

Aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes

Memoria de los seminarios
realizados en junio
y agosto de 2022

Antonia Dahuabe O.
María Luisa Marinho M.
(compiladoras)



NACIONES UNIDAS



Instrumento regional
de la Unión Europea para
América Latina y el Caribe

Aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes

Memoria de los seminarios realizados en
junio y agosto de 2022

Antonia Dahuabe O.
María Luisa Marinho M.
Compiladoras



En este documento se presentan los contenidos de dos seminarios organizados en el marco de la asistencia técnica que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) está brindando al Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile en materia de la reforma al sistema de salud. El seminario regional “Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina” fue organizado por la CEPAL, con la colaboración del MINSAL, el 3 de junio de 2022 y el seminario internacional “Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles” fue organizado por la CEPAL, con la colaboración del MINSAL, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Chile y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 10 de agosto de 2022. El material fue compilado y sistematizado por Antonia Dahuabe y María Luisa Marinho, Oficiales de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. Se agradecen los valiosos comentarios de Alberto Arenas de Mesa, Director de la División de Desarrollo Social, y Daniela Huneus, de la misma División. También se agradecen los comentarios de Jaime Peña, del Ministerio de Salud de Chile, Camilo Cid, Director de FONASA, y Ernesto Báscolo, de la OPS. La publicación se realizó en el marco del proyecto “Protección social y vulnerabilidad”, financiado por la Unión Europea.

Ni la Unión Europea ni ninguna persona que actúe en su nombre es responsable del uso que pueda hacerse de la información contenida en esta publicación. Los puntos de vista expresados en este estudio son de las autoras y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Unión Europea.

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 las Naciones Unidas o las de los países que representa.

Publicación de las Naciones Unidas
ISSN: 1680-9041 (versión electrónica)
ISSN: 1680-9033 (versión impresa)
LC/TS.2022/186
Copyright © Naciones Unidas, 2022
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.22-01004

Esta publicación debe citarse como: A. Dahuabe y M. L. Marinho (comps.), “Aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes: memoria de los seminarios realizados en junio y agosto de 2022”, *serie Seminarios y Conferencias*, N° 99 (LC/TS.2022/186), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Presentación División de Desarrollo Social, CEPAL	7
Presentación Ministerio de Salud de Chile	9
Introducción	11
I. Presentaciones CEPAL	15
A. La necesidad de reformar los sistemas de salud de América Latina a la luz de la pandemia: progresar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes <i>Alberto Arenas de Mesa, Director de la División de Desarrollo Social de la CEPAL</i>	15
B. La pandemia como una ventana de oportunidad histórica para transformar los sistemas de salud de América Latina y el Caribe <i>María Luisa Marinho, Oficial de Asuntos Sociales, CEPAL</i>	17
II. Presentaciones MINSAL y FONASA	19
A. La urgencia de avanzar hacia un sistema universal de salud en Chile: desafíos del proceso de reforma <i>Dra. María Begoña Yarza, ex Ministra de Salud de Chile</i>	19
B. Transición hacia esquemas de salud públicos universales: la experiencia comparada de la implementación de Seguros Nacionales de Salud <i>Cristóbal Cuadrado, Subsecretario de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile</i>	22
C. La economía de las reformas de salud en América Latina y Chile <i>Camilo Cid, Director de FONASA Chile</i>	24
D. La urgencia de transformar las estructuras de los sistemas de salud mediante el acuerdo transversal de la ciudadanía para garantizar el derecho fundamental a la salud <i>Jaime Peña, Gabinete del Ministerio de Salud de Chile</i>	26

III. Presentaciones OMS y OPS.....	29
A. El momento de acción para transformar los sistemas de salud: acciones estratégicas prioritarias <i>Dra. Carissa F. Etienne, Directora de la OPS/OMS</i>	29
B. Los desafíos de la sostenibilidad financiera de sistemas nacionales de salud y fondos únicos de salud: la experiencia de Europa <i>Joseph Kutzin, Jefe de Unidad, Financiamiento de la Salud, Departamento de Gobernanza y Financiamiento de los Sistemas de Salud, OMS</i>	30
C. Las necesarias reformas a los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: diversas dimensiones <i>James Fitzgerald, Director de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS</i>	32
IV. Experiencias regionales	35
A. La consolidación de la Caja Costarricense de Seguro Social como fondo único para un sistema de salud universal e integrado <i>Román Macaya, ex Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social</i>	35
B. La atención primaria de la salud en el Brasil: desafíos del Sistema único de Salud <i>José Temporão, Exministro de Salud del Brasil (2007-2011), docente e investigador de la Fundación Oswaldo Cruz y miembro titular de la Academia Nacional de Medicina</i>	36
C. Hacia la universalización de los servicios de salud en México: la planificación y creación del Instituto de Salud para el Bienestar <i>Carolina Tetelboin, Académica del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco</i>	38
D. El cambio del modelo de financiamiento del sistema de salud del Uruguay: la creación del Seguro Nacional de salud <i>Daniel Olesker, Exministro de Salud (2010-2011), exministro de Desarrollo Social (2011-2015) y Senador de la República de Uruguay.....</i>	39
V. Experiencias internacionales.....	41
A. La relevancia del consenso en política sanitaria para las reformas en salud: El Sistema Nacional de Salud español y la experiencia del Pacto Nacional de Salud en Catalunya <i>Pere Ibern, Investigador Principal, Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Pompeu Fabra</i>	41
B. Sistemas de salud universales, descentralizados y con financiamiento público: la experiencia de Medicare de Canadá <i>Gregory P. Marchildon, Profesor de Cátedra de Investigación de Ontario en Políticas de Salud y Diseño de Sistemas y Profesor en el Instituto de Salud, Políticas y Evaluación de la Universidad de Toronto.....</i>	42
Bibliografía.....	45
Anexo	47
Serie Seminarios y Conferencias: números publicados	52

Resumen

El presente documento constituye la memoria de dos seminarios realizados en el marco de la asistencia técnica que la CEPAL le está proporcionando al Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) en materia de la reforma a su sistema de salud: el seminario regional “Experiencias comparadas de reformas de los sistemas de salud en América Latina”, organizado por la CEPAL y el MINSAL el 3 de junio de 2022, y el seminario internacional “Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles” organizado por la CEPAL, el MINSAL, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) el 10 de agosto de 2022.

Presentación División de Desarrollo Social, CEPAL

Alberto Arenas de Mesa
Director de la División de Desarrollo Social
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Invertir en salud es fundamental para el desarrollo social inclusivo y, por tanto, para el desarrollo sostenible. Si bien esta relación no es nueva, los impactos de la pandemia del COVID-19 han situado a la salud en el centro del debate al dejar en evidencia que, sin salud garantizada, las personas se ven imposibilitadas de trabajar, estudiar y cuidar, generándose significativos retrocesos en diversas dimensiones del desarrollo social y económico. Esta incuestionable realidad ha permitido alcanzar mayores niveles de consenso sobre la urgencia de transformar y fortalecer los sistemas de salud en América Latina y el Caribe.

Los sistemas de salud de la región se caracterizan por un conjunto de debilidades estructurales que se traducen en múltiples barreras para acceder a la salud. Dichos obstáculos no se distribuyen de manera homogénea, sino que afectan principalmente a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, tales como las personas en situación de pobreza o residen en áreas rurales, las personas mayores o con discapacidad, los pueblos indígenas y las personas migrantes, entre otros. Ello perpetúa las profundas desigualdades en salud no solo con relación al acceso y cobertura formal, sino también en términos de tiempos de espera, calidad de la atención recibida y protección financiera. Lo anterior se traduce en brechas en resultados clave de la salud de la población como, por ejemplo, la mortalidad materna o infantil según el nivel de ingreso o territorio de residencia, entre otros ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social (CEPAL, 2016).

Esta situación revela diferencias que son evitables y, por tanto, injustas, por lo que es crucial consolidar sistemas de salud que permitan superar las desigualdades y garantizar el derecho a la salud a toda la población, sin dejar a nadie atrás. Para ello, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha afirmado que es urgente avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes, que posibiliten construir un desarrollo sostenible con igualdad en la región.

Es fundamental que dichos sistemas garanticen la cobertura y acceso a la salud sin que ello dependa de la capacidad de pago de las personas. De igual forma, junto con tener la capacidad de adaptarse a los cambios, es crucial que los sistemas sanitarios puedan cubrir las diversas demandas de salud de la población y articularse con otros sectores, como la protección social, mientras cumplen los objetivos de cobertura y calidad con sostenibilidad financiera.

El plan de reforma al sistema de salud en Chile del gobierno del presidente Gabriel Boric propone avanzar en esta línea. Dicho plan contempla una reforma integral al sistema de salud, en el marco de la garantía de los derechos sociales que la ciudadanía demanda al Estado. Entre los ejes de la reforma es posible identificar de manera transversal el enfoque de derechos, la igualdad y la universalidad, siendo estos principios esenciales para alcanzar el desarrollo social inclusivo y sostenible en las distintas dimensiones y sectores de la sociedad. De este modo, junto con permitir progresos hacia mayores niveles de igualdad y de bienestar en la población chilena, darle visibilidad a este proceso también podrá ser un aporte para otros países de la región que se encuentran en un debate similar y que se enfrentan a desafíos semejantes al sistema de salud chileno, fortaleciendo de este modo la cooperación regional y los valiosos espacios de intercambio de experiencias.

El presente documento entrega una memoria de los dos seminarios (regional e internacional) organizados por la CEPAL, en el marco de la asistencia técnica que se está realizando al Ministerio de Salud de Chile en materia de la reforma al sistema de salud. Las instancias de reflexión y debate sostenidas en estos seminarios permitieron corroborar la relevancia de la transformación del sistema de salud en Chile orientada a la garantía del derecho a la salud con igualdad, como también contribuyeron a vislumbrar algunos de los principales desafíos que deberían ser enfrentados en este proceso de reforma, a la luz de la experiencia regional e internacional.

Presentación Ministerio de Salud de Chile

*Ximena Aguilera Sanhueza
Ministra de Salud de Chile*

Pese a los innegables avances experimentados por las y los chilenos, que se traducen en una reducción de la pobreza, un mayor nivel educacional y una esperanza de vida que supera los 80 años, la desigualdad continúa siendo uno de los principales desafíos que enfrentamos como país. Esta condición estructural de nuestra sociedad también se manifiesta en el sector salud y es así como junto con los exitosos indicadores en diversos ámbitos, particularmente en el área materno-infantil, persisten desafíos enormes que no han podido ser subsanados con las sucesivas reformas a la salud emprendidas hasta la fecha.

Nuestro sistema de salud está segmentado y fragmentado tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios, donde hay un sector público crónicamente desfinanciado. Ello se traduce en que el acceso y la utilización de los servicios de salud sea desigual e injusta. Los seguros privados, que funcionan con una lógica de mercado, cubren a una porción minoritaria de la población, aquellos de mayores ingresos y con mejor situación de salud. La gran mayoría de la población, que incluye a las personas de menores ingresos y con más necesidad de atención, como adultos mayores y mujeres en edad fértil, acuden al seguro público. Esto se traduce en que las personas de los quintiles acomodados accedan a prestadores privados y hagan un mayor uso de servicios de complejidad, como cirugías e imagenología. En comparación, las personas de los quintiles más bajos recurren al sistema público de salud donde están sometidos a largos tiempos de espera por esas mismas atenciones. Así, el sistema de salud chileno no solo no disminuye, sino que, muchas veces reproduce las inequidades sociales de nuestro país. Por ello, en la crisis social de octubre de 2019, la dignidad en el cuidado de la salud fue una de las principales demandas por parte de la ciudadanía.

La pandemia de COVID-19 y su impacto en infecciones y muertes mostró de forma más aguda y palpable las inequidades de nuestro sistema y, como muchas otras crisis del pasado, nos obliga a buscar soluciones como sociedad. En este contexto, el presidente Boric ha señalado que para su periodo de

gobierno es prioritario mejorar sustancialmente la salud de todos los habitantes de Chile con la visión de avanzar en una reforma integral para construir un sistema universal de salud. El objetivo es crear un sistema que pueda responder según las necesidades sanitarias y no según la capacidad de pago y que entregue servicios de calidad a quien los necesite, de forma oportuna y sin empobrecer a nadie, cumpliendo así la promesa de la cobertura universal de salud.

En este proceso es fundamental conocer y analizar las experiencias de otros países en la búsqueda de la cobertura universal de salud aprendiendo de sus aciertos y de sus errores. Clave ha resultado en este esfuerzo la colaboración de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con el Ministerio de Salud, organizando dos seminarios en que se presentó la experiencia en procesos de reforma en América Latina y otras regiones del mundo. Estas experiencias nos permitirán diseñar con mayor rigurosidad técnica y pertinencia social las necesarias transformaciones de nuestro sistema.

El presente documento sintetiza lo expuesto en dichos seminarios bajo la forma de una memoria institucional que apoyará el proceso de análisis y planificación de uno de los mayores esfuerzos en salud de las últimas décadas, la transformación de nuestro sistema sanitario en un Sistema Universal de Salud.

Introducción

Los impactos de la pandemia del COVID-19 han dejado al descubierto la persistente desigualdad en la región, así como la urgencia de transformar los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Las debilidades estructurales que han caracterizado por larga data a los sistemas de salud de la región, tales como el subfinanciamiento crónico, la segmentación y fragmentación, redundan en importantes falencias que se observan, por ejemplo, en insuficientes recursos humanos, infraestructura y tecnologías, junto a una débil protección financiera (CEPAL, 2022; CEPAL/OPS, 2021). Esta situación dejó a América Latina y el Caribe en una posición de alta vulnerabilidad ante la pandemia, gatillándose una crisis sanitaria y económica, así como una crisis social, que sigue vigente (CEPAL, 2022). Un claro indicador de lo primero ha sido la sobrerrepresentación de la región en términos de muertes confirmadas por COVID-19 y de exceso de mortalidad; si bien América Latina y el Caribe corresponde al 8,4% del total de la población mundial, durante los dos primeros años de pandemia representó el 27% del total de muertes por COVID-19 en todo el mundo (Cid y Marinho, 2022).

Frente a este escenario, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha planteado la necesidad de aprovechar la oportunidad histórica generada por la pandemia para avanzar hacia una reestructuración de los sistemas de salud que contemple la sostenibilidad financiera y sea la base para la formulación de políticas públicas que apoyen a los países en sus caminos hacia sistemas de salud más avanzados, que sean universales, integrales, sostenibles y resilientes y que garanticen el acceso de toda la población independiente de la capacidad de pago (CEPAL, 2022). Ello responde no solo a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de la población en condiciones de igualdad, sino también al reconocimiento de la estrecha relación entre la salud y el desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico sostenible y la sostenibilidad ambiental. En consecuencia, se plantea la necesidad de aumentar la inversión pública en salud y orientarla hacia la reestructuración señalada de los sistemas de salud que, de acuerdo con la realidad de cada país, toma forma de fortalecimiento, reforma o transformación de las estructuras del sistema, para aportar de manera decisiva al desarrollo social inclusivo (CEPAL, 2022).

