



Secur  
SALUD



Institut de recherche  
pour le développement

2005-2010

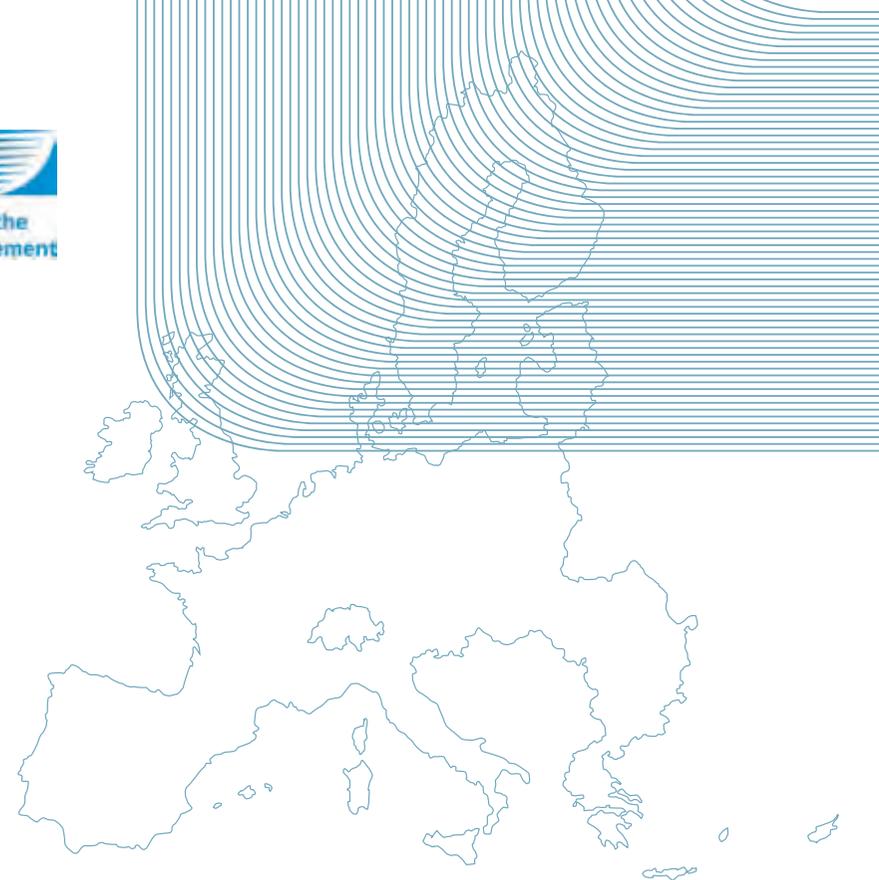


# EurosociAL Salud

De la **salud** a  
la **cohesión social**  
en America Latina

*Lecciones aprendidas y desafíos*





# EUROsociAL Salud

De la **salud** a  
la **cohesión social**  
en America Latina

*Lecciones aprendidas y desafíos*

Miembros fundadores del Consorcio



Miembros asociados





# Contenido

Introducción .....	p. 4
--------------------	------

## Parte 1: El sentido de la acción ¿Cómo promover la cohesión social desde las políticas públicas de salud?

La Cohesión social y la Salud global como forma y contenido del progreso civil .....	p. 8
La consolidación del Consorcio EUROsociAL Salud: un camino lleno de aprendizajes .....	p. 10
Intercambios de experiencias : herramienta para la promoción de la cohesión social .....	p. 12

## Parte 2: Intercambios de experiencias ¿Cómo compartir saberes para construir el cambio?

Sector agrícola: horizonte de la cobertura de la protección social .....	p. 18
Salud para trabajadores informales y población migrante .....	p. 20
Extensión de la protección social para los Adultos Mayores .....	p. 22
Reformas sanitarias en América Latina y su orientación hacia la cohesión social .....	p. 24
La buena gobernanza hospitalaria como mecanismo de inclusión .....	p. 26
Las políticas de Uso Racional de Medicamentos en América Latina .....	p. 28
La Atención Primaria en Salud y la organización de una red integrada de servicios .....	p. 30
Donación Altruista y Voluntaria de Sangre: una tarea pendiente .....	p. 32
Promoción de políticas saludables para los sectores más vulnerables y excluidos .....	p. 34
Albores de la protección social de los trabajadores indígenas .....	p. 36

### Parte 3: Contextos diversos, desafíos varios Resultados por país

Argentina .....	p. 40	Honduras .....	p. 52
Brasil .....	p. 42	México .....	p. 54
Chile .....	p. 44	Paraguay .....	p. 56
Colombia .....	p. 46	Perú .....	p. 58
Costa Rica .....	p. 48	Uruguay .....	p. 60
Guatemala .....	p. 50		

### Parte 4: Retos para la cohesión social en América Latina

Hacia la universalización del acceso a los servicios de salud .....	p. 64
Determinantes sociales de la salud e intersectorialidad .....	p. 66
Participación social y políticas de salud orientadas al usuario .....	p. 68
Formar a los recursos humanos para mejorar la Atención Primaria de Salud .....	p. 70
Patentes: ¿ protegiendo el desarrollo generamos innovación ? .....	p. 72
Del medio ambiente a la salud .....	p. 74
El derecho a la salud sexual y reproductiva en América Latina: avances y desafíos .....	p. 76
Construir una sociedad libre de violencia para las mujeres: una responsabilidad colectiva .....	p. 78

### Anexos : el consorcio - la red EUROsociAL salud

Presentación Instituciones del Consorcio .....	p. 82
Listado Instituciones de la Red .....	p. 86



# Introducción

**E**UROsociAL Salud (2005-2010) es uno de los cinco componentes del Programa de la Comisión Europea para la cohesión social en América Latina, EUROsociAL. La acción de este programa se desarrolló a través de cinco temáticas: la salud, la educación, el empleo, la fiscalidad y la justicia. Su objetivo consiste en apoyarse en las buenas prácticas y experiencias exitosas, tanto en Europa como en América Latina, para mejorar el nivel de cohesión social de las sociedades latinoamericanas.

La cohesión social se fundamenta en la solidaridad, entendida como la relación entre el individuo y su grupo de pertenencia, pero también en la solidaridad entre los diversos grupos sociales dentro de una comunidad. Sin embargo, la fragmentación de la sociedad global ha roto los lazos de solidaridad tradicionales

mientras que las nuevas formas de solidaridad, especialmente la acción pública, se construyen con dificultad y enfrentan importantes obstáculos antes de alcanzar a los grupos más desfavorecidos o excluidos. La salud, la educación y el empleo son tres áreas en el seno de las cuáles se expresan con mayor fuerza las exclusiones y desigualdades de las sociedades contemporáneas. Por lo tanto, es desde estos ámbitos desde los que la solidaridad debe desempeñar un papel esencial. La fiscalidad y la justicia, por su parte, constituyen un medio para hacer cumplir el contrato social y limitar las fracturas sociales.

“ Las **prioridades de acción** fueron establecidas considerando, ante todo, las **necesidades de los participantes latinoamericanos tal y como fueron expresadas por ellos mismos** ”

El proyecto EUROsociAL Salud ha llevado a cabo su tarea, durante más de cuatro años, a través de más de 200 actividades (seminarios, visitas y pasantías, asistencias técnicas, etc.) que reunieron a profesionales y responsables de la formulación de políticas públicas sobre temas prioritarios en salud, tales como la extensión de la protección social en salud hacia los grupos vulnerables (trabajadores y trabajadoras indígenas, agrícolas, informales, temporeros y adultos mayores), la atención primaria de salud (APS) y la formación de los recursos humanos que ésta requiere, la donación altruista de sangre, la financia-

ción de los sistemas de salud, la telemedicina, la salud sexual y reproductiva, la violencia contra las mujeres, la contaminación causada por las actividades mineras y su impacto en la salud, el uso racional de medicamentos...

La presente publicación refleja el conjunto de aprendizajes que han sido el fruto de los intercambios de experiencias desarrollados en el marco del proyecto. Así, la Parte 1 analiza el sentido de la acción de EUROsociAL Salud a través de la presentación del vínculo existente entre la salud y la cohesión social, pero también a través del proceso de evolución del Consorcio EUROsociAL Salud que abordó este vínculo desde las políticas públicas de salud. En esta primera parte se presenta igualmente un análisis de la metodología de los intercambios

de experiencias. Metodología que puede calificarse de innovadora por cuanto la acción del proyecto fue orientada por la demanda de las instituciones beneficiarias (demand driven).

La segunda parte de la publicación ha sido consagrada a las temáticas de intervención del sector salud y a los aportes concretos realizados a la promoción de la cohesión social. La Parte 3 expone los resultados alcanzados en los países más activos en la dinámica de intercambios de experiencias.

Esta publicación recoge únicamente algunos de los ejemplos que rinden cuenta, parcialmente, de la diversidad de la acción del proyecto. Evidentemente, durante estos cuatro años no se ha podido abordar todos los aspectos ni las dimensiones de la salud en América Latina. Las prioridades de acción fueron establecidas considerando, ante todo, las necesidades de los participantes latinoamericanos tal y como fueron expresadas por ellos mismos. Por otra parte, a través de los intercambios de experiencias, un cierto número de nuevas prioridades y desafíos futuros ha sido identificado por las instituciones de la Red EUROsociAL Salud. Muchas otras experiencias de éxito pueden aún ser objeto de intercambios entre administraciones públicas de ambas regiones o ser tratadas en el marco de la cooperación

Sur-Sur. A estos retos pendientes ha sido consagrada la Parte 4 de la presente publicación.

A la hora de establecer el balance de la primera fase del programa y de avanzar en la reflexión sobre lo que podría ser EUROsociAL II, se reafirma sin duda la necesidad de fortalecer la dimensión intersectorial o la transversalidad entre los distintos sectores del Programa. América Latina es una de las regiones del mundo en desarrollo con mayor tasa de cobertura social (61% de la población activa en el medio urbano), lo cual supone cerca de las tres cuartas partes de la población. La perspectiva de cumplir con el objetivo de la extensión de la protección social para todos en las áreas de salud, empleo, educación, pensiones y seguro de invalidez, necesita un esfuerzo adicional que podría tomar la forma de un programa más ambicioso en sus componentes e integrado en sus distintas dimensiones. Todo ello con miras a la cobertura social universal, que sería el resultado de una solidaridad aceptada y de un concepto de cohesión social comprendido por todos.

La crisis financiera y económica reciente, cuyos efectos están lejos de haber terminado, ¿no ha demostrado que los países que cuentan

con un sistema de seguridad social equitativo han resistido con mayor fuerza en el plano social? Éste es precisamente el nuevo objetivo que las lecciones de la primera fase nos invitan a considerar y sobre el cual los ejemplos presentados en esta publicación pretenden insistir.

“ A la hora de establecer el balance de la primera fase del programa y de avanzar en la reflexión sobre lo que podría ser EUROsociAL II, se reafirma sin duda la necesidad de fortalecer la **dimensión intersectorial** o la **transversalidad** entre los distintos sectores del Programa ”



**Michel Laurent**

Director General del IRD



**Jacques CHARMES**

Consejero científico del director general del IRD

▼  
**parte 1 :**  
El **sentido** de la **acción**  
¿Cómo promover la  
**cohesión social** desde las  
políticas públicas de salud?

**parte 2 :**  
Intercambios de experiencias  
¿Cómo compartir saberes  
para **construir** el **cambio**?

**parte 3 :**  
Contextos diversos,  
desafíos varios  
**Resultados por país**

**parte 4 :**  
**Retos** para la cohesión  
social en América Latina



Vacunación en Amazonía boliviana



© IRD/ Photographe : Claude Dejoux

# parte 1 El sentido de la **acción**

¿Cómo promover la  
**cohesión social** desde las  
**políticas públicas de salud?**



# La Cohesión social y la Salud global como forma y contenido del progreso civil

## Palabras clave:

*cohesión social, salud global, teoría del desarrollo, historia del pensamiento médico, derecho a la salud*

La tesis que se plantea en este artículo es que, si asociamos a la Cohesión social - entendida como condición del cambio- un objetivo de Salud -que ha de ser necesariamente pública y global- parece bastante probable que el cambio se oriente hacia el progreso civil.

## Cohesión social

En la literatura existe ya un sustancial acuerdo entorno a la definición de cohesión social. Sintetizando, podemos decir que es el conjunto de las relaciones que el individuo desarrolla con los distintos grupos de pertenencia en los que se inscribe su historia social cotidiana y, al mismo tiempo, el conjunto de las relaciones que los distintos grupos sociales estructuran para dar cuerpo a la sociedad. Evidentemente, ello genera valores, actitudes y comportamientos que, en la perspectiva de la cohesión social, deberían tender a la superación de las desigualdades derivadas de las diferencias de extracción social, disponibilidad económica, nivel cultural y procedencia étnica.

El concepto de cohesión social ha tenido y está teniendo un considerable éxito político y su posicionamiento se ha afirmado profusamente en documentos institucionales de gobiernos nacionales y organizaciones internacionales. Para afirmar plenamente su eficacia heurística, quizás deba demostrar aún que sabe comprender dialécticamente las teorías que consideran el conflicto como uno de los motores del desarrollo social; las relaciones articuladas que en cualquier sociedad se definen entre orden social, conflicto y ritual; las consecuencias de la distinción entre sociedades de «solidaridad orgánica» y sociedades de «solidaridad mecánica». Quizás deba demostrar también una mayor conciencia de los riesgos que corre al entrar a formar parte de esa constelación semántica que lo emparenta con el concepto de «capital social». Y también debería ser capaz de

“Segun l’OMS la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades””

analizar los cambios inducidos por la difusión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, que han transfor-

mado las pertenencias convencionales a grupos locales en adhesiones a redes globales. Por último, debería medirse con la paradoja según la cual la máxima cohesión entre los integrantes de un in-group se logra mediante la demonización de uno o más out-group, con el resultado extremo de considerar un país en guerra como ejemplo máximo de cohesión interna.

En cualquier caso, lo que se desprende es que la cohesión de un grupo es la condición necesaria para que suceda algo a escala social. Dependiendo de la magnitud, la constitución, el tipo de intereses y el poder que ese grupo pueda expresar, se generan evoluciones, involuciones o revoluciones.

## El concepto de salud

Como acabamos de hacer con respecto al concepto de cohesión social, es necesario ahora analizar las cuestiones que plantea el concepto de salud para que su significado sea lo menos ambiguo posible.

Como punto de partida común para iniciar este análisis creo que se puede adoptar la definición de salud que encontramos en la Constitución de la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Al margen de cualquier acusación de abstracción, el carácter ideal y utópico de esta definición tiene el valor de constituir un punto de referencia positivo, ya sea para operaciones de reconstrucción historiográfica del pensamiento médico y de las condiciones de salud de las poblaciones en épocas pasadas o en contextos exóticos —cualquiera que sea la realidad observada—, ya sea para estrategias pragmáticas de salud pública tanto a escala local como global. Las dos caras, diacrónica y sincrónica, de la salud pública.

En el primer caso, la definición de salud anteriormente citada nos permite distanciarnos de los reduccionismos, por desgracia fáciles y frecuentes, derivados de asunciones acriticas del paradigma biomédico. Algo tanto más necesario hoy que se registra una difusión planetaria del sistema basado en dicho paradigma, que, no está de más recordarlo, se desarrolló en Occidente a partir del siglo XVII en un medio caracterizado también por la transformación en clave industrial de los modelos de producción, por la emergencia de los primeros indicios de los Estados nacionales y por el nacimiento del pensamiento racional, lo que definimos como modernidad y que la descolonización y las recientes teorías críticas del desarrollo están relativizando mucho. En este marco, es útil subrayar que las disciplinas médicas se han imbricado profundamente con el poder en cuanto comparten con él dos aspectos particulares: centralización y control. Para explicar lo dicho, omitiendo lo que ya está asumido por la conciencia histórica, citaré únicamente la consideración del médico como una de las tres «M» nefastas del colonialismo; las otras dos eran los militares y los misioneros.

Además, recordaré que, en el proceso de consolidación de las instituciones nacionales registrado en muchos Estados nacionales europeos, las primeras políticas de salud pública se han denominado de Policía Sanitaria y son competencia de los Ministerios de Asuntos Interiores. El saber médico que ahora se produce, reproduce y tutela en las academias contribuye al proceso de deslegitimación de los sistemas médicos «alternativos» y relega las denominadas medicinas folclóricas y los operadores tradicionales de salud al rango de meras supervivencias supersticiosas.

“ La cohesión social combinada con la salud global parece conducir a la afirmación de una medicina intercultural ”

## Hacia una medicina intercultural

Reflexionar sobre todo esto, es decir, asumir la conciencia de que la medicina, al igual que cualquier otra ciencia, es también una construcción social, modifica la actitud cognoscitiva. Y en una época de intercambios globalizados, esto supone reconocer los demás sistemas médicos en una gran oportunidad de elaboración de una estrategia común e integrada para interpretar y mejorar las condiciones de salud y enfermedad de las poblaciones. Es la construcción de una medicina intercultural para la que ya se entrevén los estatutos epistemológicos —declinación en plural de la eficacia y la superación de la lógica mecanicista de causa efecto—, los ejes de valores —la salud como derecho individual y de las poblaciones—, y las estrategias operativas —trabajo en equipos multiculturales y atención a los determinantes sociales del bienestar.

La cohesión social combinada con la salud global parece conducir a la afirmación de una medicina intercultural: un saber que sepa responder a las necesidades de salud de las poblaciones contrarrestando las derivas del neoliberalismo y afirmando el derecho universal a la salud.

Para concluir, es preciso subrayar la correspondencia entre la concepción teórica metodológica y la modalidad de implementación del Proyecto.

En efecto, la heterogeneidad en la tipología institucional y en los campos de intervención que caracteriza al conjunto de miembros del Consorcio, le ha permitido a este grupo desarrollar una “identidad plural” gracias a la cual ha sabido reformular su propia praxis en función de las diversas situaciones y demandas de los países latinoamericanos. Así, el Consor-



© IRD/ Photographie: Olivier Dangles

Niños ecuatorianos

cio se ha ido configurando como el núcleo de una “comunidad de saberes y de prácticas” focalizada en la cohesión social. Ciertamente, tanto la eficacia como la eficiencia de su gestión, así como la apropiación de la metodología de trabajo —aquello que nos permite hablar en el mismo lenguaje— podrían aún ser mejoradas. Pero, si se considera el resultado obtenido y la atención que éste ha suscitado ante los gobiernos latinoamericanos podría decirse, continuando la metáfora, que hemos construido y compartido un pequeño glosario colectivo. Éste, me parece, es un buen balance de la primera fase de EUROsociAL.



**Enrico Petrangeli**

Secretario General

Fundación Angelo Celli

Coordinador del Comité Italiano EUROsociAL Salud

# La consolidación del Consorcio EUROsociAL Salud

## Un camino lleno de aprendizajes

**Palabras clave:**

*consorcio, consolidación, diálogo político, cooperación institucional, pluralidad, consenso, metodología compartida, intersectorial, lecciones aprendidas*

Con la creación del Consorcio EUROsociAL Salud se pretendió responder a la ambición del Programa EUROsociAL - contribuir a la cohesión social en los países de América Latina - a través de la promoción de dicha cohesión social en las políticas públicas de salud y de protección social. En un primer momento, dicho Consorcio se constituyó sobre la base de instituciones fundadoras de muy diversa índole: un instituto de investigación científica para el desarrollo -el Institut de recherche pour le développement (IRD) de Francia, líder del Consorcio-, un instituto de cooperación internacional en salud -el Instituto Carlos III de España-, dos fundaciones privadas -la Fundación Angelo Celli de Italia y la Fundación Isalud de Argentina-, dos escuelas de salud pública -el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México y la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP/Fiocruz) de Brasil-, un organismo público de seguridad social -FONASA de Chile- y tres organismos multilaterales y regionales - la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Esta pluralidad presentó la gran ventaja de reunir experiencias y capacidades complementarias

que se enriquecían recíprocamente. Sin embargo, también agregó cierta complejidad al funcionamiento del Consorcio dado el carácter diverso de las instituciones que lo integraban. La consolidación de dicho Consorcio implicó, por una parte, la construcción de un consenso sobre el alcance del Programa y, por otra, la definición de las modalidades de gestión más propicias para alcanzar sus objetivos.

### La construcción de un consenso sobre el alcance de EUROsociAL Salud

El objetivo general de EUROsociAL se fue esclareciendo cada vez más durante las etapas iniciales del Programa. Tanto los miembros de los diferentes consorcios como los propios responsables del Programa en la Comisión Europea, entendieron que la promoción de la cohesión social

### Consorcio EUROsociAL Salud 16 instituciones

entre las cuales:

- 9 instituciones latinoamericanas,
- 5 europeas,
- 2 organizaciones internacionales,

no se podía llevar a cabo únicamente con meras acciones de cooperación técnica entre la UE y América Latina, sino que también era necesario elevar la acción al más alto nivel político: a la altura de los compromisos adquiridos

por los Jefes de Estado en las Cumbres euro-latinoamericanas. Esta convergencia entre los niveles técnico y político, también tardó cierto tiempo en materializarse en los planes de trabajo del Consorcio EUROsociAL Salud. Por esta razón, el primer Plan Anual de Trabajo (2006) fue rechazado por la Comisión Europea, lo cual dio lugar a una intensa reformulación de fondo que permitió posicionar el Proyecto en el buen camino, pero que a su vez supuso un retraso de varios meses en el inicio de las actividades. Este momento coincidió con la retirada de la OMS/OPS del Consorcio, por razones presupuestarias y organizacionales, y con la sustitución del Instituto de Salud Carlos III por

la Fundación Carlos III (actualmente Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España, FCSAI) para agilizar la gestión del Proyecto.

