
Mayor participación de las comunidades														X			
Reformas salariales de los profesionales en salud							X										
Responsabilidad profesional en el área de la salud (sanchores penales, evaluación de especialidades médicas)	X																
Cambios relativos a políticas específicas de salud																	
Salud materna	X	X															
Salud del niño y del adolescente	X	X								X	X					X	X
Prevención (drogas, alcoholismo)*						X											
Políticas de sangre y trasplantes	X		X														
Salud sexual y procreación responsable	X						X										
Medicina comunitaria	X																
Embarazo adolescente*						X											
Violencia doméstica*						X											
Incorporación del enfoque de género						X											
Salud mental										X							

**Conclusión Cuadro 6**

Temas	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Paru	Rep. Dominicana	Uruguay/a	Venezuela
Escudo epidemiológico		X															
Incorporación de temáticas medioambientales	X											X					

**Fuente:** Elaboración de las autoras sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL sobre programas nacionales de salud, 2005.

<sup>a/</sup> En Uruguay, de acuerdo con la información de la encuesta, no se han introducido reformas del sector salud que hayan incidido en la salud de la población. Sin embargo, está en etapa de diseño una reforma integral que crea un seguro nacional de salud.

<sup>b/</sup> En la respuesta de las autoridades de República Dominicana sólo se indica cambios en el marco legal sin indicar su orientación.

La mayoría de estas reformas tienden a modificar el balance entre la salud privada y la pública. Sólo en el caso de Chile se plantea que los cambios legislativos apuntan a mantener la proporción de responsabilidades públicas y privadas, para lo cual se han introducido criterios de equidad, ya que ahora el sector privado está obligado a respetar el régimen de garantías y el sector público a resolver el problema de los tiempos de espera. En Ecuador se señala que no se han introducido cambios sustanciales en el balance público-privado en salud, en El Salvador las reformas tienden a consolidar el sistema mixto, y en República Dominicana y Bolivia que se ha reforzado el sistema privado. Sin embargo, si bien en el resto de los países las respuestas destacan un fortalecimiento del sistema público, en los últimos años en varios de ellos el sector privado de salud ha mostrado un considerable crecimiento.

En Argentina, la fragmentación del sistema en subsectores (público, de la seguridad social y privado), en jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) y en niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel), ha generado un uso ineficiente de los recursos disponibles al duplicar innecesariamente ofertas y servicios, y, por tanto, los gastos. Por esta razón, las reformas que se están implementando tienden a articular los servicios públicos con los privados, la capital con las provincias y éstas con los gobiernos locales o municipales. La estrategia de este “sendero de reformas” apunta a de atención primaria de la salud se el componente organizador del sistema. Lo que se intenta implementar es un modelo de atención en el cual las personas puedan acceder a una red, y no a servicios aislados.

En Brasil las reformas tienden al fortalecimiento de un Sistema Único de Salud (SUS), con el fin de lograr una mejor organización y una mayor estabilidad financiera.

En Costa Rica, la reforma del sector salud iniciada en 1998, se ha consolidado en los últimos cinco años. El objetivo fijado es la modernización y desarrollo del sector y de sus instituciones, con un enfoque de la salud como producto social y bajo los principios de universalidad e integralidad de la atención. La rectoría sectorial del Ministerio de Salud ha asumido como compromisos la equidad en la prestación de servicios, la solidaridad en el financiamiento y la incorporación de una amplia participación social. El propósito es llevar a la práctica estos principios con un enfoque de atención integral de la salud, lo que implica readecuar la apertura programática presupuestaria, lograr una desconcentración y descentralización administrativa funcional y consolidar nuevas modalidades de administración de los servicios y su financiamiento, entre otros cambios. Medidas concretas en esta línea son el traslado de los riesgos del trabajo del Instituto Nacional de Seguros a la Caja Costarricense de Seguro Social y el de la responsabilidad de los acueductos municipales al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, la creación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) para readecuar el modelo de atención y el establecimiento de un nuevo esquema de asignación de recursos mediante los Compromisos de Gestión (entre el comprador, en este caso la CCSS y los distintos prestatarios). A la fecha se han creado aproximadamente de 800 EBAIS lo que ha permitido aumentar la cobertura de los programas del primer nivel de atención, con énfasis en las zonas rurales más pobres, y ha generado un impacto positivo en la salud de la población.

En Colombia, la reforma estructural del sistema de salud, que se está llevando a cabo desde 1993, tiene por objeto implantar el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La reforma ha permitido ampliar la cobertura de aseguramiento -a diciembre de 2004- a 29 millones de habitantes (se incluye afiliados compensados a los regímenes contributivos y especiales a octubre del 2004, más los afiliados al régimen subsidiado (subsidios plenos y parciales). En este mismo país, la reforma más significativa está relacionada con la norma que define las competencias y recursos de que disponen las municipalidades, los departamentos y la nación para: i) el aseguramiento de la población pobre que no puede acceder al régimen contributivo; ii) la prestación de servicios de salud pública de carácter colectivo y c) la prestación de servicios de salud de carácter individual a

la población pobre que no está cubierta por los planes de beneficios establecidos para los regímenes de aseguramiento.

Asimismo, esta reforma ha implicado cambios importantes en el balance público-privado del sistema, que permite diferenciar tres tipos de organismos básicos a) los organismos de dirección, vigilancia y control, fundamentalmente de carácter público, b) los organismos de administración y financiamiento, entre los que cuentan las entidades administradoras de planes de beneficios de carácter público y privado y las entidades territoriales y c) los organismos de prestación de servicios que comprenden prestadoras de servicios de carácter público, privado o mixto.

En Honduras, las reformas se han orientado a la reestructuración y desarrollo organizativo de la Secretaría de Salud, la elaboración de políticas relativas a salud mental, medicamentos, nutrición y atención materno infantil, así como a la readecuación de los sistemas de mejoramiento de la información

En Nicaragua la finalidad de las reformas ha sido la definición, instrumentación y evaluación de la política de salud, bajo un modelo de atención integral de salud; con este fin se formuló una propuesta que contempla un paquete básico de servicios de salud y la implementación de una Estrategia de Comunicación Social, a nivel nacional.

A diferencia de otros países, en Panamá, se destacan los esfuerzos relativos a la elaboración y puesta en práctica del Modelo familiar, comunitario y ambiental, y del Protocolo de atención a la embarazada. Es prácticamente el único país en el que por mandato legislativo, se ha procurado incorporar un enfoque de género, vía la elaboración de carteras de servicios diferenciados para hombres y mujeres. También ha introducido mecanismos de evaluación de los servicios (aplicación de encuestas de percepción de usuarios en el Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA) y por medio de la Red de Solidaridad Social (RSS) cada seis meses)

En Venezuela, los cambios legislativos han tomado dos direcciones: el desarrollo de la estrategia de promoción de la calidad de vida y la salud, y la puesta en práctica de la Misión Barrio Adentro, que contempla la creación de 600 clínicas populares, 8.000 consultorios populares, 600 centros de diagnóstico integral, 600 centros de rehabilitación integral, 35 centros de alta tecnología, todos ellos programados y en construcción.



## **IV. Políticas y programas nacionales de salud**

---

Las características específicas de la atención de salud son determinadas por factores múltiples que están en el contexto económico, social, y cultural y de las características del sector de la salud de los países. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes: el grado de desarrollo y patrón de distribución socioeconómico, las características predominantes del sistema político y económico; el marco legal y normativo del sistema de atención de salud; la estructura de la prestación de servicios, por tipo y combinación de propiedad de los establecimientos y tipo de contribuyente (público, privado o una combinación de ellos); el marco financiero y modalidad del reembolso para los servicios prestados; la organización administrativa y clínica de la atención de salud; la distribución geográfica de la atención de salud; la cobertura geográfica y financiera de los servicios públicos y privados a diferentes niveles de atención; las estrategias adoptadas para el desarrollo, la adecuación y la reforma de la atención de salud.

La influencia simultánea de estos factores —algunos de ellos muy cambiantes en el tiempo y entre zonas geográficas— produce una notoria heterogeneidad en las características y en la forma de operar de los servicios de salud. La variabilidad de la situación sanitaria de las poblaciones, incluso en una misma zona geográfica, torna prácticamente imposible la definición de un “modelo único” de atención de salud, incluso para un país específico.

El nivel de desarrollo económico y el grado de industrialización tienen una influencia considerable en los sistemas de salud, los cuales están influenciados también por otros factores macroambientales de naturaleza política y social, por el desarrollo histórico del sector salud y

por la manera en que cada país organiza su sistema de salud. Por lo general, al interior de los países se encuentran claras diferencias en los servicios de salud entre zonas geográficas y entre grupos socioeconómicos de la población.

Los sistemas de salud incluyen diferentes participantes directos, como el Estado, los organismos financieros, los aseguradores y los proveedores de atención de salud. Instituciones específicas abarcan uno o varios de estos tipos de participantes directos (por ejemplo, una institución del sistema de seguridad social que asegura y además proporciona atención de salud). La población participa no solo como destinataria de los servicios producidos sino también como contribuyente directo o indirecto y usuario de atención de salud.

En el contexto de los países de la región el sector salud presenta una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, aseguramiento, regulación y provisión de servicios de salud. Funciones que suelen articularse a través de un sistema público de salud, un sistema de seguridad social, y el sector privado.

## A. Financiamiento de la salud

La magnitud y distribución del gasto público en salud son herramientas poderosas para realzar la equidad en los sistemas de salud. En los países que tienen sistemas de salud muy segmentados, el financiamiento público para servicios de salud suele ser en general reducido y, por lo tanto, la cobertura pública es bastante reducida, en tanto que el gasto privado es alto y corresponde casi totalmente a gastos individuales (Naciones Unidas, 2005).