A pesar de que dichos problemas se han observado con mayor intensidad durante la pandemia del COVID-19, no se trata de desafíos nuevos sino más bien de retos históricos comunes a la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Con el fin de superar estos obstáculos, diversos países de la región han reformado y reestructurado sus sistemas de salud con distintos énfasis, objetivos y en diferentes momentos históricos. El gobierno de Chile, encabezado por el presidente Gabriel Boric, ha planteado la necesidad de implementar una reforma estructural e integral al sistema de salud, transitando hacia un Servicio Nacional de Salud universal basado en la atención primaria de la salud y financiado por un Fondo Universal de Salud. La propuesta de reforma a la salud se estructura en cinco ejes: i) financiamiento solidario, ii) redes integradas basadas en la atención primaria, iii) fortalecimiento de la rectoría, iv) generación de entornos saludables y v) mejoramiento de las condiciones laborales en salud (véase la sección II.A).

En el marco de la asistencia técnica que la CEPAL está proporcionando al Ministerio de Salud de Chile en materia de la reforma al sistema de salud se desarrollaron dos seminarios, uno regional y otro internacional. En ellos, junto con autoridades y especialistas que estuvieron a cargo de implementar las reformas a la salud en distintos países y regiones, se reflexionó sobre los principales desafíos que se debieron enfrentar en sus diversas etapas. Lo anterior permitió destacar un conjunto de aprendizajes y desafíos asociados a procesos de reformas a la salud que podrían resultar de gran utilidad para retroalimentar el plan de reforma a la salud de Chile.

El seminario regional, bajo el nombre “Experiencias comparadas de reformas de los sistemas de salud en América Latina”, se realizó virtualmente el 3 de junio de 2022 con el objetivo de conocer y debatir sobre los principales objetivos de las reformas realizadas a los sistemas de salud de América Latina¹. En dicha ocasión se contó con la participación de representantes del Brasil, Costa Rica, México y el Uruguay, así como de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la CEPAL. Por su parte, el 10 de agosto de 2022 tuvo lugar el seminario internacional híbrido titulado “Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles”, con el objetivo de conocer la experiencia de distintas regiones que tienen sistemas de salud más robustos y se caracterizan por su universalidad, integralidad y sostenibilidad financiera². En este se contó con la participación presencial del Ministerio de Salud de Chile, del Fondo Nacional de Salud (FONASA), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la CEPAL, mientras que representantes de España, Canadá y la OMS intervinieron de manera virtual.

En ambos seminarios, junto con enfatizar la necesidad de reformar y transformar los sistemas de salud de la región con el fin de garantizar el derecho a la salud y avanzar hacia mayores niveles de igualdad, se compartieron diversas experiencias y aprendizajes orientados a retroalimentar el proceso de diseño e implementación de la reforma a la salud en Chile. Entre ellos, cabe destacar la importancia de los consensos técnicos, sociales y políticos para llevar a cabo reformas integrales a los sistemas de salud; la relevancia de garantizar el derecho fundamental a la salud mediante el acuerdo transversal de la ciudadanía con centralidad en la universalidad; la necesidad de implementar reformas estructurales de manera paulatina y con la debida transición, con una integración prioritaria en base a factores económicos y sociales; la consideración fundamental de mecanismos de sostenibilidad fiscal guiados por la protección financiera y la mancomunación de recursos; y la centralidad del enfoque de la Atención Primaria en Salud con foco en las familias desde una perspectiva intersectorial. Todo lo anterior, sin perder de vista la necesidad de institucionalizar los aprendizajes derivados del manejo de la pandemia.

¹ Para más detalles, visitar el sitio web del seminario: <https://www.cepal.org/es/eventos/seminario-regional-virtual-experiencias-comparadas-reformas-sistemas-salud-america-latina>.

² Para más detalles, visitar el sitio web del seminario: <https://www.cepal.org/es/eventos/aprendizajes-lecciones-internacionales-avanzar-sistemas-salud-universales-integrales>.

La presente memoria, publicada en el marco del proyecto “Protección social y vulnerabilidad” financiado por la Unión Europea, sintetiza los principales mensajes de las intervenciones realizadas en ambos seminarios³. La primera sección resume la participación de la CEPAL, realizada por Alberto Arenas de Mesa, Director de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, y María Luisa Marinho, Oficial de Asuntos Sociales de la misma división. Luego, en la segunda sección se presentan las intervenciones del Ministerio de Salud a cargo de la Dra. María Begoña Yarza, exministra de Salud de Chile⁴; Cristóbal Cuadrado, Subsecretario de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile; Camilo Cid, Director del FONASA y Jaime Peña, del Ministerio de Salud de Chile. En la tercera sección constan los aportes de la OPS y OMS, realizados por la Directora de la OPS, Dra. Carissa Etienne; Joseph Kutzin, Jefe de Unidad de Financiamiento de la Salud del Departamento de Gobernanza y Financiamiento de los Sistemas de Salud de la OMS; y James Fitzgerald, Director de Sistemas y Servicios de salud de la OPS. En la cuarta sección de la memoria se sintetizan los principales mensajes regionales entregados por Román Macaya, ex Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social; José Temporão, ex Ministro de Salud del Brasil; Carolina Tetelboin, Académica de la Universidad Autónoma Metropolitana de México; y Daniel Olesker, ex Ministro de Salud, ex Ministro de Desarrollo Social y Senador del Uruguay. Finalmente, en la quinta sección se da a conocer el resumen de las experiencias internacionales presentadas por Pere Ibern, Investigador de la Universidad de Pompeu Fabra de España y Gregroy P. Marchildon, Profesor de la Universidad de Toronto de Canadá.

Implementar reformas a los sistemas de salud es fundamental para superar las profundas desigualdades en el área de la salud de los países de América Latina y el Caribe y garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones, así como también avanzar en el desarrollo social inclusivo y el desarrollo sostenible con igualdad en la región. Las presentaciones realizadas por las y los especialistas en reformas a los sistemas de salud a nivel regional e internacional que aquí se sintetizan corroboran la necesidad de avanzar hacia esquemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes, así como la importancia de abordar los desafíos que los procesos de diseño e implementación de reforma, como la que está en discusión en Chile, implican.

³ Para información sobre las y los ponentes, véase el anexo.

⁴ La Dra. Begoña Yarza participó en ambos seminarios en su calidad de Ministra de Salud de Chile.

I. Presentaciones CEPAL

A. La necesidad de reformar los sistemas de salud de América Latina a la luz de la pandemia: progresar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes

Alberto Arenas de Mesa, Director de la División de Desarrollo Social de la CEPAL⁵

En su presentación en ambos seminarios, Alberto Arenas de Mesa reflexionó sobre cómo la crisis social sigue vigente en un marco de incertidumbre, en el que América Latina y el Caribe ha sido una región particularmente vulnerable, con desigualdades estructurales y brechas que se han profundizado. Frente a sistemas de salud debilitados, la pandemia ha generado una oportunidad histórica para avanzar en reformas hacia la universalidad, integralidad, sostenibilidad y resiliencia, que deben considerar diversas dimensiones, con especial foco en la necesidad de consolidar un pacto social y un pacto fiscal que les otorgue viabilidad.

Destacó que los impactos sociales y económicos de la pandemia dan cuenta de la centralidad de la salud, dejando en evidencia que sin salud no es posible pensar en un desarrollo social inclusivo ni en un crecimiento económico sostenible. La desproporción de muertes confirmadas por COVID-19 y el exceso de muertes en la región⁶, la profundización de desigualdades en ingresos y el aumento preocupante de la pobreza, así como el impacto en el mercado laboral y la ampliación de las brechas de género son sidos prueba de ello. Es así como, pese a la recuperación económica observada en 2021, al no estar controlada la crisis, dicho crecimiento no promovió la igualdad ni era sostenible.

⁵ Esta síntesis corresponde a las presentaciones e intervenciones que realizó Alberto Arenas de Mesa en el seminario regional "Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina", el día 3 de junio de 2022 y en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el 10 de agosto de 2022.

⁶ La OMS define el exceso de mortalidad como "la mortalidad por encima de lo que se esperaría en función de la tasa de mortalidad sin crisis en la población de interés". Para más detalles, véase OMS (2022), *Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates)*, disponible en: <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.

Indicó que la región enfrentó la pandemia con debilidades estructurales preexistentes en sus sistemas de salud, lo que dificultó el control de la crisis sanitaria, especialmente en 2020 y 2021. El subfinanciamiento crónico de dichos sistemas, caracterizado por un bajo gasto público y un alto gasto de bolsillo, junto a su segmentación y altos niveles de fragmentación, contribuyeron a que la pandemia gatillara una crisis sanitaria de envergadura que se tradujo en un efecto de desplazamiento en la atención de otras enfermedades, por lo que la población experimentó mayores obstáculos de acceso a la atención médica.

Adicionalmente, planteó que la pandemia tuvo un impacto desigual en la salud y el bienestar de grupos de la población que han sido invisibilizados. Ello se ha visto, por ejemplo, en la reducción de la inmunización infantil, retrocesos en la atención de la salud mental, falta de datos estadísticos para conocer el impacto en personas con discapacidad y pueblos indígenas y procesos de vacunación contra COVID-19 no accesibles, así como el cierre de los establecimientos educacionales y el consiguiente impacto en los procesos de aprendizaje. En este sentido, la pandemia dejó en evidencia la necesidad de implementar reformas a los sistemas de salud que permitan avanzar hacia un universalismo sensible a las diferencias.

Señaló también que el acceso a las vacunas contra el COVID-19 y los procesos de inmunización masiva, una de las principales herramientas de control de la crisis sanitaria, ha estado marcada por la desigualdad en la región. En mayo de 2022, dos tercios de los países de América Latina y el Caribe aún no habían vacunado con esquema completo al 70% de su población, dificultando el control de la crisis sanitaria⁷. Las desigualdades y asimetrías entre los países y la fragmentación regional en la compra de vacunas marcan esta desigualdad e implican un riesgo de surgimiento de nuevas variantes del virus. Urge entonces una visión de integración y cooperación regional y subregional.

Puso énfasis en la centralidad de la salud para el desarrollo sostenible al argumentar que la pandemia gatilló una crisis sanitaria que, a su vez, dio lugar a una crisis económica y social que ha tenido un profundo impacto en dimensiones centrales para el desarrollo social y económico con igualdad y sostenibilidad. De este modo, el impacto catastrófico de la pandemia en la región ha dejado al descubierto la urgencia de transformar los sistemas de salud. Para ello, será necesario implementar reformas como la que está en discusión actualmente en Chile, que consideren la discusión en al menos cinco dimensiones: i) un debate técnico sobre el modelo hacia el cual transitar; ii) un debate desde la economía política que considere los diversos intereses involucrados; iii) un análisis de la sostenibilidad financiera de la reforma; iv) la dimensión institucional, que muchas veces condiciona las reformas que se desean implementar, y v) una dimensión comunicacional que contemple una narrativa que acompañe la necesidad de reformar el sistema de salud. En este sentido, planteó que es clave considerar que la salud no se juega solo en la salud, sino que la reforma a un sistema de salud es transversal a la sociedad en su conjunto, entre otros factores, ya que compromete recursos fiscales que tienen impactos que van más allá de los sistemas sanitarios. Por ello, la sostenibilidad financiera de estas reformas es un aspecto fundamental que debe ser considerado en el debate, así como también la articulación con otras áreas, posicionándose como una oportunidad de avances transversales para la sociedad.

Para finalizar, A. Arenas de Mesa recalcó que para avanzar hacia sistemas de salud con garantías efectivas para la cobertura universal, gratuita y de calidad, será necesario aumentar la inversión pública en salud, generar mecanismos de organización más eficientes, fortalecer el sistema de atención primaria con un enfoque que considere los determinantes sociales de la salud, y acompañar la reforma con políticas integrales que articulen la salud con sistemas de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes. Enfatizó que para implementar las necesarias y urgentes transformaciones que se plantea realizar al sistema de salud chileno, será fundamental alcanzar un pacto social centrado en los derechos junto a un pacto fiscal que garantice su sostenibilidad financiera.

⁷ A la fecha de la elaboración de esta memoria (21 de septiembre de 2022), 22 de los 33 países de América Latina y el Caribe no han vacunado al 70% del total de su población con dos dosis, encontrándose 7 países bajo el umbral del 40%.

B. La pandemia como una ventana de oportunidad histórica para transformar los sistemas de salud de América Latina y el Caribe

*María Luisa Marinho, Oficial de Asuntos Sociales, CEPAL*⁸

En sus palabras de cierre en ambos seminarios, María Luisa Marinho compartió cinco puntos centrales a ser considerados en los procesos de reformas a los sistemas de salud, como el que está en discusión en Chile.

En primer lugar, argumentó que, junto con el desarrollo del diseño y la economía política de las reformas, es clave tener en cuenta el contexto histórico que antecede dichos procesos. Planteó que es fundamental contemplar los elementos que pueden entregar viabilidad política a este tipo de reformas, generando oportunidades de cambios que son históricas, como profundas crisis sociales o la creación de una nueva constitución política en el Brasil tal y como se compartió en el primer seminario. En el escenario actual, la pandemia del COVID-19 ha dejado de manifiesto la centralidad de la salud para el funcionamiento de la sociedad y para avanzar hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible, permitiendo enfatizar y alcanzar mayores consensos respecto a la necesidad de impulsar reformas en el sector, por lo que el llamado es a aprovechar la oportunidad que presenta el momento actual.

En segundo lugar, planteó que se debe garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud en el proceso de ampliación de la cobertura poblacional y de las prestaciones, traducándose en una inversión y gasto más eficiente. Para poder garantizar a la población el derecho a la salud y el acceso a una atención de calidad, sin discriminaciones ni desigualdades, el financiamiento del sistema de salud debe asegurar su sostenibilidad mediante un pacto fiscal. Ello es fundamental para el debate actual en Chile sobre un Fondo Universal de Salud.

Un tercer punto, en estrecha relación con el anterior, se refiere a la necesidad de transitar hacia mayores niveles de solidaridad en el financiamiento que permitan superar la segmentación característica de los sistemas de salud de la región y las profundas desigualdades que hoy en día definen el acceso y calidad de la atención. Ello, debiera lograrse mediante un pacto social que releve la centralidad de la igualdad y de los derechos. La solidaridad, en tanto principio que guíe las reformas a la salud, permitirá avanzar hacia verdaderos Estados de Bienestar.