Las consecuencias de dicha demora se han acusado hasta el final del Proyecto y han requerido un compromiso particularmente importante por parte de los miembros del Consorcio Salud, los cuales, para paliar el retraso inicial, han debido realizar un esfuerzo remarcable llevando a cabo un gran número de actividades en un periodo relativamente reducido.

Por otro lado, el objetivo del Proyecto fue planteado en términos demasiado amplios y fundamentado en un concepto, la cohesión social, que apenas comenzaba a aprehenderse y a posicionarse en los discursos políticos latinoamericanos. Por esta razón resultó difícil reflejarlo en Planes de acción de tipo demand-driven. Se requirió un tiempo para consolidar y compartir una base conceptual y metodológica sólida que permitiera la formulación de ciclos de intercambios en función de las necesidades concretas del sector público de la salud. Las institucio-

nes del Consorcio no sólo debían afinar dicha base conceptual, sino que también debían garantizar que los beneficiarios participaran en ella y que a su vez fuesen capaces de transferir la metodología adecuada a sus equipos. Este proceso no fue fácil, ni tampoco breve, pero no queda duda de que fue un paso decisivo que nos enseñó a hablar un mismo lenguaje y que permitió, sobre todo en los dos últimos años, llegar a consensos más rápidos sobre los Planes Anuales de Trabajo.

### Las particularidades de la gestión del Consorcio EUROsociAL Salud

En segundo término, fue preciso responder a ciertas dificultades de carácter gerencial y operativo cuyas enseñanzas no han sido frugales. La ubicación en Madrid de la Oficina de Coordinación del Sector Salud (OCS) y no en Francia, sede del líder del Consorcio, fue solicitada por los socios españoles y pensada con la idea de facilitar los contactos con la oficina de coordinación del Programa EUROsociAL y con los socios y beneficiarios latinoamericanos. Sin embargo, esta decisión introdujo una dificultad mayor en términos de efectividad y eficacia en la coordinación del Proyecto, causada por la distancia creada con la administración del IRD.

Otra dificultad operativa derivó de la decisión de compartir la gestión de los intercambios de experiencias entre dos instituciones, una latinoamericana y otra europea, que se encargaron respectivamente de la gestión técnica y financiera de cada intercambio. Esta repartición de responsabilidades pretendía garantizar la participación equilibrada, tanto de los miembros co-financiadores europeos como de los miembros latinoamericanos, en la formulación y puesta en marcha de las acciones de intercambio. Sin embargo, no siempre se reveló eficaz por cuanto, en algunos casos, complicó la cadena de decisión implicando a actores diversos, los cuales debían asumir la

gestión de las actividades dentro de un marco administrativo y de decisión propio a sus instituciones y países.

Ambas dificultades se fueron superando en la gestión cotidiana gracias a una mejora cualitativa de la comunicación entre los miembros del Consorcio, así como a la definición y puesta en marcha de ciertos instrumentos para el seguimiento estricto de las actividades y la adopción de directivas claras para su realización.

A pesar de un arranque complicado, el Programa conoció un despegue progresivo, muy significativo a partir del año 2007, hasta llegar muy rápidamente a un ritmo intenso en la realización de actividades: 7 en 2006, 76 en 2007, 82 en 2008 y 46 en 2009.

#### 211 actividades realizadas entre 2006 y 2009

2006: **7** actividades

2007: **76** actividades

2008: **82** actividades

2009: **46** actividades

El reconocimiento del Proyecto se extendió a través de la Red EUROsociAL Salud hasta la mayoría de los países latinoamericanos, generando grandes expectativas y demandas cada vez más precisas de intercambios de experiencias por parte de las autoridades nacionales. La conciencia de su utilidad para incidir en las políticas públicas y contribuir a reformas con fundamento teórico y verificadas en la práctica, se expandió a tal punto que el Consejo de Dirección comenzó a recibir demandas de incorporación de nuevos socios, principalmente Ministerios de Salud europeos y latinoamericanos (Italia, Costa Rica, Chile, México y Paraguay) o distintos servicios de dichos Ministerios (Instituto Nacional de Salud de Colombia

- INSP -, Agencia para la Cooperación de la Protección Social Francesa - ADECRI). Todos ellos integraron progresivamente el Consorcio EUROsociAL Salud, en calidad de miembros asociados. Así se instaló un nuevo equilibrio entre miembros fundadores y miembros asociados, de manera que la formulación de propuestas a través del diálogo institucional se acercó cada vez más a las fuentes de la decisión política.

### Aprendizajes

Las lecciones que hemos aprendido a través de este intenso proceso son de gran valor. Muchas de ellas tienen su fundamento en la riqueza del trabajo interinstitucional y, sobre todo, intercultural. Muchas otras revelan aprendizajes sobre el papel de la cooperación internacional en la promoción de la cohesión social. Entre ellas:

- ★ El tiempo necesario para desarrollar un Programa tan complejo y ambicioso, con la pretensión de incidir en la cohesión social en América Latina, no se puede limitar a cuatro años sea cual sea su presupuesto. El Programa desarrollado de 2005 a 2009 no puede ser más que la etapa inicial de un proceso a seguir.
- ★ La división del Programa en consorcios sectoriales es una fórmula práctica, pero no garantiza -ni facilita- el trabajo intersectorial, esencial para la promoción de la cohesión social. Resultaría más eficaz trabajar en base a una estructura organizativa transversal, con carácter abiertamente intersectorial, que se podría apoyar en los ministerios o servicios nacionales encargados de la planificación o de la coordinación a nivel gubernamental.
- ★ Cuando se tratan temáticas complejas, como lo es la cohesión social, la construcción de un consenso conceptual, estratégico y metodológico es fundamental para sentar las bases de la acción. La definición de un len-

guaje común y la apropiación de una metodología compartida por todos los actores constituyen una primera etapa ineludible, cuya importancia y duración no se deben subestimar.

El Proyecto EUROsociAL Salud ha generado una fuerte dinámica colectiva y solidaria cuya sostenibilidad depende ahora del trabajo de las Redes. Nos queda la esperanza de una nueva etapa en el Programa EUROsociAL que acompañe a la región latinoamericana en la realización de la ambiciosa meta de la cohesión social.



**Daniel Lefort**

Director de Relaciones Internacionales  
Institut de Recherche  
Pour le Développement (IRD)  
Líder del Consorcio



## parte 1

El sentido de la acción  
¿Cómo promover la cohesión social  
desde las políticas públicas de salud?

# Intercambios de experiencias: herramienta para la promoción de la cohesión social

## Una mirada al proceso desarrollado en el sector de la salud

### Introducción

La Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno Unión Europea-América Latina y el Caribe (UE-ALC) realizada en Guadalajara en mayo de 2004, inscribió en su agenda de prioridades la necesidad de "dirigir procesos y reformas orientadas a aumentar la cohesión social, a través de la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión social". Con este fin, la Unión Europea lanzó el programa EUROsociAL -programa de cooperación técnica orientado al fortalecimiento de políticas públicas y de la capacidad institucional para gestionarlas- que interviene en 5 sectores identificados como prioritarios para la promoción de la cohesión social: Salud, Educación, Justicia, Fiscalidad y Empleo. El programa fue dotado con un presupuesto de 36.5 millones de Euros.

La importancia de las políticas de cohesión social para ambas regiones ha sido posteriormente confirmada en las declaraciones de las Cumbres UE - ALC de Viena (2006) y Lima (2008), así como en la Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento europeo del 9 de diciembre de 2005.

Así, el objetivo de EUROsociAL Salud ha sido el fortalecimiento de los conocimientos, capacidades y vínculos entre actores políticos de alto nivel en América Latina e instituciones del sector salud y protección social con sus pares europeos, para contribuir al desarrollo sostenible de las políticas de salud pública dirigidas a la reducción de la pobreza, la desigualdad y la exclusión social.

El Proyecto EUROsociAL Salud, liderado por el Institut de Recherche pour le Déve-

loppement (IRD), comenzó a funcionar a partir de la firma del convenio con la Comisión Europea el 8 de septiembre de 2005, en base a un Consorcio formado en un inicio por ocho miembros fundadores, tal como se detalla en profundidad en el artículo anterior. El presente artículo pretende hacer un recorrido a lo largo de estos 4 años de ejecución del proyecto EUROsociAL Salud, poniendo énfasis en la metodología de trabajo y de gestión de los intercambios de experiencias y en las principales cifras de la acción.

### Metodología

El programa EUROsociAL se ha constituido sobre una metodología orientada por la demanda (*demand driven*), basada en el desarrollo de Intercambios de experiencia. Estos intercambios consis-

### Palabras clave:

metodología, EUROsociAL, cohesión social, sistemas de salud, capacidad institucional, intercambios de experiencias, demand-driven, diálogo político

ten en transferencias de conocimientos, de modos de gestión y buenas prácticas entre administraciones públicas de los países de la UE y de AL (Cooperación Norte-Sur) o entre países de AL (Cooperación Sur-Sur).

La finalidad principal de los intercambios de experiencia es la introducción de orientaciones, métodos o procedimientos innovadores de gestión que ya han sido utilizados en otros países. La selección de esta forma de trabajo no es fortuita. Conocer cómo otras administraciones han abordado problemas similares y cómo han gestionado el cambio puede ser de gran utilidad para emprender procesos de reforma.

Los intercambios de experiencias se fundamentan en un diálogo entre administraciones públicas que parte del

reconocimiento de las capacidades institucionales existentes en ambas regiones y de la oportunidad que constituye, tanto para la UE como para AL, el fortalecimiento del diálogo político.

A través del programa EUROsociAL se ha fomentado una “definición participativa” de las prioridades de la ayuda internacional al desarrollo, que ha trascendido de la esfera del discurso político a la esfera de la acción. La identificación de prioridades y acciones que ayudarían a obtener el objetivo del proyecto se realizó considerando, primordialmente, las demandas presentadas por las instituciones latinoamericanas. Se trató de un ejercicio participativo, a la vez ambicioso y complejo, del que se han obtenido enriquecedores aprendizajes para la promoción de la cohesión social.

Ambicioso pues los procesos de consulta para la definición de los planes de trabajo anuales, en base a la priorización de las demandas latinoamericanas, implicaron cada año a representantes de 49 instituciones de la Red EUROsociAL Salud presentes en 17 países latinoamericanos. Estas demandas fueron canalizadas a través de los puntos focales de la Red EUROsociAL Salud en cada país.

Al inicio del proyecto, las grandes temáticas de intervención fueron definidas en base a una consulta a los principales beneficiarios de la acción, es decir, los ministerios y otras instituciones que intervienen en el sector de la salud y la protección social. Así, fueron definidas las 5 Áreas Temáticas:

- I. Desarrollo de la protección social en salud;
- II. Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud;
- III. Servicios de salud basados en la atención primaria en salud, de calidad, y con acceso eficiente y equitativo a los medicamentos;
- IV. Políticas de salud y control de riesgos;

V. Promoción de políticas saludables en la comunidad para los sectores más vulnerables y excluidos.

Estas áreas temáticas se han subdividido en líneas temáticas con sus correspondientes líneas de intercambio.

Posteriormente, fue realizada una programación anual de las actividades con base en las demandas de los beneficiarios directos. En total se han recibido en estos años 286 demandas de los diferentes países, sobre las que se definieron los planes anuales de trabajo:

**Demand-driven**: metodología a la escucha de las demandas de las instituciones latinoamericanas:

**143** demandas tratadas en 2006 (preparación PAT 2007)

**91** demandas tratadas en 2007 (preparación PAT 2008)

**52** demandas tratadas en 2008 (preparación PAT 2009)

La reducción del número de demandas se encuentra en relación con un aumento significativo en la calidad de las demandas (mejor identificación de las necesidades) y con el mejor conocimiento de la oferta de prácticas y experiencias que responden a las necesidades identificadas.

Estas demandas se tradujeron en la realización de 211 actividades: 7 en 2006, 76 en 2007, 82 en 2008 y 46 en 2009. Las modalidades de respuesta a estas demandas han sido diversas según ha ido avanzando y consolidándose el proyecto:

★ **Actividades de diagnóstico**: a través de los dossiers país, elaborados por los equipos nacionales, se analizaba la situación en la temática correspondiente en cada Estado y, a partir

de ahí, se priorizaban las demandas de intercambio de experiencias. Esta modalidad constituyó el punto de partida de los intercambios.

★ **Actividades de sensibilización**: dirigidas principalmente a quienes tenían responsabilidad en la toma de decisiones políticas (*policy makers*) y a quienes participaban activamente en su diseño y aplicación.

★ **Seminarios internacionales**: permitieron poner en común las experiencias, prácticas y herramientas metodológicas desarrolladas en países de AL y de la UE con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud y la calidad de dichos servicios. Los seminarios internacionales fueron la modalidad de intercambio privilegiada durante la primera fase del proyecto. Durante estos seminarios se daban a conocer las diferentes experiencias potencialmente transferibles entre administraciones públicas.

★ **Visitas y pasantías**: los participantes de las instituciones solicitantes se trasladan a los países europeos o latinoamericanos donde se han ejecutado experiencias exitosas con la finalidad de observar cómo ésta ha sido llevada a cabo, dialogar con los técnicos involucrados y, eventualmente, con representantes de los beneficiarios finales del programa o política social en cuestión.

★ **Asistencias técnicas**: se trata de misiones, de duración relativamente larga, de funcionarios de las instituciones que transfieren sus experiencias a aquéllas que han realizado la solicitud de intercambio. Las personas

que se desplazan a las administraciones receptoras deben trabajar en conjunto con los funcionarios designados para promover los cambios que se pretenden realizar.

★ **Talleres Nacionales y Grupos Nacionales de Trabajo (GTN)**: éstos están constituidos por funcionarios de las instituciones rectoras y ejecutoras. Tienen carácter interinstitucional, intertemático e intersectorial para el abordaje común de las propuestas de planes de acción nacionales de los proyectos de cambio o reforma susceptibles de llevarse a cabo.

★ **Actividad de visibilidad y comunicación**: este tipo de actividades permitió valorizar y compartir los resultados de los diferentes intercambios (ruedas de prensa, producción de boletines y newsletters interactivas, difusión de publicaciones, gestión de la página web, etc.). A través

de la página web, de la plataforma interactiva y de la base documental, las acciones de comunicación contribuyen a la sostenibilidad de los resultados del proyecto.

★ **Actividad de animación y movilización de redes**: se ha trabajado desde 2008 en la construcción y animación de varias redes de cooperación intratemáticas y también se han desarrollado diversas actividades con modalidad online, como cursos y foros temáticos. La dinamización de las redes permitió estrechar los vínculos institucionales creados a través de las actividades de intercambio presenciales.

Las actividades de asistencia técnica, los talleres nacionales, el apoyo a los GTN y a la constitución de redes fueron las

“ Los intercambios de experiencias se fundamentan en un diálogo entre administraciones públicas que parte del reconocimiento de las capacidades institucionales existentes en ambas regiones ”

modalidades de intervención privilegiadas durante el último año del proyecto por cuanto las necesidades y demandas de información por país ya se encontraban bien identificadas.

El proyecto estuvo gestionado desde la Oficina de Coordinación en Salud (OCS), con base en Madrid-España, que asumió la responsabilidad de la ejecución técnica del proyecto así como de su gestión administrativa. El equipo de la oficina fue aumentando progresivamente con la evolución de la ejecución de la acción, iniciando su trabajo en 2005 con 2 personas, hasta contar con una media de 6-7 personas durante los años 2008 y 2009. El personal de la oficina ha respondido a perfiles técnicos, financiero administrativos, de comunicación y coordinación.

La coordinación de cada intercambio de experiencias ha correspondido a dos organizaciones miembros del Consorcio en cada caso, una institución latinoamericana como gestora técnica y una europea como gestora financiera. En total, 11 personas estuvieron involucradas en la gestión técnica y 5 en la gestión financiera, distribuidas en las distintas instancias previamente mencionadas.

## La Red EURsociAL Salud

17 países de América Latina han sido beneficiados por el proyecto (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela) en el que también participaron seis países europeos (España, Francia, Holanda, Italia, Reino Unido y Portugal).

Como mecanismo de funcionamiento y sostenibilidad se estableció la Red EUROsociAL Salud, que aglutina a las instituciones participantes de los intercambios y otras interesadas en la información generada a través del proyecto, tanto de LA como de la UE, todas ellas del sector salud o de la protección social. La citada Red se constituyó en el año 2006 con 8

instituciones asociadas. En el año 2007 se pasó a una Red EUROsociAL Salud de 32 miembros, siendo patente el creciente interés por parte de las instituciones por participar activamente en las actividades de los intercambios de experiencias propuestos. En el año 2008 el número de miembros de la Red se incrementó a 40 y a fecha de cierre del proyecto, el número de miembros de la Red era de 49.

De acuerdo a la tipología de los miembros, se cuenta con 12 instituciones pertenecientes a organismos de protección social, 28 a salud y 9 a otros (universidades, fundaciones, etc.); éstos en su mayoría son instituciones públicas, como ministerios de salud, organismos de la seguridad social y organismos de cooperación regional. Es importante destacar la participación en la Red de Organismos de Integración Regional, como el Organismo Andino de Salud (ORAS) y la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA). Asimismo, instancias del Mercado Común del Sur (Mercosur), del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) han participado en diferentes actividades de la Red, especialmente en aquellas relacionadas con la integración regional en salud.

En cuanto a las instituciones nacionales que participaron en EUROsociAL Salud, se contó con personas que hicieron de enlace con el proyecto, delegadas por su máximo ejecutivo (de nivel ministerial o directivo de la seguridad social), fueron denominadas "Puntos Focales", y representaron a la instancia rectora de las políticas e instituciones de salud o de la protección social en sus respectivos países. A lo largo de la vida del proyecto, 17 países de América Latina, 3 países europeos y 2 organismos regionales latinoamericanos nombraron oficialmente puntos focales (22 en total).

Anualmente se han venido organizando encuentros de los puntos focales del proyecto. Estas reuniones tenían el objetivo

de coordinar y compartir entre todos los países involucrados en la acción la metodología acordada, los avances conseguidos, los problemas surgidos, así como la definición de prioridades para los diferentes planes anuales de trabajo: en total han sido 3 los encuentros realizados y han tenido lugar en Argentina (2007), México (2008) e Italia (2009).

Asimismo, durante estos años se han realizado, de forma anual, encuentros de todos los sectores del Programa EUROsociAL denominados "Encuentros de Redes". La participación de representantes del sector salud se ha dado a lo largo de los 4 años en los encuentros realizados en Cartagena de Indias-Colombia (Junio-2006), La Antigua-Guatemala (Jun-2007), en D.F-México (Jun-2008) y Salvador de Bahía-Brasil (Jun-2009), con un promedio de 50 personas por sector, (Justicia, Fiscalidad, Empleo, Educación y Salud). Cada encuentro giró en torno a una temática común a los 5 sectores.

En su conjunto, los intercambios de experiencias han intentado promover los objetivos del programa, enfocados a alcanzar una mayor cohesión social a partir de la reformulación de políticas sectoriales, la innovación de la gestión pública y la mejora permanente de programas sociales vinculados con la salud.

### Red EUROsociAL Salud : 49 instituciones

Entre ellas :

**12 instituciones de sector de la protección social,**

**28 instituciones del sector salud**

**9 instituciones diversas (escuelas de salud pública, universidades, etc.)**

#### Emanuel Orozco

Investigador en Ciencias Medicas

Instituto Nacional de Salud Pública (México)

#### Miguel Ángel Gonzalez Block

Director Ejecutivo

Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Instituto Nacional de Salud Pública (México)

#### Andrea Martínez-Borso

Técnica en Salud (OCS)

EUROsociAL Salud

#### Pablo Aguilar

Técnico en Salud (OCS)

EUROsociAL Salud

# Algunas cifras

Participantes en actividades por Planes anuales de trabajo (PAT) según el género	PAT 2007		PAT 2008		PAT 2009	
						
<b>Totales</b>	317	328	695	525	360	340
	49%	51%	56%	43%	51%	49%



**Actividades**  
Acciones realizadas en cada país (seminarios internacionales, pasantías de formación, asistencias técnicas, etc.)

**Participantes**  
Responsables políticos, funcionarios de alto nivel, expertos, investigadores.

**Instituciones**  
Ministerios de Salud, instituciones de Seguridad Social, Escuelas Nacionales de Salud Pública, Fondos de Salud, etc.

© Cartographie IRD - DIC/ E. Opigez

**parte 1 :**  
El **sentido** de la **acción**  
¿Cómo promover la  
**cohesión social** desde las  
políticas públicas de salud?

▼  
**parte 2 :**  
Intercambios de experiencias  
¿Cómo compartir saberes  
para **construir** el **cambio**?

**parte 3 :**  
Contextos diversos,  
desafíos varios:  
**resultados por país**

**parte 4 :**  
**Retos** para la cohesión  
social en América Latina



**Trabajadoras agrícolas  
ecuatorianas**



© IRD/ Photographe : Olivier Dangles

# parte 2

## Intercambios de experiencias **¿Cómo compartir saberes para construir el cambio?**



# Sector agrícola: horizonte de la cobertura de la protección social

**Palabras clave:**

*sector agrícola,  
protección social,  
cobertura, vulnerabilidad,  
convenio iberoamericano,  
voluntad política*

Ortrora la fuerza laboral y la economía de los pueblos se centraba en el trabajo del campo; desde tiempos remotos (periodo neolítico) se vislumbra la agricultura, como una actividad relevante para la sociedad, la cual permitió, con el transcurso del tiempo, una mayor densidad de la población, que llevó a la diversificación de trabajo, a actividades de artesanía y de comercio especializado. En la Edad Media surgen importantes innovaciones como el uso del arado y del caballo. El campo y sus trabajadores han tenido un papel predominante para el desarrollo económico de la sociedad; Alfonso X de Castilla definió a los campesinos como “los que labran la tierra e fazen (sic) en ella aquellas cosas por las que los hombres han de vivir y de mantenerse”.