Durante la última década, en la mayoría de los países de la región se produjo una reducción del presupuesto público asignado al sector salud, en el marco de una agenda regional de reformas del sistema de salud encaminadas a elevar la equidad, la eficiencia y la calidad de las prestaciones. Así, junto con la persistencia de definanciamientos crónicos en el sector y a una transición demográfica y epidemiológica que involucra mayores costos de atención, la expansión del gasto público en salud por habitante ha reducido su participación como porcentaje del PIB de 3,1% en 1990-1991 a 2,9% en 2002-2003. Según datos de la CEPAL, en la mayoría de los países latinoamericanos el gasto destinado al sector de salud es inferior a 40 dólares per cápita y representa menos de un 2% del producto interno bruto. Sólo en tres países se gastan más de 200 dólares per cápita y en cinco se destina a salud entre un 4% y un 6% del PIB (véanse cuadros 7 y 8).

**Cuadro 7**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO PÚBLICO EN SALUD 2002-2003**

En dólares per cápita				Como porcentaje del PIB		
Menos 40	60 -100	100-200	Más de 200	Menos de 2%	2%-4%	4%-6%
Ecuador, Bolivia Paraguay Guatemala Nicaragua El Salvador Honduras Perú República Dominicana	Venezuela Jamaica Colombia Trinidad y Tabago	Brasil Uruguay México Chile Cuba	Costa Rica Panamá Argentina	Guatemala Ecuador Paraguay Trinidad y Tabago, Bolivia Republica Dominicana Venezuela El Salvador Perú	México Uruguay Jamaica Brasil Chile Nicaragua Honduras	Argentina Colombia Costa Rica Panamá Cuba

**Fuente:** CEPAL, Panorama social de América Latina, edición, 2005.

La información por países muestra la extrema heterogeneidad de los recursos que disponen los gobiernos para destinarlos a la salud pública. El cuadro 8 muestra que esos recursos fluctúan entre 291 dólares per cápita en Argentina a sólo 15 dólares per cápita en Ecuador. Asimismo, el aporte a la salud como porcentaje del PIB varía entre 1% en Guatemala y 6% en Cuba y Panamá.

Cuadro 8

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): NIVEL Y VARIACIONES DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL PER CÁPITA  
(EN DÓLARES DE 2000, EN PORCENTAJE DEL PIB Y DIFERENCIAS ABSOLUTAS)**

	Período 1996-1997		Variación absoluta respecto de 1990-1991		Período 2002-2003		Variación absoluta respecto de 1996-1997	
	en dólares per cápita	% del PIB	en dólares per cápita	en puntos del PIB	en dólares per cápita	% del PIB	en dólares per cápita	en puntos del PIB
Argentina	354	4,6	89	0,2	291	4,4	-64	-0,2
Bolivia	9	0,9	0	-0,1	16	1,6	7	0,6
Brasil a/	98	2,8	-14	-0,7	102	2,9	4	0,0
Chile	114	2,4	51	0,5	155	3,0	41	0,6
Colombia b/	68	3,2	51	2,3	87	4,4	19	1,2
Costa Rica	171	4,7	17	-0,2	236	5,7	65	1,0
Cuba c/	119	5,3	-31	0,1	168	6,3	49	1,0
Ecuador	11	0,9	-7	-0,6	15	1,1	4	0,3
El Salvador	...	...	...	...	34	1,6	...	...
Guatemala	13	0,8	-1	-0,2	17	1,0	4	0,3
Honduras d/	20	2,1	-4	-0,5	34	3,5	15	1,4
Jamaica	76	2,3	6	0,2	78	2,5	2	0,2
México	112	2,2	-36	-0,8	136	2,4	24	0,2
Nicaragua	18	2,5	-3	-0,4	24	3,0	6	0,6
Panamá	208	5,8	44	0,5	236	6,0	28	0,1
Paraguay	19	1,3	15	1,0	16	1,3	-3	-0,1
Perú b/	29	1,4	15	0,6	36	1,8	7	0,3
República Dominicana	26	1,4	10	0,4	39	1,6	13	0,2
Trinidad y Tabago	100	2,0	-27	-0,7	93	1,3	-8	-0,7
Uruguay	151	2,5	10	-0,4	125	2,4	-26	-0,1
Venezuela e/	59	1,1	-20	-0,4	67	1,6	8	0,5
América Latina y el Caribe f/	89	2,5	8	0,0	106	2,8	18	0,3
América Latina y el Caribe g/	105	2,8	-1	-0,3	120	2,9	15	0,1

**Fuente:** CEPAL (2005) Panorama Social de América Latina Edición 2005, LC/G.2288. a/ La cifra en la columna 2002-2003 corresponde a una estimación del gasto social en las tres esferas del gobierno (federal, estadual y municipal) a partir de información sobre gasto social a nivel federal. b/ La cifra en la columna 2002-2003 corresponde al promedio 2000-2001. Esta cifra no está considerada en los promedios. c/ La cifra en dólares per cápita se presenta de acuerdo al tipo de cambio oficial (un dólar = un peso). d/ La cifra en la columna 2002-2003 corresponde a 2004. Esta cifra no está considerada en los promedios regionales. e/ Las cifras de este país corresponden al gasto social acordado (presupuesto y sus modificaciones a fines de cada año). f/ Promedio simple de los países, excluido El Salvador.

En la mayoría los países latinoamericanos, los programas cuentan con partidas del presupuesto nacional, o con aportes provenientes de fondos internacionales no reembolsables. Sin embargo, en casi todos ellos existe un grave problema de financiamiento que es el de la desigual distribución de los recursos para la atención de salud, que tienden a concentrarse en las regiones más pudientes. En algunos casos, los programas nacionales de salud no cuentan con un presupuesto propio, razón por la cual deben manejarse con una combinación de recursos, incluido el presupuesto general del ministerio de salud.

La coordinación de los programas recae mayoritariamente en el ministerio de salud nacional, que articula su ejecución con otros actores sociales. Sin embargo, uno de los problemas que presenta la coordinación programática es el bajo nivel de dirección de las instituciones oficiales de salud en sus niveles intermedios.

En síntesis se puede suscribir las conclusiones del Informe de Avance de las Metas del Milenio que indica que “ pocos países han logrado implementar políticas adecuadas de recursos humanos, lo que se refleja en la persistencia de desequilibrios crónicos en su distribución, su concentración en las áreas urbanas, el crecimiento asimétrico de la oferta y la demanda, el mayor crecimiento de la oferta de educación frente a los requerimientos del trabajo en salud, desfases en materia de formación, desorden en la profesionalización y estancamiento del empleo público. En algunos países esto ha dado origen a un éxodo de profesionales de la salud y crecientes corrientes de emigración de personal calificado hacia los países desarrollados, que han tenido fuertes efectos negativos en Ecuador, Bolivia, Honduras y Perú. En el caso del Caribe, la pérdida económica que supone la formación de trabajadores que luego emigran alcanza niveles considerables” (ONU, 2005, p. 164).

## **B. Los programas nacionales de salud**

En la actualidad, si bien los países están avanzando hacia la creación de un paquete básico universal, explícito y garantizado de los servicios de salud, las autoridades sanitarias informan que siguen existiendo desigualdades en diferentes ámbitos. La falta de coordinación y articulación entre los distintos subsectores proveedores de servicios de salud (público, seguridad social y privado) generan una heterogénea oferta de coberturas, que impide la conformación de una visión compartida de los sistemas de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en el acceso y la utilización de los servicios. Otros problemas que existen son la indefinición del modelo de prestaciones, la fragmentación e ineficiencia en la destinación y uso de los recursos, el insuficiente financiamiento asignado a la prevención, la amplia diversidad en la calidad de los servicios, y la débil planificación en materia de recursos humanos y de regulación de tecnologías. Dichos factores han obstaculizado la determinación de orientaciones estratégicas globales y el diseño de políticas a mediano y largo plazo de carácter nacional. En algunos países incluso se generan pequeños sistemas cuasi-autónomos, débiles, desiguales en cuanto a la oferta y muy poco equitativos, con respuestas diferentes en términos de calidad y de acceso tanto entre jurisdicciones como dentro de ellas (Ministerio de Salud y Ambiente, 2004).

No obstante, los gobiernos han intentado fortalecer sus acciones en el área de la atención primaria de salud (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay). En respuesta a uno de los problemas más centrales de la salud de la población latinoamericana –las enfermedades infecciosas transmisibles– la mayoría de los países cuenta con programas nacionales de inmunización (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana), y de atención integral de la tuberculosis (Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Perú), control de enfermedades transmitidas por vectores (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador,

Honduras, Nicaragua, Perú), y de infecciones respiratorias agudas (Argentina, Chile, Perú). En lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual se han realizado esfuerzos especiales en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay. En esta área los programas incluyen pruebas de laboratorio para diagnóstico y/o tratamientos gratuitos, entrega de medicamentos reactivos de VIH y sífilis, cargas virales, distribución de preservativos y de folletos de prevención. En algunos países las iniciativas de este tipo han comprendido acciones tendientes a fortalecer la gestión de los programas de salud sexual y a promover la participación de las organizaciones comunitarias. En Argentina, por ejemplo, en los programas de lucha contra los retrovirus humanos, el sida y las enfermedades de transmisión sexual, se ha considerado la realización de acciones de capacitación dirigidas a los profesionales responsables de la atención primaria, proyectos y servicios en el país, o a los jóvenes para formarlos como promotores de la salud. También se han emprendido acciones para prevenir la transmisión materno-fetal del VIH mediante exámenes de detección serológica a embarazadas y la entrega de medicamentos durante el embarazo y el parto.

En el marco de los esquemas de control y la vigilancia de enfermedades no transmisibles algunos programas tiene por objetivos la provisión de medicamentos y tratamientos gratuitos a la población que padece de cáncer (Argentina, Colombia, Nicaragua, Uruguay, Venezuela), hipertensión arterial (Brasil), enfermedades cardiovasculares (Brasil, Nicaragua, Paraguay, Uruguay), y tumores malignos. En esta última categoría se incluyen los programas de control del tabaquismo (Argentina, Uruguay). En particular, Argentina adhirió al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco cuyos objetivos son: proteger a las generaciones presentes y futuras contra las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo del tabaco y proporcionar un marco nacional e internacional para la aplicación de medidas de control del tabaco, con el fin de reducir su consumo y la exposición al humo de tabaco ambiental. Se realizó una encuesta nacional sobre el tabaco y se lanzaron campañas para el control de su consumo: “Abandone y Gane” “Ambientes libre de Humo” y “Deportes sin Tabaco”. También se creó el Registro Nacional de Empresas Libre de Humo.