En cuarto lugar, destacó la centralidad de fortalecer el primer nivel de atención de la salud, tal como se está debatiendo en Chile, en línea con una estrategia de atención primaria de la salud que considere los determinantes sociales de la salud de manera transversal a través de acciones interseccionales. Asimismo, esta acción permitirá abordar de mejor manera las necesidades de las personas, sus familias y comunidades, considerando un enfoque sensible a las diferencias.

Por último, ante la reconfiguración de la estructura de riesgos asociados al cambio climático y el contexto global de alta incertidumbre, se planteó la urgencia de transitar hacia sistemas universales, integrales, sostenibles y, en particular, resilientes, que garanticen a la población el derecho a la salud y el acceso a una atención de calidad, sin discriminaciones ni desigualdades. Finalizó insistiendo en el llamado a aprovechar la ventana de oportunidad que dejó la pandemia para consolidar sistemas de salud con cobertura y acceso universal que contribuyan a superar las desigualdades que persisten en los países de la región.

⁸ Esta síntesis corresponde a las presentaciones e intervenciones que realizó María Luisa Marinho en el seminario regional "Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina", el día 3 de junio de 2022 y en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el 10 de agosto de 2022.

II. Presentaciones MINSAL y FONASA

A. La urgencia de avanzar hacia un sistema universal de salud en Chile: desafíos del proceso de reforma

Dra. María Begoña Yarza, ex Ministra de Salud de Chile⁹

La Dra. María Begoña Yarza comenzó su intervención refiriéndose a los grandes desafíos que enfrenta el sistema de salud chileno, como el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población y sus impactos. También destacó la necesidad de avanzar hacia un sistema de salud resiliente, capaz de vigilar, prevenir y responder oportunamente a riesgos epidemiológicos, manteniendo al mismo tiempo la continuidad de los cuidados de salud habituales de la población. Puso énfasis en la necesidad de enfrentar la inequidad estructural que caracteriza al sistema de salud chileno y que se expresa en un sistema segmentado financieramente donde coexiste un seguro público (FONASA) con un esquema de seguros privados sustitutos (ISAPRE) que seleccionan a sus afiliados por riesgo e ingresos y un sector público que sufre un subfinanciamiento crónico, además de la gran fragmentación a nivel de la prestación de servicios. En este contexto, recalcó la importancia y urgencia de una reforma integral al sistema de salud para transformarlo en un sistema universal de salud, describiendo sus principales componentes y enfatizando en los avances realizados por el gobierno para dicho tránsito, así como el recorrido histórico que precede a la reforma, posicionando la situación actual como una ventana de oportunidad histórica para realizar cambios.

En su presentación señaló que Chile ha llegado a una situación crítica respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como también de comorbilidades que afectan

⁹ Esta síntesis corresponde a las presentaciones e intervenciones que realizó la Dra. Yarza, en su calidad de Ministra de Salud de Chile, en el seminario regional "Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina", el día 3 de junio de 2022 y en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el 10 de agosto de 2022.

principalmente a grupos en situación de vulnerabilidad. Explicó que el sistema de salud debe ser un instrumento de equidad y no un espacio para la reproducción de desigualdades, siendo urgente responder a las necesidades de todas las personas oportunamente, lo que requiere de un sistema de salud con enfoque integral, que sea integrado y continuo.

Reflexionó sobre las barreras a la resolución de problemas sanitarios que aquejan actualmente al sistema de salud y la desigualdad que las atraviesa, que se reflejan en peores resultados de salud en los sectores más pobres del país, evidenciando la estrecha relación entre salud y capacidad de pago. Si bien Chile se desempeña de manera positiva en múltiples áreas de la salud, los promedios esconden grandes heterogeneidades, generando brechas entre los sectores más ricos y los más vulnerables. Por ejemplo, al considerar la mortalidad infantil, se observa que las personas en situación de pobreza tienen mayor probabilidad de morir que quienes pertenecen a grupos de altos ingresos, siendo este indicador muy ilustrativo sobre el sistema sanitario, su vigor y capacidad. En relación con las hospitalizaciones evitables enfatizó que la desigualdad en términos de hospitalizaciones evitables no sólo es una injusticia contra las personas por el riesgo que conllevan dichas hospitalizaciones, sino también porque es ineficiente, pues hace uso de camas y gasto público no requeridos.

En su opinión, la pandemia del COVID-19 amplificó las desigualdades de la mano de un desplazamiento sanitario que impactó con mayor fuerza al sector público, con evidentes descensos en los diagnósticos por cáncer y el gasto per cápita, producto de la redistribución de recursos a causa de la crisis sanitaria, así como la selección por riesgo entre sistema público y privado. En definitiva, ello ha tenido un impacto negativo en el objetivo del sistema sanitario chileno de alcanzar mayor equidad.

La situación de desigualdad sanitaria se relaciona con elementos estructurales que derivan de un sistema segmentado, con una provisión altamente fragmentada y bajos recursos públicos. Ejemplo de ello es que, si bien el sistema público recibe al 80% de la población, cuenta solo con el 40% del equipo nuclear (médicos, enfermeros, y matrones). Ello pone de relieve la importancia para la reforma al sistema de salud de la formación del personal de salud y una mejor distribución en el corto plazo.

Junto a esta segmentación entre FONASA e ISAPRES, previo al programa de Copago Cero, el sistema público estaba subdividido en segmentos condicionados a la capacidad de pago. Dicha segmentación se traduce en un sistema que elige a las personas mediante el descarte y selección por riesgo, en vez de ser las personas quienes eligen al sistema; el aseguramiento privado reúne a la población de mediana edad, más sana, de menor riesgo y en edad laboral, mientras que el sistema público recibe a adultos mayores, infantes y mujeres, cuya necesidad de atención y consumo de recursos es mayor. A su vez, en su dimensión dinámica, afiliados históricamente al sistema privado pasan una vida contribuyendo a los fondos de las ISAPRE para luego migrar, sin fondos y con alta carga sanitaria, al sistema público. La inequidad estructural derivada de la segmentación del sistema de salud es uno de los desafíos de la reforma, en que la selección no es sustentable ni permite avanzar hacia el desarrollo sostenible.

Asimismo, la desigualdad también se refleja en la cobertura de enfermedades y el uso de servicios entre ambos subsistemas. Ello vuelve ineficiente y agrega problemas de calidad al sistema de salud, toda vez que no hay suficiente coordinación ni articulación tanto entre segmentos como dentro de la provisión y en relación con la rectoría. En consecuencia, la ineficiencia y falta de calidad distribuidas de manera desigual amplían las brechas preexistentes. Todo lo anterior confirma la urgencia de pensar en reformas integrales al sistema de salud.

Destacó que la inequidad se expresa también en el gasto en salud, traduciéndose en altos gastos de bolsillo. En Chile, en los últimos años se ha visto un retroceso en cuanto a protección financiera y un lento avance en el acceso, ambos Objetivos de Desarrollo Sostenible (incidencia del gasto catastrófico ODS 3.8.2 y cobertura de servicios ODS 3.8.1), cuestión contraria a lo visto en otros países de la región, como el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú y México.

Un elemento clave de la reforma son las demandas sociales de las y los chilenos. Informes del PNUD y la encuesta EP-IPSOS muestran un creciente aumento en la molestia por la desigualdad en la salud además de la conciencia por la necesidad de una reforma sanitaria como una de las medidas que ayudarían a resolver el conflicto social. No obstante, una encuesta ciudadana realizada por FONASA en 2021 indica que una enorme mayoría de los afiliados preferiría mantenerse en el sistema público aun cuando tuvieran la opción de cambiarse al sistema privado, lo que se interpreta como una valoración positiva de los centros de salud familiares y hospitales, así como de los equipos que los atienden. Así también se registran cifras positivas en torno al acceso a consultas médicas y acceso gratuito a medicamentos. Lo que se demanda entonces es mayor calidad y oportunidad. Ello sienta las bases para el fortalecimiento del sistema público y la reestructuración de las ineficiencias de la segmentación y fragmentación mediante reformas estructurales e integrales, en donde la reforma a la salud responda no solo a una decisión política, sino también a una necesidad sanitaria.

Frente a estos múltiples desafíos, la meta del gobierno actual es consolidar el Sistema Universal de Salud a través de una primera medida basada en la creación del Fondo Universal de Salud que permita reducir la segmentación y segregación de la población según su riesgo, la fragmentación de los servicios, la ineficiencia del sistema y su consecuente inequidad, buscando eliminar el fenómeno de una salud para ricos y otra para pobres. Planteó que Chile tiene un camino y una trayectoria histórica, con el ejemplo de un sistema universal creado en 1952. Destacó la importancia que tienen las crisis en tanto ventanas de oportunidad para implementar los cambios. Luego del terremoto de 1952, un desastre similar a la pandemia, un grupo de salubristas implementó la unificación de los prestadores de salud, mancomunando el financiamiento y creando un camino para los trabajadores de salud, con acuerdo entre sectores socialistas y conservadores, lo que dio lugar a la reforma a la salud. Dicho proceso entrega muchas lecciones que se recogen en el actual programa de la reforma al sistema de salud, reconociendo la estructura de sistema sanitario presente a lo largo de todo el país.

En su opinión, las reformas deben ser sistémicas y considerar la salud en su totalidad, principios bajo los cuales se estructuran sus ejes principales. De igual forma, recalcó su confianza en la integración de lo público y privado, algo que el país aprendió en la pandemia del COVID-19 y que dio lugar a una respuesta contundente. La reforma no ve un Sistema Nacional de Salud que excluya las entidades privadas, sino que las incluya con reglas públicas, otorgándoles versatilidad y desarrollo.

En su intervención también caracterizó los cinco pilares fundamentales de la reforma de salud, los que fueron diseñados mediante la participación de diversos actores, recordando y valorando la forma histórica de llegar a acuerdos. El primer pilar caracteriza el financiamiento solidario del Fondo Universal de Salud (FUS) con el efecto de mancomunar los recursos. El sistema de salud estará basado en el FUS en coexistencia con seguros privados complementarios. De la mano del FUS, se creará la Agencia Nacional para la Evaluación Tecnológica Sanitaria (ETESA) y se implementará una reforma a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), lo que junto a mejoras en el Sistema de Incapacidad Laboral (SIL), espera dotar de sostenibilidad financiera al sistema. En el segundo pilar, se propone la prestación de servicios de salud, avanzando hacia la conformación efectiva de redes integradas de servicios de salud basadas en la Atención Primaria (APS). Para esto, el primer paso será el fortalecimiento y universalización de la APS, mientras que, de forma paralela, se fortalecen los hospitales públicos haciéndolos más productivos y eficientes. Con esto se trabajará en la integración de las redes público-privadas, generando unidades funcionales para el cuidado de la salud con lógica territorial, concluyendo en una reestructuración del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en un Sistema Nacional de Salud (SNS).

La reforma contempla como tercer pilar el fortalecimiento de la rectoría mediante una reforma a la ley de autoridad sanitaria, con el fortalecimiento de la Intendencia de Prestadores de Salud de la Superintendencia de Salud, la regulación del trato a las personas usuarias del sistema y la democratización

de la institucionalidad, mediante una reforma a la participación y la creación del Consejo Nacional de Salud. La participación de las personas es sustancial y debe ser vinculante para la reforma.

Las políticas de salud pública relacionadas con cambios de largo plazo se ven reflejadas en el cuarto eje de la reforma, centrado en generar entornos saludables con la integración de prestaciones sociosanitarias en APS, nueva institucionalidad de salud en todas las políticas y una reforma tributaria saludable con regulación del tabaco, alcohol y alimentos ultra procesados. Finalmente, planteó que en su quinto pilar la reforma contempla mejorar las condiciones y la trayectoria laboral en la salud, con foco en la formación y distribución de los profesionales de la salud basado en el bienestar de las personas.

La Dra. Yarza finalizó su intervención señalando la importancia de compartir con especialistas en reformas de salud en torno a los desafíos asociados, como el financiamiento y la mancomunación de todos los fondos de la seguridad social. Las discusiones contribuirán a fortalecer el diseño de la reforma a la salud en Chile, manteniendo la cobertura de atención de las personas afiliadas a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y la mejora de quienes pertenecen a FONASA, desarrollando la institucionalidad del FUS para que pueda hacer un uso eficiente de los recursos, mejorando la libertad de elección y dotándola de mejores condiciones para las personas así como estableciendo un mercado sano y regulado de seguros privados voluntarios y complementarios. De igual forma, reconoció la necesidad de que en el proyecto de reforma se aborden los desafíos en torno a la prestación de servicios, como el fortalecimiento de la APS y la dotación de capacidad y resolución para cuidar a la totalidad de la población, un nuevo modelo de atención centrado en las personas y la integración de prestadores privados con reglas públicas que brinden sostenibilidad en el tiempo y mejores condiciones de acceso a las personas así como avanzar en conjunto con las y los trabajadores en una nueva carrera funcionaria que reconozca y potencie su rol. Hoy, en un contexto en que la pandemia no ha terminado, surgen nuevos desafíos, pero también nuevas fortalezas y enseñanzas que apuntan a la centralidad de medidas universales y respuestas integradas. Es fundamental apoyarse en diferentes organizaciones, así como contar con experiencias comparadas que permitan avanzar hacia una reforma integral en el sistema de salud en Chile y plantear la urgencia de reformas de los sistemas de salud en toda la región.

B. Transición hacia esquemas de salud públicos universales: la experiencia comparada de la implementación de Seguros Nacionales de Salud

*Cristóbal Cuadrado, Subsecretario de Salud Pública,
Ministerio de Salud de Chile¹⁰*

En su presentación, Cristóbal Cuadrado abordó los distintos sistemas de salud a nivel global, centrándose en las dimensiones de financiamiento y contribución, gestión de fondos, provisión, gobernanza, aseguramiento, concentración, participación de mercado y del Estado, segmentación y cobertura.

En torno a la transición hacia esquemas de salud públicos universales expuso casos de sistemas de salud que dependen mayormente del financiamiento privado y otros con mayor participación de la seguridad social, en los cuales se puede organizar la mancomunación en pagadores únicos o múltiples pagadores. El Seguro Nacional de Salud actualmente en debate en Chile es un tipo de sistema particular en donde hay un pagador único, pero con contribuciones de distintas fuentes: impuestos generales y cotizaciones obligatorias.

¹⁰ Esta síntesis corresponde a la presentación realizada por Cristóbal Cuadrado en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el día 10 de agosto de 2022.