La revolución industrial en Inglaterra y el resto de Europa llevó al descenso del requerimiento de fuerza de trabajo en

la agricultura y a movimientos migratorios, produciéndose una importante transformación en la organización del trabajo, por lo que se llevó a cabo en el viejo continente procesos de reforma agraria que derivaron en explotación y condiciones laborales injustas para los trabajadores; la reivindicación de estos y, el interés de la clase dirigente por buscar soluciones, impulsaron el nacimiento de los sistemas de protección social, que tienen su origen en Alemania con su precursor Otto Von Bismarck.

## El panorama

Actualmente, pese a las diversas políticas de reforma agraria adelantadas en América Latina y el papel relevante del sector agrícola en la economía y en el desarrollo social de los pueblos, los trabajadores del campo siguen siendo un grupo particularmente vulnerable.

**35,1%** de la población Latinoamericana, en el año 2007, estaba en situación de pobreza<sup>1</sup>

**12,7%** estaba en situación de indigencia<sup>2</sup>

En el año 2004 la población agrícola en la región era del 18,42% de la población total; siendo el panorama que presenta este sector bastante crítico. Por una parte hay que tener en cuenta, las desfavorecidas<sup>3</sup> zonas rurales en

<sup>1</sup> CEPAL (2007), Panorama Social de América Latina 2007, CEPAL, Santiago de Chile

<sup>2</sup> FAO (2005), El Estado mundial de la agricultura y la alimentación, Roma

<sup>3</sup> Christian Jacquier. La protección Social en la Agricultura. OIT

relación con las zonas urbanas; y por otra, la precariedad de la situación de los trabajadores del campo y sus familias, de los trabajadores agrícolas de temporada y de los migrantes como consecuencia de diversos aspectos. Destacan las condiciones de trabajo, el alojamiento, la exposición a enfermedades y contingencias diversas (pérdida de cosechas, de ingreso, sequías, inclemencias del tiempo, riesgos laborales por utilización de productos químicos, falta de infraestructura básica –irrigación, drenaje, almacenamiento- y de servicios adecuados –agua potable, sistemas de seguridad alimentaria, saneamiento, información, prevención sanitaria, entre otros), así como desprotección en servicios de salud, con profundas desigualdades entre el estado de salud de las personas residentes en el campo y las que residen en área urbana.

## Motivando el cambio

Estas circunstancias han tenido en la presente década connotaciones importantes en las agendas sociales de los países Iberoamericanos y de la Unión Europea, y dada la especial vulnerabilidad de este grupo poblacional se incorporó, en el marco de EUROsociAL Salud, una línea temática sobre "extensión de la cobertura de la protección social en salud a trabajadores agrícolas no cubiertos". Dicha temática ha pretendido poder brindar a las instituciones participantes el conocimiento de experiencias sobre extensión de la protección social a trabajadores agrícolas, que permita realizar procesos de cambio como la reforma hacia una mayor cobertura de los trabajadores agrícolas no cubiertos, con una mayor calidad de los servicios, encaminado a promover una sociedad más inclusiva y cohesionada.

Esta línea de acción permitió el desarrollo de diferentes actividades que han dejado, tanto para el presente como para la posteridad, insumos como el documento técnico sobre los "Retos para la extensión de la protección social en salud a trabajadores agrícolas y pueblos indígenas". Este documento recoge las orientaciones estratégicas que los equipos nacionales deben considerar para garantizar que las reformas en materia de protección social respondan el objetivo de promover la cohesión social. Asimismo se ha avanzado en los diagnósticos nacionales, reflexiones de lo aprendido y propuestas de reformas de los Sistemas de Protección Social -con ocasión del desarrollo de seminarios, visitas a instituciones agrícolas europeas (España y Francia) y el desarrollo de un Curso online.

Uno de los logros alcanzados recientemente en materia de extensión de la cobertura de la protección social es, sin duda, el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, que ha estado liderado por la Organización Iberoamérica de la Seguridad Social (OISS), y que beneficia a los migrantes y sus familias, el cual tiene como objetivo básico asegurar la cobertura social de los trabajadores que a lo largo de su vida laboral o profesional se desplazan de un estado a otro, como es el caso de muchos trabajadores agrícolas.

## Retos

De acuerdo con la experiencia extractada de EUROsociAL Salud sobre la materia y, dada la dimensión esencial de la salud en la generación de riqueza, como elemento de bienestar y como derecho fundamental de todo ser humano, se debe otear el horizonte con una visión amplia, que englobe programas de diálogo social a través de interlocutores sociales, que participen activamente y de forma conjunta con los diferentes actores gubernamentales, en el diseño, estructura y puesta en marcha de políticas públicas en salud. Éstas han de incorporar aspectos relacionados con: prestaciones mínimas nacionales en salud para toda la población y garantizadas por el estado; refuerzo de la atención primaria y la promoción de la salud con enfoque integral; establecimiento de mecanismos de coordinación institucional asociados con las características propias de cada país; procesos de sensibilización de la población con especial énfasis en la promoción y educación en salud; incremento de gastos de salud que favorezcan la extensión de la atención social en salud a la población agrícola; introducción de adecuados procesos de información, registro,

*Zafretero en Bermejo,  
departamento  
de Tarija (Bolivia)*



© Antonio Jiménez Lara



**Por la OISS y la FCSAI,  
Holman Jiménez Ardila**

Técnico, Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)

Responsable Técnico Intercambio de Experiencias Desarrollo de la Protección Social en Salud, EUROsociAL Salud

análisis e investigación epidemiológico en los sistemas de seguridad social y generación de empleo con prerrogativas atractivas para el trabajador agrícola, entre otros.

Todo ello pretende en consonancia con la voluntad política de los países que conforman esta región de tierra fértil, mejorar la calidad de vida de la población, minimizando las disparidades y brechas existentes en el ámbito de la salud para alcanzar una sociedad Latinoamericana más incluyente, equitativa, solidaria y justa.



# Salud para trabajadores informales y población migrante

**Palabras clave:**

*exclusión, cobertura, protección, universalidad, cohesión, solidaridad, salud, derechos, acceso, discriminación*

**E**l fundamento para abordar en este artículo, y en el Proyecto EUROsociAL Salud la temática sobre “Extensión de la protección social en salud hacia el sector informal (servicio doméstico-autónomo) y migrante” lo encontramos al evidenciar cambios en la estructura laboral y migratoria, cambios que han sido cada vez más dinámicos y masivos, especialmente en Latinoamérica. Constatamos además, que estas variaciones aumentan los riesgos sanitarios y de protección social, haciendo más vulnerable a la población que protagoniza, tanto la informalidad laboral como la migración, principalmente la vinculada a razones de carácter laboral-económica y al refugio.

Sin cambios profundos en las estructuras sociales, productivas, y de protección social y sin un reforzamiento del sector público será difícil salir del círculo vicioso que significa una economía que oscila recurrentemente entre el desempleo y el empleo de mala calidad.

## Transformaciones en el mercado laboral

Se han buscado justificaciones económicas al concepto de flexibilidad laboral, mientras en paralelo se acentúa la globalización. Se

ha promovido un proceso de desregulación del mercado de trabajo, eliminación de leyes, normas, prácticas y reglamentos que protegen los intereses y los derechos de los trabajadores y sus familias, generando más desprotección social, falta de empleo estable y empobrecimiento de la clase trabajadora. Algunas de las medidas que reformaron el mercado de trabajo durante la década de los noventa, contemplaron la creación de las empresas de trabajo temporal y contratos de aprendizaje, medidas que han generado nuevos instrumentos de precariedad laboral y han aumentado la asimetría de poder respecto de los empleadores.

Uno de los mayores impactos de la flexibilización laboral en América Latina ha sido el desempleo, amenaza para las clases sociales más desprotegidas. La subcontratación o la externalización como estrategias empresariales han pasado a ser elementos utilizados en exceso. La precariedad y desprotección social se agrava cuando agregamos el hecho de que, en la generalidad de las legislaciones de Seguridad Social, incluyendo la relativa a Salud, la cotización y afiliación a los regímenes de los trabajadores denominados autónomos, independientes o “por cuenta propia” no es obligatoria.

El trabajo autónomo, el de servicio doméstico, y otras formas de empleo precario, tales como los contratos de formación para jóvenes, o los contratos por tiempo determinado, responden a un mercado laboral fuertemente flexibilizado.

Esta situación afecta principalmente a los trabajadores más jóvenes, quienes comienzan su vida laboral en situación precaria, y sin hábito de prever los estados de necesidad y siniestros de los que quedarían protegido si formaran parte de la población con Seguridad Social.

Otro importante segmento de población latinoamericana afectada por la exclusión de protección social, incluyendo la sanitaria, la encontramos en la migrante. También la migración es una dimensión inherente a la globalización; por ello se le ha denominado el tercer flujo de circulación, junto a los capitales y productos. Sin embargo, los seres humanos son quienes deben enfrentar las mayores barreras en su desplazamiento, que los coloca en situación de vulnerabilidad y trasgresión de sus

“es necesario desarrollar programas y generar normativa que tenga en cuenta la realidad de una población que se torna cada vez más móvil”

derechos. Es así como las políticas en materia de seguridad social y salud, no toman en cuenta los sucesivos cambios de residencia, hecho que dificulta el ejercicio de los derechos.

Por tanto, es necesario desarrollar programas y generar normativa que tenga en cuenta la realidad de una población que se torna cada vez más móvil, prestando especial atención a los grupos más vulnerables de migrantes, en especial a los que se encuentran en condición irregular o solicitando asilo.

Cabe señalar, que junto al incremento de la migración latinoamericana se han diversificado los países de destino. Si bien Estados Unidos, sigue siendo un polo preferente de atracción, se observan también flujos hacia Europa, en especial hacia España, y en menor medida Italia, Francia y Portugal. A su vez, existe una presencia importante de latinoamericanos en Japón y Canadá. España se ha convertido en el segundo destino de migración para los latinoamericanos. En la actualidad, el 40% de los inmi-

grantes en ese país son de esta región; se estima que aproximadamente un 51% de ellos se encuentra indocumentado. (CEPAL, 2008). Por otra parte, la migración latinoamericana es básicamente femenina. Se habla por tanto de feminización de la migración, se trata de mujeres que viajan solas, y no como acompañantes de sus parejas, dejando atrás familias, hijos y redes de pertenencia. La mayor presencia de mujeres en las corrientes migratorias estaría asociada a una demanda de mano de obra tradicionalmente femenina; el cuidado de ancianos y el servicio doméstico.

A partir de la década de los 90, crece de modo significativo la migración intra regional, la cual ocurre preferentemente entre países limítrofes. El 60% de los inmigrantes provienen de países cercanos geográficamente. Los que son catalogados como “receptores” son Argentina, Costa Rica y la República Bolivariana de Venezuela. Algunos son a su vez, emisores de tránsito y receptores, como países del Caribe, Centro América y algunos del Cono Sur. En los últimos tiempos ha existido un aumento significativo de inmigrantes, en Costa Rica y Chile (CEPAL; 2008). Debido al incremento de la pobreza y la desigualdad en la región, se observa un crecimiento sostenido de la migración latinoamericana, que pasó de 21 millones de personas en el 2000 a 26 millones en el 2005, es decir, los latinoamericanos representan el 13% de los migrantes internacionales, proporción superior al peso relativo de la población latinoamericana a nivel mundial, que alcanza sólo al 9% (CEPAL, 2008).

La migración ha sido entendida como el movimiento de personas de su país de origen para establecerse de modo temporal o definitivo en un país distinto (OIM; 2006) Sin embargo, la migración entre países limítrofes, se caracteriza por movimientos temporales y reversibles de poblaciones de un país a otro, generando una movilidad circular de difícil cuantificación. Por lo general, estos

migrantes se encuentran en situación irregular, y trabajan en condiciones precarias y sin protección, social, incluyendo Salud.

Entonces ¿cómo extender la cobertura de protección en salud para segmentos de población con mayor riesgo como los trabajadores informales y la población migrante?

### Algunas propuestas

Algunos países pueden enfrentarlo con un sistema contributivo obligatorio para los autónomos, buscando la formalización de su condición y otorgando prestaciones asistenciales a quienes no tienen los recursos suficientes, con lo cual facilitan la regularización de su residencia y, sobre todo, es fundamental informar de los derechos a los que accederían si adquieren la calidad de residentes. Por otra parte, cabe defender el derecho a no emigrar del país al que se pertenece, hecho que pone en exigencia para los Estados el cumplir su deber

de protección social hacia los nacionales y los extranjeros que habiten su territorio. En materia de salud pública, esto es más que evidente sin embargo, en prestaciones sanitarias curativas dirigidas a las personas, resulta más lento el reconocimiento del derecho humano a la salud, de manera universal, tarea que debe perseguirse, pues constituye un verdadero desafío.

En un momento coyunturalmente importante para UE y ALA, los intercambios de experiencias generados en el marco de EUROsociAL Salud, han favorecido que tanto Ministerios de Salud e instituciones de Seguridad Social en Salud en Latinoamérica elaboren y dispongan de un diagnóstico de la situación de sus respectivos países, en materia de protección social en salud, poniendo énfasis en trabajadores informales, migrantes, población indígena y trabajadores agrícolas. De allí surgieron intercambios enriquecidos con análisis teórico-prácticos de la realidad que viven

estos países, considerando no sólo el dictado de normas que colabora en evitar tanta desigualdad, discriminación y exclusión de derechos sociales, sino también compartir la experiencia de buenas prácticas.

Esto ha permitido conocer las posibilidades que algunos países han tenido, de avanzar en indicadores de bienestar sanitario reconociendo la necesidad de otorgar prestaciones, distinguiendo la diversidad de necesidades, reestructurando instituciones del sector, cambiando los énfasis en medidas concretas y en el lenguaje para ir cambiando realidades. Asimismo se constata que la metodología de participación social en estas materias tiene gran relevancia para continuar por la senda de mayor cohesión, estrechando las grandes brechas de acceso a derechos para la población latinoamericana.

### Desafíos

Entre los restos que tenemos por delante están los relativos al fortalecimiento de políticas de Estado que impulsen la priorización de medidas sociales basadas en un actualizado diagnóstico de las necesidades sanitarias. Es preciso conocer, medir y enfrentar los determinantes de la Salud -que mucho tienen que ver con la pobreza de los países-. La ayuda internacional, como la que se ha dado en este programa, fortalece la cooperación entre países latinoamericanos que comparten realidades comunes y que deben trabajar conjuntamente sobre los efectos de la informalidad y las migraciones.



© IRD/Photographie: Marie-Noëlle Favier

*Migración de los campesinos Bolivianos*



**Erika Diaz Muñoz**

Jefa del Departamento de Fiscalía  
Fondo Nacional de Salud -FONASA.- Chile  
Punto focal de EurosociAL Salud en Chile



# Extensión de la protección social para los Adultos Mayores

**Palabras clave:**

*cobertura, prevención excluidos, autonomía personal, envejecimiento saludable, dependencia*

## Punto de partida

Según la CEPAL, en América Latina y el Caribe el número de personas mayores de 60 años se situaba, en el año 2000, entorno a los 42 millones y se espera que hacia el año 2025 esta población supere los 100 millones de personas, es decir, se habrá duplicado en menos de un cuarto de siglo. En términos porcentuales, los mayores de 60 años pasarán de suponer el 8% de la población total en el año 2000 al 14% en 2025, alcanzando un 24% en el año 2050. Alrededor del 55 por ciento de estos adultos mayores son mujeres<sup>1</sup>.

La cobertura de las necesidades de salud de los adultos mayores en los países iberoamericanos es desigual. Está limitada o restringida en función a características de los sistemas de salud nacionales, existiendo sustanciales

diferencias en el tipo de intervenciones de salud cubiertas según qué institución realice la cobertura y, en muchos casos, están excluidas las intervenciones de alta complejidad y los medicamentos.

La información acerca del uso de los servicios de salud por parte de los adultos mayores es muy escasa. No obstante, los datos disponibles permiten afirmar que las personas mayores que cuentan con cobertura asegurada de salud no siempre hacen un uso continuado y eficaz de los servicios de salud, y destaca la baja presencia de prácticas preventivas.

Los adultos mayores presentan situaciones de discapacidad en mayor proporción que las personas de otros grupos de edad, pues, aparte del deterioro de sus capacidades físicas y mentales debido al envejecimiento, han estado expuestos a los riesgos propios de cada edad a lo largo toda su vida.

Asimismo, no hay una cultura preventiva y de cuidados especializados (asistencia a domicilio, instituciones de día e instituciones de larga estadía; de igual forma, carecen de entidades especializadas en problemas de demencia). Por otra parte, hace falta instituciones que promuevan la autonomía personal y el envejecimiento saludable.

## Intercambiar para avanzar

A la vista, entre otros, de estos antecedentes consideramos desde el Programa EUROsociAL Salud que era de gran interés establecer una línea de trabajo sobre Extensión de la Protección Social en Salud a poblaciones especialmente vulnerables: Adultos Mayores y Personas en Situación de Dependencia.

Dada la importancia del tema, la propuesta generó gran interés y apoyo de los puntos focales y de las instituciones competentes de los países.

Como punto de partida, con el objetivo general de dar a conocer a las instituciones participantes del intercambio experiencias desarrolladas en los países transfronteros para la mejora de la protección social en salud de los adultos mayores, fue organizado un importante encuentro en la sede del Instituto de Seguridad Social de Uruguay (BPS), en el que participaron representantes

y responsables de 10 países<sup>2</sup>. Además de la importante participación y deba-

## Los mayores de 60 años en AL:

**8% en el 2000**  
**14% en el 2025**  
**24% en el 2050**

<sup>1</sup> Fuente: División de Población de la CEPAL (CE-LADE), Proyecciones demográficas, 2003 y Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2000 Revisión, vol. 1, 2000.

<sup>2</sup> Encuentro: Montevideo (Uruguay) 13, 14 y 15 de Octubre de 2008 - Visitas Técnicas: Montevideo (Uruguay) 15 de Octubre de 2008 -Buenos Aires (Argentina) 16 y 17 de Octubre de 2008

tes el encuentro se complementó con una serie de visitas a centros especializados y programas, tanto en Montevideo (BPS) como en Buenos Aires, por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), Ministerio de Desarrollo Social y Instituto Nacional De Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

Como consecuencia de este Encuentro se organizó, una pasantía en España, [Comunidad de Madrid y Castilla la Mancha]<sup>3</sup>, donde participaron responsables de instituciones gubernamentales de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. En esta Pasantía se visitaron y analizaron programas y centros especializados para la atención a adultos mayores, con especial referencia a personas mayores dependientes y, muy en profundidad las situaciones psicogerítricas como demencias y Alzheimer, así como el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria.

En el contexto de esta línea de actividad, y a petición de Argentina y Chile, se organizó una asistencia técnica<sup>4</sup>, para grupos nacionales de trabajo de las diferentes regiones de Argentina y Chile, que involucró a directivos, responsables y coordinadores de este tipo de servicios. Todo ello con el fin de profundizar y debatir sobre estos temas para mejorar e innovar sus centros y programas para adultos mayores dependientes y/o con demencias: residencias y centros de larga estadía, centros de estancias diurnas, viviendas tuteladas y atención domiciliaria especializada. Asimismo se analizó en detalle, tanto desde la perspectiva técnica como de gestión presupuestaria, el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria.

<sup>3</sup> Madrid y Castilla la Mancha, 9 a 13 de Marzo de 2009

<sup>4</sup> Santiago de Chile, 21, 22 y 23 de Septiembre de 2009 y Buenos Aires (Rep. Argentina), 24, 25 y 26 de Septiembre de 2009

Como importante resultado en relación con esta línea temática hay que destacar la elaboración del documento técnico sobre "Situación y recomendaciones respecto al adulto mayor y personas con discapacidad", que se constituye en un diagnóstico de la situación de salud de los adultos mayores de Latinoamérica y Europa y en un punto de partida para la adopción de medidas que contribuyan a impulsar la cohesión social de este colectivo, respondiendo a la demanda de la cumbre Iberoamericana, hacia construir sociedades más justas.

### Primeros resultados

Todo el trabajo desarrollado en los diversos intercambios ha favorecido la profundización en el conocimiento de la situación de salud de los adultos mayores en cada uno de los países participantes en el intercambio, gracias a la información detallada y precisa que han trasladado los participantes sobre las demandas de salud de los mayores, los dispositivos de atención, la cobertura de los sistemas de salud y las necesidades insatisfechas.

Asimismo, se ha avanzado en la identificación de buenas prácticas y en la definición de criterios de actuación en relación con la prevención de la salud, la promoción de hábitos de vida saludable, la atención y seguimiento a personas con factores de riesgo, el acceso a la salud de los adultos mayores, la promoción del envejecimiento activo, la mejora de las condiciones de accesibilidad del entorno, la promoción de la autonomía personal y la atención de las necesidades de las personas mayores en situación de dependencia.