Respecto de las enfermedades de causa externa, en algunos países se han llevado a cabo una serie de acciones interministeriales para el control de la violencia y los accidentes de tránsito (Brasil, Colombia, El Salvador, Perú, Uruguay, Venezuela). También se han realizado acciones específicas para atender las necesidades de salud de las poblaciones desplazadas. Estos desplazamientos tienen su origen en un conjunto de factores, entre los cuales los más importantes son la acelerada depredación del medio ambiente y los recursos naturales en tierras indígenas y las guerras y acciones de violencia focalizada o generalizada. En décadas anteriores, países como el Salvador y Nicaragua sufrieron grandes desplazamientos de población indígena debido a las guerras civiles. Lo mismo ocurre en la actualidad en zonas de conflicto, como el estado de Chiapas en el sur de México y, sobre todo, en Colombia, donde la situación de los pueblos indígenas tiende a empeorar continuamente.

En cuanto a salud materno-infantil, se están ejecutando varios programas de protección integral para la mujer embarazada y hasta los 45 días posteriores al parto, y para los niños hasta los 6 años de edad, que carezcan de cobertura explícita. Estas iniciativas tienen como objetivo central brindar cuidado y protección corporal a toda mujer en edad fértil como uno de los componentes de la atención primaria de salud. Los programas tienen como finalidad promover la planificación familiar, la atención del parto institucional y el control perinatal y puerperal. Otras líneas de acción en esta área apuntan a reducir la malnutrición y la mortalidad infantil. En relación con este último punto, en la encuesta de Bolivia se resaltan avances logrados en 2003, como un 71% de cobertura de vacunación pentavalente en niños de un año de edad, y un 61% de partos atendidos por personal calificado.

También hay que destacar los esfuerzos por diversificar la oferta especializada de salud dirigida a los adolescentes. En casi todos los países aparte de las estrategias para ampliar su acceso a los servicios de salud, se han emprendido acciones orientadas a resolver problemas vinculados al embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Panamá), el VIH (República Dominicana, Panamá), prevención, control y apoyo en materia de drogadicción (Chile, Colombia, México, Nicaragua, República Dominicana). Existen programas integrales de salud para adolescentes e infantes en Chile, Costa Rica, Cuba, Perú y República Dominicana, pero sólo en Colombia hay iniciativas en marcha orientadas específicamente a la salud mental de los jóvenes (CEPAL, 2005a).

También se ejecutan otros programas que siguen la línea de aumentar la cobertura, propiciar la equidad y mejorar las condiciones de salud de la población, mediante varios componentes: suministro de medicamentos, acceso oportuno a tratamientos apropiados, fortalecimiento del modelo de atención primaria, promoción de políticas de salud con gestión participativa. Por estas vías se pretende evitar el deterioro de las condiciones de salud de las familias pobres. Así, los medicamentos son entregados en forma gratuita por la red pública de instituciones de salud. En forma complementaria, se procura incrementar la vinculación con los centros de atención primaria y los profesionales de la salud a los sectores con dificultades de acceso, así como aumentar la frecuencia de los chequeos médicos en las familias por medio de la provisión gratuita de medicamentos.

En el plano de las acciones orientadas a resolver problemas de salud de grupos específicos de población, se destacan los programas de atención de morbilidad del adulto mayor (Costa Rica, El Salvador, Honduras, Uruguay). Por otra parte, es importante señalar que si bien los pueblos indígenas en América Latina presentan una situación de salud peor que la del resto de la población nacional, pocos países presentan una oferta específica para estos grupos (Brasil, Perú). Los hogares indígenas, en particular los residentes en las áreas rurales, frecuentemente enfrentan elevados riesgos de enfermedad debido a sus precarias condiciones de vida y a la escasa disponibilidad de servicios de salud, agua y saneamiento básico. Hasta ahora no se han realizado estudios sistemáticos que permitan comparar los perfiles de salud entre los pueblos indígenas y éstos con las diversas poblaciones nacionales, pero es posible contar con algunos indicadores de mejoramiento en la salud reproductiva en los pueblos indígenas, relevantes para el análisis de la situación de salud de estos grupos.

De acuerdo a las encuestas realizadas, sólo en Paraguay existe una oferta más específica para los pueblos indígenas que incluye asistencia médica especializada, atención de emergencias médicas, salud mental, bienestar social, abastecimiento de agua y saneamiento ambiental, desarrollo de recursos humanos, recursos físicos y programas de inversión.

En Argentina se ha puesto en práctica una línea novedosa de trabajo en el sector de la salud que pone énfasis en la participación comunitaria en los programas. El Programa Acción Conjunta Técnica con Organizaciones de la Sociedad Civil, ejecutado por la comisión coordinadora para la participación de las ONGs y otras entidades vinculadas a la promoción de la salud, tiene como objetivo contribuir, mediante la interacción con la sociedad civil a mejorar de los resultados e impactos de los programas del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Las acciones sustantivas llevadas a cabo durante el 2004 tuvieron como ejes: el empoderamiento de los agentes de organizaciones sociales; la vinculación de representantes de las ONG con referentes de programas; la capacitación con vistas al fortalecimiento institucional y el asesoramiento a organizaciones para crear nuevas entidades; la constitución de un directorio de organizaciones y la difusión entre las ONG de los sistemas de quejas y reclamos y los espacios de participación de los programas sanitarios.

En Colombia, para enfrentar la problemática de la salud, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del área, formuló el Programa Nacional de Salud 2002-2006. En él se definen estrategias y líneas de acción que orientan las intervenciones respecto de los grandes problemas de salud y la gestión sanitaria en términos de mejoramiento de la cobertura de aseguramiento, la prestación de servicios y el desarrollo del sistema de garantías de la calidad de la salud. En este país, si bien no existen programas nacionales específicos para enfrentar los problemas de la salud se han diseñado acciones de promoción, prevención y atención integral que se ejecutan en el marco de los planes de beneficio del sistema general de seguridad social, con medidas dirigidas a los individuos a través del Plan Obligatorio de Salud (POS) y medidas colectivas a través del Plan de Atención Básica (PAB).

En Uruguay, los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública no han tenido históricamente una presencia relevante en el sistema de salud, tampoco una asignación presupuestaria. Su cobertura es fundamentalmente urbana, en gran medida en Montevideo, con escaso alcance en el interior del país. A partir de marzo de 2005, se han configurado programas en algunas áreas más específicas de atención (tabaquismo, adulto mayor, discapacidad). El programa materno-infantil se dividió en dos áreas, mujer y género y niñez, y se creó otra, dedicada a los adolescentes que intersecta todos los programas. Otra área también transversal es la relacionada con la gestión de riesgos.

En suma, si bien en los países latinoamericanos existe una oferta programática que procura responder a las necesidades de grupos de edad que presentan problemas específicos de salud, falta incorporar programas que apunten a aquellos factores extra-sectoriales que impactan en el nivel de salud de la población: programas de cuidado del ambiente, mejora de la calidad de la vivienda, de educación, agua potable, seguridad alimentaria y otros, coordinados de manera adecuada con planes sanitarios, que contribuyan a fomentar comportamientos y costumbres de prevención y promoción de la salud. Otro aspecto determinante es que la distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico, exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa, de la seguridad social y de promoción de la sustentabilidad ambiental.



## **V. Algunas conclusiones y propuestas**

---

La identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud y las medidas para superarlos deben considerarse estratégicamente, como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, alcanzar un mayor desarrollo humano. Cabe resaltar el marco de las funciones esenciales de salud pública como área principal del sistema de salud que necesitará fortalecimiento.

### **A. Funciones esenciales de la salud pública**

Las funciones esenciales de la salud pública son de muy diversa índole y comprende las siguientes: seguimiento, evaluación y análisis de situación de salud; vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y daños; promoción de la salud: participación de la comunidad; desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión; fortalecimiento capacidad de regulación; acceso equitativo a los servicios de salud; desarrollo y capacitación de recursos humanos; garantía y mejoramiento calidad de servicios; investigación y reducción del impacto emergencias y desastres. La multiplicidad de funciones y de actores involucrados plantea un gran desafío para el sector de salud y genera una gran heterogeneidad entre países.

Así, se sostiene para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, los países de América Latina y el Caribe deben seguir un proceso con algunos denominadores comunes, cuyos grados de expresión difieren de un país a otro. Entre ellos los

Siguientes: reducir de las inequidades en materia de salud, incluidas aquellas vinculadas a la pobreza, la marginación, el género, la raza o etnia y la edad; avanzar en materia de protección social en salud; extender la cobertura de las intervenciones más críticas; aumentar los niveles de gasto público corriente y de inversión del sector y la calidad de la asignación de recursos sectoriales. Así como también es necesario la reorientar los servicios de atención de la salud sobre la base de una nueva estrategia de atención primaria, que promueva la participación activa de todos los usuarios del sistema, fortalecer la infraestructura en salud pública y avanzar en la formulación y puesta en práctica de políticas y medidas intersectoriales. (Naciones Unidas, 2005 pp. 143).

Estos objetivos dependen en gran medida del acceso a los bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, educación y salud, junto con un ejercicio pleno de los derechos individuales y por tanto deben integrarse en las políticas, planes y programas de salud de los países de la región.

La equidad en el estado de salud apunta al logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. La equidad en la atención de la salud implicaría que los recursos se asignen según la necesidad, los servicios se reciban de acuerdo con la necesidad, y el pago por servicios se haga según capacidad económica. Es importante destacar que la noción de necesidad está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos (Gómez, 2001).

En la última década la región ha dado pasos importantes para mejorar los indicadores sociales medios. Esto se refleja claramente en el índice de desarrollo humano, que resume indicadores clave de bienestar como la esperanza de vida al nacer y la alfabetización, y según el cual el promedio regional es comparable con el de Europa oriental y central y solamente es superado por el promedio de los países desarrollados (BID, 2004, p.62). No obstante, aún persisten grandes desafíos, como detener el reciente aumento de la pobreza en muchos países, reducir la desnutrición infantil y las diferencias de género en el mercado laboral, en el acceso a la salud y en la participación pública, ampliar el acceso a servicios básicos de agua y saneamiento en los países de bajos ingresos y en las regiones más pobres de países con ingresos medios, y mejorar la equidad en el campo de la salud.