A diferencia de modelos que integran completamente el aseguramiento con la prestación, como en los Servicios Nacionales de Salud, el diseño del nuevo sistema chileno plantea algún grado de diferencia entre ambas funciones, como lo hace Corea del Sur, Canadá y Australia, diferenciándose levemente del Reino Unido. Chile y otros países latinoamericanos están aún lejos de estos esquemas, pues en sus modelos conviven múltiples dinámicas de aseguramiento y provisión con sistemas duales o mixtos, siendo esta una organización que conlleva múltiples consecuencias negativas, como el elevado gasto de bolsillo, desigualdades en las oportunidades de acceso e ineficiencias en el funcionamiento. Planteó que a nivel internacional se observa una tendencia a desplazarse hacia sistemas más integrados, con contribuciones de seguridad social e impuestos generales más relevantes, menor gasto de bolsillo y, por ende, mayor protección financiera y ganancias en equidad y en eficiencia. Definió al Seguro Nacional de Salud que está en discusión en Chile como un arreglo de seguridad social con afiliación universal y derechos de prestaciones independientes de la capacidad de contribución, en donde el financiamiento es público a partir de impuestos generales y contribuciones obligatorias, con un único fondo de riesgo, es decir, con un financiador único. La participación de actores públicos y privados dependerá de la trayectoria histórica de los países tal como se observa a nivel internacional, yendo desde el caso de Corea del Sur, con una participación privada importante, a varias regiones de Canadá en donde los actores públicos toman el protagonismo.

A modo de ejemplo presentó diversos casos de países que han adoptado trayectorias de unificación de sus sistemas de aseguramiento y de protección social para avanzar hacia un seguro de salud público universal. Un primer ejemplo es Australia con la introducción del Seguro Universal de Salud Medicare en 1984. Décadas antes el país incrementó la cobertura de su plan de beneficios con importantes variaciones subnacionales, instalándose en 1975 el Medibank que garantiza el acceso universal y público a la atención hospitalaria y gran parte de la cobertura de la hospitalización ambulatoria. Tras ello hubo un proceso de contrarreformas hasta que en 1984 se volvió a aprobar el Seguro Universal bajo el nombre de Medicare. Señaló que el período previo al Medicare estuvo marcado por los cambios políticos y un contexto de alta inflación y bajo crecimiento económico, un antecedente relevante para considerar que es posible avanzar hacia transformaciones de los sistemas de salud en condiciones económicas adversas.

En segundo lugar, presentó ejemplos de cómo avanzar hacia la universalidad de la cobertura en salud, como los casos de Canadá y Corea del Sur. En el primer caso, la ley de Salud de 1984 regula y da un marco nacional a las distintas formas en que cada territorio debe garantizar un piso común, dando universalidad a la cobertura. Por su parte, entre los años setenta y noventa, Corea del Sur incrementó gradualmente la población cubierta por el sistema de seguros por ramas de trabajadores y con distintas modalidades a nivel subnacional. Se transita desde un contexto de múltiples fondos y pagadores a la integración de un solo seguro, absorbiendo progresivamente diferentes entes de salud hasta lograr la integración completa en 2003 con el manejo integrado para todos los distritos y áreas laborales. Nuevamente, se señala cómo, en un contexto macroeconómico difícil, Corea del Sur avanzó en una reforma importante a la salud. Posteriormente, mencionó el caso de Estonia, con el Fondo del Seguro de Salud (EHIF) en 2001 y la consolidación de sus fondos para dar cobertura universal a su población mediante una única entidad. Por último, señaló el caso de Taiwán, con una experiencia exitosa cuando en 1995 se implementó el Seguro Nacional de Salud (NHI) tras media década de planificación.

En su presentación identificó tres tipos de trayectorias: i) de seguros voluntarios a seguros regionales y luego a seguros nacionales, como en Canadá y Australia; ii) de seguros voluntarios a seguros basados en los empleos, para luego pasar a un proceso de convergencia a un seguro único, como el Uruguay, Taiwán y Corea del Sur, y iii) de seguros nacionales a modelos regionalizados y luego nuevamente a seguros nacionales, como el caso de Estonia.

C. Cuadrado destacó que el impacto de la implementación de seguros nacionales evidencia incrementos en la cobertura, como la incorporación de la población no asegurada por razones de trabajo

al esquema universal de aseguramiento y significativas reducciones del gasto de bolsillo, mejorando la protección financiera de la población, así como el importante aumento en la eficiencia administrativa al tener un solo fondo de administración de recursos en cada uno de los países analizados, reduciendo el gasto derivado de la gestión de los recursos. Finalizó su intervención reiterando que existen sistemas de salud muy diversos que han avanzado hacia la universalización y mancomunación de recursos, consolidando sistemas nacionales a partir de sistemas fragmentados. Pese a que el contexto macroeconómico y el espacio fiscal son relevantes, existen casos emblemáticos en que la reforma al sistema de salud ha sido entendida como una medida contracíclica y donde la existencia de inestabilidad económica no ha sido una razón para dejar de avanzar.

C. La economía de las reformas de salud en América Latina y Chile

Camilo Cid, Director de FONASA Chile¹¹

En su presentación, Camilo Cid planteó cómo en América Latina las crisis han abierto históricamente espacios para discutir las reformas a los sistemas de salud, con diferencias en la forma de reaccionar de acuerdo con la voluntad política. Ante el sistema de salud dual chileno, sumamente ineficiente en su articulación entre lo público y lo privado, se requiere una reforma estructural orientada a la complementariedad entre mayor eficiencia y solidaridad. Para ello recalcó que será necesario alcanzar consensos sociales y políticos para lograr reformas sostenibles en el tiempo.

En este sentido, planteó la presencia de ventanas de oportunidad para políticas públicas avanzadas en salud, como lo fue en la historia de Chile la existencia inevitable de desastres naturales como los terremotos y la reforma del Servicio Nacional de Salud de Chile en 1952. En su opinión se puede reaccionar de manera proactiva o reactiva, dependiendo de la voluntad política. En este sentido, Chile tuvo la oportunidad de cambio en los años ochenta en dictadura y a principios de este siglo. Sin embargo, la respuesta no fue proactiva ni concebida desde un movimiento ciudadano, configurándose un cambio estructural regresivo en el primer caso y una reforma insuficiente en el segundo. La situación actual de crisis gatillada por la pandemia de COVID-19 vuelve a plantear una ventana de oportunidad para un cambio estructural.

Algunos ejemplos destacables a nivel regional son el caso del Brasil, que formuló su Sistema Universal de Salud mediante una Asamblea Constituyente al salir de una dictadura, así como el Uruguay, con su reforma de los años 2005 al 2008, en donde el país enfrentó un momento marcado por el crecimiento económico, mancomunando gran parte de sus recursos y ganando eficiencia y solidaridad con positivos impactos para la población. Otro sistema de salud reconocido en la región es el caso costarricense, que se restó de algunas políticas de los años 80 y 90, como las privatizadoras, manteniendo su Caja del Seguro Social, con una mancomunación única y manejo de recursos en un único ente para después impulsar la reforma a los prestadores con foco en la atención primaria.

Con relación al enfoque de las reformas planteó que estas pueden apuntar a la reestructuración del sistema creando, por ejemplo, Sistemas Únicos de Salud, o bien pueden centrarse en el ajuste de funciones, cambiando la gobernanza, priorizando funciones de atención de servicios o modificando el financiamiento o el trabajo intersectorial. En su opinión, las reformas integrales deben abandonar esta dicotomía entre cambios a los esquemas o a las funciones de los sistemas de salud y abordar ambas dimensiones de manera complementaria. En Chile se observaron reformas estructurales en los años

¹¹ Esta síntesis corresponde a las presentaciones e intervenciones realizadas por Camilo Cid en el seminario regional "Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina", el día 3 de junio de 2022 y en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el 10 de agosto de 2022.

ochenta y parciales en los 2000, mientras que la crisis financiera de 2008 abrió nuevos espacios de debate que fueron reforzados durante la pandemia del COVID-19, planteándose la urgencia de reformar los sistemas de salud hacia modelos universales, integrados y solidarios. La evidencia sobre la centralidad de los sistemas de salud para avanzar hacia el desarrollo social sostenible sustenta la necesidad de reformas integrales de salud.

Para explicar el proyecto de reforma a la salud de Chile expuso sobre la distinción de esquemas y funciones en los sistemas de salud. Los esquemas se refieren al tipo de modelo al cual se quiere avanzar con una idea de meta a lograr preconcebida, como es el caso de un servicio, sistema o seguro nacional de salud. Las funciones, por su parte, son relevantes en el proceso de formulación de reformas, pues contemplan el financiamiento, la mancomunación, la distribución de riesgos y recursos, la generación de sostenibilidad y lo relacionado a la generación de las prestaciones de salud y la gobernanza. La conformación de la idea de reforma que está impulsando el gobierno chileno tiene la ventaja de tener estructuras o esquemas claros, con un Fondo Universal de Salud que viabiliza la base de un Servicio Nacional de Salud por el lado de la prestación y un sistema de ampliación y acceso de cobertura universal y con equidad que permite asemejar el sistema chileno a los esquemas de países con sistemas de salud más desarrollados. La combinación de un modelo y sus funciones se trata de una dimensión fundamental en las reformas a la salud. En referencia a ello, expuso algunos ejemplos de otras regiones sobre cómo los distintos modelos o estructuras de salud en el mundo pueden verse como un espectro continuo. Para ello, mencionó el sistema de seguros privados de Estados Unidos en comparación con el servicio nacional de salud de Reino Unido y los países nórdicos, que cuentan con una dirección definida hacia donde avanzar.

Afirmó que el sistema de salud en Chile se consolida como un sistema dual, altamente segmentado, fragmentado y con un subfinanciamiento público crónico. Como consecuencia de la segmentación, la población se ve estratificada según su capacidad de pago, reproduciendo las desigualdades ya existentes. La fragmentación de los servicios, por su lado, genera altas ineficiencias en el acceso y la distribución de los recursos. Los problemas de financiamiento del sistema chileno se expresan en un gasto de salud público que no supera el 4,5% del PIB, dificultando el desarrollo de la oferta pública, junto con un alto gasto de bolsillo. En este esquema indicó que se genera un amplio espacio para el mercado y el desarrollo no coherente con lógicas sanitarias. Chile tiene altas ineficiencias en la articulación público-privada que podrían solucionarse mediante una reestructuración y reorganización estructural. La expulsión al sistema público de la población de riesgo junto con el subsidio implícito al sector privado y la captación de la contribución social son parte de estas ineficiencias. En este ámbito, comentó que Chile debe avanzar en dos variables de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: la cobertura/acceso y la protección financiera. Mientras que se avanza tíbiamente en términos de cobertura y acceso real, Chile retrocede en cuanto a protección financiera en contraste con otros países de la región que, con niveles de desarrollo menos favorables, adoptan políticas a favor de esta dirección, como el Estado Plurinacional de Bolivia, con el modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural y su aumento del gasto público, o el Perú, con el Seguro Integral de Salud y el aseguramiento universal y un concordante aumento del gasto público.

Planteó que el nuevo sistema de salud tendrá en su estructura una complementariedad entre solidaridad y mayor eficiencia, operando a nivel de producción y coordinación de los servicios organizados en redes integradas de servicios de salud. En dicha organización se considerará la atención primaria como estrategia de desarrollo, así como la atención de hospitales y el acceso a medicamentos. Al mismo tiempo, afirmó que es fundamental que la reforma tenga en el centro un Fondo Universal de Salud (FUS) que financie el Sistema Universal de Salud. El FUS reunirá todos los recursos, incluidos los fondos contributivos obligatorios de seguridad social que hoy se acumulan en las ISAPRE, aumentando directamente el gasto público con este y nuevos aportes fiscales. El esquema del FUS, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tendrá funciones en la recaudación de

ingresos, una mancomunación que distribuya riesgos solidariamente, la compra y asignación de recursos, y el apoyo en la planificación y ejecución presupuestaria. Con un pool más diverso y una organización de los recursos basada en la distribución solidaria de los riesgos, el sistema tendría una oportunidad clave para crecer en eficiencia y desarrollo. Como resultado, aumentaría la protección financiera y la equidad en el financiamiento.

Para realizar todo esto, C. Cid indicó que es fundamental apoyarse en la experiencia de otros países, considerar las fortalezas técnicas y políticas disponibles, involucrar a los actores relevantes y avanzar de manera responsable hacia sistemas integrados, con lógicas territoriales, solidarias y sostenibles. En este sentido, planteó que son cruciales los consensos sociales y políticos que sustenten los cambios que se requieren y donde, a pesar de no estar de acuerdo en todo, es posible que todos sigan el mismo camino.

D. La urgencia de transformar las estructuras de los sistemas de salud mediante el acuerdo transversal de la ciudadanía para garantizar el derecho fundamental a la salud

Jaime Peña, Gabinete del Ministerio de Salud de Chile¹²

El Dr. Jaime Peña centró su reflexión en los aprendizajes que pueden ser extraídos de la experiencia internacional para avanzar hacia una mejor organización de una institucionalidad sanitaria que permita establecer el cuidado de la salud como un derecho fundamental garantizado por el Estado, algo en particular relevante frente a las grandes inequidades en salud existentes en Chile. Al mismo tiempo, destacó que el análisis de la experiencia comparada debería centrarse en encontrar medidas que permitan optimizar el funcionamiento del sistema de salud para que pueda responder de forma adecuada a los desafíos sanitarios, en particular, la gran prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus consecuencias, dotándolo de mayor calidad y oportunidad en los cuidados, junto con mayor eficiencia y equidad en su funcionamiento. Esto, considerando la experiencia de los sistemas de salud analizados durante la pandemia del COVID-19, de modo de rescatar aprendizajes que permitan avanzar hacia un sistema de salud resiliente en Chile, capaz de responder de forma oportuna y equitativa a eventuales nuevas crisis sanitarias, manteniendo la continuidad de los cuidados de salud de la población.

En este sentido, recaló que los aprendizajes internacionales evidenciados en ambos seminarios deben adaptarse a la realidad chilena para pensar en su posible implementación (“no es calco ni copia, sino creación histórica”) en especial, a la historia de desarrollo de la institucionalidad sanitaria y la cultura que la ha determinado. En este punto planteó la necesidad de recuperar el proceso de construcción de un sistema de salud universal que se vio interrumpido durante la dictadura militar y que desde el retorno a la democracia ha ido emergiendo nuevamente. En este punto recaló la trayectoria histórica de construcción del sistema sanitario del país como una política de Estado determinada mediante aportes de todos los sectores políticos y sociales y cuya cima fue la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, política aprobada de forma unánime en el Congreso Nacional por todos los sectores políticos del país.

Respecto a los aprendizajes del enfrentamiento del COVID-19 en Chile que deberían institucionalizarse para dotar de resiliencia al sistema de salud chileno, destacó en primer lugar la necesidad de la universalización de los cuidados de salud, con acceso a prestaciones que no dependan

¹² Esta síntesis corresponde a las palabras de cierre realizadas por Jaime Peña en el seminario regional “Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina”, el día 3 de junio de 2022 y en el seminario internacional “Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles” el 10 de agosto de 2022.

de la capacidad de pago. En segundo lugar, mencionó la orientación de la acción sanitaria mediante una rectoría y financiamiento únicos desde el Estado para dar mayor eficiencia y equidad al sistema. Por último, aludió a la necesaria integración de los prestadores públicos y privados para poner toda la capacidad instalada a disposición del cuidado de la población.