Estamos seguros que los trabajos realizados, los resultados obtenidos y el interés de todos, van a servir de base



**Jose Carlos Baura Ortega**

Técnico Superior de la Seguridad Social de España, Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) Miembro del Consejo de Dirección de EUROsociAL Salud

para rentabilizar los intercambios de experiencias, los análisis y debates y que ello repercutirá en importantes mejoras, avances e innovaciones para una mejor atención a los adultos mayores en Iberoamérica, siendo un importante refuerzo en la promoción de la cohesión social.

# Reformas sanitarias en América Latina y su orientación hacia la cohesión social

## Palabras clave:

reformas sanitarias, América Latina, financiación, cohesión social, equidad, solidaridad, intercambio de experiencias, participación social, derecho a la salud, modelos binacionales de salud

Las reformas de los sistemas de salud son procesos políticos complejos con alcances diferenciados en cobertura y accesibilidad a los servicios de salud (Infante et al, 2000; Vargas et al, 2002). En este marco, un eje instrumental y analítico ha sido la financiación del sistema sanitario (Arredondo et al, 2004), siendo algunos de sus alcances más relevantes la fundamentación de dimensiones centrales de la cohesión social en salud como la equidad y la solidaridad (Mesa Lago, 2005). Un reto establecido en el debate sobre reformas y financiación es el fortalecimiento de las capacidades en los sistemas de salud de América Latina para dar protección social al 20% de la población que carece de ésta (Madies et al, 2000).

En el marco del Proyecto EUROsociAL Salud, la línea de intercambio sobre Reforma y financiación de sistemas de salud buscó favorecer intercambios de experiencias en donde las políticas de reforma estuvieran vinculadas con la mejora de la financiación en cuanto a estrategias para ampliar la cobertura de servicios de salud para poblaciones desprotegidas.

## Las acciones emprendidas bajo el auspicio de EUROsociAL Salud enfatizaron dos elementos metodológicos centrales:

- La vinculación de actores al más alto nivel para el diseño de estrategias de mejora de la financiación de los sistemas de salud;
- El desarrollo de capacidades y la formación de Grupos Nacionales de Trabajo para una óptima transferencia de conocimientos y metodologías.

En su etapa madura esta línea temática amplió su marco hacia el desarrollo de iniciativas dirigidas al fortalecimiento de procesos de reforma en los ámbitos de la participación social en la gestión pública, el diseño de modelos de atención a la salud para poblaciones en condiciones de vulnerabilidad y el derecho a la financiación de la atención de la salud. Este esfuerzo generó procesos de reflexión y

cambio en políticas de salud las cuales involucraron la participación directa de más de 70 personas representando a 13 países de América Latina y 4 de Europa.

## Logros en materia de financiación

Este eje temático involucró la participación de representantes de 7 países de América Latina y 3 de Europa. Las acciones emprendidas en estos intercambios derivaron en la formulación de documentos técnicos y seminarios, destacándose los casos de Colombia, Chile y Uruguay en donde se consolidaron grupos de trabajo a nivel nacional y se fortalecieron las capacidades técnicas de 7 instituciones. Esto se logró con un amplio respaldo político y la asistencia técnica de representantes de Francia, España y Holanda.

Los principales impactos alcanzados derivaron en la implementación de los siguientes productos:

★ **En Chile** se desarrolló una fórmula para la asignación territorial de recursos financieros con capitación

ajustada, mediante la aplicación de mecanismos de pago por programas y criterios de desempeño en el sistema de salud.

★ **En Colombia** se impulsó un mecanismo de asignación territorial de recursos financieros con una capitación ajustada para favorecer el ajuste de primas de seguro según grupos de diagnóstico, el seguimiento de los costos de atención de las necesidades en salud de la población y el establecimiento de procesos de monitoreo de aseguradores en base a resultados en salud, según el modelo Francés de la Clasificación Común del Acto Médico. Los expertos que asesoraron este proceso permitieron conciliar las diferencias existentes entre el nivel rector y los operadores, de tal forma que se ha consensuado la posibilidad de un sistema similar al francés, que estandarizará de 3 sistemas en uso a uno solo, mejorando la eficiencia y control del gasto en salud, permitiendo un mejor acceso poblacional, principalmente en cuanto a enfermedades catastróficas.

★ **En Uruguay** se trabajó en el fortalecimiento del proceso de cambio derivado de reformas implementadas a partir de 2007 en el sistema de financiación en salud, impulsándose la creación de un Seguro Nacional de Salud que disponga de un fondo al que contribuirán las empresas, los trabajadores y el Estado.

### Logros en la temática de participación social en el contexto de reforma

Las iniciativas con mayor enfoque social tuvieron una orientación hacia la sensibilización de aquellos que toman las decisiones, la vinculación de actores políticos y la participación de actores de la sociedad civil. Estas se llevaron a cabo a través de los seminarios "Participación Social en Salud y Gestión Pública" y "La financiación de la Salud como un Derecho", efectuados ambos en Chile durante 2009. Al primero, que se realizó en Santiago de Chile, acudieron 37 representantes de 13 países latinoamericanos y 4 europeos. Una de las principales conclusiones de este seminario fue que la participación social es una estrategia central para la democratización de las reformas sanitarias en América Latina.

El segundo seminario se llevó a cabo en Viña del Mar, y supuso la conclusión de las actividades del proyecto. Acudieron representantes de instituciones de Seguridad Social y Ministerios de Salud de 11 países latinoamericanos y de 3 organismos multilaterales. Se concluyó que EUROsociAL Salud ha tenido un papel trascendente en el fortalecimiento de instrumentos diplomáticos de alto nivel para lograr una mayor cohesión social en salud.

### Logros en gestión de servicios de salud

Como ejemplo de vinculación para la búsqueda de soluciones trabajando en coordinación con el área temática de protección social, se destaca el desarrollo de un modelo binacional de atención en salud para el pueblo Wayuu, que involucró a los ministerios de Protección Social de Colombia y del Poder Popular para la Salud en Venezuela. Es de resaltar la voluntad política expresada por las autoridades y funcionarios de los ministerios de salud de ambos países para realizar ajustes a sus marcos normativos a fin de impulsar un proyecto piloto que permita implementar el modelo propuesto, para mejorar la salud de cerca de 200.000 indígenas en ambos países.

“la participación social es una estrategia central para la democratización de las reformas sanitarias en América Latina”

### Conclusiones

Esta línea temática favoreció resultados orientados a la cohesión social ya que se transmitieron conocimientos a partir de expertos técnicos que han tenido la capacidad de movilizar la voluntad política de los mandatarios en favor de iniciativas orientadas por principios solidarios y democráticos en el marco de las reformas sanitarias.

Asimismo se fortalecieron capacidades institucionales y se crearon vínculos profundos para alcanzar una mayor equidad en los sistemas de salud de América Latina.

Los desafíos más relevantes de esta línea temática radican en la continuidad del intercambio de experiencias y en la corrección de los problemas de equidad en el financiamiento de los subsistemas de salud de los países de la región.



**Emanuel Orozco**

Coordinador Temático  
Instituto Nacional de Salud Pública  
(INSP) México

**Miguel Ángel González Block**  
INSP

**Armando Arredondo**  
INSP

**Pablo Aguilar (OSC)**  
EUROsociAL Salud

# La buena gobernanza hospitalaria como mecanismo de inclusión

**Palabras clave:**

salud, gobernanza, equidad, cohesión social, hospital, servicios de salud, calidad, management sanitario, América Latina

## Introducción

La salud es un derecho humano que es necesario proteger en cuanto conforma un requisito esencial para la realización de los proyectos de vida de las personas. Por consiguiente es necesario garantizar el cuidado de la salud, particularmente entre las personas en situación de pobreza, dado que entre éstas no sólo se observa una mayor mortalidad prematura y un mayor índice de enfermedades y discapacidades, sino que además, la pérdida de la salud profundiza enormemente su condición de pobreza. Por ello, la salud es un componente esencial del desarrollo social, y su cuidado, un instrumento muy eficaz de equidad, justicia social e igualdad social.

La gobernanza, en hospitales y servicios de salud, implica la capacidad del sistema sociopolítico al cual pertenecen dichas estructuras, de que existan “procesos” de gobierno que permitan alcanzar los “resultados” que den respuesta a las necesidades

y demandas de salud de la población. Una buena gobernanza, además de buscar los mejores resultados, también se ocupa de promover la participación, la representatividad, la igualdad de oportunidades, los consensos y la responsabilidad sobre los resultados, esto es, busca también mejorar la gobernabilidad (condiciones para una buena gobernanza), favoreciendo de este modo un movimiento circular gobernabilidad → gobernanza → gobernabilidad.

En el caso de Hospitales y Servicios de Salud, las principales macro-variables a monitorear para conocer su estado de gobernabilidad/gobernanza, son:

- ★ Equidad contributiva y distributiva
- ★ Accesibilidad a los servicios, continuidad de la atención e integralidad de los cuidados
- ★ Efectividad clínica (incluida la seguridad de los pacientes)
- ★ Satisfacción de los usuarios

★ Eficiencia en el uso de los recursos

★ Salud, seguridad, bienestar, satisfacción y desarrollo del recurso humano que brinda los servicios

Dentro de cada una de las mencionadas macro-variables, se incluyen variables específicas que caracterizan el desempeño de los servicios de salud en relación a su misión y demás objetivos estratégicos, y que están identificadas por la moderna gerencia sanitaria.

En este contexto, cobran particular relevancia los sistemas de información, cuyo diseño e implementación deben asegurar la calidad de los datos, así como la oportunidad y la confianza en la información referida al conjunto de variables y macro-variables mencionadas.

## Situación en América Latina

Según datos de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y

el Caribe (CEPAL), un 38% de la población de Latinoamérica (LA) vive en condiciones de pobreza.

En los hospitales y servicios de salud de LA existe una gran debilidad en todas las funciones de la gerencia sanitaria (planificación, organización, conducción, control y evaluación) lo que se traduce en una pobre gobernanza de dichas organizaciones. Un dato que marca claramente esta realidad es la falta de datos e información específica acerca de las variables y macro-variables que caracterizan el binomio gobernabilidad/gobernanza.

Sí existen indicadores duros y sensibles (aunque no específicos) del desempeño de las organizaciones sanitarias, tales como la mortalidad materno-infantil y la incidencia de enfermedades trazadoras, que, según datos del 2009 de la OPS/OMS, demuestran que además de un bajo rendimiento de los sistemas de salud, existe una enorme desigualdad en la región de las Américas:

### 1) Mortalidad materna (MM)

MM estimada en LA y el Caribe:  
**135** / 100.000 nacidos vivos

MM estimada en América del Norte:  
**11** / 100.000 nacidos vivos

### 2) Mortalidad infantil (MI)

MI en LA y el Caribe:  
**18,7** / 1.000 nacidos vivos

MI en América del Norte:  
**6,6** / 1.000 nacidos vivos

### 3) Incidencia de Tuberculosis (TBC)

TBC en LA y el Caribe:  
**35,8** / 100.000 habitantes

TBC en América del Norte:  
**4,3** / 100.000 habitantes

## La acción de EUROsociAL Salud

Con el fin de fortalecer las mencionadas funciones de la dirección sanitaria y de esta manera fortalecer, a su vez, la gobernanza de las organizaciones involucradas, en el marco del proyecto EUROsociAL Salud se ha desarrollado una línea de intercambio sobre La Buena Gobernanza de Hospitales: experiencias y desafíos para el Sector Público en América Latina.

Los miembros de la Fundación ISALUD de Argentina, responsables de la gestión técnica del Intercambio, en conjunto con los responsables de las instituciones transferentes (Argentina, Brasil, Chile, España, Francia e Italia) y demandantes (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay), sobre la base del diagnóstico compartido, y a través de un amplio mecanismo de consenso, establecieron los temas a abordar a lo largo de los diversos intercambios: contratos de gestión, sistemas de información, diálogo social, riesgo sanitario,

medición de la producción y desempeño hospitalario (como los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, "GRD"), estrategias y sistemas de monitoreo y apoyo a las reformas hospitalarias y la formación en gerencia sanitaria.

## Avances

Como principales resultados de los diferentes intercambios de experiencias desarrolladas en estos años en pos de mejorar el acceso a servicios de calidad de cuidado de la salud, garantizado por una buena gobernanza hospitalaria como mecanismo equitativo, rápido y eficaz de inclusión y cohesión social, podemos destacar:

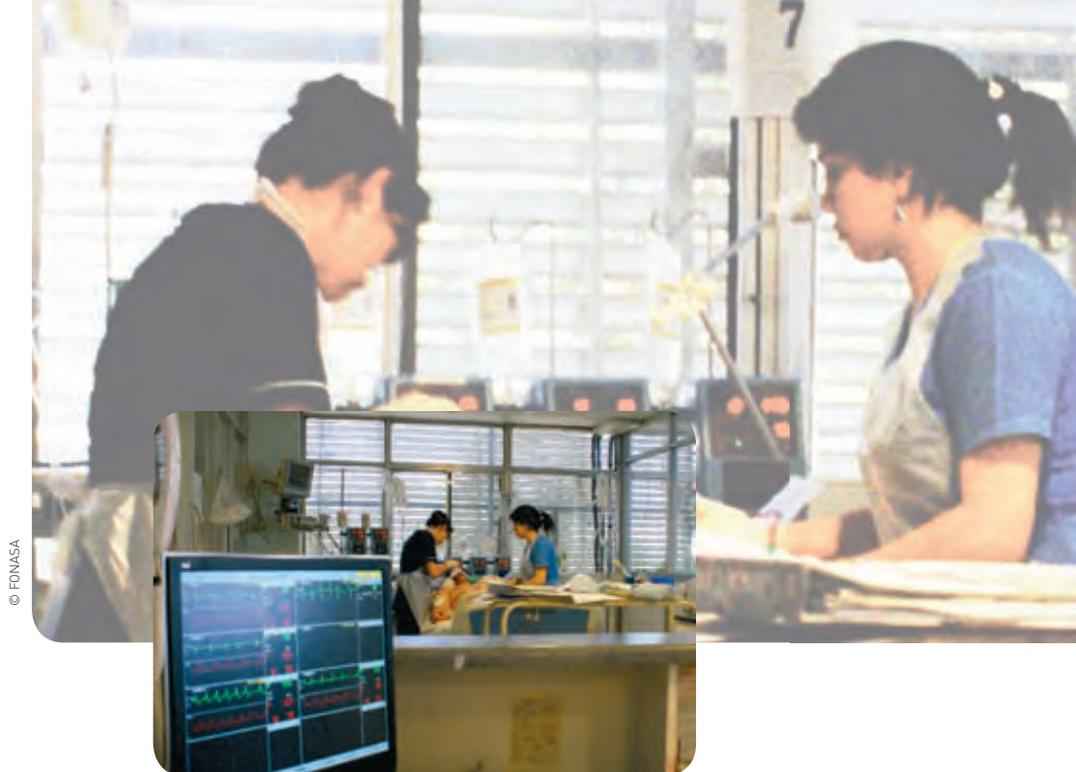
★ El poder contar con diagnósticos nacionales y regionales sobre los diferentes modelos existentes actualmente en Europa y LA sobre gobernanza hospitalaria, que viene recogido en el documento técnico "Gobierno de Hospitales en Latinoamérica y Europa: modelos y lecciones aprendidas" así como en los "Dossier Nacional sobre Gobierno de Hospitales: marco y documentación clave" elaborados por los equipos técnicos nacionales.

★ El fortalecimiento de las capacidades institucionales de los equipos técnicos nacionales y los líderes hospitalarios para la implementación de los modernos instrumentos de gestión hospitalaria que contribuyen al nuevo modelo de hospital público orientado a la cohesión social, promoviendo el desarrollo en Latinoamérica de la cultura de la medición de la producción y el desempeño hospitalario.

La consolidación, vigencia y operatividad de las redes humanas e institucionales conformadas entre los distintos actores que han participado entre el 2006 y el 2009, en las diversas actividades de la línea de intercambio más allá del hori-

“La consolidación, vigencia y operatividad de las redes humanas e institucionales conformadas (...) es uno de los principales desafíos a futuro”

un encuentro nacional de hospitales en la ciudad de Buenos Aires, que, pudo contar con la participación y la exposición de profesionales e instituciones que han participado en la línea temática de Buena Gobernanza Hospitalaria, reflejando el buen estado de la red creada.



Hospital chileno



**Santiago Gerardo Spadàfora**

Secretario de Extensión Universitaria y Director de la Especialización en Administración Hospitalaria

Universidad ISALUD

Coordinador Técnico de la Línea de Intercambio La Buena Gobernanza de Hospitales



# Las políticas de **Uso Racional de Medicamentos** en América Latina

**Palabras clave:**  
*uso racional de medicamentos, calidad, seguridad, inocuidad, observatorio de precios públicos, armonizar, información*

**D**os décadas atrás la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió que se hace Uso Racional de los Medicamentos (URM) cuando “Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”. Una desviación respecto de cualquiera de las situaciones enumeradas conlleva a un uso irracional del medicamento, ya sea bajo prescripción médica o automedicación siendo el uso inadecuado o irracional el punto central en el mejoramiento de las políticas públicas.

El concepto de URM involucra, desde un punto de vista integral e integrado, el proceso total, desde la fabricación hasta que el medicamento es consumido por el paciente. Es decir, comprende la cadena completa del medicamento: elaboración o producción, adquisición, distribución o almacenamiento, prescripción, dispensa y consumo. La multiplicidad de actores,

espacios y alcances de las diferentes etapas de la cadena generan obstáculos que no permiten el desarrollo de un uso adecuado del medicamento tal como ha sido definido.

Durante el desarrollo del Programa EUROsociAL Salud se han realizado actividades que muestran cómo algunos países han logrado implementar medidas de URM en las distintas instancias de tal proceso o cadena. Los resultados obtenidos por EUROsociAL Salud en este ámbito se vieron plasmados en un programa de capacitación de cuerpos técnicos y funcionarios sensibilizados capaces de ser responsables de las entidades reguladoras de diferentes países. Este logro se realizó con base en los intercambios de experiencias de agencias reguladoras como: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil (ANVISA), Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos de Colombia (INVIMA) y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

de Argentina (ANMAT), que “constituyen buenos ejemplos a seguir respecto al fortalecimiento de la institucionalidad. La autonomía de estas entidades respecto de los ministerios contribuye a especializar funciones e incrementar la viabilidad de los mecanismos de transparencia, principalmente por separar a las entidades que regulan de las entidades que adquieren medicamentos” (Ventura, 2009).

La selección de estas agencias se fundamentó en su experiencia y en su capacidad para garantizar la calidad, seguridad e inocuidad de los medicamentos que circulan en sus países, en especial en el reconocimiento que obtuvieron de la Unión Europea por sus estándares de calidad.

Sin embargo persisten ciertos interrogantes:

★ ¿Es posible que en Brasil existan 5.400 (ANVISA, 2004) presentaciones de

productos farmacéuticos y en México 19.000 (Canifarma, Dechema y KPMG México, IMS Health 2005)?

- ★ Si países que poseen ciertas similitudes como fuertes agencias reguladoras (ANVISA y COFEPRIS) y grandes mercados de medicamentos (con las mayores ventas en moneda y en volumen de los países latinoamericanos) presentan esta abrumadora disparidad, ¿Qué elementos podrían estar generando esta colosal diferencia?
- ★ ¿Qué políticas deberían implementar países con mercados más pequeños y entidades regulatorias menos autónomas?
- ★ ¿Cuáles son las herramientas más adecuadas para tener medicamentos seguros, inocuos y de calidad en países con estructuras más pequeñas?

Respuestas a estas cuestiones son las que fueron planteadas en las visitas e intercambios de EUROsociAL Salud.

## Aportes de EUROsociAL Salud al URM

Se abordó desde el Proyecto EUROsociAL Salud el trabajo interdisciplinario del área temática de medicamentos con los equipos de Atención Primaria de la Salud (APS) de los países participantes, estimulando y favoreciendo políticas de URM en este abordaje común. De este modo se logró instalar el tema en las agendas políticas y en los medios de comunicación masiva.

En instancias de discusión recientes y en pos de continuar con líneas comunes de acción, se priorizó la necesidad de contar con información sobre precios y concretar las acciones necesarias para la creación del anhelado observatorio de precios públicos. En igual sentido se destacó la necesidad de armonizar normativa y se trabajó sobre la preocupación en los aspectos relacionados con la calidad de medicamentos biológicos en las particularidades que presentan respecto a los tecnológicos. Los países reconocieron el valor del trabajo conjunto en la certificación de buenas prácticas de manufactura y aseveración de la calidad de productos farmacéuticos que provienen de industrias transregionales.

En estos aspectos el aporte europeo, como el caso de España, Francia e Italia, es siempre importante. Despiertan especial interés las estrategias innovadoras en la implementación de sus políticas regulatorias y de URM, en particular en la gestión de la información. Esto se observa en los países más desarrollados de la región, cuya problemática hoy parece centrarse en mejorar el sistema de información tanto a prescriptores como a pacientes. Se visualiza entonces al URM como el punto de encuentro para garantizar el acceso y contener los crecientes costos. El gran desafío de los

gobiernos hoy es poder establecer políticas de medicamentos encaminadas, primordialmente, a racionalizar y estimular su uso apropiado, sin dificultar los objetivos globales y particulares de un sistema que asegure la accesibilidad a las prestaciones de salud y a los medicamentos. Estas medidas deberán enmarcarse en políticas de control del gasto con el objetivo fundamental de satisfacer la mayor cantidad de necesidades existentes.