La necesidad de enfrentar los problemas de exclusión social e inequidad en salud exige implementar políticas e instrumentos para avanzar hacia la universalización de las coberturas de servicios de salud. Asimismo el constante aumento de los costos, que conlleva el avance tecnológico, el crecimiento de la demanda y de los requerimientos financieros, implican que las mejoras de eficacia y contención de costos sean puntos centrales en la definición de políticas de salud, que a su vez incluya la compensación de brechas entre regiones y entre grupos socioeconómicos.

Las reformas del sector de salud deben contemplarse como algo más que un simple proceso tecnocrático o de gestión. Forman parte de una transformación política que comporta debates, con una amplia participación de diversos actores sobre las estrategias más adecuadas para avanzar. En algunos casos, la reforma sanitaria forma parte de un proceso de democratización que está cambiando el papel que desempeña el gobierno y el sector público en muchos países. Estos procesos, en muchos casos, van acompañados por cambios en la relación de las instituciones y los profesionales de la salud con sus usuarios (Chomaly y Mañalich, 2005).

Uno de los mayores desafíos que se plantean en este campo es que el derecho a la salud sea reconocido como prioritario en las agendas públicas y en las actividades gubernamentales, comprendiendo que toda transformación requiere una mayor participación de una gama más amplia

de agentes sociales y políticos en el desarrollo de las políticas de salud y de otro tipo, con el objetivo principal de lograr que el sector adopte un enfoque más centrado en el usuario y que sea también económicamente sostenible.

Las necesidades de conocimiento en políticas y sistemas de salud exigen que la investigación en salud aborde los problemas en todas sus dimensiones y niveles de análisis, incorpore los avances de las diversas disciplinas de lo biológico y de lo social, y desarrolle el instrumental teórico y metodológico para dar soporte científico-técnico a las intervenciones, a fin de comprender los problemas de salud en toda su complejidad.

En términos de la atención de salud, existe el desafío de redefinir el papel y las características de la atención de salud en la vejez (Guzmán, 2004). Primero, es preciso incorporar un nuevo paradigma de salud en la vejez, centrado en la necesidad de mantener al máximo la funcionalidad, postergando la discapacidad. Segundo, se requiere efectuar una reingeniería de los sistemas de salud, lo que demanda, entre otras acciones, un plan de formación de recursos humanos que cree personal calificado para una atención integral de las personas mayores. Tercero, es preciso generar y aplicar cambios en el enfoque de la atención, dando relevancia a las acciones de prevención y promoción de la salud no sólo en la vejez, sino también en todas las otras etapas del ciclo vital. Finalmente, es necesario capacitar, establecer normas y fiscalizar a los organismos a cargo del cuidado de largo plazo, pero al mismo tiempo impulsar acciones que impidan su institucionalización excesiva. En consecuencia, los sistemas de salud deben abordar el proceso de transformación de las prestaciones sanitarias, incorporando la atención en salud de las personas mayores —con especial acento en la disminución de las brechas de salud en la vejez—, incluyendo el personal de salud especializado, adaptando la infraestructura instalada y la cultura biomédica y procurando potenciar los mecanismos preventivos que ayudarían a reducir los costos de la salud en condiciones de envejecimiento progresivo de la población.

Sin embargo, la ventaja de sobrevivencia no equivale necesariamente a una mejor salud. Por el contrario, la evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón a lo largo del ciclo vital, morbilidad que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo. Las causas de enfermedad y muerte prematura y, por ende, la evitabilidad de estos eventos, son distintas para las mujeres y los hombres (Gómez, 2001).

De esta forma se plantean nuevos desafíos frente a los sistemas de salud, que apuntan en primer término a hacer visibles las desigualdades, construir información a partir de un amplio espectro de fuentes, definir los parámetros prioritarios sobre los cuales trabajar recoger la información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género, de etnia y de edad en el ámbito de la salud; traducción de esta información a un lenguaje comprensible por políticos, planificadores y activistas; movilización política en apoyo de prioridades de acción conducentes a una mayor equidad en salud; definición de mecanismos institucionales a través de los cuales estas prioridades puedan incorporarse de manera democrática y sostenible dentro del proceso de gestión de políticas.

## **B. Algunas propuestas para el mejoramiento del sector de salud**

A continuación se presentan las principales propuestas de acción y criterios que debieran contemplar los diseños de las reformas en el sector salud y la implementación de políticas en salud (véase Miranda, 1994):

## 1. Propuestas en el nivel macro

Las propuestas en el nivel macro comprenden la decisión sobre los recursos óptimos para salud, la configuración de sistemas globales de salud, los mecanismos de transferencia de recursos y los papeles que les corresponde desarrollar al Estado.

- Definir los recursos óptimos para salud en cada país, aumentando en la mayoría de ellos la asignación de recursos para salud como porcentaje del PIB y en dólares per cápita, de modo de aumentar la cobertura y reducir las desigualdades existentes.
- Fortalecer y avanzar hacia la universalización de las coberturas, implementándose mecanismos de ajuste de riesgos, para hacer frente a los problemas de exclusión social e inequidad en salud.
  - Definir paquetes básicos de garantías explícitas o planes mínimos obligatorios de prestaciones, como una forma de avanzar hacia sistemas integrados de salud que sean capaces de proveer de cobertura oportuna y de calidad a toda la población, de manera independiente a su riesgo e ingreso.
- Avanzar en una mayor supervisión de los sistemas de salud, estableciendo un marco regulatorio que promueva la equidad y la eficiencia.
- Focalizar los esfuerzos de cobertura y equidad en los grupos más vulnerables y expuestos a mayores riesgos, ello es necesario particularmente en los países cuyo esfuerzo interno actual es insuficiente o en aquellos cuyo nivel absoluto de gasto es muy bajo.
- Propender a la configuración de sistemas de salud que definan los ámbitos y establezcan las formas de coordinación entre los distintos sub-sectores con mecanismos de suspensión adecuados.
- Establecer mecanismos para la transferencia de recursos, con el objeto de inducir aumentos en su movilización y asignación eficiente.
- El Estado ha de seguir siendo hegemónico en los aspectos normativos, de política, seguimiento y control. Deberá mantener un papel central en las medidas redistributivas para generar mayor cobertura y equidad y en las acciones destinadas a mejorar la capacidad de negociación de las personas y comunidades frente a los proveedores de salud.

## 2. Propuestas en el nivel micro

Las propuestas en el nivel micro corresponden a acciones y mecanismos que inciden en el rendimiento y eficiencia productiva de los sistemas de salud, a la vez que afectan directa e indirectamente la cobertura y la equidad.

- Incrementar la cobertura de la atención y definir estrategias de atención de las necesidades de salud, según nivel de complejidad (primaria, secundaria, terciaria) y según acciones preventivas y curativas.
- Maximizar la eficiencia productiva de acuerdo a los perfiles demográficos, condición socioeconómica y los riesgos específicos de la población, procurando emplear en cada caso los recursos de mayor efectividad según su costo. De aquí se derivan programas de atención para riesgos específicos, edades y género. Adoptando acciones de salud de distinta complejidad tecnológica que optimice la efectividad para una disponibilidad dada de recursos. Asimismo, implementar centros de atención y desarrollo de las prácticas propias de la medicina tradicional de los pueblos indígenas. Para el desarrollo y

validación de modelos de atención intercultural en salud. (Estudios complementarios de medicina indígena, estudios de epidemiología intercultural y diagnósticos participativos de salud en las comunidades entre otros).

- Establecer mecanismos adecuados de coordinación entre niveles de complejidad y entre establecimientos y sub-sectores de salud, con el fin de lograr una atención de calidad y un mínimo de pérdida de recursos.
- Introducir mejoras en la organización de la producción y calidad de las prestaciones de salud que tengan en cuenta la transformación de las relaciones entre usuarios e instituciones y profesionales de la salud.
- Introducir mejoras en la atención de salud propiamente tal.
  - Establecer sistemas que permitan discriminar las prioridades de atención requeridas dada la naturaleza de la morbilidad y su severidad, dotando a los establecimientos de capacidad resolutoria y adecuados sistemas de derivación y seguimiento de los pacientes. Estrategias que aumentan la efectividad en la atención de salud.
- Definir una política de desarrollo tecnológico, lo cual significa establecer el nivel tecnológico objetivo para el sector salud y especialmente, para la producción estatal de salud; fijar los sectores de punta; incorporar los avances tecnológicos acordes con disponibilidades propias de factores productivos y las condiciones socioeconómicas de las personas y comunidades.
- Establecer incentivos tanto en la producción como en el consumo de prestaciones de salud.
  - Determinar cobros mínimos a los usuarios y diversas formas de copago, acompañado de subsidios para aquellos grupos poblacionales más pobres y expuestos a mayores riesgos.
  - Desarrollar una política de recursos humanos que considere el alto porcentaje de mujeres que está ocupada de manera remunerada y no remunerada en actividades relacionadas con la salud. Mejorar el desempeño profesional mediante la adopción de normas y actividades de educación permanente.
- Impulsar la descentralización de los sistemas de salud y el desarrollo de la capacidad gerencial y de liderazgo en administración de salud. Existe consenso respecto a que las estructuras de los sistemas de salud deberán ser descentralizadas y desconcentradas.
  - Dotar de mayor flexibilidad interna y autonomía a los sistemas de salud, para efectuar con dinamismo los cambios de organización, métodos y formas productivas necesarias para una mayor efectividad y eficiencia.
  - Contar con capacidad de gestión gerencial en todos los niveles de las organizaciones y liderazgo en administración de salud.
- Aumentar la eficiencia, la organización y la supervisión de los sistemas de salud por medio de la separación de las funciones de salud de financiamiento y provisión de servicios; la constitución de un ente supervisor que vigile los subsectores: público, privado y de la seguridad social.