Para graficar lo anterior mencionó tres políticas implementadas durante la pandemia que mostraron las fortalezas de estos tres principios frente a una emergencia sanitaria. En primer lugar, la gestión unificada de camas críticas entre la red pública y privada, conducida por el FONASA, dando acceso a toda la población según su necesidad. En segundo lugar, el proceso masivo de vacunación basado en la atención primaria de la salud con lógica territorial y universal. En tercer lugar, la política de testeo, trazabilidad y seguimiento que tuvo una cobertura independiente del tipo de aseguramiento u otra condición. Afirmó que estas políticas dieron cuenta del camino que debería seguir el país en materia sanitaria, y que lo discutido en ambos seminarios evidenció que es posible plantear transformaciones del sistema de salud chileno que vayan en este sentido. Junto con ello expresó que en los seminarios fue evidente que ese es el camino que han seguido países con sistemas de salud más desarrollados y con mejores resultados sanitarios.

Con esto como base, enfatizó en que los desafíos que enfrenta Chile y la región dan cuenta de la urgencia de transformar las estructuras de los sistemas de salud. A continuación, describió la evidente segmentación en el financiamiento, que selecciona según riesgo y capacidad de pago y que, al conjugarse con el desfinanciamiento crónico del sector público y la fragmentación en la prestación de servicios, generan problemas de calidad, acceso, equidad y eficiencia estructurando un sistema dual en el cual se accede al cuidado de la salud según capacidad de pago. Con este diagnóstico, y tomando la experiencia internacional, dio cuenta que la reforma de salud en Chile debe ser integral, transformando la organización de todas las funciones del sistema. A nivel del financiamiento destacó la creación de un Fondo Universal de Salud que mancomune los riesgos y elimine la segmentación en el financiamiento, otorgando cobertura universal de salud. De igual forma, destacó que, considerando la trayectoria de la institucionalidad chilena, esta política debe respetar las coberturas existentes, la libertad de elección y la prestación privada, estableciendo una relación virtuosa desde el FUS con prestadores privados y generando un mercado de seguros privados complementarios que permita potenciarlos como herramienta sanitaria. De igual forma, destacó las medidas que buscarán enfrentar la fragmentación en la prestación de servicios mediante la consolidación del Servicio Nacional de Salud (SNS) que integre prestadores públicos, privados y mutuales en redes integradas de servicios de salud (RISS), con lógica territorial y basado en la APS. En este sentido, sugirió que el paso fundamental para la universalización de los cuidados de salud está en la universalización de la APS, la que se constituirá como la principal estrategia de cuidado poblacional, siendo el primer punto de contacto y articuladora de la red asistencial.

Entre los elementos surgidos en ambos seminarios rescató la factibilidad de transitar hacia un Fondo Universal de Salud que otorgue equidad, eficiencia y sostenibilidad al sistema y dé mayor cobertura y protección financiera a la población; la posibilidad reintegrar servicios de salud con lógica territorial y de reorientarlos decididamente hacia la APS; dar mayor eficiencia y productividad a la red pública de salud y al sistema en su conjunto; avanzar hacia la integración público-privada con lógica pública a nivel de la prestación, y centrar los sistemas de salud en la experiencia de las personas.

El mayor desafío, recalcó J. Peña, sería generar un consenso político y social en donde la reforma se considere una política de Estado y no sólo como una medida de un programa de gobierno, poniendo las necesidades de las personas al centro. De esta forma se podrá avanzar hacia un sistema universal, resiliente, creativo, eficiente, moderno, integral y que no deje a nadie atrás. En todos estos cambios es fundamental tanto la participación de la ciudadanía en un diálogo amplio como la cooperación e integración regional e internacional con una mirada de fortalecimiento de estructuras de autosuficiencia sanitaria con sustentabilidad en el tiempo.

III. Presentaciones OMS y OPS

A. El momento de acción para transformar los sistemas de salud: acciones estratégicas prioritarias

Dra. Carissa F. Etienne, Directora de la OPS/OMS¹³

En su intervención en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles", la Dra. Carissa Etienne recalcó la importancia de sostener un diálogo sobre cómo los países de la región deben avanzar hacia sistemas de salud universales.

Señaló que en los últimos dos años y medio, la región muestra un panorama que revela que la región de las Américas reportó el más alto número de enfermedad y muerte por COVID-19, con evidencia de sistemas fragmentados, segmentados y subfinanciados. En esta coyuntura crítica afirmó que hoy es el momento para la acción, destacando 3 acciones estratégicas prioritarias para todos los países.

En primer lugar, señaló que el momento para las transformaciones sustantivas a los sistemas de salud debe ser ahora, que estas deben ser guiadas por un análisis profundo del desempeño de los sistemas de salud durante la pandemia y deben fundarse en los principios fundamentales que contemplan el derecho universal a la salud para todas y todos. Para ello, es fundamental superar las estructuras y barreras institucionales que obstruyen ese desarrollo. Enfatizó que el acceso y cobertura universal de la salud son un derecho y que es fundamental proteger a las economías y sociedades de los países mediante su resguardo, así como prepararse en temas de equidad para enfrentar futuras pandemias.

¹³ Esta síntesis corresponde a la intervención que realizó la Dra. Etienne en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el día 10 de agosto de 2022.

En segundo lugar, planteó que la atención primaria en salud es la base de la transformación de los sistemas sanitarios y debe ser priorizada para avanzar hacia la universalización de la salud, reconociéndola como uno de los principales pilares del proceso de reforma en Chile. Destacó que la transformación basada en la estrategia de salud primaria fortalece los fundamentos de la salud pública, mejora la salud y la equidad y constituye la principal y mejor inversión que un gobierno puede hacer para un sistema de salud, respaldando el desarrollo de una atención integral y el derecho a la salud hasta el nivel terciario. Sin embargo, señaló que muchos gobiernos continúan probando diferentes enfoques que ignoran este principio, por lo que enfatizó que los países de la región deben tener a la estrategia de atención primaria en salud como la piedra angular de sus reformas.

En tercer lugar, se refirió a la importancia del liderazgo en el marco de las reformas a la salud, pues resulta central para presentar una visión clara sobre la salud universal, consolidar la evidencia, comunicar, consultar ampliamente, construir consensos y guiar la gestión del cambio. Los países requieren de liderazgos eficaces para consolidar la función pública sanitaria y para aumentar y aunar financiamiento del gasto público, asegurando la protección social y financiera de toda la población. Reconoció el avance del Ministerio de Salud de Chile hacia la universalización de la salud al eliminar el copago en los servicios en el sector público, siendo esta una materia importante que asegura cobertura y acceso universal a la salud. Señaló que la OPS/OMS da su respaldo y apoyo a Chile y ofrece todo su compromiso para apoyar la agenda de transformación. y contribuye con este espacio de diálogo entre las experiencias en la región y en el mundo.

Para finalizar sus palabras inaugurales la Dra. C. Etienne reflexionó en torno a cómo las transformaciones que deben seguir los países de la región contemplan un camino difícil y largo, pero que vale la pena recorrer, especialmente en consideración a la población en mayor situación de vulnerabilidad. Señaló que el derecho a la salud debe ser universal, pues no se puede construir ninguna economía ni tener un desarrollo sostenible si la salud no es un derecho efectivo para todas y todos. Para avanzar en esta dirección, el momento es hoy y los sistemas de salud deben fortalecerse desde el enfoque de la atención primaria, con los recursos adecuados y la eliminación de los pagos de bolsillo.

B. Los desafíos de la sostenibilidad financiera de sistemas nacionales de salud y fondos únicos de salud: la experiencia de Europa

*Joseph Kutzin, Jefe de Unidad, Financiamiento de la Salud,
Departamento de Gobernanza y Financiamiento de los Sistemas de Salud, OMS²⁴*

Joseph Kutzin entregó una visión general de la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud europeos, además de un desglose de las funciones del ingreso y el gasto, así como el rol de las políticas orientadas a un desarrollo sostenible. Además, reflexionó en torno a cómo las reformas son un proceso de aprendizaje y de oportunidad continuos. Entre otros puntos clave, planteó la necesidad de reducir la relación directa entre beneficios y la capacidad contributiva para cimentar un sistema universal, tener un sistema de beneficios en un marco unificado y claro para la población, presupuestos flexibles y copagos con algún mecanismo de protección financiera.

Dio inicio a su intervención indicando que la sostenibilidad financiera carece de significado real si no es con referencia a los objetivos de políticas públicas, postulando un marco de avance sostenible dirigido hacia la cobertura de salud universal y los servicios de salud de alta calidad, con protección

²⁴ Esta síntesis corresponde a las presentaciones e intervenciones que realizó Joseph Kutzin en el seminario regional "Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina", el día 3 de junio de 2022 y en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el 10 de agosto de 2022.

financiera y equidad. Argumentó que la evidencia señala que un mayor gasto público en salud se relaciona con menores niveles de gasto privado de bolsillo, lo que es relevante si se busca reducir dificultades financieras enfrentadas por la población. De este modo, más que un objetivo en sí mismo, el balance fiscal aparece como una restricción activa frente a los objetivos de políticas públicas en donde se puede aumentar el gasto toda vez que sea factible y, en todo momento, gastar de manera eficiente.

Con relación a los ingresos percibidos por los sistemas de salud, evaluó los esquemas de Sistemas Nacionales de Salud así como a los esquemas de Seguros Sociales de Salud. Planteó que los países europeos tienden a los Seguros Sociales de Salud con una diversificación de ingresos compuesta por contribuciones basadas en salarios, transferencias desde el gobierno al seguro social y presupuesto gubernamental, lo que ofrece protección ante las debilidades de las contribuciones ligadas a salarios, otorgando mayor resiliencia. Distintos países proveyeron de resiliencia a sus sistemas mediante el aporte del presupuesto general o mediante políticas de fortalecimiento del mercado laboral. En su opinión, un reto crítico para los países radica en la capacidad para sostener un gasto contracíclico por períodos extendidos de tiempo. En otras crisis se ha observado una recuperación del gasto público más lenta que el gasto de bolsillo, generando espacios de desprotección financiera y alejándose de los objetivos de cobertura universal.

Respecto al gasto de los sistemas de salud, hizo referencia a la gestión del crecimiento del gasto en torno a las adquisiciones estratégicas, siendo fundamental evitar obligaciones financieras sin tope en el reembolso y realizar un análisis del impacto presupuestario y la eficacia para cualquier expansión de prestaciones. Reconoció los beneficios de los sistemas de pagador único por sobre sistemas de pagadores múltiples, debido a su potencial para una mayor eficiencia al acotar el espacio y, a la vez, permitir compras más efectivas mediante bases nacionales unificadas. Estos sistemas, argumentó, se benefician también de una mayor equidad al tener menor espacio para prácticas de selección y discriminación a través de la unificación de beneficios y distribución de costos. Mediante algunos ejemplos de países enfatizó en que es posible que existan múltiples aseguradoras de salud, con múltiples fondos, en sistemas de pagador único o unificado. Si bien los casos varían en su funcionamiento, coinciden en tener beneficios y procesos administrativos comunes, evitando costos adicionales para los proveedores. Mientras que la selección por riesgo resulta en un uso socialmente improductivo de los recursos, resulta más eficiente el ajuste por riesgo, como ocurre en Suiza, Alemania, los Países Bajos y la República Checa, el que debe ser lo suficientemente efectivo para reducir o eliminar los incentivos de un comportamiento de unificación estratégica por parte de las aseguradoras.

Luego, abordó las políticas clave para mantener un avance sostenido en el ámbito de la salud. En este sentido, planteó que tener ambas funciones, tanto los sistemas de compra unificados como beneficios uniformes, en un esquema de pago único con un fondo o múltiples (con ajuste por riesgo), depende del contexto político de los países. Sin embargo, detalló que el potencial de estas prácticas no es suficiente y mencionó que existen países con similares niveles de gasto de bolsillo en salud, pero con diferentes resultados en términos de protección financiera, develando diferentes políticas para hacer frente a los gastos catastróficos, como lo son copagos fijos, topes anuales, exenciones para personas más pobres, y otras con protección más débil, como el copago proporcional.

Indicó que todos los países tienen espacio para progresar, siendo este un proceso continuo. Para ello, las metas deben estar bien definidas en términos de progreso en equidad, atención de calidad y reducción de la debilidad financiera. Luego, planteó que, para un desarrollo sostenido, deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

Primero, un sistema de salud sostenible debe apoyarse en los recursos de la recaudación contributiva obligatoria, pese a que ello condicione el presupuesto a las dinámicas del mercado laboral, complementado con aportes fiscales. Sin embargo, para respetar el principio de la universalidad, se

debe romper con la idea de que el derecho de las personas viene de una contribución. Hoy la evidencia señala que la interdependencia entre acceso y formalidad laboral impacta negativamente en la continuidad de tratamientos y, por ende, en los resultados en salud.

En segundo lugar, respecto a la segmentación de los servicios, se debe considerar que el sistema privado tiene impacto en el sistema completo, ya sea por una subida general en el nivel de precios o por la fuga de capacidades en el personal médico, desafiando la cobertura universal. Al mismo tiempo, toda vez que no sea políticamente factible mancomunar los recursos en un único fondo, se deben tomar medidas de mitigación, como la igualación de riesgos o la unificación de beneficios.

Como tercer punto, recalcó que el sistema de pagos de una atención primaria con enfoque poblacional debe mantener ciertos principios, siendo importante resguardar la equidad y universalidad al mismo tiempo que existe una agenda de focalización. De la universalización se desprenden múltiples beneficios, como la existencia de una base unificada de datos, lo que en Costa Rica significó un apoyo sustancial para el manejo de la pandemia.

Luego, señaló que una cuarta política crítica alude al diseño de beneficios y racionalización definiendo un marco unificado nacional para ello. Como quinto punto planteó que los sistemas de salud deben hacerse cargo de la fragmentación, pues reducirla es importante en términos de equidad, pero también de eficiencia; mientras haya más partes involucradas, más son las funciones que se duplican, por lo que el sistema se vuelve menos eficiente.

Como sexto componente resaltó el tema de la adquisición estratégica, alineando la forma en que se le paga a proveedores con las necesidades de la población que atienden y su rendimiento. En séptimo lugar señaló que el aumento del gasto público en salud debe ir acompañado de un monitoreo que asegure que se trata de un gasto eficiente y equitativo, en donde el presupuesto tenga la suficiente flexibilidad.