A través de los intercambios de experiencias en el marco de EUROsociAL Salud que ha provisto instrumentos generadores de un

cambio hacia el desarrollo y la innovación se lograron importantes resultados. Los Equipos Nacionales de Medicamentos, pudieron plasmar en un documento técnico la situación diagnóstica en sus países. Asimismo se ha elaborado un estudio comparativo entre las diferentes políticas de URM en la región, que posibilitan proyectar nuevos horizontes

en cuanto a políticas y programas sobre política de medicamentos en las diferentes regiones.

Se espera que tras la finalización de EUROsociAL Salud este espacio mantenga su dinamismo a través de la Red conformada por las instituciones que continuarán trabajando hasta alcanzar niveles de integración y cohesión social más razonables.

Desafíos que paulatinamente van siendo realidad gracias al aporte sostenido dado en este caso por la cooperación internacional a través del proyecto EUROsociAL Salud.

“El gran desafío de los gobiernos hoy es poder establecer políticas de medicamentos encaminadas, primordialmente, a racionalizar y estimular su uso apropiado”



© IRD/ Photographie: Daina Rechner



**Lidia Neira**

Responsable Técnica del Intercambio de Medicamentos Fundación ISALUD, Argentina



**Catalina de la Puente**

Coordinadora Técnica EUROsociAL Salud - Medicamentos Fundación ISALUD, Argentina



# La Atención Primaria en Salud y la organización de una red integrada de servicios

**Palabras clave:**  
*atención primaria en salud, acceso, universalidad, redes integradas, puerta de entrada, integralidad, coordinación, continuidad de la atención*

Los sistemas de salud de los países latinoamericanos se caracterizan (con pocas excepciones) por la segmentación, es decir, la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiación, afiliación y provisión de servicios dirigidos a segmentos poblacionales diferenciados según su inserción laboral, nivel de renta y posición social con importantes desigualdades de acceso. Se estima que 200 millones de personas en Latinoamérica (en 2005) carecen de acceso oportuno y cobertura adecuada a los servicios de salud, con una exclusión social en salud que incide en hasta el 70% de la población en algunos países (OPS, 2007). A la segmentación se suma la fragmentación de los servicios con presencia de diversos prestadores sin integración o conformación de una red, lo que conlleva a la discontinuidad del cuidado e impide la garantía de acceso a los diversos niveles asistenciales de acuerdo con las necesidades, profundizando las brechas existentes para lograr la equidad y la eficiencia.

En los países latinoamericanos la Atención Primaria en Salud (APS), en el contexto de los ajustes estructurales de los años 80 y 90, adoptó modelos selectivos, difundidos por agencias financieras multilaterales, en los que se optó por una reducción del rol del sector público y la implementación de

paquetes mínimos de servicios de salud, dirigidos a grupos poblacionales marginalizados, que profundizaron aun más las desigualdades sociales y de salud.

De modo distinto, como preconizó la Declaración de Alma Ata (1978), aquellos sistemas de salud en los que la APS se orientó hacia una acción integral, es decir, como coordinadora de una red integrada de servicios y como articuladora de acciones intersectoriales que incidían sobre los diversos determinantes sociales, mejora las condiciones de acceso de la población y el impacto de las intervenciones en salud y contribuye a potenciar la cohesión social.

## Hacia la integración de la red de servicios

Con el objetivo de promover esta perspectiva de Atención Primaria Integral en Salud (APIS), y promover la cohesión social, los intercambios realizados en el marco de EUROsociAL Salud en este sentido, apoyaron la difusión de experiencias en la reorganización de sistemas de salud basados en APS, con garantía de servicios de calidad y de la universalidad en el acceso.

Los intercambios brindaron a los países participantes la oportunidad de profundizar en el conocimiento de experiencias de integración de la APS en la red de servicios de salud, aportando elementos para la renovación de las APS y enriqueciendo los debates sobre reformas de sector salud para la constitución de la APIS como eje orientador de dichos sistemas de salud. La generación de espacios para compartir experiencias concretas – de integración de la red asistencial, de la APS como ordenadora del sistema y de la formación adecuada de la fuerza de trabajo en salud – entre América Latina y Europa y entre los distintos países del subcontinente, además de lo técnico, buscó robustecer lazos de cooperación e identidad.

De esta forma, se fortalecieron estrategias de APS integral ya en activo en algunos países, y se fomentó la puesta en marcha de nuevas experiencias hacia sistemas de salud integrales, con la perspectiva de equidad e inclusión social así como de la garantía del derecho a la salud y del acceso a los servicios de salud como expresión de un derecho de ciudadanía.

Como uno de los productos de los intercambios, se logró sistematizar información de América Latina y Europa con evidencias de que:

- ★ Existe una relación clara entre el modelo de protección social adoptado por un país, las garantías universales en salud, la solidaridad y el grado de cohesión social;
- ★ Las políticas para la integración de la APS se relacionan con modelos de protección
- ★ El grado de integración de la APS en un sistema de salud puede determinar su orientación hacia una política focalizada y selectiva o hacia una estrategia abarcadora (Conill y Fausto 2007).

Se identificaron tres modalidades de integración en América Latina:

- I) atención primaria selectiva integrada en programas de salud materno-infantil
- II) atención primaria como puerta de entrada y eje estructurante del sistema de salud
- III) atención primaria en sistemas con universalización incompleta con base municipal

Las principales estrategias de integración en los sistemas públicos implementadas en los países fueron: territorialización y adscripción de población, equipos multidisciplinares, informatización de historias clínicas, servicios de cita informatizados, equipos de apoyo especializados, redes con gestión regional y/o municipal, gestores de Red, comités de integración de servicios y foros intersectoriales (Conill y Fausto 2007).

Los intercambios de experiencias propiciaron el fortalecimiento institucional con conformación de grupos de trabajo nacionales y participación de gestores de diversos niveles y académicos. Se abordaron diferentes aspectos de la APS como la concertación de programas en esta materia en 8 países, la formación profesional para APS en 7 países, y la capacitación de gestores de 12 países para el desarrollo de políticas de APIS y programas de formación profesional orientados a la APS. Compartieron sus experiencias gestores de políticas públicas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, España, Ecuador, Honduras, Italia, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Uruguay y Venezuela.

Las actividades de EUROsociAL Salud, además de difundir estrategias europeas, propiciaron intercambios Sur-Sur y el trabajo conjunto entre los países de la región, fortaleciendo la construcción de lazos e identidad latinoamericana. Los intercambios realizados permitieron incluir en las agendas de reformas diseños de redes asistenciales orientadas por la APIS con servicios de primer nivel como puerta de entrada preferencial a una red integrada con incorporación de los mecanismos de integración identificados.

### Reducir la segmentación: reto pendiente

Hoy se observan importantes avances en la región en los derechos humanos y construcción de ciudadanía social por nuevos

gobiernos democráticos en diversos países. Todavía, la reorganización de los sistemas de salud en base universal orientados por la APS en América Latina enfrenta importantes desafíos. Cuanto más segmentado es un sistema de salud, mayor probabilidad de generación de desigualdades de acceso y utilización y mayor dificultad de garantizar, para toda la ciudadanía, servicios de salud adecuados a sus necesidades. Por eso, el desafío de primer orden es incidir sobre el modelo de protección social en salud, de modo que se reduzca la segmentación y se amplíe la solidaridad.

Otro importante reto para implementar una APS integradora consiste en articular bien medidas clínicas y preventivas de atención individual que garanticen una atención oportuna de calidad –asegurando la capacidad resolutoria y la credibilidad en la APS– y acciones colectivas que incidan sobre los determinantes sociales, de modo que, sin prescindir de la clínica, la APS no se restrinja a atención sanitaria en el primer nivel.

Es necesario tomar iniciativas tanto para un abordaje intersectorial de los problemas de salud, con la integración horizontal de la APS con otras políticas públicas, como en la integración vertical de la red de servicios de salud para asegurar la coordinación y continuidad del cuidado garantizando el derecho de atención a la salud.

La APIS, a través de los cambios institucionales necesarios para su implementación, contribuye a la consolidación de sistemas de salud más equitativos en términos del acceso a los servicios y de los resultados en el estado de salud, contribuyendo a la cohesión social al legitimarse el papel y la confianza en las instituciones del Estado y el valor de la dignidad humana.

“el desafío de primer orden es incidir sobre el modelo de protección social en salud, de modo que se reduzca la segmentación y se amplíe la solidaridad”



© IRD/ Photographie: Eric Bénéfice

*Campaña de prevención contra enfermedades debidas al mercurio en Bolivia*



**Ligia Giovannella**

Coordinadora Técnica del intercambio en APS

ENSP/Fiocruz, Brasil

**Edwin Rolando González**

Animador Red APS EUROsociAL Salud



# Donación Altruista y Voluntaria de Sangre: una tarea pendiente

## La Donación de sangre en América Latina

En cuanto al estado de la problemática en América Latina referente a la Donación Altruista y Voluntaria de Sangre (DAS) podemos decir que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la seguridad sanguínea como una iniciativa que requiere alta prioridad, por lo que ha impulsado la Colaboración Global para la Seguridad Sanguínea, un esfuerzo mundial integrado para hacer frente al problema. Uno de los grandes desafíos OPS para el presente y el futuro es la promoción de la donación altruista de sangre en los países de la región. De esta manera, la OMS ha establecido que para que un país pueda satisfacer sus necesidades transfusionales, el número de unidades de sangre que se recoge debe corresponder al 5% de su población. En el año 2000, en la Región de las Américas, el número de unidades recogidas correspondía en promedio tan sólo al 0.94% de la población.

Según la Base mundial de datos sobre seguridad de la sangre, la presencia del VIH y otras infecciones transmitidas por la sangre es **más baja** entre los donantes de sangre voluntarios y altruistas que entre los donantes remunerados, familiares o de reposición familiar (familiares o amigos del paciente)

La situación de las Américas y el Caribe muestra que:

- ★ Sólo 10 países (24%) cuentan con entre un 50% a 100% de donaciones voluntarias no remuneradas sobre el total de unidades de sangre obtenidas. Entre ellos se destacan Cuba y Surinam que, siendo países con bajos ingresos, han alcanzando el 100% de Unidades procedentes de la Donación voluntaria.

- ★ Brasil ha alcanzado el 50% de donaciones altruistas sobre el total de unidades de sangre.
- ★ 9 países (21,43%) alcanzaron entre un 20% y un 50% de donaciones altruistas. Entre ellos se destacan Costa Rica, Colombia y Nicaragua con un porcentaje de donantes altruistas cercano al 50%.
- ★ Mas de la mitad de los países de la región no supera el 20% de donaciones altruistas. Entre ellos se encuentran Perú, Bolivia, Chile, Guatemala, Paraguay, Panamá y México.

## La DAS y la cohesión social

El Intercambio "Fortalecimiento de los Sistemas Nacionales de Transfusión Sanguínea para la Formulación de una Política y Estrategia de Donación Altruista" en el marco del Proyecto EUROsocial Salud, pretendió fortalecer capacidades y habilidades

### Palabras clave:

*compromiso, trabajo Inter-regional, capacitación, coordinación, optimización de recursos humanos, intercambio de experiencias, conformación de redes*

sobre como diseñar y desarrollar un sistema de donación altruista y segura de sangre, básicamente mediante el contraste de enfoques y experiencias entre las instituciones que participaron en el mismo y la adquisición de conocimientos respecto a modelos de buenas prácticas. Para ello se trabajó en encaminar la donación altruista de sangre en un sentido amplio, hacia una función social que generara vínculos entre las instituciones públicas de salud y la comunidad, y fomentar la equidad e inclusión social.

Como resultados concretos obtenidos a través de los diferentes intercambios en el proyecto, identificamos un fortalecimiento de la cooperación bilateral entre países latinoamericanos: 17 países latinoamericanos y 6 europeos han estado involucrados en las actividades desarrolladas a lo largo de casi tres años de trabajo conjunto. También se ha identificado un posicionamiento del enfoque de la Cohesión Social en el diseño de

Políticas Públicas, además de un apoyo a la formulación de políticas, planes y programas de acceso a la salud o de mejora del acceso a los Servicios de Salud. Así como un acompañamiento de procesos de reforma en marcha y un apoyo a la concreción de iniciativas a través de asistencias técnicas y la consolidación de Grupos de Trabajo Nacionales. También hay que destacar la valoración del trabajo en redes de cooperación regional y el apoyo al proceso de integración regional en salud.

Ejemplos y resultados que en el ámbito de la Donación Altruista de Sangre se reflejan en la creación de la red de Responsables Nacionales de Donación Altruista de Sangre (DAS) en 8 países de América Latina. Igualmente, se logró la constitución de grupos de trabajo y de redes nacionales que participan activamente en el diseño y revisión de las políticas nacionales de donación de sangre promoviendo un enfoque de cohesión social. Se han elaborado diagnósticos nacionales sobre la DAS, así como los documentos marco sobre políticas de donación voluntaria y altruista. Se elaboró además el documento técnico que sentó las bases sobre las cuales se ha ido trabajando a lo largo de este periodo. Un trabajo realizado en complementariedad con otras organizaciones internacionales (Cruz Roja y OPS), logrando así fortalecer a los equipos nacionales que trabajan en la promoción de la Donación Altruista de Sangre.

“se logró la constitución de grupos de trabajo y de redes nacionales que participan activamente en el diseño y revisión de las políticas nacionales de donación de sangre”

El trabajo intersectorial realizado en cada uno de los países participantes permitió construir los resultados expuestos. También los intercambios de experiencias de los países de AL como de Europa dieron un gran impulso al trabajo que hoy se realiza en cada uno de ellos. El inicio de este trabajo da la posibilidad de retomar un tema pendiente en nuestra Región.

Un desafío pendiente para la cohesión social a través de la Donación Altruista y Voluntaria de Sangre es la continuidad en la coordinación de esta red establecida y el intercambio de experiencias entre países, además de incorporar en la agenda regional la necesidad de que cada país implemente una política pública en materia de donación altruista, voluntaria y segura de sangre.



© Antonio Mediarde

*Voluntarios a la donación de sangre en el Centro de Transfusión de Pamplona (Navarra)*



**Dr. Pedro Crocco**

Jefe Departamento de Estudios. Punto Focal para EUROsociAL Salud

Ministerio de Salud de Chile

**Kareen Herrera Esparza**

Coordinadora de Proyectos  
Oficina de Cooperación y  
Asuntos Internacionales

Ministerio de Salud de Chile



# Promoción de políticas saludables para los sectores más vulnerables y excluidos

**Palabras clave:**  
*marginalidad social,  
 equidad social,  
 telemedicina / telesalud,  
 tecnologías informáticas y  
 atención primaria en salud*

## La telemedicina al servicio de la inclusión

Las temáticas que son objeto de la línea de intercambio: "Promoción de Políticas Saludables en la comunidad para los sectores más vulnerables y excluidos" derivan su importancia de la percepción general de que, a pesar del desarrollo registrado a nivel macroeconómico, la marginalidad social sigue aumentando en el continente latinoamericano. En efecto, junto con la reducción traumática de las modalidades de marginalidad "tradicional" relacionada con las peculiaridades ambientales del territorio y con las fases prehistórica e histórica del desarrollo humano, durante las últimas décadas hemos asistido al crecimiento de nuevas modalidades de marginalidad vinculadas a la lógica de la competitividad económica y concentrada, en muchos de los casos, en la periferia de las grandes ciudades. Asimismo, existen grupos de población -indígenas, trabajadores agrícolas, entre otros- ubicados en zonas geográficas aisladas, que se encuentran también fuera de esta lógica de competitividad y que, por lo tanto, no se benefician de la concentración de servicios existente en las ciudades.

En este marco, la utilización de la telemedicina o la prestación a distancia de la asistencia sanitaria, constituyen una herramienta que permite ampliar la cobertura de los servicios a los grupos de población excluidos socialmente o de carácter marginal, con la consiguiente mejora de la equidad social. La aplicación de las tecnologías informáticas a los fenómenos relacionados con la salud y enfermedad de las poblaciones permite, por consiguiente, reducir las brechas sociales entre los distintos grupos.

La apuesta por el uso de las telecomunicaciones en el ámbito sanitario está consolidando un nuevo sistema organizativo que repercute tanto en la ejecución de la profesión médica, como en la asistencia al paciente y en el sistema sanitario en general. **La telemedicina favorece una mayor cohesión en el trinomio formado por el paciente, el médico de atención primaria y el médico especialista** (Orruño Aguado E, 2006).

En los últimos años los países de América Latina y del Caribe han progresado enormemente en el uso masivo de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en las áreas más diversas del desarrollo económico y social, logrando resultados positivos en poco tiempo y convirtiendo a las TIC en una solución tangible para enfrentar retos de la agenda de desarrollo (CEPAL, 2008). Algunas de estas experiencias ya han demostrado su eficacia y eficiencia, entrando a formar parte de políticas coherentes y planes de acción nacionales: podemos considerar ejemplar el caso de México donde el Programa de Acción de Telesalud acoge y da impulso a las realizaciones en Yucatán, en Oaxaca, en Nuevo León etc. Pueden considerarse por tanto como buenas prácticas que encontrarán aplicaciones ulteriores cuando sean divulgadas, conocidas e "industrializadas".

## Promoviendo el uso de las TICs

La importancia de las TICs radica también en su sintonía con los programas de los distintos organismos internacionales dirigidos a la reducción del desfase informático,

organismos que están realizando importantes inversiones en estructuras y financiando proyectos de demostración.

Diversas reuniones metodológicas de la red EUROsocial Salud y del Consorcio de ejecución permitieron en un inicio definir el ámbito de contenidos de esta línea de intercambio. Entre las múltiples posibilidades que ofrece la telemedicina, teniendo en cuenta precisamente sus efectos en términos de cohesión social, el área se había concentrado en la relación de las tecnologías de la información y comunicación con la atención primaria de salud (APS) y en las mejoras que la utilización de las TICs permite lograr en la gestión y calidad de los servicios de salud. Para ello era preciso profundizar en temas concretos como la agenda digital, la telemedicina y la valoración de la APS a través de las TIC.

La primera fase del intercambio consistió en la elaboración de un "Dossier Nacional TIC y APS: marco y documentación clave" realizado por los equipos nacionales de los países participantes. La segunda fase incluyó la organización de seminarios de sensibilización e intercambio de experiencias, donde se presentaron y analizaron las

necesidades específicas de los diferentes equipos nacionales dando lugar a la programación de una etapa más operativa. Al mismo tiempo, con el fin de dar respuesta a la necesidad de conocimientos sistemáticos del panorama de la telemedicina en América Latina, y para enfocar la línea de intercambio hacia un posible proyecto piloto, llevaron a cabo dos importantes estudios:

- ★ **Documento técnico sobre las TIC y la Atención Primaria de Salud: un análisis sistemático de los modelos y experiencias clave en América Latina y en Europa.**
- ★ **Estudio de recomendaciones sobre posibles proyectos piloto en el área de las TIC aplicadas a la Atención Primaria de Salud.**

## Aprendizajes y avances

Como eje de cohesión del grupo de participantes y facilitador a su vez de debates sobre los aspectos incluidos en esta línea, principalmente el diseño de un posible proyecto piloto, se creó una red intratemática TIC y APS. Algunos de los ejes principales del proyecto fueron llevados a cabo de la siguiente forma:

En primer lugar se concluyó un "Estudio de análisis y evaluación para la consolidación de un Proyecto de Telemedicina en el ámbito de las prestaciones de los servicios de salud en México" y posteriormente, se desarrolló en Colombia un "Estudio de costes/viabilidad sobre la aplicación de las TIC en la prestación de los servicios de salud del país". Ambos trabajos fueron realizados con el fin de producir información útil para la toma de decisiones y la ejecución de políticas públicas en materia de la incorporación de las TICs a la APS.

La red temática internacional creada a raíz del intercambio ha demostrado ser capaz de mejorar progresivamente los niveles de cooperación de todos sus miembros. Cada uno de ellos ha podido reforzar sus propias competencias a este respecto, habiéndose logrado un grado suficiente de cohesión.

En la implementación de todas estas iniciativas, las dificultades del proceso han sido las inherentes a todas las comunidades de

aprendizaje. En particular podríamos destacar algunas como:

- ★ la heterogeneidad inicial de los conocimientos;
- ★ la tendencia inicial a considerar las propias experiencias y exigencias de modo autorreferencial;
- ★ la ambigüedad semántica en el uso de algunas palabras y conceptos clave;
- ★ la obsesión por los aspectos tecnológicos de los problemas;
- ★ los distintos niveles de madurez de las políticas nacionales;
- ★ los distintos niveles de desarrollo de las redes de infraestructuras;
- ★ las dificultades para organizar las experiencias propias;
- ★ la diversidad cultural.

La identificación y reconocimiento de estas dificultades constituye unos de los valores agregados del trabajo de la red temática por cuanto constituyen potenciales ejes de acción para mejorar el desarrollo de programas en TICs.

Finalmente es importante destacar en una perspectiva a corto plazo, que los resultados más significativos son, de forma coherente con las previsiones iniciales, como las actividades de intercambio han involucrado, informado y, parcialmente, formado a los decisores políticos y a los responsables institucionales de los procesos técnicos en los ministerios de salud, o bien en los de desarrollo o innovación tecnológica.

Asimismo en el plano de la sostenibilidad económica, conviene señalar que se han elaborado documentos técnicos que, valorando la población como capital social de la nación, han puesto de manifiesto los costes de las enfermedades "evitables". Han mostrado igualmente que las tecnologías informáticas, interviniendo en la organización de los servicios ofrecidos por los distintos sistemas sanitarios, pueden generar aho-

rrros, lo que permitirá a su vez, en consecuencia, ampliar la cobertura de la población.