Estas propuestas señalan cursos de acción para optimizar el bienestar en salud de las personas y comunidades, es decir, aumentar la calidad de las atenciones y reducir los costos, mejorar tanto la cobertura como reducir las disparidades, y aumentar la eficiencia productiva y global de los sistemas de salud de la región.



## **Anexo**

---

Cuadro 1

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES) : CAMBIOS LEGISLATIVOS 2000- 2005**

País	Leyes/proyectos de ley/decretos	Fecha	Contenido
Argentina <sup>a</sup>	Ley N° 25.929 de Parto Humanizado	2004	Iniciativa del Poder Ejecutivo-Ministerio de Salud y Ambiente
	Proyecto de Ley de modificación de la Ley N° 24.193		"Transplante de Órganos y Material Anatómico Humano" instituyendo el donante presunto. Iniciativa del Poder Ejecutivo-Ministerio de Salud y Ambiente. N° 1343/04
	Proyecto de Ley sobre falsificación de medicamentos		Aumento de penas y creación de nuevos tipos penales contra la salud pública. Iniciativa del Poder Ejecutivo-Ministerio de Salud y Ambiente
	Proyecto de Ley de disminución de penas por responsabilidad profesional.		Iniciativa del Poder Legislativo recibió apoyo de múltiples foros por el Ministerio de Salud y Ambiente.
	Proyecto de Ley sobre beneficio de litigar sin gastos por responsabilidad profesional		Iniciativa del Poder Legislativo recibió apoyo de múltiples foros por el Ministerio de Salud y Ambiente.
	Decreto N° 756/04		Faculta al Plan Federal de Salud de este Ministerio a transferir, mientras dure la Emergencia Sanitaria, bienes de capital de uso sanitario a las autoridades sanitarias provinciales y de la ciudad de Buenos Aires.
	Decreto N° 587/04, que modifica artículos 21 y 31 de la Ley N° 17.132	Septiembre 3, 2004	Modifica la integración de las Comisiones Especiales de Evaluación de Especialidades Médicas y Odontológicas
	Decreto N° 923/04		Sustituye la denominación del Ministerio de Salud por Ministerio de Salud y Ambiente.
	Decreto N° 1158/04		Observa parcialmente el Proyecto de Ley N° 25.916 por el cual se establecen los presupuestos mínimos de protección ambiental para la gestión integral de residuos domiciliarios
	Decreto N° 1338/04		Aprueba el reglamento de la Ley N° 22.990 "Ley de Sangre"
	Resolución ministerial N° 119/04		Aprueba el reglamento operativo del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS).
	Resolución ministerial N° 160/04		Aprueba el Formulario Terapéutico Nacional Año 2004.
	Resolución ministerial N° 342/04		Aprueba las Becas "Ramón Carrillo – Arturo Oñativia"
	Resolución ministerial N° 386/04		Aprueba el Manual de procedimientos para el nivel gerencial y profesional sobre Leshmaniosis. Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
Resolución ministerial N° 387/04	Aprueba la guía de procedimiento y métodos de esterilización y desinfección en establecimientos de salud.		
Resoluciones ministeriales N° 603/04 y 605/04	Crea en el ámbito de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias la Comisión Asesora de Especialidades Médicas y Odontológicas.		
Resoluciones ministeriales N° 608/04 y N° 609/04	Aprueba normas de organización y funcionamiento de servicios y laboratorios de patología, y pediatría. Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.		

## Continuación Cuadro 1

País	Leyes/proyectos de ley/decretos	Fecha	Contenido
Argentina <sup>a</sup>	Resolución ministerial N° 616/04		Crea en el ámbito de este Ministerio la Comisión Evaluadora de proyectos para el otorgamiento de subsidios a municipios saludables.
	Resolución ministerial N° 757/04		Crea en el ámbito de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias la Comisión Asesora de Especialidades Odontológicas.
	Resolución ministerial N° 800/04		Aprueba el Concurso Nacional de Proyectos Ambientalistas
	Resolución ministerial N° 911/04		Establece los tipos de intervenciones quirúrgicas autorizadas a realizarse en los quirófanos anexos a consultorios y centros médicos habilitados
	Resolución ministerial N° 915/04		Aprueba el Programa de Médicos Comunitarios.
	Resolución ministerial N° 1.078/04		Aprueba la guía de manejo de las infecciones de transmisión sexual.
	Resolución ministerial N° 1.088/04		Establece límites en el contenido de plomo para las pinturas latex.
	Resolución ministerial N° 1.173/04		Denomina "Plan Nacer Argentina" al proyecto de inversión de Salud Materno Infantil Provincial.
	Resolución ministerial N° 1.384/04		Referente a las habilitaciones de farmacias en lugares donde existen menos establecimientos de este tipo.
Bolivia			Seguro Universal Materno Infantil Nuevo modelo de gestión, descentralizado y participativo Proyecto de extensión de la protección social Seguro Universal Materno Infantil Nuevo modelo de gestión, descentralizado y participativo Proyecto de extensión de la protección social Escudo epidemiológico
			Cobertura y condiciones de acceso, regulación de precios, información y resarcimiento del sector público, creación de agencia reguladora Reforma de atención hospitalaria (140 hospitales) Reestructuración de políticas de alta complejidad. Reorganización de la política nacional de sangre y de transplantes. Creación de una política nacional de urgencia/emergencia con énfasis en el programa de Atención pre hospitalaria. Reorganización de vigilancia en salud pública, creación de ANVISA (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria) y de la Secretaría de Vigilancia en Salud. Enmienda constitucional 29 que garantiza financiamiento estatal para el sector salud
			Definición de objetivos sanitarios al año 2010 Definición de un régimen de garantías en salud para todos los habitantes Separación de funciones de salud pública y atención individual
Brasil			
Chile			

Continuación Cuadro 1

País	Leyes/proyectos de ley/decretos	Fecha	Contenido
Colombia	Ley N°100	1993	Reforma estructural del sistema de salud, mediante la cual se implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
	Ley N°715	2001	Modifica las competencias y recursos para la prestación de servicios de salud
Costa Rica		1998-2005	Reforma del Sector Salud
Ecuador			Fondo global para los programas de tuberculosis y VIH/SIDA Rediseño el sistema de vigilancia epidemiológica Reformas salariales para los profesionales de la salud
El Salvador			Extensión de cobertura en poblaciones rurales a través de la contratación de ONGs Firma de convenios interinstitucionales: con Ministerio de defensa e Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS) Terciarización de servicios de apoyo en algunos hospitales de la red pública (Vigilancia, alimentación, limpieza)
Guatemala			Extensión de cobertura de servicios básicos de salud Fortalecimiento del segundo nivel de atención
Honduras			Reorganización de la secretaría de salud. desarrollo organizacional, elaboración de políticas (salud mental, medicamentos, nutrición, materno infantil, readecuación de los sistemas de mejora de la información. Fortalecimiento de la atención primaria Implementación de nuevos modelos de gestión Extensión de cobertura de los servicios Intersectorialidad: Incorporación de gobiernos municipales a la resolución de la problemática de salud de la población. Enfoque sectorial en la resolución de los problemas Armonización de la cooperación externa
Nicaragua			Implementación de la Ley General de Salud Programación y presupuestación a las prioridades de salud Modelo de atención integral de salud Definición y evaluación de la política de salud Planes Nacionales de Salud para largo, mediano y corto plazo Definición de propuesta de paquete básico de servicios de salud con estrategia de extensión de coberturas a través de la contratación de ONG's Implementación de una estrategia nacional de comunicación social y acción comunitaria Pago por servicios a proveedores públicos Estrategia de casas Maternas Descentralización administrativa financiera
Panamá			Aplicación de un nuevo modelo de gestión en el Hospital Integrado San Miguel Arcángel Elaboración e implementación del modelo familiar, comunitario y ambiental Mejoras en el sistema de información Mejoras en la gestión Firma de compromisos de gestión entre la Región de Salud de San Miguelito y los ( 8) centros de salud (Rendición de Cuentas)

## Conclusión Cuadro 1

País	Leyes/proyectos de ley/decretos	Fecha	Contenido
Panamá			<p>Elaboración e implementación del protocolo de atención a la embarazada y para todos los servicios que brinda el HISMA</p> <p>Análisis de situación de salud con enfoque de género</p> <p>Sistema de referencia y contra-referencia funcional en la Región de San Miguelito</p> <p>Reorganización de la red de servicios, sectorización, equipos básicos, consejos de salud familiares</p> <p>Elaboración de " Estándares de Habilitación y Certificación"( calidad)</p> <p>Aplicación de encuestas de percepción de usuarios en el HISMA y en la R.S:S cada seis meses</p> <p>Elaboración de Plan Regional estratégico que identifica, problemas, prioriza define estrategias y acciones específicas con indicadores para su medición en la R.S:S.</p> <p>Elaboración de carteras de servicios diferenciales para hombres y mujeres</p> <p>Fortalecimiento de capacidades en gestión, hacia sistemas de salud pública</p> <p>Convenios de Gestión, Políticas de Salud actuales</p>
Paraguay	Ley Nº 1.032		Reforma del sector salud
Perú			<p>Seguro integral de salud</p> <p>Política Nacional de Medicamentos</p> <p>Estrategias Nacionales de Salud</p> <p>Descentralización de la administración pública en salud</p> <p>Sistema Nacional de Salud</p> <p>Comités locales de administración de salud (administración compartida con la comunidad)</p>
República Dominicana			Marco legal dado por las leyes 47-01 y 87-01.
Uruguay			No han existido reformas del sector salud con impacto en la salud de la población
República Bolivariana de Venezuela			<p>Desarrollo de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.</p> <p>Desarrollo de la Misión Barrio Adentro</p>

**Fuente:** Sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de CEPAL sobre Programas Nacionales de Salud, 2005.

<sup>a/</sup> Resoluciones Ministeriales (RM)

Cuadro 2

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): PERSONAS E INSTITUCIONES QUE RESPONDIERON EL CUESTIONARIO SOBRE PROGRAMAS NACIONALES HACIA LA JUVENTUD**