Por último, J. Kutzin enfatizó que es crucial diseñar un sistema de evaluación y aprendizaje continuo de la reforma desde sus inicios y reflexionó sobre los desafíos de política económica que acompañan a los grandes cambios hacia sistemas de salud universales, argumentando que es esencial que la parte técnica esté siempre preparada para cuando se abra una ventana de oportunidad como la actual.

C. Las necesarias reformas a los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: diversas dimensiones

*James Fitzgerald,
Director de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS¹⁵*

En su intervención, James Fitzgerald destacó cuatro puntos de consideración para las reformas que deben llevar a cabo los países en la región, señalando particularmente el caso chileno.

Primero, reflexionó sobre la oportunidad histórica que se le presenta a los países para asegurar transformaciones sustantivas de sus sistemas de salud. En las últimas dos décadas se ha visto cómo varios países han llevado a cabo transformaciones incrementales y marginales sobre aspectos asociados a las funciones de los sistemas de salud. Hoy, al tercer año de la pandemia, muchos países están en proceso de reformas y revisiones estructurales de sus sistemas de salud. Lo anterior ocurre no solo para responder ante las deficiencias estructurales ya identificadas previamente, sino también ante las falencias evidentes en las respuestas frente a la pandemia.

¹⁵ Esta síntesis corresponde a la intervención que realizó James Fitzgerald en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el día 10 de agosto de 2022.

Señaló que esta es una ventana de oportunidad corta que se debe aprovechar para avanzar en dirección a la universalización de la salud basándose en los principios establecidos por la OPS/OMS: el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad.

Vinculado con lo anterior, planteó que es necesario reconocer que los procesos de transformación son complejos, difíciles, toman mucho tiempo y necesitan de una reflexión profunda. Tareas así de largas y con ventanas de oportunidad cortas requieren de un trabajo intensivo que considere en todo momento la articulación con otros sectores. Asimismo, enfatizó que los procesos de reforma deben contemplar una adecuada participación ciudadana, que sea efectiva y estructurada y que esté en coordinación con la labor de los ministerios.

El segundo punto planteado se relaciona con el reconocimiento de los distintos contextos de los sistemas de salud en la región. Los países tienen varios modelos, mecanismos, políticas y aspectos culturales que constituyen sus sistemas de salud. Un elemento muy importante y transversal es el concepto de universalización, fundamental para cualquier reforma y crucial en la atención primaria de salud. Enfatizó que el principio de la universalización es la base para un sistema de salud solidario y equitativo que dé respuesta a las necesidades de las distintas poblaciones.

El tercer punto mencionado fue el rol esencial de la integración. En este sentido, expuso que la integración es central tanto dentro del financiamiento, como se aprecia en el esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud de Chile y FONASA para mejorar la eficiencia y calidad e incrementar el financiamiento público, como entre las distintas políticas que se llevan a cabo y su relación con el financiamiento, por ejemplo, considerando este como un motor y mecanismo para llevar a cabo una visión de la atención primaria en salud que avance hacia la universalidad. De igual forma, argumentó que es central la integración en el área de servicios y en los procesos de rectoría en conversación con la participación social. En este sentido, aclaró la diferencia entre el primer nivel de atención y el enfoque de atención primaria (APS): el primer nivel de atención resolutivo, amplio y expandido es una forma de mejorar la salud de la población, en tanto que el enfoque estratégico de la APS considera estos atributos en conjunto con la integración y el desarrollo de redes integradas, además de una política de promoción y prevención en salud que considere a toda la población. Planteó que eso es lo que necesitan los países y es justamente en lo que se está avanzado en Chile.

Finalmente, como cuarto punto, J. Fitzgerald se refirió al financiamiento de los sistemas de salud. En tanto reconoció los avances respecto a cobertura y en múltiples indicadores de salud, planteó que persisten grandes barreras estructurales, principalmente en lo financiero y en lo geográfico. En este ámbito, destacó la política llevada por el Ministerio de Salud de Chile y FONASA en torno a la eliminación del copago como un ejemplo de superación de una importante barrera de acceso en el sistema de salud chileno. Señaló la importancia de que todos los países avancen en el proceso de la eliminación progresiva del copago en la prestación de servicios, al tratarse de un mecanismo regresivo para financiar los sistemas de salud, resultando en gastos catastróficos y empobrecedores. Para terminar, indicó que se trata de un elemento que debe ser acompañado por una serie de otras políticas, como la ampliación de los servicios de salud basados en la APS y el incremento del financiamiento público al 6% del PIB, con un gasto eficiente.

IV. Experiencias regionales

A. La consolidación de la Caja Costarricense de Seguro Social como fondo único para un sistema de salud universal e integrado

*Román Macaya,
ex Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social¹⁶*

En su presentación, Román Macaya abordó la alta aprobación ciudadana y resiliencia que ha presentado la CCSS ante la crisis de la pandemia. Argumentó que dicha resiliencia se basa en su autonomía y en la progresividad de distintas reformas articuladas que no ignoran la transversalidad de la salud ni su conexión con otras esferas de desarrollo social. En este sentido, planteó que los siete principios filosóficos de la CCSS, a saber: universalidad, solidaridad, unidad en la provisión, igualdad, equidad, obligatoriedad y subsidiaridad, otorgan sostenibilidad a la seguridad social del país.

Que la totalidad de los recursos y la gestión del personal estén bajo una única administración ha sido una gran herramienta para la CCSS a lo largo de su historia y, en particular, frente a la crisis sanitaria. Asimismo, un gran beneficio del sistema para enfrentar dicha crisis fue haber tenido consolidado el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), muy relevante para la búsqueda y asignación de camas y recursos, así como para el proceso de vacunación contra el COVID-19. De este modo, señaló que la pandemia ha sido una oportunidad para conocer las fortalezas de la CCSS y prepararse para futuros desafíos, como el inminente envejecimiento de la población.

¹⁶ Esta síntesis corresponde a la presentación que realizó Román Macaya en el seminario regional "Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina", el día 3 de junio de 2022.

La consolidación de este sistema y su fortalecimiento tiene una larga data, marcada por procesos paulatinos que han sostenido los cimientos de las instituciones. En este ámbito, señaló que era fundamental considerar la reforma como un proceso permanente y de constante retroalimentación y perfeccionamiento.

En 1920 se instauraron instituciones fundamentales como la Secretaría de Salubridad Pública y el Instituto Nacional de Seguros, así como la Ley sobre Protección de la Salud Pública. Veinte años después se creó la CCSS con la colaboración y aportes de países de la región, entre los que destacó a Chile. La CCSS nació de un acuerdo tripartito entre el gobierno del momento, los partidos de oposición y la iglesia católica, lo que la dotó de un apoyo político fundamental al tiempo que se establecieron garantías sociales en otros ámbitos, como la educación y el trabajo. Posteriormente, relató que la cobertura en salud en cuanto a tratamientos y población se amplió gradualmente, consolidándose programas de articulación entre distintos sectores. A su vez, se crearon censos y se avanzó en mecanismos de salubridad pública. En los años 70, se transfirieron hospitales a la gestión del seguro social y se estipuló la universalidad en cobertura y contribuciones. El Sistema Nacional de Salud se consolidó en los años 80 y, una década después, la atención primaria de salud se traspasó hacia la CCSS, creándose los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y llevándose a cabo un proceso de desconcentración hospitalaria. En el año 2000 se constituyó la obligatoriedad de cotización del trabajador independiente, mientras que una década después se creó el EDUS y se fortaleció el primer nivel de atención, revirtiéndose la desconcentración hospitalaria.

Posteriormente, se refirió a la sostenibilidad financiera de la CCSS, constitucionalmente autónoma en su rol de administradora y gobernadora de los seguros sociales, por lo que no depende del presupuesto nacional sino de cuotas obrero-patronales. La participación del Estado está definida por la junta autónoma de la CCSS y no el Congreso, otorgándoles estabilidad financiera al sistema.

R. Macaya señaló que, en la actualidad, el sistema considera diversas formas de aseguramiento, asalariado e independiente por rubros, entre otros. No obstante, aclaró, independiente de cómo se ingresa al sistema, todas las personas acceden a una misma canasta con acceso a los mismos medicamentos, médicos y hospitales.

B. La atención primaria de la salud en el Brasil: desafíos del Sistema único de Salud

*José Temporão, Exministro de Salud del Brasil (2007-2011),
docente e investigador de la Fundación Oswaldo Cruz
y miembro titular de la Academia Nacional de Medicina¹⁷*

José Temporão reflexionó en su intervención sobre la relevancia de la Atención Primaria de Salud (APS) en su país, donde las familias están al centro de toda la política sanitaria con un enfoque intersectorial. Destacó que los equipos médicos de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) se caracterizan por su multidisciplinariedad y foco en el territorio. La reforma en el Brasil, que tuvo su origen en los movimientos sociales, tuvo impactos positivos en indicadores de salud y sigue siendo relevante para abordar los continuos desafíos que presenta el sistema, así como para sobrellevar los contratiempos que la coyuntura política implica.

¹⁷ Esta síntesis corresponde a la presentación que realizó José Temporão en el seminario regional "Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina", el día 3 de junio de 2022.

En referencia a la conformación del sistema de salud actual brasileño relató cómo, en los años 70 y 80, en el contexto de la lucha contra la dictadura y la recuperación de la democracia, surgió el Movimiento Brasileño de la Reforma de la Salud que involucró a la academia, iglesias, sindicatos, movimientos sociales, partidos políticos y profesionales de la salud. Entonces, con la intención de ampliar la cobertura en la periferia urbana bajo los esquemas de un sistema de salud integrado, universal y articulado, algunos municipios organizaron sus sistemas locales de salud. Planteó que existen dos períodos claves para el movimiento. En primer lugar, un período inicial de formulación e implementación con características de focalización, seguido, por la ESF como propuesta organizativa de la atención primaria, clave para la reorientación del sistema y el posicionamiento de la familia al centro de las políticas sociales.

En 1990, en el marco de una nueva Constitución, se aprobó la ley del Sistema Único de Salud (SUS) y se reorientó la atención primaria de salud como un vector de transformación sectorial con lógica reformista. Se consideraron cuatro bloques de estrategia: i) acceso de primer contacto, central para dar regularidad en el acceso y seguimiento; ii) longitudinalidad, que presupone un lazo estable y la sostenibilidad en el tiempo; iii) integralidad, donde se incorporan todos los aspectos de los servicios de salud, incluidas las dimensiones orgánicas, psicológicas y sociales, y iv) coordinación, bajo la cual se debe garantizar la continuidad de la atención en la red de servicios.

Señaló que la ESF se traduce en equipos de atención compuestos por profesionales multidisciplinarios que asumen responsabilidad sobre los territorios y se adecúan a las necesidades y demandas de servicios de salud por parte de la población. Entre 1999 y 2014 se crearon programas integrales intersectoriales y entre 2008 y 2018 se crearon programas de ampliación de la cobertura. No obstante, en 2018 estos esfuerzos se vieron interrumpidos por el gobierno de turno.

Planteó que el modelo de financiamiento se configuró a través de las transferencias directas, desde los recursos federales a los municipios y el aporte directo de recursos municipales. Se estableció el Piso de Atención Básica con dos componentes, uno fijo en base a la población censal estimada y uno variable condicionado a la implementación con un componente estratégico basado en la inversión y logro de objetivos.

Comentó que existen estudios nacionales que han mostrado el impacto positivo que ha tenido la ESF en la población en relación con distintos indicadores de salud, cobertura y equidad.

Para finalizar, J. Temporão indicó seis desafíos actuales. En primer lugar, las condiciones políticas coyunturales se han traducido en la reducción del financiamiento y abandono de políticas y programas centrales. En segundo lugar, se ha desarrollado un monopolio médico que debe ser abordado adecuadamente. En tercer lugar, en la formación de los profesionales de la salud se observa un distanciamiento de la realidad sanitaria que vive el país. En cuarto lugar, planteó que la población objetivo de la atención primaria de la salud (APS) está viviendo una situación de vulnerabilidad sanitaria y social de la cual el sistema de salud integral debe hacerse cargo. En quinto lugar, y en vista del deterioro de la salud mental y su creciente relevancia, argumentó que es necesario replantear la organización del equipo de APS de modo de integrar a profesionales de esta área. Por último, señaló que persiste una brecha en cuanto a cobertura que debe ser considerada; el ESF no es la principal puerta de entrada al sistema toda vez que un 25% de la población está cubierto bajo un esquema de aseguramiento privado.

C. Hacia la universalización de los servicios de salud en México: la planificación y creación del Instituto de Salud para el Bienestar

Carolina Tetelboin, Académica del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco¹⁸

Carolina Tetelboin expuso sobre la necesidad actual de reformar el sistema de salud mexicano dando continuidad a un proceso iniciado recientemente que pretende restaurar lo público en el contexto de un sistema marcado por políticas de mercado. En este sentido, utilizando el ejemplo del caso mexicano, planteó que es clave la articulación entre la seguridad social y el sector público.

En un contexto de altas desigualdades estructurales en el ámbito sanitario, social y económico, alta morbilidad, sistemas sanitarios desfinanciados, descentralizados, fragmentados y segmentados, señaló que en 2018 se inició un proceso de transformación y reformas al sistema de salud que fue interrumpido por la pandemia y ha sido retomado en mayo de 2022. Este proceso se dio en el marco de una gran desarticulación entre el Seguro Popular, encargado de cubrir a los no contribuyentes, y el Sistema Nacional de Protección Social en Salud. Además, el Seguro Popular se encontraba fuertemente limitado en cuanto a cobertura real, presentando barreras de acceso en vista de un plan de salud insuficiente (Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES), que alcanzaba solamente el 20% de las enfermedades que cubre la seguridad social.

En su opinión, el principal motivo de las nuevas reformas intersectoriales fue restaurar y fortalecer el sector público tras años de políticas enfocadas en el mercado. Los pilares de esta reforma fueron la recuperación del Estado, el fin de los privilegios y la corrupción, la centralización de los servicios públicos, la separación de lo público y lo privado con fortalecimiento de lo público, el robustecimiento de la relación Estado-sociedad, la recuperación de impuestos de las empresas y fin a las deducciones en vez de una reforma fiscal, una política social de bienestar con apoyos directos y sin intermediarios y la desconcentración de las secretarías.

En este ámbito se consolidó progresivamente el Plan Sectorial de Salud que apunta a garantizar el derecho a la salud. Entre sus componentes principales figuran la federalización e integración de funciones a nivel central y el control de recursos, la atención médica y medicamentos gratuitos y una atención primaria en salud integrada e integral. Planteó que existen cambios que ya se han llevado a cabo progresivamente en México, como la recuperación de la rectoría por parte del Estado, la modificación de la Ley General de Salud eliminando el Seguro Popular y el Plan CAUSES y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que fortalecen la seguridad social mediante la cobertura de la población no asegurada. Asimismo, señaló que en el ámbito privado se eliminó el seguro de gastos médicos mayores a servidores públicos y se estableció la compra directa sin intermediación.