Además de esto, las instituciones locales han contado con el compromiso de los distintos servicios internos y de los organismos de cooperación técnica del sector. La participación en las actividades de las líneas de intercambio de cada una de las instituciones se ha dirigido básicamente a manifestar una necesidad, a configurar las modalidades de respuesta a dicha necesidad y a reforzar las propias competencias en la materia por lo que los trabajos llevados a cabo en cada país para la creación de los grupos de trabajo nacionales permiten presagiar un interesante efecto multiplicador.



© IRD/Photographie: Amleik Aing

**“las tecnologías informáticas (...) pueden generar ahorros, lo que permitirá a su vez ampliar la cobertura [en salud] de la población”**

Fondazione Angelo Celli (FAC) y Oficina de Coordinación en Salud (OCS)



# Albores de la **protección social** de los **trabajadores indígenas**

## Palabras clave:

*vector, albor, horizonte indígenas, mirada, visión pluriétnica, pluricultural, universalización, Wayúu*

## Antecedentes

América Latina es una región pluriétnica y pluricultural, actualmente existen cerca de 650 pueblos indígenas<sup>1</sup> debidamente reconocidos por los diferentes Estados. Según datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)<sup>2</sup> la población indígena en Latinoamérica supera los 30 millones de personas, asentados en su mayoría en zonas de bosques tropicales, con mayor presencia en el área Andina y Mesoamericana.

Entre la población indígena, según la ronda de censos del año 2000, se da una proporción mucho mayor de trabajadores por cuenta propia (autónomos) y fami-

liares no remunerados, cuya actividad laboral se centra en el sector primario (agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca), con una menor presencia en el sector industrial. Por país, de acuerdo con el Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPP), éste esquema presenta diversos comportamientos; en Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Panamá y Paraguay, más del 50% de la población indígena ocupada, trabaja en el sector primario; entre tanto, en Bolivia, Brasil, Chile y Venezuela dicho porcentaje se sitúa entre el 20 y 40%.

El albor del reconocimiento de la protección de la población indígena, data del año 1957 -Convenio 107, adoptado en Ginebra por la Organización Internacional del Trabajo (OIT)-, relativo a la protección

e integración de las poblaciones indígenas y de otras poblaciones tribales y semitribales en los países independientes. Este Convenio ha sido revisado en el año 1989 por el Convenio 169 de la OIT -sobre pueblos indígenas tribales en países independientes-, en el que se incorporan derechos fundamentales sobre seguridad social; así el artículo 24 señala

que: "los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna", y el artículo

25 enfoca los derechos hacia el servicio de salud y su respectiva prestación.

Así pues, el proceso de reconocimiento de los derechos a la salud de los pueblos indígenas en América Latina se ha venido concretando, relativamente, en un corto espacio de tiempo, desde la

aprobación del Convenio 169 de OIT hasta la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas, promulgada en el año 2006; periodo que se ha caracterizado por la concreción de diversos instrumentos jurídicos.

Al mirar los avances de la extensión de protección social a trabajadores indígenas, en términos generales, vemos como, las reformas llevadas a cabo durante los años noventa no han alcanzado la extensión de cobertura a grupos vulnerables. A pesar del paso de los años, no se ha dado una redistribución adecuada de la riqueza (continúa el déficit de servicios básicos -agua, salud, saneamiento, etc.-) y aunque poseen diferente estatus sociopolítico en las regiones donde se asientan, se ven afectados por una discriminación estructural que se traduce en marginalidad, exclusión y pobreza<sup>3</sup>.

## Población indígena en AL

- ★ 30 millones de personas
- ★ Cerca de 650 pueblos

<sup>1</sup> Toledo Llancaqueo Víctor. "Pueblos Indígenas, territorios, derechos y políticas públicas en América Latina", quinto Congreso de la Red Latinoamericana de Antropología Jurídica, Oaxtepec, México, octubre de 2006

<sup>2</sup> División de población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales de los censos de población de 2000 en base a la pregunta de autoperpetencia.

<sup>3</sup> Indicadores educativos, laborales y de salud del SISPP

## Salud e interculturalidad

En este contexto, EUROsociAL Salud, en el marco de la extensión de la protección social en salud, desarrolló la Línea de Intercambio "Complementación intercultural y extensión de cobertura de la protección social en salud a poblaciones indígenas" por una parte, por considerar indispensable la interculturalidad en salud como vector para el proceso de encuentro de las diversas culturas que conviven en un territorio y; por otro, por la pertinencia de la filosofía del proyecto con grupos vulnerables como el indígena. Por ello se enfocaron las actividades hacia procesos como: consolidación de dossier nacionales, elaboración de documentos técnicos, realización de un seminario y visitas de campo, así como un curso online. Pero, sobre todo, la redacción de un documento que compendia el trabajo realizado en los intercambios con miras a reforzar las líneas de acción e integración nacionales-regionales y contribuir a que los pueblos indígenas, segmento de la población latinoamericana más excluido y pobre, se integren como ciudadanos de pleno derecho a la vez que contribuyan y se beneficien de los bienes públicos. Este documento también sirve de punto de partida para la adopción de medidas que contribuyan a impulsar y mejorar la protección social en salud hacia este colectivo especialmente sensible.

## Avances y desafíos

En América Latina se vienen desarrollando en algunos países reformas significativas en materia de protección social, a través de políticas incluyentes y de mayor participación social (tal es el caso de Bolivia y Ecuador), de igual forma, con el apoyo de EUROsociAL

Salud, se llevó a cabo el acuerdo de construcción de un modelo de atención en salud intercultural binacional colombo-venezolano, que ha permitido progresar en términos legislativo y programático en beneficio de pueblos que comparten frontera (pueblo Wayúu) que apuntan a la extensión de la cobertura de protección social. Esto junto a las acciones del proyecto, ha permitido avanzar en términos de cohesión social en la Región.

La salud es, en definitiva, un componente indispensable para el crecimiento económico y social de los pueblos, además de ser un derecho fundamental y eje de cohesión social; por lo que las reformas en salud en América Latina, deben concebirse en el horizonte a mediano y largo plazo y no como programas políticos coyunturales de débil consistencia técnica y falta de claridad en la estructuración coherente de objetivos.

En este sentido, es necesario que los diferentes actores involucrados, compartiendo la misma visión, incorporen en sus agendas, entre otras cosas, la universalización de la salud, basada en la atención primaria; la implementación de mecanismos de solidaridad financiera; la promoción del desarrollo de modelos de atención en salud integrales, interculturales y flexibles que articulen la medicina tradicional con la occidental y de acuerdo con la realidad propia de cada país; programas de sensibilización de la población y promoción de la salud; programas de formación de profesionales en salud. Estos retos contribuyen, sin duda alguna, a la disminución de la exclusión social y la desigualdad, en pro de la articulación de un tejido social más justo en la región.

“**Las reformas en salud en América Latina deben concebirse en el horizonte a mediano y largo plazo y no como programas políticos coyunturales**”



*Mujeres indígenas mayas de Guatemala*

© Antonio Jiménez Lara



**Holman Jiménez Ardila**

Técnico, Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)  
Responsable Técnico Intercambio de Experiencias Desarrollo de la Protección Social en Salud, EUROsociAL Salud

**parte 1:**  
El **sentido** de la **acción**  
¿Cómo promover la  
**cohesión social** desde las  
políticas públicas de salud?

**parte 2:**  
Intercambios de experiencias  
¿Cómo compartir saberes  
para **construir** el **cambio**?

▼  
**parte 3:**  
Contextos diversos,  
desafíos varios  
**Resultados por país**

**parte 4:**  
**Retos** para la cohesión  
social en América Latina



**Poblaciones aisladas :**  
**pueblo de Soledad en Perú**



© IRD/ Photographe : Guillaume Odonne

**parte 3**

Contextos diversos,  
desafíos varios

**Resultados  
por país**

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# Argentina

#### Población total

40.518.951 habitantes

#### Sobre la Cobertura de la protección social en salud

Existe en el país un sistema de salud público y universal, al que cualquier ciudadano tiene derecho a acceder. Por otra parte, existen otras formas de cobertura como las obras sociales (para los trabajadores formales), las mutuales o las prepago. Bajo estas modalidades se encuentra una cobertura del 77% (INDEC 2001) de los adultos mayores (la población de 60 o más es de 5.854.676 de personas que constituyen el 14.4% de la población) teniendo su mayor incidencia el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

#### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsociAL Salud

##### Desarrollo de la Protección Social en Salud

Las instituciones argentinas de la red realizaron un diagnóstico nacional sobre la situación y características del sistema de protección social que fue integrado en el documento regional: "Retos para la extensión de la Protección Social en Salud a Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas con Interculturalidad". Igualmente, realizaron un análisis de la situación del adulto mayor para contribuir al diagnóstico regional sobre la protección social de este grupo vulnerable.

En este último tema, se ha constituido un Grupo Nacional de Trabajo orientado hacia el fortalecimiento de la atención al adulto mayor. Asimismo, se encuentra en

curso el proyecto de implementación del programa de Telemedicina que beneficiará a la población de adultos mayores y mejorará el acceso a los servicios de salud.

Por su parte, gracias a los contactos establecidos a través de EUROsociAL Salud, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) seguirá trabajando con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) en el desarrollo de programas para la especialización de residencias para adultos mayores. Además, a través de los intercambios de EUROsociAL Salud, las instituciones argentinas han fortalecido su rol de instituciones transferentes de conocimientos en América Latina en esta materia.

**10** actividades realizadas en el país  
**31** instituciones implicadas en las actividades  
**88** participantes en las actividades del proyecto  
**41** mujeres  
**47** hombres

“ Se ha implementado en el 20 % de los hospitales de la provincia de Jujuy nuevos procedimientos formales de relación entre los sindicatos y las autoridades ministeriales y hospitalarias ”

**Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud**

Se ha implementado en el 20 % de los hospitales

de la provincia de Jujuy nuevos procedimientos formales de relación entre los sindicatos y las autoridades ministeriales y hospitalarias.

Se ha elaborado, asimismo en la provincia de Jujuy, un Documento Marco sobre el "Sector Público y Gobernanza de Hospitales; hacia un nuevo modelo de gestión orientado a la cohesión social" que refleja los avances de la provincia realizados para la reorientación de la gestión hospitalaria en tal sentido, con un enfoque de gestión integral a partir de las experiencias y

lecciones objeto de las actividades de intercambio de EUROsociAL Salud. En él se describen las líneas estratégicas del plan de acción sanitario nacional y provincial, las estrategias seleccionadas a partir de las prácticas aprehendidas en el proyecto y, finalmente, la reformulación del proyecto de la provincia en función de los dos anteriores.

### Medicamentos esenciales

Gracias a los intercambios de la red temática sobre medicamentos esenciales de EUROsociAL Salud se han potenciado iniciativas de reforma como es el caso del apoyo al diseño e implementación del Programa REMEDIAR en Argentina y se ha incrementado la cooperación entre México y otros países latinoamericanos. Por ejemplo, la experiencia argentina en materia de abasto de medicamentos –además de la experiencia chilena y española– ha contribuido al desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional (PFN) de México.

### Intercambios intersectoriales: Violencia de género

Esta temática se ha incluido como clave en la agenda institucional en el país. Los aportes y reflexiones sobre el abuso y maltrato contra los adultos mayores atraviesan diversas dimensiones de la temática como la mirada de género, el prejuicio contra las personas mayores por su edad, la exclusión social por discapacidad. En este sentido, las discusiones que se desarrollaron en los encuentros EUROsociAL Salud en los que Argentina ha participado, han abierto espacios de debate y acción que darían nuevos alcances al trabajo sobre violencia de género que lleva adelante

el Ministerio de Desarrollo Social-Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

### Las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud como vehículo de Cohesión Social

EUROsociAL Salud ha contribuido a la profundización de la cooperación en materia de telemedicina entre la Secretaría de Salud de México y sus pares de Argentina.

### Instituciones del país en la Red EUROsociAL Salud

Universidad ISALUD,  
Miembro Fundador del Consorcio EUROsociAL Salud  
<http://www.isalud.com/htm/site/default.asp>

Ministerio de Desarrollo Social,  
Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores  
<http://www.desarrollsocial.gov.ar/sennaf/>

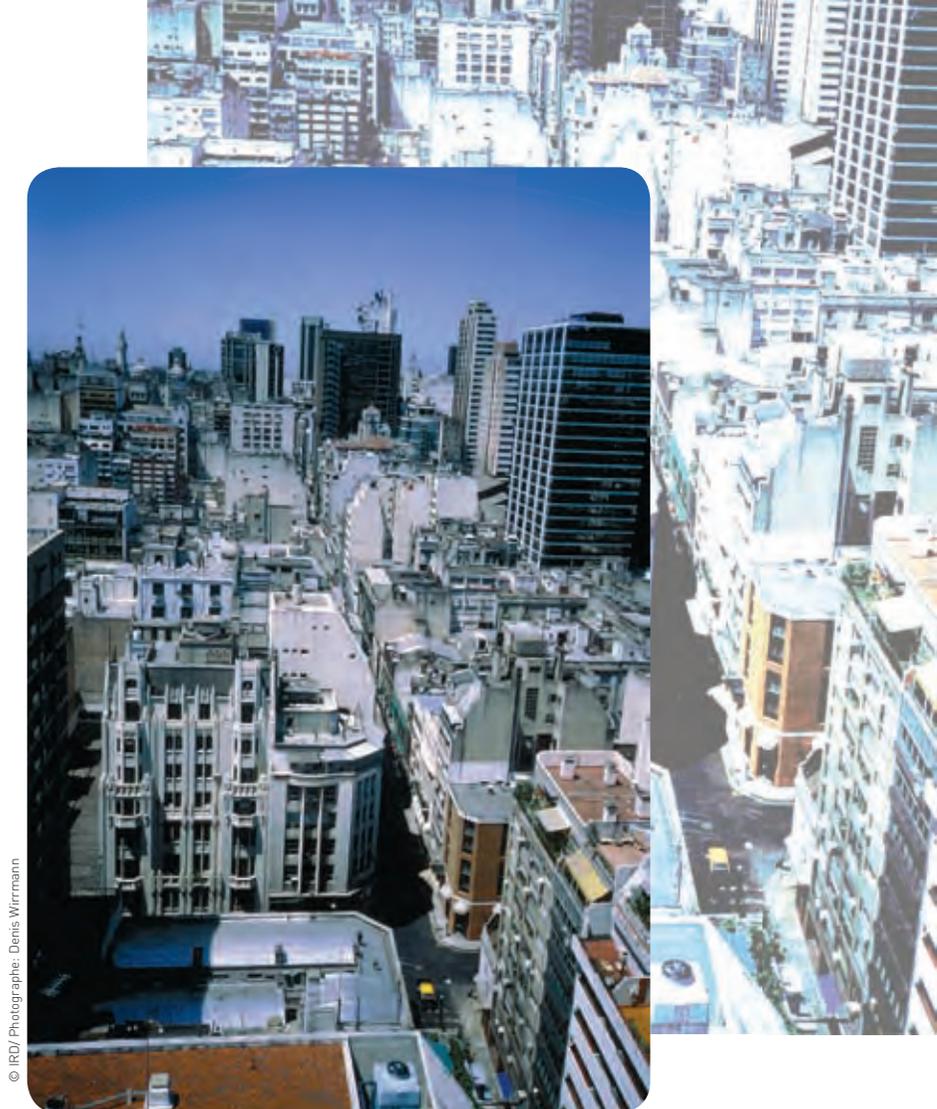
Ministerio de Salud  
[www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)

Asociación de Economía de la Salud  
<http://www.aes.org.ar/>

*Ficha elaborada por :*

#### Mónica Roqué

Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores  
Ministerio de Desarrollo Social,  
Secretaría de Niñez,  
Adolescencia y Familia



© IRD/Photographie: Denis Wirrmann

Vista de Buenos Aires

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# Brasil

#### Población total

183.987.291 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

*En Brasil, la universalización de la protección social en salud con la creación de un sistema público universal de salud –el Sistema Único de Salud (SUS)– está directamente relacionada a las luchas de los movimientos sociales por el retorno a la democracia y por la conquista de la plena ciudadanía. La Constitución de 1988 reconoció a las brasileñas y brasileños como sujetos portadores de derechos inéditos, individuales y colectivos. Entre estos, consagró el derecho universal a la salud y el deber del Estado de asegurarlo mediante políticas sociales y económicas dirigidas a reducir el riesgo de enfermedades y al acceso universal e igualitario a los servicios para su promoción, protección y recuperación, en un sistema único.*

*El SUS garantiza –a través de sus servicios propios o privados contratados– acceso universal para toda la población incluyendo trabajadores urbanos y rurales y poblaciones indígenas, para los cuales hay un subsistema propio: los distritos sanitarios especiales indígenas.*

#### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsociAL Salud

##### Desarrollo de la Protección Social en Salud

Las instituciones brasileñas de la red realizaron un diagnóstico nacional sobre la situación y características del sistema de protección social que fue integrado en el documento regional "Retos para la extensión de la Protección Social en Salud a Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas con Interculturalidad". Igualmente, realizaron un análisis de la situación del adulto mayor y sobre los trabajadores temporeros para contribuir al diagnóstico regional sobre la protección social de este grupo vulnerable.

Los intercambios de experiencias organizados por EUROsociAL Salud contribuyeron a posicionar a las instituciones brasileñas en su rol de transferentes de conocimientos en materia de extensión de la protección social en salud. En efecto, el sistema brasileño puede servir de modelo respecto a los cambios estructurales que deben ser implementados en los países latinoamericanos: a) superar la segmentación (existencia de subsistemas con distintos niveles de financiamiento), b) avanzar de la fragmentación institucional hacia una mayor integración, c) contener el déficit de financiamiento

público y d) fortalecer las capacidades institucionales de la autoridad sanitaria que ejerce el rol de rectoría. Por ejemplo, la ley sobre protección social de trabajadores independientes y trabajadores rurales que se están formulando en Paraguay contiene varios aspectos del Sistema de Protección Social en Salud de Brasil recogidos a través de los intercambios de EUROsociAL Salud. La reforma en curso en México ha adoptado igualmente elementos del sistema de protección social brasileiro. Por otro lado, a partir del intercambio de experiencias sobre los PREVBARCO, unidades móviles de previsión social en Brasil que navegan el Amazonas llevando las prestaciones de seguridad social y salud a las poblaciones aisladas geográficamente, se han generado demandas por parte de Venezuela, Colombia y Perú, países que continúan los intercambios con Brasil a través de la cooperación bilateral.

##### Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud

En Brasil está en curso un proceso de conversión de los sistemas de gestión de los hospitales públicos que incluye su descentralización buscando una condición de mayor autonomía en la administración pública federal, y también de los municipios y estados (departamentos) con establecimiento de contratos de gestión entre los hospitales y los gestores del sistema. De este modo se ha propiciado el surgimiento

**22** actividades realizadas en el país

**48** instituciones implicadas en las actividades

**159** participantes en las actividades del proyecto

**80** mujeres

**79** hombres

de nuevos modelos de gestión, con bases más autónomas y con focos más centrados en la búsqueda de eficiencia y calidad. Esos modelos, aún no finalizados, traen novedades en términos de: a) mejoras de gobernanza, b) incorporación de dispositivos que demandan mayor profesionalización gerencial y enfatizan lógicas de prestación de cuentas a través de sistemas externos de control y mayor actuación de los gestores del sistema regional de atención procurando la toma de decisión compartida; c) presentación de informaciones de manera transparente para ser socialmente legitimadas; d) desarrollo de prestaciones de cuentas y control externo; e) responsabilidad social.

Los intercambios de EUROsociAL Salud en Gobernanza de hospitales permitieron conocer experiencias de dispositivos de los sistemas de gobernanza que están siendo útiles en el desarrollo de esta reforma: Consejo Gestor Superior; Sistema de rendición de cuentas (interno y externo); Sistema de comunicación (interno y externo); Sistemas de auditoría / control interno y externo (defensor del usuario); Sistema de captación/prospección de demandas (anticipación en relación a demandas/necesidades); Sistema interno de gestión profesionalizado.

EUROsociAL Salud ha posibilitado importantes intercambios y cúmulo de experiencias, incluso con relación a la mayor integración entre hospitales y redes de atención (hospitales y sistemas).

### Medicamentos esenciales

Brasil se ha consolidado como país transferente en materia de Acceso a Medicamentos Esenciales. Ha difundido las políticas nacionales de medicamentos genéricos, de uso racional de medicamentos y de adquisición de medicamentos esenciales. Igualmente ha compartido la experiencia de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) sobre regulación de la comercialización y registro de medicamentos y en farmacovigilancia. Asimismo, a partir de la discusión sobre la política brasileña de adquisición de medicamentos esenciales se ha posibilitado la incorporación de algunos de sus elementos en políticas similares de algunos países latinoamericanos en proceso de reforma, particularmente en Uruguay.

### Atención Primaria en Salud

Brasil participó de distintos intercambios para conocer experiencias de coordinación entre niveles de atención y de integración de la red de servicios de salud orientada por la APS en los que pudo intercambiar experiencias, conocimientos y buenas prácticas con los gobiernos de la región. A partir de estos intercambios se generó un acuerdo de cooperación binacional con Chile para el intercambio de profesionales de APS en la línea de formación y educación permanente de profesionales.