País	Institución	Cargo	Nombre
Argentina	Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación	Asesora del Ministro	María Inés Insaurralde
Bolivia	Ministerio de salud y Deportes	Responsable de Redes Sociales	Marcos Paz
Colombia	Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública	Representante de la OPS/OMS en Colombia	Dr. Pier Paolo Balladelli
Costa Rica	Ministerio de Salud	-	-
Chile	Ministerio de Salud	Jefe de la Dirección de prevención y control de enfermedades	Fernando Muñoz
Ecuador	Ministerio de Salud Pública	Epidemióloga del área de vigilancia	-
El Salvador	Ministerio de Salud y Asistencia Social	Director de Control y Vigilancia Epidemiológica	Mario Vicente Serpas
Guatemala	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Jefe de Programas	Edgar Méndez
Honduras	Secretaría de Salud de Honduras	Técnica UPEG	Norma Bajarano
México			
Nicaragua	Ministerio de Salud	Dirección Primer y Segundo nivel de Atención, Dirección General de Planificación y Desarrollo Proyecto Piloto de Reformas del Sector Salud MINSAL / Banco Mundial	- Dra Norma Astudillo
Panamá	Ministerio de Salud	Salud Integral Poblacional Políticas de Salud Poblacional Inversiones	Dra Fania Roach Lic. Hernán Luque Lic Erick Castillo
Paraguay	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Director General de planificación	Jorge A. Palacios Lugo
Perú	OPS/OMS Oficina General de Epidemiología	Consultor de Políticas y Sistemas de Salud -	Germán Perdomo -
República Dominicana	Subsecretaría Salud Colectiva	-	Mario Gerald
Uruguay	Ministerio de Salud Pública	Director General de la Salud	Dr. Jorge Basso
República Bolivariana de Venezuela	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Director General de Políticas y Planes.	Lic. Víctor A. Delgado

**Fuente:** Sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de CEPAL sobre Programas Nacionales de Salud, 2005.

Cuadro 3



**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)  
ENCUESTA SOBRE PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD**

Identificación: Institución País: \_ Persona que contesta cuestionario: \_ Cargo: \_ **Responder Brevemente**

1. ¿Cuáles son los tres principales problemas de salud de la población de su país?

Orden	Principales problemas de salud de la población */
1	
2	
3	

\*/ Ejemplos: Perfil epidemiológico: enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, enfermedades de transmisión sexual, catastróficas etc.

2. ¿Existen programas nacionales específicos para enfrentar esos problemas?

Sí ..... No.....

3. ¿Cuáles?.....  
.....  
.....

4. ¿Cuáles son los tres principales problemas de atención de salud de la población de su país? ¿A qué causas obedecen?

Orden	Principales problemas de atención en salud de la población */	Causas
1		
2		
3		

\*/ Ejemplos: Necesidades insatisfechas de salud, eficacia y equidad de los servicios de salud, aumento de costos, déficit de recursos, cambio del perfil epidemiológico por envejecimiento y otros.

5. ¿Afectan de la misma forma esos problemas de atención de salud a los distintos sectores de la población?

	Sectores de población				
	Pobres urbanos	Pobres rurales	No pobres	Grupos étnicos	Otros*/
Si / No					
Por qué?					

\*/Otros: Ejemplo adultos mayores, niños, jóvenes y adolescentes, hombres, mujeres.

6. ¿Cuál es la cobertura pública y privada de la población en materia de salud?

	Porcentaje del total de población cubierta por el sistema de salud				
	Total	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural
Salud pública					
Salud privada					

6. ¿Cuáles son las principales reformas implementadas en los últimos cinco años?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

8. ¿Estas reformas modifican el balance entre salud pública y privada? ¿En qué dirección?

- Sí, hacia sistemas de salud privada .....
- Sí, hacia sistemas de salud pública.....
- No hay cambios .....

9. ¿Cuál es el tipo, la cobertura, el monto de recursos y el año de inicio de los programas de atención de salud?

Tipo de programas (ejemplos)	Cobertura (urbana, rural, regional)	Monto de Recursos		Año de inicio
		Anual	Total	
Atención primaria en salud				
Salud materno-infantil				
Control de enfermedades infecciosas				
Salud sexual y reproductiva				
VIH/SIDA,				
Aborto inducido				
Otros				

10. ¿Qué instituciones coordinan los programas de salud y a qué población objetivo se dirigen?

Nombre del programa	Instituciones que coordinan				Población objetivo por sexo y edad	Otros*/
	Ministerio de Salud	ONGs	Fundaciones	Combinación		

\*/ Otros: Ejemplo: adultos mayores, pobres/no pobres; urbano/rural; etnias.

## 11. ¿Cuál es el origen de los recursos destinados a los programas de salud?

Nombre del programa	Origen de los recursos					
	Presupuesto Nacional en Salud	Fondo Internacional Reembolsable	Fondo Internacional No Reembolsable	Organismo No Gubernamentales	Fundaciones	Combinación

## 12. ¿Cuáles son los mecanismos de diagnóstico, evaluación y monitoreo de los programas de salud?

Nombre del programa	Mecanismos de		
	Diagnóstico	Monitoreo	Evaluación

## 13. ¿Cuáles son los aspectos exitosos y los que requieren revisión de los programas de salud?

Nombre del programa	Aspectos exitosos	Aspectos que requieren revisión*/

\*/ Por ejemplo: Demanda insatisfecha, escasez de recursos humanos; financiamiento insuficiente, discontinuidad de los programas, desigualdad geográfica y otros.

## 14. ¿Cuáles son los aspectos exitosos y los que requieren revisión de los sistemas de salud?

Sistemas de salud	Aspectos exitosos	Aspectos que requieren revisión*/
Nacional		
Regional		
Local		

\*/ Por ejemplo financiamiento, distribución territorial desigual de los recursos en salud, carencias en la infraestructura en salud, gestión, aseguramiento en la prestación de servicios de salud y otros.



## Bibliografía

---

- Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2005a), *Panorama social de América Latina Edición 2004*, LC/G.2259-P Santiago de Chile.
- (CEPAL, 2005b), *Panorama social de América Latina Edición 2005*, LC/G.2288-P Santiago de Chile.
- Chomaly, May y Jaime Mañalich (2005), *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre elucidado médico en las instituciones de salud*, Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile.
- Gómez, Elsa (1997) La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques, CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo Nº17, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2001) Equidad, género y salud, texto presentado en Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género, OPS/OMS - FONASA 18 y 19 de Octubre 2001, Santiago de Chile
- Guzmán, José Miguel (2004), “Proyecciones y desafíos del envejecimiento en Chile”, documento presentado al primer seminario Adulto mayor, pobreza y salud, Santiago de Chile, 26 de julio, Universidad del Desarrollo/Hogar de Cristo/Clínica Alemana.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2002), “Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?”, VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 octubre 2002.
- Hopenhayn, Martín y Bello, Álvaro (2001), Discriminación étnico racial en América Latina y el Caribe, *Serie Políticas Sociales N°47* (LC/L.1546-P/E), Santiago de Chile, División de Desarrollo Social, CEPAL.
- Ministerio de Salud y Ambiente de Argentina (2004), Informe de gestión, Ministerio de la Salud, República de Argentina.
- Miranda, Ernesto (1994) Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina. Problemas y propuestas de solución. LC/L.864-P/E Serie Políticas Sociales Nº5, Santiago de Chile.

Naciones Unidas (2005), Objetivos del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe LG.2331, Santiago de Chile.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005), Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos de la salud

Revista Panamericana de Salud Pública (2000), La reforma del sistema de salud Vol 8 N°1 y 2, julio-agosto.



NACIONES UNIDAS

Serie

**CEPAL** políticas sociales

**Números publicados**

1. Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
2. Ignacio Irrarázaval, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
3. Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
4. Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
5. Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
6. Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
7. María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
8. Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
9. Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
10. John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
11. Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
12. Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
13. Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.
14. Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen I, (LC/L.996), noviembre de 1996.  
Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen II, (LC/L.996/Add.1), diciembre de 1996.  
Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, Volumen III, (LC/L.996/Add.2), diciembre de 1997.  
Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
15. Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
16. Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
17. Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.
18. Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
19. Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
20. Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
21. Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
22. Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998. [www](#)
23. Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998.
24. Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998. [www](#)
25. Gestión de Programas Sociales en América Latina, Volumen I (LC/L.1114), mayo de 1998. [www](#)  
Metodología para el análisis de la gestión de Programas Sociales, Volumen II (LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998. [www](#)
26. Rolando Franco y otros, Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118), junio de 1998. [www](#)
27. Ana Sojo, Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135), julio de 1998. [www](#)
28. John Durston, Juventud y desarrollo rural: Marco conceptual y contextual (LC/L.1146), octubre de 1998. [www](#)