En términos de financiamiento, C. Tetelboin planteó que el Plan Sectorial de Salud tiene un presupuesto estipulado hasta el año 2024, cuando termine el gobierno actual. Entre los planes futuros se encuentra traspasar el resto de los servicios de salud estatales al programa Bienestar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Bienestar), consolidar la compra de medicamentos y materiales a través de los recursos del Fondo de Salud para el Bienestar y fortalecer la relación con universidades y espacios de formación de la mano del aumento en el reclutamiento y contratación de profesionales de la salud.

¹⁸ Esta síntesis corresponde a la presentación que realizó Carolina Tetelboin en el seminario regional "Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina", el día 3 de junio de 2022.

D. El cambio del modelo de financiamiento del sistema de salud del Uruguay: la creación del Seguro Nacional de salud

*Daniel Olesker, Exministro de Salud (2010-2011),
exministro de Desarrollo Social (2011-2015) y Senador de la República de Uruguay*¹⁹

En su intervención, Daniel Olesker señaló que la reforma al sistema de salud en el Uruguay se realizó de manera transitoria e integrando áreas por prioridad social y económica. Describió al sistema uruguayo actual como un sistema redistributivo que se financia de manera mancomunada en base a ingresos de las personas y paga a proveedores un per cápita en base a riesgo independiente del sector. Planteó que la institucionalidad y gobernanza del sistema son clave, así como el aumento en gasto en salud del sistema público frente al privado.

Destacó que la reforma en el Uruguay partió desde un sistema de salud que venía colapsando y con un sector público desfinanciado en que el sistema mutual era un tipo de sistema privado sin fines de lucro y se encontraba sin fondos. El sistema de seguridad social cubría solamente al 17% de la población, mientras que el resto pagaba o se atendía en un sistema público prácticamente en crisis. En ese marco se tomaron cinco decisiones que marcaron el desarrollo de la reforma de salud de su país.

La primera decisión tomada fue crear un Fondo Nacional de Salud (FONASA) que mancomunara todo el financiamiento y estuviese encargado de financiar un nuevo Sistema Nacional de Salud. El financiamiento estaba basado en los aportes contributivos de la seguridad social, señalando que se trataba de un camino viable para una sociedad con un sector de seguridad social formalizado desde los años 40.

La segunda decisión fue que todos los ciudadanos aportaran según su nivel de ingresos, diferenciando los hogares por la tenencia de hijos y manteniendo el aporte de los empleadores en el caso de los asalariados. En el caso de los jubilados también hubo un aporte por ingresos.

La tercera decisión fue respecto a cómo se recibe la atención, donde los prestadores de salud recibirían un ingreso per cápita ajustado por riesgo de las personas en base a sexo y edad, independiente del aporte de las personas y FONASA sería el encargado de mediar los ingresos del sistema con los servicios provistos para la población.

La siguiente decisión tuvo que ver con la vinculación de las personas con las instituciones mediante la elección libre pero regulada bajo un compromiso de permanencia de dos años, mecanismo mediante el cual se daría garantía de estabilidad en el proceso de atención a entidades que funcionan, a la vez, como aseguradores y prestadoras.

La quinta decisión se centró en la definición respecto a las obligaciones asistenciales. Previo a la reforma, en el Uruguay existía una cobertura relativamente integral de la salud, lo que permitió un punto de partida institucionalizado para dar forma al Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Tras la reforma, todas las prestaciones dentro del plan deben entregarse en ambos sectores, público y mutual. Se definió un PIAS explícito con obligaciones claras que fue creciendo en cobertura de la atención con los años.

Señaló que el proceso de la reforma de salud se hizo de manera transitoria, lo que permitió pasar desde un escenario en que el prestador público recibía un financiamiento significativamente menor que el que recibían las mutuales, a un nuevo panorama mediante el financiamiento en base a cápitas, con la nivelación de ambos sectores. La transición cimentó las bases de una reforma que fuese integrada y estable. Se optó por avanzar en tres grandes etapas: primero incluir a trabajadores y sus familias, luego

¹⁹ Esta síntesis corresponde a la presentación que realizó Daniel Olesker en el seminario regional "Experiencias comparadas de reforma de los sistemas de salud de América Latina", el día 3 de junio de 2022.

a quienes no tuvieran cobertura asalariada y, por último, ocho años después de iniciada la reforma, a los jubilados y pensionistas, grupos clave en un fenómeno de envejecimiento poblacional. Hoy el 85% de la población es parte del sistema.

En términos de institucionalidad y gobernanza, planteó que se construyó un mecanismo separado del Ministerio de Salud que regula el FONASA, llamada Junta Nacional de Salud e integrada por miembros del poder ejecutivo y representantes de la sociedad. La Junta administra el seguro, pagos, multa y fija las metas prestacionales, manteniendo los copagos en la menor medida posible.

El proceso de construcción del SNS ha tenido buenos resultados a lo largo del tiempo, argumentó D. Olesker, con una amplia cobertura y una exitosa incorporación a través de la seguridad social que genera positivos impactos redistributivos. El prestador público tiene casi el mismo financiamiento que las mutuales, nivelando lo público con lo privado, mientras que el gasto público aumentó considerablemente en montos y en representación.

V. Experiencias internacionales

A. La relevancia del consenso en política sanitaria para las reformas en salud: El Sistema Nacional de Salud español y la experiencia del Pacto Nacional de Salud en Catalunya

*Pere Ibern, Investigador Principal,
Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Pompeu Fabra²⁰*

Pere Ibern inició su intervención reflexionando sobre la relevancia de los consensos mediante el ejemplo de la Ley General de Sanidad de España en 1986 y el Pacto Nacional de Salud en Catalunya en 2014. Planteó que los consensos políticos y sociales en las políticas sanitarias son elementales para que las reformas sean exitosas. Dado que los juicios de valor tienen directa incidencia en los objetivos de las políticas y cómo llevarlos a cabo, se requiere contar con una mirada panorámica sobre los sistemas de salud y los valores que los sustentan para que se elabore una política sanitaria real y efectiva. Por ello, argumentó que es importante que las políticas sanitarias se basen en valores compartidos que provengan de consensos y sean explicitados desde el inicio.

En su presentación realizó un recorrido histórico de la ley de sanidad española, que contempló el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud en 1978. Ocho años después se aprobó la Ley General de Sanidad, estableciendo el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España con planteamientos sobre los principios de cobertura universal, equidad en acceso y en la financiación y un financiamiento principalmente basado en impuestos, principios que, en su ambición, trazaron el camino que seguiría la política. En el año 2002 se finalizó el proceso de transferencias de competencias sanitarias a cada una de las comunidades autónomas y se logró la descentralización efectiva. El proceso

²⁰ Esta síntesis corresponde a la presentación que realizó Pere Ibern en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el día 10 de agosto de 2022.

en torno al SNS fue extenso por dos motivos: la desaparición de la fragmentación en la financiación y en la provisión. Por un lado, al tiempo que se establecía la ley de descentralización, se acordó un traspaso de un sistema de seguridad social para los trabajadores hacia uno basado en la fiscalidad, lo que generó múltiples desequilibrios y conflictos. Por otra parte, la desaparición de la fragmentación de los proveedores en la administración pública limitó la descentralización efectiva. Destacó que las competencias cruciales quedaron a cargo de las comunidades autónomas, mientras que las competencias regulatorias, de menor extensión, como farmacia o formación sanitaria, quedaron como responsabilidad del gobierno central. Este relevante nivel de descentralización dio lugar a conflictos sobre cómo las competencias se llevan a cabo en un país que no es un estado federal.

Luego, explicó cómo operan los flujos financieros en el sistema sanitario español en el marco de un elevado gasto total y público. Señaló que el porcentaje de pagos directos supera la media de la Unión Europea. En los últimos años, pese a los resultados positivos en indicadores de salud y en capacidades de resolución, la situación de acceso universal para toda la población ha tenido problemas respecto a los tiempos de espera. Esta situación pone en entredicho el estado de los sistemas sanitarios y, junto con un aumento en la compra de seguros voluntarios privados, deja en evidencia el creciente y reciente descontento respecto al sistema público.

Por otra parte, reflexionó en torno al Pacto Nacional de Salud en Catalunya y las razones por las cuales no prosperó. Este pacto se basó en la gestación de múltiples acuerdos que podían tener lugar con distintos actores del sistema de salud en ocho áreas centrales del sistema de salud: financiación y cobertura, profesionales, prestaciones y catálogos de servicios, modelos de provisión de servicios, evaluación y transparencia, investigación e innovación, compromiso ciudadano y gobernanza. Los 83 acuerdos generados fueron enviados posteriormente al Congreso, etapa en que el proceso falló por falta de consenso político en un contexto de polarización excesiva.

También reflexionó en torno a la polarización instalada en la política y los elementos que hacen falta para cambiarla. Argumentó que si se quiere implementar una nueva reforma sanitaria hace falta aumentar las capacidades sobre cómo manejar la solidaridad política y cómo alcanzar consensos. Citó a Peter Coleman respecto a cómo afrontar las polarizaciones, elementos entre los cuales aludió a cruzar un umbral motivacional que otorgue una sensación de posibilidad de salida, volver a empezar aprovechando eventos desestabilizadores significativos para recalibrar el enfoque, ver antiguos problemas desde nuevas perspectivas, reforzar círculos virtuosos y romper patrones negativos, planificar de manera adaptativa ante las inevitables consecuencias no deseada, y conectar con otros en una causa común.

Finalmente, P. Ibern rescató dos puntos que fallaron en el proceso de acuerdos: el liderazgo por parte de los actores políticos y sociales y el esfuerzo comunicativo para crear nuevos marcos y acuerdos que permitieran compartir decisiones y orientación hacia un mismo objetivo.

B. Sistemas de salud universales, descentralizados y con financiamiento público: la experiencia de Medicare de Canadá

Gregory P. Marchildon, Profesor de Cátedra de Investigación de Ontario en Políticas de Salud y Diseño de Sistemas y Profesor en el Instituto de Salud, Políticas y Evaluación de la Universidad de Toronto²¹

Gregory Marchildon relató la evolución histórica de la cobertura universal de salud en Canadá, con un análisis de la descentralización política y fiscal, los distintos niveles del sistema, su desempeño y las

²¹ Esta síntesis corresponde la presentación que realizó Gregory Marchildon en el seminario internacional "Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles" el día 10 de agosto de 2022.

conclusiones de política que se destacan de la experiencia del Medicare, el sistema de cobertura universal en salud canadiense.

Para ello narró el largo proceso que ha significado la instauración del Medicare, el que comenzó con la implementación de la cobertura completa de los hospitales públicos en 1947 en la provincia de Saskatchewan llegando a la recentralización administrativa durante la primera década de este siglo. Los orígenes del Medicare se remontan a la crisis económica de 1930 en un contexto de falta de acceso a los servicios sanitarios, acompañado de la aparición de nuevas ideas políticas, la propuesta de la universalización de la cobertura de salud, un nuevo enfoque desde la sociabilización de la medicina, el fortalecimiento de ideas descentralizadoras y el reporte de Beveridge. Los cambios en Saskatchewan comenzaron con la universalidad de la cobertura hospitalaria, el registro obligatorio, un pagador único sin cobro a los usuarios y un nivel que concentrara en un plan a todos los hospitales. El objetivo era expandir la cobertura tan pronto como el espacio fiscal lo permitiera. Sin embargo, en 1950, otra provincia -Alberta- creó un plan diferente a Saskatchewan, con registro voluntario, subsidios públicos, múltiples pagadores y paquetes, pagos por parte de los usuarios y una cobertura del 75% de la población. En 1957, Canadá transitó hacia un sistema nacional basado en la universalidad, con múltiples disputas sobre el diseño en la ampliación del sistema de Saskatchewan y una implementación completa recién en 1972. En tanto, en 1984, la Ley de Salud de Canadá estipuló la eliminación del pago por parte de todos los usuarios.

Posteriormente, se refirió a la descentralización como eje estructurante del sistema de salud canadiense, basada en la necesidad de hacerse cargo de factores geográficos. Durante la pandemia, la federación descentralizada se puso a prueba, resaltando sus fortalezas y debilidades. El sistema pudo adaptarse e incorporar las medidas sanitarias en cada plan provincial, mientras que no se vio abrumado por la planificación general y permitió respuestas focalizadas dependientes de las condiciones locales. Además, los gobiernos locales sabían que estaban a cargo desde el comienzo, lo que permitió un mayor rol de liderazgo en la respuesta ante la pandemia. Sin embargo, hubo conflictos y contradicciones entre respuestas subnacionales, pues la agencia de salud pública se vio limitada, las zonas con menor capacidad hospitalaria se vieron confrontadas toda vez que fueron relativamente más afectadas y hubo problemas en la recolección y difusión de datos, lo que dificultó la evaluación general.

Definió los tres niveles del sistema canadiense de salud, caracterizando sus funciones en servicios, financiamiento, administración y distribución. El primer nivel entrega la mayoría de los servicios esenciales y está compuesto por el Medicare entregando cobertura universal de atención mediante un financiamiento completamente público. Entre sus características se encuentra un financiamiento por impuestos generales, administrador de pago único, instalaciones de un solo nivel y una cobertura profunda pero estrecha pues, si bien no cobra a los usuarios, está restringida a los diagnósticos de hospitales y servicios de atención médica. El segundo y tercer nivel se componen del financiamiento mixto y privado, respectivamente, representando el gasto de bolsillo del sistema canadiense y comprenden prescripciones de medicamentos, cuidados sociales y atención dental y oftalmológica, entre otros servicios. A la luz de la establecida cobertura universal en el servicio hospitalario y de atención, enfatizó sobre los resultados positivos que ha tenido el sistema canadiense.

Para finalizar, G. Marchildon reflexionó sobre la descentralización histórica y sus ventajas y desventajas, así como la continua evaluación y búsqueda por encontrar el correcto equilibrio al respecto. También aludió a la naturaleza de la cobertura universal de salud en Canadá y las dificultades políticas que ha tenido el sistema para expandir la actual cobertura de servicios hacia el resto de los niveles de salud, basadas muchas veces en conflictos de intereses con los proveedores privados de los niveles superiores del sistema.

Bibliografía

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- _____ (2016), *La matriz de la desigualdad social en América Latina*, (LC/G.2690(MDS.1/2)), Santiago.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2021), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social", *Informe COVID-19 CEPAL-OPS*, Santiago, Octubre.
- Cid, C. y M. L. Marinho (2022), "Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/63), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Anexo

Reseñas de participantes

Alberto Arenas de Mesa

Director de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Doctor en Economía por la Universidad de Pittsburgh. Trabajó 18 años en el Ministerio de Hacienda de Chile. Fue Ministro de Hacienda y Director de Presupuestos del Ministerio de Hacienda de ese país. Siendo Ministro de Hacienda lideró la Reforma Tributaria de 2014 y como Director de Presupuestos lideró la Reforma estructural al Sistema de Pensiones de 2008 y fue Secretario Ejecutivo del Comité de Ministros de la Reforma Previsional. A la fecha, registra 4 libros y más de 30 publicaciones relacionadas con política fiscal, protección social y sistemas de pensiones en organismos internacionales como el BID, la CEPAL y OIT, así como diversas revistas especializadas.