Asimismo, como país transferente, pudo ofrecer su experiencia en la gestión de la capacitación de los recursos humanos para la APS en servicios de primer nivel de atención dentro del marco de la descentralización, (especialmente a partir del Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional (Pró-Saúde), que forma parte de un esfuerzo para sustituir el modelo tradicional de la organización del cuidado en salud históricamente centrado en la enfermedad y en el cuidado hospitalario). También transmitió su experiencia de reorientación de servicios de primer nivel de atención hacia la promoción de la salud, con la implementación de grupos interdisciplinarios de apoyo a la APS para el trabajo territorial en promoción de la salud. Concretamente, Perú, Chile, Uruguay y Paraguay han desarrollado acciones de cooperación Sur-Sur con Brasil en esta materia.

### Donación altruista de sangre

En este campo, Brasil se ha posicionado como país transferente, en reconocimiento de sus patrones de calidad y seguridad transfusional. Como parte de los intercambios promovidos por EUROsociAL Salud se entrenó a técnicos de otros países en el área de captación de donantes de sangre y se realizaron aportes para capacitación y hemovigilancia.

### Donación altruista de órganos

Brasil ha apoyado los trabajos de los grupos nacionales de Ecuador y Bolivia, así como los procesos que en esta materia se viene desarrollando en Panamá y Paraguay.

### Las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud como vehículo de integración social

El Ministerio de Salud, atento a los desafíos e importancia estratégica de la Atención Primaria, ha trabajado en la consolidación nacional de la utilización de TIC's en la APS apoyando los equipos de Salud de la Familia y reduciendo el aislamiento de los profesionales ubicados en áreas remotas o apartadas. Se encuentra en ejecución el programa nacional de Telesalud con la conformación de la Comisión Nacional Permanente de Telesalud, el desarrollo del proyecto nacional de telemática y telemedicina en apoyo a la Atención Primaria en Salud en el Brasil y el establecimiento del convenio con el Ministerio de Ciencia y Tecnología para instalar puntos de Telesalud en todos los estados del país.

Las actividades de cooperación de EUROsociAL Salud posibilitaron la participación en una red más amplia, de alcance latinoamericano, con experiencia en Telesalud y en el diseño de una propuesta de Observatorio Latinoamericano de la Información, las Tecnologías de la Información y la Medicina a distancia, que permitirá consolidar y ampliar los resultados del uso de TICs en la gestión y mejoramiento de la calidad de los servicios en Brasil.

Brasil ha jugado igualmente un papel líder como transferente de conocimientos en esta materia.

*Pesca artesanal  
en Brasil,  
Bahía de Guanabara,  
Estado de  
Rio de Janeiro*



© IRD/Photographer: Michel Jégu

### Acciones para la continuidad

Las actividades de EUROsociAL Salud, además de difundir experiencias europeas, propiciaron intercambios y el trabajo conjunto entre los países de América Latina, fortaleciendo la construcción de lazos e identidad latinoamericana. Además, permitieron reconocer que los intercambios sistemáticos entre profesionales (gestores, gerentes y profesionales de la salud, inclusive en formación) de los países de América Latina que tienen tradición y organizan su sistema con base en la Atención Primaria promueven la valoración social y política de ésta y podrían formar parte de los acuerdos binacionales entre los países. Las herramientas de gestión que tienen impacto en la red de atención con fuerte orientación en APS también podrían ser objeto de cooperación. Investigaciones, directrices clínicas, sistemas de información, regulación asistencial con controles de tiempos de espera, pagos según alcance de metas, etc., son ejemplos de temas de intercambio entre países a los cuales Brasil pretende dar continuidad.

### Instituciones del país en la Red EUROsociAL Salud

Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/  
Fiocruz, Miembro Fundador del Consorcio  
EUROsociAL Salud  
[www.ensp.fiocruz.br](http://www.ensp.fiocruz.br)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)  
[www.ufmg.br](http://www.ufmg.br)

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte  
<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/>

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
<http://www.pbh.gov.br/smsa/>

Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur (Red RISS)  
<http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsalud/>

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)  
<http://www.conasems.org.br/>

Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro  
<http://www.saude.rj.gov.br/>

*Ficha elaborada por:*

**Claunara Schilling Mendonça  
Luis Claudio Sartori**

Departamento de Atenção Básica  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Ministério da Saúde Brasil

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# Chile

#### Población total

17.011.574 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

El 89,7%, de la población chilena tiene cobertura en Salud. El 73,5% de la población es beneficiaria del Fondo Nacional de Salud, FONASA, es decir, 12.504.226 personas en 2009. Un 16,2% está incorporado a una Institución de Salud Previsional del sector privado -ISAPRE-, mientras que el 10,3% es atendido por los servicios de las Fuerzas Armadas y de Orden o no tiene cobertura.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN realizada en 2006, la población sin seguro de salud (sobre un total válido de 676.655 personas) puede caracterizarse como sigue: Trabajador Independiente 33%; Trabajador Dependiente 29%; Pensionados 1%; Estudiante 27%; Desocupado 10%.

#### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsocial Salud

##### Desarrollo de la Protección Social en Salud

Se ha logrado aumentar la sensibilización sobre la importancia de tender a la universalización de derechos en Salud, invitando a la formalización e incorporación a los sistemas de protección social en Salud. Asimismo, ha permitido conocer otras experiencias y buenas prácticas.

Con respecto a la situación de la protección social de los Adultos Mayores se ha constituido un Grupo de Trabajo Nacional y se ha avanzado en la realización de un trabajo intersectorial, con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Ministerio de Salud y Fonasa. El objetivo es el de lograr un Modelo de Gestión Integral para los establecimientos de larga estadía, dotando a éstos de respaldo legal para su buen funcionamiento, con niveles de excelencia en la calidad de la atención, incorporando servicios integrales e integrados socio-sanitarios con planes y programas para la atención especializada del Adulto Mayor.

En relación al colectivo de Migrantes, se ha conformado un Grupo Nacional donde están involucrados: FONASA, el Ministerio de Salud, el Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior, Organizaciones No Gubernamentales que colaboran con Migrantes y Servicios de Salud de la Región Metropolitana de Santiago. Asimismo, para este colectivo se ha avanzado en otorgar derechos en salud a solicitantes de refugio (los refugiados ya tienen derecho), mujeres embarazadas y todos los menores de edad, independientemente de situación irregular de los padres.

Las instituciones chilenas también realizaron un diagnóstico nacional sobre la situación y características del sistema de protección social que fue integrado al documento regional "Retos para la extensión de la Protección Social en Salud a Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas con Interculturalidad".

“ Se ha logrado posicionar como país transferente en el ámbito de la atención primaria de salud, estableciendo relaciones bilaterales con otros Ministerios de Salud de países de la región, como en el caso de Uruguay ”

Igualmente, realizaron un análisis de la situación del adulto mayor, sobre los trabajadores migrantes y sobre trabajadores "temporeros", para contribuir al diagnóstico regional sobre la protección social de estos grupos vulnerables.

Por otro lado, EUROsocial Salud contribuyó

19 actividades realizadas en el país

45 instituciones implicadas en las actividades

190 participantes en las actividades del proyecto

111 mujeres

79 hombres

al posicionamiento de Chile como país transferente de conocimientos en el marco de la cooperación Sur-Sur sobre extensión de la protección social a trabajadores agrícolas, trabajadores temporeros, poblaciones indígenas, trabajadores informales (servicio doméstico e independientes), población migrante y adultos mayores. Sobre estos temas también se publicaron interesantes documentos que analizan la realidad de países que forman parte de la Red EUROsocial Salud: "Protección Social de Migrantes en Latinoamérica y Europa" y "Protec-

ción social a trabajadores autónomos y servicio doméstico, en Latinoamérica y Europa”

### **Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud**

Las instituciones chilenas han dado la mayor prioridad a la participación social en la gestión de la salud. En primera instancia, fue constituido un Grupo de Trabajo Nacional sobre gestión pública con participación social en el marco de los presupuestos participativos que está desarrollando el Ministerio de Salud de Chile. Asimismo, el FONASA esta fortaleciendo los comités de usuarios con la participación de distintos actores sociales: ONGs, Asociaciones, Fundaciones y representantes elegidos de distintos gremios o usuarios.

Por otro lado, el FONASA se ha posicionado como actor dinamizador de participación social en salud a nivel regional. Tras el seminario de Participación Social en Salud, esta institución ha desarrollado acciones con el Ministerio de Salud de Uruguay para diseñar estrategias que permitan mejorar la participación social a nivel comunitario en el desarrollo de políticas públicas de salud. Un documento regional sobre este tema fue elaborado bajo el liderazgo del FONASA.

En materia de financiamiento de los sistemas de salud, las instituciones chilenas de la Red realizaron con el apoyo del proyecto un estudio sobre “Mecanismos para la asignación de recursos de salud en función de riesgos sanitarios”

### **Atención Primaria de Salud**

Se ha logrado posicionar como país transferente en el ámbito de la atención primaria de salud, estableciendo relaciones bilaterales con otros Ministerios de Salud de países de la región, como en el caso de Uruguay.

Además, gracias a los contactos establecidos a través de los intercambios de experiencias EUROsociAL Salud, las

instituciones chilenas establecieron un acuerdo de cooperación binacional con Brasil para el intercambio de profesionales de APS en la línea de formación y educación permanente de los profesionales de APS.

### **Donación altruista de sangre**

El gestor técnico de los intercambios de esta temática -el Ministerio de Salud de Chile- ha jugado un papel de líder en la cooperación Sur-Sur en materia de donación altruista de sangre. Esta institución, a partir de la OCAI (Oficina de Cooperación y Acuerdos Internacionales), ha contribuido con apoyo técnico directo a distintos países como es el caso de Bolivia, Costa Rica, Guatemala y Panamá.

El Ministerio de Salud también ha constituido y dirigido la acción del Grupo de Trabajo Nacional sobre Donación Altruista de Sangre.

### **Acciones para la continuidad**

1. Proponer cambios normativos para extender la cobertura a más población carente de recursos.
2. Mantener la red latinoamericana con las instituciones que han tenido actividades compartidas.
3. Mantener el Grupo Nacional conformado en Cobertura a Migrantes y presentar propuestas que beneficien en atención a ese grupo de riesgo.
4. Mantener el Grupo Nacional de Economía de la Salud, poniendo énfasis en el análisis de sistemas de financiación y en las formas de analizar la información de las necesidades para distribuir más equitativamente los recursos.



© IRD/Photographie: Patrick Ginot

*Paisaje minero del norte de Chile*

### **Instituciones del país en la Red EUROsociAL Salud**

Fondo Nacional de Salud (FONASA),  
Miembro Fundador del Consorcio  
EUROsociAL Salud

[www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

Ministerio de Salud (MINSAL),  
Miembro Asociado

[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

*Ficha elaborada por:*

**Erika Díaz Muñoz**

Jefa Departamento Fiscalía (FISCAL)  
Fondo Nacional de Salud, FONASA

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# Colombia

#### Población total

42.090.502 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

El Sistema de Salud en Colombia, se realiza a través del pago de cotizaciones (Régimen Contributivo) o a través de subsidios de recursos provenientes del Estado y de las entidades territoriales en su mayoría (Régimen Subsidiado). Sus planes son: Plan Obligatorio de Salud POS (Contributivo y Subsidiado), la Cobertura Familiar, Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, la Atención Materno Infantil, la cobertura de los Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, la Atención Inicial de Urgencias y los Planes Complementarios.

El total de la población colombiana pobre y vulnerable afiliada al régimen subsidiado es de 23.804.788 habitantes, de los cuales 4.980.248 personas corresponden a población rural.

La población priorizada son: recién nacidos, menores desvinculados del conflicto armado y la población rural, indígena y urbana. Se reconoce a las comunidades indígenas como personas vulnerables sin capacidad de pago.

#### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsocial Salud

##### Desarrollo de la Protección Social en Salud

Fue realizado un diagnóstico nacional sobre la situación y características del sistema de protección social que fue integrado en el documento regional Retos para la extensión de la Protección Social en Salud a Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas con Interculturalidad. Igualmente, fueron elaborados los análisis nacionales sobre la protección social de poblaciones migrantes y trabajadores temporeros que fueron integrados a los documentos regionales sobre la situación de estos colectivos.

Además, para el caso de Colombia y Venezuela se ha elaborado el documento de propuesta de Modelo de Atención Intercultural para el pueblo Wayuu, con participación directa del proyecto. Con base en esta propuesta, los equipos nacionales de ambos países tramitan actualmente los cambios normativos que deben permitir la implementación del modelo binacional.

#### Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de Salud

Como resultado del apoyo de EUROsocial Salud se ha conformado un grupo de trabajo nacional con actores del Sistema de Salud, pertenecientes al sector público y privado, que adelantan de forma conjunta la revisión y la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- que permitirá, a medio y largo plazo la unificación del lenguaje para la prestación y negociación de los servicios de salud y el ajuste de primas del sistema de salud de Colombia.

En el caso de Colombia, se está revisando la normativa para llevar a cabo la integración de los Clasificadores de Acto Médico, hacia CIE 10, de acuerdo al Modelo francés. La importancia de esto es que se esta reduciendo la fragmentación de registro financiero a nivel de los distintos prestadores, para una gestión más eficiente.

17 actividades realizadas en el país  
73 instituciones implicadas en las actividades  
241 participantes en las actividades del proyecto  
150 mujeres  
91 hombres

“ Se ha conformado un grupo de trabajo nacional que adelanta de forma conjunta la revisión y la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS). ”

#### Medicamentos esenciales

Con el apoyo de EUROsocial Salud la experiencia del Laboratorio Nacional de Referencia del INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos

y Alimentos) ha sido capitalizada por Uruguay con el fin de mejorar del programa de Garantía de Calidad en el Laboratorio de Referencia de Control de Calidad de Uruguay.

#### Donación altruista de sangre

Se ha conformado un Grupo de Trabajo Nacional que viene trabajando las siguientes líneas de acción:

Definir estrategias que aseguren el acceso equitativo y la autosuficiencia de sangre para la población, promoviendo la donación de sangre desde escuelas y la atención primaria de salud, aspecto impulsado también por el proyecto.

Fortalecer y propiciar el desarrollo institucional y el liderazgo del Estado mediante la implementación de una estrategia ad hoc, que es la estrategia de Donación de Sangre y Cohesión Social que se ha apoyado a partir del Proyecto.

Establecer estándares de calidad y seguridad que contribuyan a garantizar la salud y la seguridad del donante, del receptor y de la población en general. Acción que se ha apoyado con la visita a España para conocer la experiencia de alta inspección y hemovigilancia.

Elaboración de la propuesta de cambio para la estructuración del Sistema Nacional de Sangre y fortalecimiento institucional de sus componentes.

EUROSociAL Salud ha apoyado igualmente a la articulación del sector salud con actores del sector educación con el fin de promover esta estrategia, así como la creación de la red de donación y transfusión de sangre, como mecanismo de coordinación técnico-operativo de los distintos niveles geopolíticos: nacional, departamental, distrital y municipal.

### Donación altruista de órganos

Las capacidades técnicas e institucionales se han visto fortalecidas mediante diversas intervenciones a lo largo del proyecto. Se realizó un intercambio de experiencias con España e Italia lo que permitió el conocimiento de los procesos de gestión y promoción de la donación altruista de órganos, su estructura normativa y operativa.

Para garantizar el acceso oportuno de la población colombiana se viene avanzando en un proyecto de modificación al Decreto 2493 de 2004 que regula las actividades de donación de componentes anatómicos y el trasplante de órganos. Este último, por intermediación de EUROSociAL Salud, fue enviado para revisión y concepto técnico a la Organización Nacional de la Red de Donación y Trasplantes (España), de quien se obtuvo oportunos y valiosos comentarios. EUROSociAL Salud, con el apoyo de

las autoridades argentinas, apoyó además el desarrollo del protocolo de donación de órganos en parada cardíaca. En este proceso se facilitó la coordinación con los puntos focales de EUROSociAL Justicia con quienes se trabaja para definir la intervención de los fiscales en este tipo de casos.

### Las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud como vehículo de integración social

El fortalecimiento institucional a través de las pasantías y el estudio de costo/efectividad de la telemedicina en Colombia, fue el primer paso en el proceso de implementación que mejorará el acceso de la población excluida a servicios básicos de Atención Primaria de Salud, mejorando la oportunidad y la calidad de la atención, la disminución de los costos de dicha atención así como la descongestión de los servicios de salud especializados.

Se conformó un equipo nacional de trabajo que coordina las acciones del sector de las nuevas tecnologías en salud. El grupo ha sido denominado "Las tecnologías de información y comunicación en salud como vehículo de integración social". En él participan las siguientes instituciones nacionales: Viceministerio de Salud y Bienestar, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Caldas, Fundación Cardiovascular de Colombia y el Centro Nacional de Telemedicina.

### Instituciones del país en la Red EUROSociAL Salud

Ministerio de la Protección Social de Colombia

[www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

Instituto Nacional de Salud, Miembro Asociado del Consorcio EUROSociAL Salud

<http://www.ins.gov.co>



© Alexandra Causi

Plaza Bolívar de Bogotá

#### Ficha elaborada por:

Coordinadores de EUROSociAL Salud de Colombia :

#### **Dra. Blanca Luz Hoyos,**

Asesora de TICS

Ministerio de Protección Social

#### **Dra. Gina Carrion**

Coordinadora Grupo de Asuntos Étnicos y de Género

Ministerio de Protección Social

#### **Dr. Mauricio Beltrán Durán**

Coordinador Red de Donación de Sangre

Instituto Nacional de Salud - INS

#### **Dr. Edwin Cárdenas**

Coordinador del eje político para componentes anatómicos

Ministerio de Protección Social

#### **Dra. Johana Castellón**

Asesora de Gestión en la Demanda en Salud

#### **Dra. Luz Stella Mendez**

Punto focal de EUROSociAL Salud Oficina de Cooperación y Relaciones internacionales

Ministerio de Protección Social

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# Costa Rica

#### Población total

4.509.290 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

Costa Rica cuenta con un seguro de salud estatal que incluye las siguientes categorías: Seguro Familiar, Trabajadores Sector Público; Trabajadores Sector Privado; Trabajadores Independientes, además de un seguro del Estado que se le otorga a la población que no está capacitada para cotizar.

La cobertura total de los servicios de salud favorece a 3.893.752 habitantes, lo que representa una cobertura total del 87,5%; de los cuales 1.253.327 corresponden a asegurados directos cotizantes, 1.748.979 son beneficiarios, 276.527 son asegurados directos pensionados y 103.753 beneficiarios en relación con estos últimos. Los asegurados por el Estado y sus familiares son un total de 511.166 habitantes.

#### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsocial Salud

#### Desarrollo de la Protección Social en Salud

Las instituciones costarricenses realizaron un diagnóstico nacional sobre la situación y características del sistema de protección social que fue integrado en el documento regional "Retos para la extensión de la Protección Social en Salud a Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas con Interculturalidad". Igualmente, realizaron un análisis de la situación del adulto mayor y trabajadores migrantes para contribuir a los diagnósticos regionales sobre la protección social de estos grupos vulnerables.

Dadas las características del sistema de protección social costarricense, este fortaleció su papel de transferente de conocimientos en el marco de la cooperación Sur-Sur sobre la extensión de la protección social a grupos vulnerables. Al igual que el sistema brasileño, el sistema costarricense constituye un modelo para los países que necesitan desarrollar políticas que les permitan: a) enfrentar la

segmentación (existencia de subsistemas con distintos niveles de financiamiento), b) luchar contra la fragmentación institucional hacia una mayor integración, c) superar el déficit de financiación pública y d) fortalecer las capacidades institucionales de la autoridad sanitaria que ejerce el papel de rectoría. En efecto, las leyes que están siendo formuladas en Paraguay con el fin de beneficiar a los trabajadores independientes y rurales han adoptado elementos del sistema costarricense de seguridad social. La experiencia de Costa Rica inspiró igualmente el lanzamiento del programa "Ciudadano de Oro Paraguay" orientado a fortalecer las prestaciones sociales al adulto mayor.

Por otro lado, los intercambios desarrollados en el marco del proyecto contribuyeron a mejorar la articulación de acciones entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguridad Social.

#### Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud

En Costa Rica se ha conformado el Grupo de Trabajo Nacional en la materia de Gobernanza de Hospitales Públicos integrado por funcionarios del Ministerio de Sanidad y de la Caja Costarricense del Seguro Social.

6 actividades realizadas en el país

22 instituciones implicadas en las actividades

106 participantes en las actividades del proyecto

66 mujeres

40 hombres

#### Atención Primaria de Salud

Uno de los mayores valores agregados que ha dejado la participación en los intercambios de EUROsocial en APS es la coordinación y el trabajo articulado que se ha generado entre el Ministerio, la Caja Costarricense del Seguro Social y la Universidad de Costa Rica alrededor de este tema.

Se logró crear un equipo nacional de APS, integrado por funcionarios de las instituciones más importantes vinculadas con el tema, que estudia e identifica las principales limitaciones de la APS y propone estrategias de trabajo conjunto. Se realizó un taller nacional donde cerca de 60 actores clave vinculados con el tema, discutieron y analizaron la problemática de la formación de los recursos humanos para las APS y se definió un plan de acción con las actividades más relevantes a desarrollar a corto y medio plazo.

Asimismo, Costa Rica ha logrado posicionarse como transferente en esta área, mediante la presentación de experiencias en el ámbito internacional. Por ejemplo, debido a la cercanía de los procesos llevados adelante por Costa Rica y Uruguay, la cooperación establecida entre los

Ministerios de Salud de estos dos países ha permitido “reobservar” la estructura del organigrama de este último, fortalecer su función de rectoría así como la función de promoción de la salud.

### Medicamentos esenciales

Se ha establecido un grupo de trabajo nacional en el área de medicamentos esenciales que coordina la acción de las instituciones implicadas en la regulación y en la promoción del uso racional de medicamentos.