29. Carlos Reyna y Eduardo Toche, La inseguridad en el Perú (LC/L.1176), marzo de 1999. [www](#)
30. John Durston, Construyendo capital social comunitario. Una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999. [www](#)
31. Marcela Weintraub y otras, Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile (LC/L.1190), abril de 1999.
32. Irma Arriagada y Lorena Godoy, Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa (LC/L.1179-P), Número de venta: S.99.II.G.24 (US\$ 10.00), agosto de 1999. [www](#)
33. CEPAL PNUD BID FLACSO, América Latina y las crisis (LC/L.1239-P), Número de venta: S.00.II.G.03 (US\$10.00), diciembre de 1999. [www](#)
34. Martín Hopenhayn y otros, Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile (LC/L.1247-P), Número de venta: S.99.II.G.49 (US\$ 10.00), noviembre de 1999. [www](#)
35. Arturo León, Desempeño macroeconómico y su impacto en la pobreza: análisis de algunos escenarios en el caso de Honduras (LC/L.1248-P), Número de venta S.00.II.G.27 (US\$10.00), enero de 2000. [www](#)
36. Carmelo Mesa-Lago, Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI (LC/L.1249-P), Número de venta: S.00.II.G.5 (US\$ 10.00), enero de 2000. [www](#)
37. Francisco León y otros, Modernización y comercio exterior de los servicios de salud/Modernization and Foreign Trade in the Health Services (LC/L.1250-P) Número de venta S.00.II.G.40/E.00.II.G.40 (US\$ 10.00), marzo de 2000. [www](#)
38. John Durston, ¿Qué es el capital social comunitario? (LC/L.1400-P), Número de venta S.00.II.G.38 (US\$ 10.00), julio de 2000. [www](#)
39. Ana Sojo, Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasi mercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica (LC/L.1403-P), Número de venta S.00.II.G.69 (US\$10.00), julio de 2000. [www](#)
40. Domingo M. Rivarola, La reforma educativa en el Paraguay (LC/L.1423-P), Número de venta S.00.II.G.96 (US\$ 10.00), septiembre de 2000. [www](#)
41. Irma Arriagada y Martín Hopenhayn, Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina (LC/L.1431-P), Número de venta S.00.II.G.105 (US\$10.00), octubre de 2000. [www](#)
42. ¿Hacia dónde va el gasto público en educación? Logros y desafíos, 4 volúmenes: Volumen I: Ernesto Cohen y otros, La búsqueda de la eficiencia (LC/L.1432-P), Número de venta S.00.II.106 (US\$10.00), octubre de 2000. [www](#)  
Volumen II: Sergio Martinic y otros, Reformas sectoriales y grupos de interés (LC/L.1432/Add.1-P), Número de venta S.00.II.G.110 (US\$10.00), noviembre de 2000. [www](#)  
Volumen III: Antonio Sancho y otros, Una mirada comparativa (LC/L.1432/Add.2-P), Número de venta S.01.II.G.4 (US\$10.00), febrero de 2001. [www](#)  
Volumen IV: Silvia Montoya y otros, Una mirada comparativa: Argentina y Brasil (LC/L.1432/Add.3-P), Número de venta S.01.II.G.25 (US\$10.00), marzo de 2001. [www](#)
43. Lucía Dammert, Violencia criminal y seguridad pública en América Latina: la situación en Argentina (LC/L.1439-P), Número de venta S.00.II.G-125 (US\$10.00), noviembre de 2000. [www](#)
44. Eduardo López Regonesi, Reflexiones acerca de la seguridad ciudadana en Chile: visiones y propuestas para el diseño de una política (LC/L.1451-P), Número de venta S.00.II.G.126 (US\$10.00), noviembre 2000. [www](#)
45. Ernesto Cohen y otros, Los desafíos de la reforma del Estado en los programas sociales: tres estudios de caso (LC/L.1469-P), Número de venta S.01.II.G.26 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)
46. Ernesto Cohen y otros, Gestión de programas sociales en América Latina: análisis de casos, 5 volúmenes:  
Volumen I: Proyecto Joven de Argentina (LC/L.1470-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)  
Volumen II: El Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (DST) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de Brasil (LC/L.1470/Add.1-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)  
Volumen III: El Programa de Restaurantes Escolares Comunitarios de Medellín, Colombia (LC/L.1470/Add.2-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)  
Volumen IV: El Programa Nacional de Apoyo a la Microempresa de Chile (LC/L.1470/Add.3-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)  
Volumen V: El Programa de Inversión Social en Paraguay (LC/L.1470/Add.3-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)
47. Martín Hopenhayn y Álvaro Bello, Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe.(LC/L.1546), Número de venta S.01.II.G.87 (US\$10.00), mayo de 2001. [www](#)
48. Francisco Pilotti, Globalización y Convención sobre los Derechos del Niño: el contexto del texto (LC/L.1522-P), Número de venta S.01.II.G.65 (US\$ 10.00), marzo de 2001. [www](#)
49. John Durston, Capacitación microempresarial de jóvenes rurales indígenas en Chile (LC/L. 1566-P), Número de venta S.01.II.G.112 (US\$ 10.00), julio de 2001. [www](#)

50. Agustín Escobar Latapí, Nuevos modelos económicos: ¿nuevos sistemas de movilidad social? (LC/L.1574-P), Número de venta S.01.II.G.117 (US\$ 10.00), julio de 2001. [www](#)
51. Carlos Filgueira, La actualidad de viejas temáticas: sobre los estudios de clase, estratificación y movilidad social en América Latina (LC/L.1582-P), Número de venta S.01.II.G.125 (US\$ 10.00), julio de 2001. [www](#)
52. Arturo León, Javier Martínez B., La estratificación social chilena hacia fines del siglo XX (LC/L.1584-P), Número de venta S.01.II.G.127 (US\$ 10.00), agosto de 2001. [www](#)
53. Ibán de Rementería, Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención (LC/L.1596-P), Número de venta S.01.II.G.137 (US\$ 10.00), septiembre de 2001. [www](#)
54. Carmen Artigas, El aporte de las Naciones Unidas a la globalización de la ética. Revisión de algunas oportunidades. (LC/L.1597-P), Número de venta: S.01.II.G.138 (US\$ 10.00), septiembre de 2001. [www](#)
55. John Durston, Capital social y políticas públicas en Chile. Investigaciones recientes. Volumen I, (LC/L.1606-P), Número de venta: S.01.II.G.147 (US\$ 10.00), octubre de 2001 y Volumen II, (LC/L.1606/Add.1-P), Número de venta: S.01.II.G.148 (US\$ 10.00), octubre de 2001. [www](#)
56. Manuel Antonio Garretón, Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina. (LC/L.1608-P), Número de venta: S.01.II.G.150 (US\$ 10.00), octubre de 2001. [www](#)
57. Irma Arriagada, Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo. (LC/L.1652-P), Número de venta: S.01.II.G.189 (US\$ 10.00), diciembre de 2001. [www](#)
58. John Durston y Francisca Miranda, Experiencias y metodología de la investigación participativa. (LC/L.1715-P), Número de venta: S.02.II.G.26 (US\$ 10.00), marzo de 2002. [www](#)
59. Manuel Mora y Araujo, La estructura social argentina. Evidencias y conjeturas acerca de la estratificación social, (LC/L.1772-P), Número de venta: S.02.II.G.85 (US\$ 10.00), septiembre de 2002. [www](#)
60. Lena Lavinas y Francisco León, Empleo femenino no Brasil: mudanças institucionais e novas inserções no mercado de trabalho, Volumen I (LC/L.1776-P), Número de venta S.02.II.G.90 (US\$ 10.00), agosto de 2002 y Volumen II, (LC/L.1776/Add.1-P) Número de venta S.02.II.G.91 (US\$ 10.00), septiembre de 2002. [www](#)
61. Martín Hopenhayn, Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas, (LC/L.1789-P), Número de venta: S.02.II.G.103 (US\$ 10.00), octubre de 2002. [www](#)
62. Fabián Repetto, Autoridad Social en Argentina. Aspectos político-institucionales que dificultan su construcción. (LC/L.1853-P), Número de venta: S.03.II.G.21, (US\$ 10.00), febrero de 2003. [www](#)
63. Daniel Duhart y John Durston, Formación y pérdida de capital social comunitario mapuche. Cultura, clientelismo y empoderamiento en dos comunidades, 1999–2002, (LC/1858-P), Número de venta: S.03.II.G.30, (US\$ 10.00), febrero de 2003. [www](#)
64. Vilmar E. Farias, Reformas institucionales y coordinación gubernamental en la política de protección social de Brasil, (LC/L.1869-P), Número de venta: S.03.II.G.38, (US\$ 10.00), marzo de 2003. [www](#)
65. Ernesto Aranibar Quiroga, Creación, desempeño y eliminación del Ministerio de Desarrollo Humano en Bolivia, (LC/L.1894-P), Número de venta: S.03.II.G.54, (US\$ 10.00), mayo de 2003. [www](#)
66. Gabriel Kessler y Vicente Espinoza, Movilidad social y trayectorias ocupacionales en Argentina: rupturas y algunas paradojas del caso de Buenos Aires, (LC/L.1895-P), Número de venta: S.03.II.G.55, (US\$ 10.00), mayo de 2003. [www](#)
67. Francisca Miranda y Evelyn Mozó, Capital social, estrategias individuales y colectivas: el impacto de programas públicos en tres comunidades campesinas de Chile, (LC/L.1896-P), Número de venta: S.03.II.G.53, (US\$ 10.00), mayo de 2003. [www](#)
68. Alejandro Portes y Kelly Hoffman, Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal, (LC/L.1902-P), Número de venta: S.03.II.G.61, (US\$ 10.00), mayo de 2003. [www](#)
69. José Bengoa, Relaciones y arreglos políticos y jurídicos entre los estados y los pueblos indígenas en América Latina en la última década, (LC/L.1925-P), Número de venta: S.03.II.G.82, (US\$ 10.00), agosto de 2003. [www](#)
70. Sara Gordon R., Ciudadanía y derechos sociales. ¿Criterios distributivos?, (LC/L.1932-P), Número de venta: S.03.II.G.91, (US\$ 10.00), julio de 2003. [www](#)
71. Sergio Molina, Autoridad social en Chile: un aporte al debate (LC/L.1970-P), Número de venta: S.03.II.G.126, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#)
72. Carmen Artigas, “La incorporación del concepto de derechos económicos sociales y culturales al trabajo de la CEPAL”, (LC/L.1964-P), Número de venta S.03.II.G.123, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#)
73. José Luis Sáez, “Economía y democracia. Los casos de Chile y México”, (LC/L-1978-P), Número de venta: S.03.II.G.137, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#)
74. Irma Arriagada y Francisca Miranda (compiladoras), “Capital social de los y las jóvenes. Propuestas para programas y proyectos”, Volumen I. (LC/L.1988-P), Número de venta: S.03.II.G.149, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#) Volumen II. (LC/L.1988/Add.1-P), Número de venta: S.03.II.G.150, (US\$ 10.00), septiembre de 2003. [www](#)
75. Luz Marina Quiroga, Pablo Villatoro, “Tecnologías de información y comunicaciones: su impacto en la política de drogas en Chile”. Extracto del informe final CEPAL, CONACE”, (LC/L.1989-P), Número de venta: S.03.II.G.151, (US\$ 10.00), noviembre de 2003. [www](#)