Antonia Dahuabe Osorio

Oficial asociada de asuntos sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Ingeniera comercial licenciada en ciencias económicas de la Universidad de Chile, y tiene un magíster en análisis económico de la misma universidad. Fue investigadora asociada senior en Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab para Latinoamérica y el Caribe (JPAL-LAC) y en el Núcleo Milenio de Desarrollo Social (DESOC). Fue miembro del Grupo Transdisciplinario en Obesidad de Poblaciones (GTOP) y trabajó en conjunto con el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile y el Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES).

Camilo Cid

Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Chile. Economista, Máster en Economía y Doctor en la misma disciplina con especialidad en economía de la salud por la Universidad de Duisburg-Essen de Alemania. Ha sido Oficial de Asuntos Sociales y asesor regional de la CEPAL y previamente Asesor Regional en Economía de la Salud y Financiamiento de OPS/OMS. En 2014 fue designado Secretario Ejecutivo de la Comisión Asesora Presidencial de Chile que propuso una reforma al aseguramiento de la salud. Fue académico tiempo completo de la Universidad Católica de Chile y durante casi dos décadas ocupó diversas posiciones en el sector público chileno, entre ellas las direcciones de los Departamentos de Estudios y el de Economía de la Salud del Ministerio de Salud. También des autor de múltiples publicaciones en revistas académicas, reportes de política y capítulos de libros.

Carissa F. Etienne

Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la región de las Américas. Fue electa en 2017 para un segundo mandato de cinco años. Desde marzo de 2008 a noviembre de 2012 ejerció como Subdirectora General de Sistemas y Servicios de Salud en la OMS en Ginebra, Suiza. Previo a ello, ejerció como Subdirectora de la OPS desde julio de 2003 a febrero de 2008. Lideró en cinco áreas técnicas: sistemas y servicios de salud; tecnología, atención sanitaria e investigación; supervisión y manejo de enfermedades; salud familiar y comunitaria y desarrollo sostenible y salud ambiental. Ha sido defensora de la Atención Primaria en Salud como motor de la equidad en salud y el desarrollo. Originaria de Dominica, recibió su título de médico (Licenciada en Medicina y Licenciada en Cirugía, MBBS) por la Universidad de las Indias Occidentales, Jamaica, y su Maestría en Ciencias (MSc) en Salud Comunitaria en Países en Desarrollo de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, por la Universidad de Londres en el Reino Unido.

Carolina Tetelboin

Profesora-Investigadora en la Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva y licenciaturas de la salud y coordinadora del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco desde 2019. Es Matrona por la Universidad de Chile, Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México, y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Iberoamericana, México. Fue Directora de la Revista Salud Problema de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; Coordinadora del Grupo de Trabajo "Estudios Sociales para la Salud" del Consejo Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales (CLACSO); Coordinadora del Grupo de Trabajo Salud, Cuidados y Seguridad Social de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS) y miembro del Comité de la Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud y miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

Cristóbal Cuadrado

Médico de la Universidad de Chile con una Maestría y Doctorado en Salud Pública de la misma casa de estudios. Se ha desarrollado en el ámbito académico como investigador en el Centre for Health Economics de la Universidad de York y como Profesor Asistente en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. En su experiencia académica ha desarrollado interés por temas relacionados con la economía de la prevención de enfermedades no transmisibles, evaluaciones económicas en salud, evaluación de impacto de políticas de salud, políticas de acceso de medicamentos y procesos de toma de decisión así como el uso de evidencia en políticas públicas. Ha sido asesor y consultor para el Ministerio de Salud de Chile, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Además, ha integrado diversas comisiones de expertos en políticas públicas y ha ocupado un rol central en la conceptualización, diseño e instalación de una propuesta estructural hacia un Fondo Universal de Salud. Fue presidente del Departamento de Políticas Públicas y Estudios del Colegio Médico de Chile. Es militante de Revolución Democrática e integró el directorio de Rumbo Colectivo.

Daniel Olesker

Senador de la República del Frente Amplio en el Uruguay. Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de la República. Tiene una Maestría en Ciencias Económicas. Fue ministro de Salud Pública durante el período de 2010 a 2011, y ministro de Desarrollo Social desde 2011 hasta 2015. Fue asesor económico de la Central Única de Trabajadores entre 1983 y 2004 y, posteriormente, entre 2015 y 2020. Ha participado como asesor del movimiento de Cooperativas de Vivienda y de Producción.

Gregory P. Marchildon

Profesor emérito del Instituto de Políticas, Gestión y Evaluación de la Salud, de la Escuela Munk de Asuntos Globales y Políticas Públicas de la Universidad de Toronto. Es director fundador del Observatorio Norteamericano sobre Sistemas y Políticas de Salud. Fue profesor de la cátedra de investigación de Canadá en políticas públicas e historia económica en la escuela de posgrado de políticas públicas de Johnson-Shoyama. Recibió su doctorado en la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres y trabajó en la Escuela de Estudios Internacionales Avanzados de la Universidad Johns Hopkins en Washington, DC. Fue Viceministro de Asuntos Intergubernamentales, Viceministro del Primer Ministro y Secretario del Gabinete en el Gobierno de Saskatchewan. También fue Director Ejecutivo de la Comisión Real Federal sobre el Futuro de la Atención Médica en Canadá (Comisión Romanow).

Jaime Peña

Médico Cirujano de la Universidad de Chile, donde cursó también la Maestría de Salud Pública. Especialista en Neurocirugía del Hospital Barros Luco Trudeau, centro en que fue Presidente del Comité de Neurocirugía Oncológica. Fundador del Partido Revolución Democrática y del Frente Amplio, donde coordinó la Comisión de Salud del Partido. En 2017 fue nombrado coordinador del Programa Presidencial de la candidatura de Beatriz Sánchez por el Frente Amplio. Ejerció como asesor de contenidos de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados entre 2018 y 2022. Durante 2021 asumió como coordinador del Plan de Gobierno en Salud en la candidatura presidencial de Gabriel Boric. Desde marzo de 2022 ejerció como Jefe de Asesores del Ministerio de Salud, donde asumió la coordinación del Comité de Reforma del gabinete ministerial.

James Fitzgerald

Director de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Está encargado de liderar el desarrollo de marcos normativos de referencia para guiar la reforma del sector de salud para lograr la cobertura universal de la salud basada en la estrategia de atención primaria de salud en las Américas. Ha coordinado estrategias para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud, la organización de los servicios de salud, la capacidad de la fuerza laboral y el desarrollo de sistemas regulatorios de medicamentos y productos médicos. Es Licenciado en Farmacia, Ciencias Farmacéuticas y Administración por la Trinity College Dublin, Irlanda, y Doctor en Ciencias Farmacéuticas por la misma universidad. Fue líder del programa de trabajo regional en Medicinas y Tecnologías de la Salud en la OPS sede Washington, DC, coordinador del programa en el Brasil y Asesor del programa de Gestión Estratégica de suministros de Salud Pública en Washington, DC. Supervisa la gestión del Fondo Estratégico y del Campus Virtual de la OPS.

José Temporão

Investigador en la Fundación Oswaldo Cruz, ex Ministro de Salud del Brasil entre 2010 y 2017. Es médico de la Universidad Federal de Río de Janeiro (1977), tiene una Maestría en Salud Pública por la Fundación Oswaldo Cruz (1984) y un Doctorado en Salud Colectiva por la Universidad Estadual de Río de Janeiro (2002). Tiene experiencia en el área de salud pública con énfasis en gestión y planificación de la salud, trabajando principalmente en los siguientes temas: sistema único de salud, salud pública, vacunas, medicamentos, salud y desarrollo. Es miembro de pleno derecho de la Academia Nacional de Medicina.

Joseph Kutzin

Jefe de unidad de Financiamiento de la Salud del Departamento de Gobernanza y Financiamiento de los Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dirige el equipo de financiación de la salud de la OMS en Ginebra. Es economista de la salud con más de 35 años de experiencia en África, Asia, Caribe, Europa y los Estados Unidos. Ha publicado numerosos artículos conceptuales y empíricos sobre sistemas de salud, financiamiento de la salud y cobertura universal de salud. Anteriormente, trabajó con la OMS como asesor de políticas del Ministerio de Salud de Kirguistán y como asesor principal de financiación de la salud para la región europea de la OMS. Trabajó también como asesor del Banco Mundial. Tiene una Maestría en Economía del Desarrollo por la Universidad de Boston, un Doctorado Honoris Causa por la Universidad de Boston y un Doctorado por la Universidad Semmelweis en Hungría.

María Begoña Yarza

Exministra de Salud de Chile en 2022. Médica cirujana de la Universidad de Chile y la Universidad de La Habana, con especialidad en pediatría; tiene un diplomado en Gerencia Pública por la Universidad Adolfo Ibáñez, una Maestría en salud pública por la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona, en donde también obtuvo su doctorado. Fue académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y de la Universidad Diego Portales. Fue subdirectora Médica del Hospital Clínico San Borja-Arriarán entre 2004 y 2008; Encargada de la Unidad de Procesos Asistenciales en el Departamento de Hospitales del Ministerio de Salud entre 2008 y 2009; Directora del Hospital Dr. Exequiel González Cortés entre 2009 y 2018; Directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur entre los años 2010 y 2011; Directora del Comité Académico de la Sociedad Chilena de Calidad Asistencial desde el año 2016; directora de Calidad y Gestión Asistencial de la Clínica Santa María y miembro del Departamento de Gestión de Proyectos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Chile. Fue asesora de la Comisión Nacional de Productividad (CNP) del Ministerio de Economía y colaboradora del Colegio Médico en el Departamento del Trabajo. En 2017 recibió el premio a la trayectoria profesional otorgado por el Colegio Médico.

María Luisa Marinho

Oficial de Asuntos Sociales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Es socióloga, tiene una Maestría en Políticas Sociales por la Universidad London School of Economics and Political Science (LSE) y un Doctorado en Políticas Sociales por la Universidad de Warwick. Trabaja en la División de Desarrollo Social de la CEPAL, es punto focal técnico en temas de discapacidad y encargada del área de salud en dicha división. Anteriormente, trabajó en la Sede Subregional de la CEPAL en México en investigaciones sobre la inclusión laboral de las mujeres y la estratificación social en Centroamérica y México, así como en asesorías técnicas sobre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Antes de ingresar a la CEPAL fue investigadora en la Fundación Espacio Público y trabajó para el Programa de las Naciones Unidas (PNUD) en Chile.

Pere Ibern

Investigador principal del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra, Profesor de la Barcelona Graduate School of Economics e Investigador Principal del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES). Es licenciado en Ciencias Empresariales por ESADE y tiene una Maestría en Administración de Empresas (MBA) por este mismo centro. Realizó un Executive Program on Advanced Management Studies in Health Services en la Universidad de Yale, School of Management. Es Doctor en Management Science por la Universidad Ramon Llull. Fue Director General del Hospital Sant Jaume de Blanes, Director General del PAMEM (Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal) en el Ayuntamiento de Barcelona y Director General del Consorci Sanitari de Mataró. Actualmente, es Director de Desarrollo Estratégico de DKV Seguro. Fue Presidente de la Asociación de Economía de la Salud (AES) y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

Román Macaya

¿Ex Presidente Ejecutivo? de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) entre 2018 y 2022. Tiene un MBA en Gestión de Sistemas de Salud de Wharton, un Doctorado en Bioquímica por la Universidad de California Los Angeles y una licenciatura en química por Middlebury College. Como Presidente Ejecutivo de la CCSS lideró la respuesta a la pandemia del COVID-19 y llevó a cabo una reforma al sistema de pensiones, implementando una inversión histórica en infraestructura y un cambio cultural y reglamentario para promover la investigación biomédica. Ha desarrollado una carrera multidisciplinaria como científico, empresario, diplomático y servidor público. Fue Embajador de Costa Rica ante los Estados Unidos.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

Seminarios y Conferencias

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones

99. Aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes: memoria de los seminarios realizados en junio y agosto de 2022, Antonia Dahuabe O. y María Luisa Marinho M. (comps.) (LC/TS.2022/186), 2022.
98. La inclusión de pueblos indígenas y afrodescendientes en los sistemas de información de salud en el marco de la pandemia de COVID-19, Marta Rangel (LC/TS.2022/142), 2022.
97. Desafíos regionales en el marco del Acuerdo de Escazú: gestión de la información sobre biodiversidad en países megadiversos, Daniel Barragán, Valeria Torres y Carlos de Miguel (LC/TS.2022/20), 2022.
96. Memoria del Primer Seminario Regional de Desarrollo Social 'Educación en América Latina y el Caribe: la crisis prolongada como una oportunidad de reestructuración', Tomás Esper (comp.) (LC/TS.2022/18), 2022.
95. Los desafíos de la planificación para el desarrollo en América Latina y el Caribe: algoritmos, metodologías y experiencias, L. M. Cuervo y M. Délano (LC/TS.2022/11), 2022.
94. Aspectos conceptuales de los censos de población y vivienda: desafíos para la definición de contenidos incluyentes en la ronda 2020, (LC/TS.2019/67), 2019.
93. Planificación multiescalar: ordenamiento, prospectiva territorial y liderazgos públicos. Volumen III, Luis Mauricio Cuervo y María del Pilar Délano (editores) (LC/TS.2019/61), 2019.
92. Planificación multiescalar: las desigualdades territoriales. Volumen II, Luis Mauricio Cuervo y María del Pilar Délano (editores) (LC/TS.2019/54), 2019.
91. Planificación multiescalar, regional y local. Volumen I, Luis Mauricio Cuervo y María del Pilar Délano (editores) (LC/TS.2019/53), 2019.
90. Minería para un futuro bajo en carbono: oportunidades y desafíos para el desarrollo sostenible, (LC/TS.2019/19), 2019.

SEMINARIOS Y CONFERENCIAS

Números publicados:

- 99 Aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes
Memoria de los seminarios realizados en junio y agosto de 2022
Antonia Dahuabe O. y María Luisa Marinho M. (compiladoras)
- 98 La inclusión de pueblos indígenas y afrodescendientes en los sistemas de información de salud en el marco de la pandemia de COVID-19
Marta Rangel
- 97 Desafíos regionales en el marco del Acuerdo de Escazú
Gestión de la información sobre biodiversidad en países megadiversos
Daniel Barragán, Valeria Torres y Carlos de Miguel