76. Rodrigo Valenzuela Fernández, *Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Chile*, (LC/L.2006-P), Número de venta: S.03.II.G.167, (US\$ 10.00), noviembre de 2003. [www](#)
77. Sary Montero y Manuel Barahona, *“La estrategia de lucha contra la pobreza en Costa Rica. Institucionalidad–Financiamiento– Políticas– Programas*, (LC/L.2009-P), Número de venta: S.03.II.G.170, (US\$ 10.00), noviembre de 2003. [www](#)
78. Sandra Piszky y Manuel Barahona, *Aproximaciones y desencuentros en la configuración de una autoridad social en Costa Rica: relato e interpretación de una reforma inconclusa*, (LC/L.2027-P), Número de venta: S.03.II.G.191, (US\$ 10.00), diciembre de 2003. [www](#)
79. Ernesto Cohen, Rodrigo Martínez, Pedro Donoso y Freddy Aguirre, *“Localización de infraestructura educativa para localidades urbanas de la Provincia de Buenos Aires”*, (LC/L.2032-P), Número de venta: S.03.II.G.194, (US\$ 10.00), diciembre de 2003. [www](#)
80. Juan Pablo Pérez Saíenz, Katherine Andrade-Eekhoff, Santiago Bustos y Michael Herradora, *“El orden social ante la globalización: Procesos estratificadores en Centroamérica durante la década de los noventa”*, (LC/L.2037-P), Número de venta: S.03.II.G.203, (US\$ 10.00), diciembre de 2003. [www](#)
81. Carmen Artigas, *“La reducción de la oferta de drogas. Introducción a algunos instrumentos internacionales”*, (LC/L.2044-P), Número de venta: S.03.II.G.207, (US\$ 10.00), diciembre de 2003. [www](#)
82. Roberto Borges Martins, *“Desigualdades raciais et políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente”*, (LC/L.2082-P), Número de venta: S.04.II.G.22, (US\$ 10.00), abril de 2004. [www](#)  
Roberto Borges Martins, *“Desigualdades raciales y políticas de inclusión racial; resumen de la experiencia brasileña reciente”*, (LC/L.2082-P), Número de venta: S.04.II.G.22, (US\$ 10.00), marzo de 2004. [www](#)
83. Rodrigo Valenzuela Fernández, *“Inequidad y pueblos indígenas en Bolivia*. (LC/L. 2089-P), Número de venta: S.04.II.G.27, (US\$ 10.00), marzo de 2004. [www](#)
84. Laura Golbert, *“¿Derecho a la inclusión o paz social? El Programa para Jefes/as de Hogares Desocupados”*. (LC/L. 2092-P), Número de venta: S.04.II.G.30, (US\$ 10.00), abril de 2004. [www](#)
85. Pablo Vinocur y Leopoldo Halperini, *“Pobreza y políticas sociales en Argentina de los años noventa”* (LC/L.2107-P), Número de venta: S.04.II.G.59, (US\$ 10.00), abril de 2004. [www](#)
86. Alfredo Sarmiento Gómez, *“La institucionalidad social en Colombia: la búsqueda de una descentralización con centro”*, (LC/L. 2122-P), Número de venta: S.04.II.G.51, (US\$ 10.00), mayo de 2004. [www](#)
87. Pablo Villatoro, *“Los programas de reducción de la pobreza en América Latina. Un análisis de cinco experiencias,”* (LC/L.2133-P), Número de venta: S.04.II.G.62, (US\$ 10.00), mayo de 2004. [www](#)
88. Arturo León, Rodrigo Martínez, Ernesto Espíndola y Alejandro Schejtman, *“Pobreza, hambre y seguridad alimentaria en Centroamérica y Panamá”*, (LC/L.2134-P), Número de venta: S.04.II.G.63, (US\$ 10.00), mayo de 2004. [www](#)
89. Nelson do Valle Silva, *“Cambios sociales y estratificación en el Brasil contemporáneo (1945-1999)”* (LC/L.2163-P), Número de venta: S.04.II.G.91, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
90. Gisela Zaremberg, *“Alpargatas y libros: un análisis comparado de los estilos de gestión social del Consejo Provincial de la Mujer (Provincia de Buenos Aires, Argentina) y el Servicio Nacional de la Mujer (Chile)”*, (LC/L.2164-P), Número de venta: S.04.II.G.92, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
91. Jorge Lanzaro, *“La reforma educativa en Uruguay (1995-2000): virtudes y problemas de una iniciativa heterodoxa”*, (LC/L.2166-P), Número de venta: S.04.II.G.95, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
92. Carlos Barba Solano, *“Régimen de bienestar y reforma social en México”*, (LC/L.2168-P), Número de venta: S.04.II.G.97, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
93. Pedro Medellín Torres, *“La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad”*, (LC/L.2170-P), Número de venta: S.04.II.G.99, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
94. Carlos Sojo, *“Líneas de tensión: gestión política de la reforma económica. El Instituto Costarricense de Electricidad, ICE y la privatización de empresas públicas”*, (LC/L.2173-P), Número de venta: S.04.II.G.101, (US\$ 10.00), julio de 2004. [www](#)
95. Eugenio Lahera P., *“Política y políticas públicas”*, (LC/L.2176-P), Número de venta: S.04.II.G.103, (US\$ 10.00), agosto de 2004. [www](#)
96. Raúl Atria, *“Estructura ocupacional, estructura social y clases sociales”*, (LC/L.2192-P), Número de venta: S.04.II.G.119, (US\$ 10.00), septiembre de 2004. [www](#)
97. Fabián Repetto y Guillermo Alonso, *“La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización”*, (LC/L.2193-P), Número de venta: S.04.II.G.120, (US\$ 10.00), septiembre de 2004. [www](#)
98. Florencia Torche y Guillermo Wormald, *“Estratificación y movilidad social en Chile: entre la adscripción y el logro”*, (LC/L.2209-P), Número de venta: S.04.II.G.132, (US\$ 10.00), octubre de 2004. [www](#)
99. Lorena Godoy, *“Programas de renta mínima vinculada a la educación: las becas escolares en Brasil”* (LC/L.2217-P), Número de venta: S.04.II.G.137, (US\$ 10.00), noviembre de 2004. [www](#)

100. Alejandro Portes y William Haller “La economía informal,” (LC/L.2218-P), Número de venta: S.04.II.G.138, (US\$ 10.00), noviembre de 2004. [www](#)
101. Pablo Villatoro y Alisson Silva, “Estrategias, programas y experiencias de superación de la brecha digital y universalización del acceso a las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC). Un panorama regional”, (LC/L.2238-P), Número de venta: S.04.II.G.159, (US\$ 10.00), noviembre del 2004. [www](#)
102. David Noe, Jorge Rodríguez Cabello e Isabel Zúñiga, “Brecha étnica e influencia de los pares en el rendimiento escolar: evidencia para Chile”, (LC/L.2239-P), Número de venta: S.04.II.G.159, (US\$ 10.00), diciembre del 2004. [www](#)
103. Carlos Américo Pacheco, “Políticas públicas, intereses y articulación política como se gestaron las recientes reformas al Sistema de Ciencia y Tecnología en Brasil”, (LC/L.2251-P), Número de venta: S.05.II.G.9, (US\$ 10.00), enero del 2005. [www](#)
104. Mariana Schnkolnik, “Caracterización de la inserción laboral de los jóvenes” (LC/L.2257-P), Número de venta: S.05.II.G.15, (US\$ 10.00), febrero del 2005. [www](#)
105. Alison Vásconez R., Rossana Córdoba y Pabel Muñoz, “La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa: sentidos, contextos y resultados”, (LC/L.2275-P), Número de venta: S.05.II.G.27, (US\$ 10.00), febrero del 2005. [www](#)
106. Pablo Villatoro, “Diagnóstico y propuestas para el proyecto: Red en línea de Instituciones Sociales de América Latina y el Caribe RISALC”, (LC/L.2276-P), Número de venta: S.05.II.G.28, (US\$ 10.00), febrero del 2005. [www](#)
107. Richard N. Adams, “Etnicidad e igualdad en Guatemala, 2002”, (LC/L.2286-P), Número de venta: S.05.II.G.30, (US\$ 10.00), mayo del 2005. [www](#)
108. María Rebeca Yáñez y Pablo Villatoro, “Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y la institucionalidad social: hacia una gestión basada en el conocimiento” (LC/L.2298-P), Número de venta: S.05.II.G.46, (US\$ 10.00), mayo del 2005. [www](#)
109. Lucía Dammert, “Violencia criminal y seguridad ciudadana en Chile”, (LC/L.2308-P), Número de venta: S.05.II.G.57, (US\$ 10.00), mayo del 2005. [www](#)
110. Carmen Artigas, “Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales”, (LC/L.2354-P), Número de venta: S.05.II.G.98, (US\$ 10.00), agosto del 2005. [www](#)
111. Rodrigo Martínez, “Hambre y desnutrición en los países miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC)” (LC/L.2374-P), Número de venta: S.05.II.G.119, (US\$ 10.00), septiembre del 2005. [www](#)  
Rodrigo Martínez, “Hunger and Malnutrition in the Countries of the Association of Caribbean States (ACS)” (LC/L.2374-P), Sales Number: E.05.II.G.119, (US\$ 10.00), September, 2005. [www](#)
112. Rodrigo Martínez, Hambre y desigualdad en los países andinos. La desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú” (LC/L.2400-P), Número de venta: S.05.II.G.147, (US\$ 10.00), octubre del 2005. [www](#)
113. Mariana Schnkolnik, Consuelo Araos y Felipe Machado, “Incremento de la productividad y empleabilidad de los trabajadores y certificación por competencias como parte del sistema de protección social: la experiencia de países desarrollados y lineamientos para América Latina” LC/L.2438-P), Número de venta: S.05.II.G.184, (US\$ 10.00), diciembre del 2005. [www](#)
114. Irma Arriagada, Verónica Aranda y Francisca Miranda, “Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas”, LC/L.2450-P), Número de venta: S.05.II.G.196, (US\$ 10.00), diciembre del 2005. [www](#)

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: [publications@cepal.org](mailto:publications@cepal.org)

[www](#) Disponible también en Internet: <http://www.cepal.org/> o <http://www.eclac.org>

Nombre: .....

Actividad: .....

Dirección: .....

Código postal, ciudad, país: .....

Tel.: ..... Fax: ..... E.mail: .....