Por otro lado, a través de la experiencia de Costa Rica en el Formulario Terapéutico de Medicamentos se fortaleció el modelo de selección de medicamentos esenciales en Uruguay.

“ Dadas las características del sistema de protección social costarricense, este fortaleció su papel de transferente de conocimientos en el marco de la cooperación Sur-Sur ”

### Donación altruista de sangre

Se conformó el grupo de trabajo nacional, con la participación de los actores clave con el fin de garantizar un abordaje integral al tema.

Se realizó un taller nacional con la participación de actores públicos y privados donde, por primera vez, ambos sectores se sentaron a discutir sobre los principales problemas en el tema y la formulación de acciones y estrategias para abordarlos mediante un plan de acción concreto. Con las prioridades a desarrollar alrededor del tema se analizó el marco legal y se logró determinar que una de las principales debilidades es la inexistencia de una Ley que regule la donación de sangre en el país, por tanto, parte de las acciones interinstitucionales realizadas es la elaboración de un Anteproyecto de Ley que regule todo lo relacionado con este tema.

Además, uno de los mayores valores agregados es el fortalecimiento de la coordinación entre las instancias públicas y privadas

para el desarrollo de acciones así como el establecimiento de estrategias conjuntas para incrementar la donación altruista de sangre, lograr un mayor aprovechamiento de las campañas de donación y la agilización de procedimientos para el intercambio de insumos e información.

El Ministerio de Salud como Rector de la producción social de la salud no había incursionado a fondo en el tema de la donación de sangre. El programa EUROsociAL Salud, le ha dado la oportunidad a la institución de conocer experiencias en la materia y ahondar en el conocimiento del tema, lo que ha brindado al Ministerio fortalecer su rol rector en la materia.

### Intercambios intersectoriales: Violencia de Género

Se ha conformado un grupo de trabajo nacional, interinstitucional e interdisciplinario, integrado por: Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), Ministerio de Salud, representante del Poder Judicial, oficina equidad de género y el Ministerio de Educación. Así, se ha fortalecido el trabajo intersectorial (salud, educación, justicia, y mecanismos de derechos de las mujeres/ Instituto Nacional de las Mujeres-INAMU).

También se ha fortalecido la articulación con la Comisión de Coordinación Técnica de la Política de Igualdad y Equidad de Género (coordinadas por el Instituto Nacional de las Mujeres) y con la Comisión Interinstitucional del Sistema de Seguimiento al Plan Nacional contra la Violencia Intrafamiliar. Dentro de este sistema, se ha fortalecido el trabajo de las Redes de Prevención y Atención a la violencia como instrumento para el

seguimiento y aplicación de la política pública relacionada con la violencia de género a nivel local. En este momento se cuenta con 79 redes locales que cubren casi todo el país.

A través de las pasantías organizadas por EUROsociAL Salud se obtuvo los elementos metodológicos para la definición de indicadores que faciliten el análisis del impacto de las respuestas institucionales para enfrentar la violencia contra las mujeres. Se están realizando las gestiones para incorporar estos indicadores en el sistema de vigilancia de la salud del Ministerio.

Se está trabajando en el proyecto de constitución de un Observatorio contra la Violencia hacia las Mujeres con base en los modelos español, italiano y francés que fueron estudiados en el marco de los intercambios de EUROsociAL Salud.

### Instituciones del país en la Red EUROsociAL Salud

Ministerio de Salud,  
Miembro Asociado del  
Consortio EUROsociAL Salud  
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/>

Caja Costarricense de Seguridad Social  
<http://www.ccss.sa.cr/>

Ficha elaborada por:

**Msc. Rosibel Vargas Gamboa,**  
Jefa Unidad de Asuntos Internacionales en Salud (UAIS).  
Ministerio de Salud de Costa Rica  
Punto Focal EUROsociAL Salud, Costa Rica



© IRD/Photographie: Claude Dejoux

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# Guatemala



#### Población total

13.677.815 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

Guatemala es un país que sigue mostrando un bajo índice de Protección Social en Salud, la cual la determinan diversos factores tanto socioeconómicos como demográficos. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS– cubre al 18% de la población en servicios de salud y pensiones por invalidez, vejez y sobrevivencia. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social informa de que cubre en servicios de salud hasta del 60% de la población. Del resto de esta población, un grupo es cubierto por servicios de salud privados y otro grupo no tiene acceso a ningún servicio.

#### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsociAL Salud

#### Desarrollo de la protección social en salud

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se han realizado estudios de factibilidad para extensión de cobertura de Protección Social en Salud, como el caso del programa de reciente inicio –PRECAPI–, sobre cobertura especial con carácter progresivo y obligatorio, para trabajadoras de casa particular (Acuerdo 1235 de Junta Directiva); así como de la extensión de cobertura de los programas de enfermedad y maternidad a tres Departamentos del país que en la actualidad todavía no están cubiertos. Los intercambios de EUROsociAL Salud han contribuido a estos avances.

#### Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud

Se ha establecido un grupo nacional de trabajo para el manejo del Hospital de Accidentes, con la finalidad de aplicar nuevos procesos de gerencia en el hospital. Con el intercambio de experiencias se fortalecieron los conocimientos, lo que coadyuvó al logro de la sistematización de la consulta externa del Hospital de Accidentes.

4 actividades realizadas en el país

12 instituciones implicadas en las actividades

41 participantes en las actividades del proyecto

22 mujeres

19 hombres

“ Las acciones de intercambio de EUROsociAL Salud han fortalecido el proceso de implementación del el Acuerdo 1.165 de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que rige la incorporación del Programa de Salud Reproductiva ”

#### Medicamentos esenciales

Las experiencias presentadas durante las actividades de EUROsociAL Salud fortalecieron el proceso de la elaboración de propuestas de actualización en la regulación de medicamentos y de mejora del acceso y del uso racional de medicamentos.

### Donación altruista de sangre

Se ha mejorado el conocimiento y la capacidad de gestión de los Sistemas Nacionales de Transfusión, promoviendo el trabajo en red. Así como se han fortalecido las estrategias para la captación de donantes voluntarios de sangre, con un incremento de la donación altruista de sangre en el IGSS (durante el período 2008 se colectaron un total de 1.011 donadores voluntarios, realizando 12 jornadas de donación altruista de sangre).

### Intercambios intersectoriales: Salud Sexual y Reproductiva

Las acciones de intercambio de EUROsociAL Salud han fortalecido el proceso de implementación del Acuerdo 1.165 de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que rige la incorporación del Programa de Salud Reproductiva.

### Acciones para la continuidad

Coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el fortalecimiento y desarrollo de los programas de salud de cada una de las instituciones.

Fortalecimiento institucional de la donación altruista de sangre, así como de la salud reproductiva.

### Instituciones del país en la Red EUROsociAL Salud

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

[www.igss.org](http://www.igss.org)

*Ficha elaborada por:*

#### Vidal Heriberto Herrera Herrera

Jefe del Departamento de Planificación

Punto focal Institucional de EUROsociAL Salud

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social



*Mercado de Chichicastenango*

© IRD/ Photographie: Alba Escalon

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# Honduras

#### Población total

7.876.197 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

Contados las y los trabajadores como asegurados directos y sus beneficiarios (hijos e hijas y cónyuges) cuentan con protección social en salud aproximadamente 1.378.307 de personas, lo que equivale a un 17,5% de toda la población del país.

Para el 2009 la cobertura estimada era de 21% de la Población Económicamente Activa (PEA), y un 47% de la PEA empleada. Se ha dado inicio el proceso de afiliación de la PEA Independiente, lentamente se incrementa el número de trabajadores y trabajadoras domésticas afiliadas mientras crece el número de pensionados y jubilados protegidos del riesgo de enfermedad.

#### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsocial Salud

#### Desarrollo de la protección social en salud

Durante la participación del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en el proyecto fueron ampliadas las coberturas de protección de enfermedad y maternidad a las trabajadoras domésticas y a los trabajadores independientes o autónomos.

Adicionalmente el IHSS siguió expandiendo geográficamente sus servicios abriendo nuevas unidades

1 actividad realizada en el país

8 instituciones implicadas en las actividades

31 participantes en las actividades del proyecto

15 mujeres

16 hombres

“ Se constituyó el núcleo de APS en el Instituto Hondureño de Seguridad Social que ha facilitado la coordinación de acciones con la Secretaría de Salud -órgano rector-, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con actores del sector educación ”

#### Atención Primaria en Salud

Se constituyó el núcleo de APS en el Instituto Hondureño de Seguridad Social que ha facilitado la coordinación de acciones con la

Secretaría de Salud -órgano rector-, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con actores del sector educación, como la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, a través de los responsables de la Maestría de Salud Pública. Este

de salud y contratando nuevos proveedores privados en áreas de interés y necesidad de ampliación expedita.

La participación permitió el conocer de primera mano experiencias, reforzar tanto conceptos como perspectivas y explorar soluciones que sirvieran de parangón e ilustrara posibles formas y vías de extender la seguridad social en salud en Honduras.

núcleo ha posicionado la prioridad de la formación de los profesionales de la APS en el proceso de integración del sistema de salud.

Asimismo, a través de la capacitación de personal clave (de la Secretaría de Salud, del Instituto Hondureño de Seguridad Social y Maestría de salud de la Universidad Nacional) en los diferentes intercambios de experiencia en el marco del proyecto se elaboró un dossier de APS renovada. Como propuesta del sector salud, se creó el Programa de Atención Integral en Salud de la Familia y la Comunidad del IHSS (PAISFC), se avanzó en la propuesta del Modelo de Salud de Honduras basado en APS y la Maestría de Salud Pública de la UNAH incluirá la capacitación e investigación en APS.

### **Las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud como vehículo de integración social**

Se ha conformado un equipo nacional de trabajo en la materia integrado por las siguientes instituciones: Secretaría de Salud, Instituto Hondureño de la Seguridad Social, Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

### **Intercambios Intersectoriales: Violencia de Género**

La participación del IHSS en este tipo de intercambios impulsó y reforzó la coordinación interinstitucional con el Instituto Nacional

de la Mujer (INAM) y la Secretaría de Salud (SS). En Honduras a través de este intercambio, se ha apoyado en la Actualización del Diagnóstico Nacional y la actualización del Plan Nacional de Equidad de Género.

### **Acciones para la continuidad**

Las iniciativas de extensión de cobertura aprobadas (incorporación de las empleadas domésticas, aseguramiento de los trabajadores independientes o autónomos y la disponibilidad de ampliación de cobertura a los maestros jubilados y pensionados) se fortalecen día a día y se trabaja en formas para su perfeccionamiento y ampliación de la cartera de servicios.

Las coordinaciones con la Secretaría de Salud, la Escuela de Salud Pública, el Instituto Hondureño de la Mujer se han mantenido.

Las otras iniciativas ya incorporadas al quehacer cotidiano han sido expresadas en los planes prospectivos y estratégicos de la institución.

### **Instituciones del país en la Red EUROsocial Salud**

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

[www.ihss.hn](http://www.ihss.hn)

Secretaría de Estado en los Despachos de Salud (SS)

[www.ss.gob.hn](http://www.ss.gob.hn)

Instituto Nacional de la Mujer (INAM)

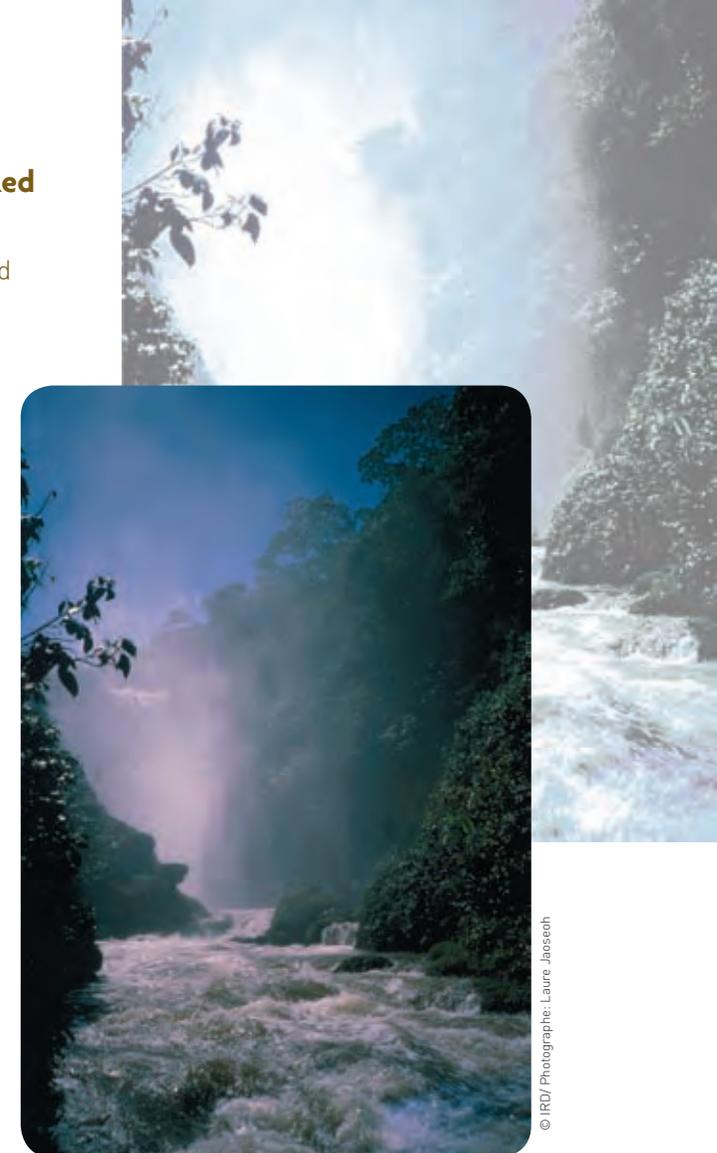
[www.inam.gob.hn](http://www.inam.gob.hn)

*Ficha elaborada por:*

**Jorge Alberto Valle Reconco**  
**José Ángel Lara Pinto**

Dirección de Planificación Estratégica

Instituto Hondureño de Seguridad Social



*Cataratas de Pulphanzak*

© IRD/ Photographie: Laure Jaosech

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# México

#### Población total

107.550.697 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

*La reforma a la Ley General de Salud establece un horizonte de instrumentación gradual de siete años comprendidos en el periodo 2004-2010, donde cada año se incorporará al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a 14,3% de la población no asegurada estimada en 2004. Actualmente, el SPSS tiene afiliadas 9.1 millones de familias, lo que representa un avance de 72,7% con respecto a la meta establecida para el 2010 (12.5 millones de familias). En virtud de la naturaleza del Sistema de Salud de México, el total de la población con cobertura efectiva incluye también a los derechohabientes del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE), que en su conjunto brindan una protección social a un 50% de la población en México.*

#### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsocial Salud

#### Desarrollo de la protección social en salud

A través del acompañamiento de EUROsocial Salud en el proceso de reforma del sector salud, iniciado en México en 2003, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, recibió capacitación y asistencia técnica en materia de extensión de la cobertura a poblaciones rurales y migrantes.

La capacitación y conocimientos obtenidos a través de dichas actividades, serán decisivos en la instrumentación que se desarrolla actualmente de las estrategias de afiliación que, en última instancia, deberán cumplimentar lo estipulado por la Ley General de Salud con respecto a la meta de afiliación de familias al Seguro Popular. Actualmente, el Seguro Popular tiene afiliadas 9.1 millones de familias, lo que representa un avance de 72,7% con respecto a la meta establecida para el 2010 (12.5 millones de familias).

EUROsocial Salud promovió igualmente la cooperación Sur-Sur entre México y El Salvador. En virtud de lo anterior, la

Secretaría de Salud de México, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y del Instituto Nacional de Salud Pública, colaboró directamente con el diseño de una propuesta de reforma sobre financiamiento y extensión de la cobertura en la República de El Salvador, incorporando en ella elementos del Sistema de Protección Social en Salud de México.

#### Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud

Se destaca la conformación de un "Grupo Nacional de Trabajo sobre Cohesión Social y Modelos de Gestión Hospitalaria" en el que confluyen las entidades directivas de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) de México. EUROsocial Salud se constituyó como un catalizador para la conformación del "Grupo Nacional de Trabajo" y ha permitido dotar de conocimientos y capacidades técnicas a los funcionarios de la Secretaría de Salud que actualmente trabajan en el desarrollo del modelo de gestión de los HRAE.

9 actividades realizadas en el país

41 instituciones implicadas en las actividades

104 participantes en las actividades del proyecto

42 mujeres

62 hombres

#### Medicamentos esenciales

La Secretaría de Salud de México trabaja en la formulación de una Política Farmacéutica Nacional (PFN) que tiene como objetivos:

a) contar con medicamentos seguros y eficaces, b) accesibles a la población, c) tener una industria farmacéutica nacional consolidada y en expansión. Para alcanzar los objetivos se han establecido 72 estrategias enfocadas a cambios legislativos (leyes, normas, reglamentos) e iniciativas de la industria farmacéutica.

“ EUROsocial Salud ha contribuido a la profundización de la cooperación en el tema de telemedicina entre la Secretaría de Salud y sus pares en Chile, Argentina, Brasil y Costa Rica ”

La iniciativa EUROsocial Salud se ha constituido como un actor clave en el acompañamiento de los procesos de reforma encaminados al establecimiento de la PFN, a través de la promoción del intercambio de experiencias entre México y países de América Latina y Europa. En 2007 y 2008, EUROsocial Salud y la Secretaría de Salud promovieron sendas reuniones internacionales sobre prácticas exitosas en materia de abasto y uso racional de medicamentos.

EUROSociAL Salud ha contribuido también a la profundización de la cooperación en salud en materia de abasto entre la Secretaría de Salud y sus pares en Chile, Argentina y España. Lo anterior ha permitido añadir al debate nacional modelos y experiencias que serán decisivos en el desarrollo y establecimiento de la PFN.

### **Donación altruista de sangre**

En el marco de EUROSociAL Salud, el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) constituyó el "Grupo Nacional de Trabajo sobre Donación Voluntaria y Cohesión Social", integrado por diversas organizaciones de la sociedad civil, representantes federales en materia de salud y sus correspondientes de las entidades federativas, así como representantes nacionales de distintos sectores y dependencias gubernamentales.

Mediante la asesoría de expertos, el Grupo Nacional de Trabajo orienta sus objetivos hacia la valoración de estrategias para favorecer la donación voluntaria de sangre en México, fortalecer su autosuficiencia y la disposición de componentes seguros a nivel nacional. Adicionalmente, la cohesión social y la participación ciudadana se han posicionado como ejes centrales de las campañas de donación voluntaria de 2007 y 2008.

La donación de sangre a partir de donadores voluntarios de repetición y la recolección de unidades de células progenitoras hematopoyéticas de sangre de cordón umbilical, son ejemplos claros en donde la coordinación de acciones e iniciativas por parte del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, a partir de grupos de cohesión social transparentes, pretende recoger los mayores beneficios en salud de la participación ciudadana.

A través del Grupo Nacional de Trabajo se ha promovido una mejor articulación entre instituciones de salud a nivel federal y estatal y, de manera muy importante, la articulación con entidades de la sociedad civil en México. Al mismo tiempo, se han difundido los conoci-

tos adquiridos en diversas actividades de EUROSociAL Salud, mediante la realización de talleres, seminarios y diplomados sobre donación voluntaria de sangre.

### **Las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud como vehículo de integración social**

EUROSociAL Salud ha contribuido a la profundización de la cooperación en el tema de telemedicina entre la Secretaría de Salud y sus pares en Chile, Argentina, Brasil y Costa Rica.

Igualmente, fue realizado un estudio de análisis y evaluación para la consolidación del proyecto de fortalecimiento de las tecnológicas de información y comunicación en el estado de Yucatán como herramienta de apoyo a la atención primaria en salud.

### **Intercambios intersectoriales: Salud Sexual y Reproductiva, Violencia de Género**

La participación de la Secretaría de Salud en las actividades intersectoriales de salud sexual y reproductiva y violencia de género, han derivado en una mejor articulación de las acciones entre las instituciones del sector salud a nivel nacional y la coordinación de éstas con el sector educación. Específicamente se destacan los casos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y la Secretaría de Educación Pública.

En materia de salud sexual y reproductiva, EUROSociAL Salud se ha constituido como un actor de primer orden. Mediante la asistencia técnica y financiera se acompaña el seguimiento de la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación", suscrita por 30 Ministerios de Salud y 26 Ministerios de Educación de América Latina y el Caribe, a través de la elaboración de un "Glosario Regional" que permitirá responder de manera efectiva a la prevención del VIH/SIDA.



© IRDI/ Photographie: Claude Dejoux

*Sitio arqueológico de Xochicahuatl  
(Estado de Tlaxcala)*

### **Instituciones del país en la Red EUROSociAL Salud**

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), miembro fundador del Consorcio EUROSociAL Salud  
<http://www.insp.mx>

Secretaría de Salud de México, Miembro asociado del Consorcio EUROSociAL Salud  
<http://www.salud.gob.mx>

*Ficha elaborada por:*

**Lic. Katya Puga Cornejo**

Jefa del Departamento para el Sistema Interamericano

Dirección General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud de México

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# Paraguay

#### Población total

6.163.000 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

*Paraguay tiene una de las más bajas coberturas de protección social de la salud en América. Se estima que sólo el 16% de la población tiene seguro social en salud (sistema contributivo obrero-patronal) y un 42% tiene cobertura a cargo del Ministerio de Salud (Sistema de Financiamiento Fiscal). En general la protección social en salud no llega más allá del 67% de la población. El porcentaje de cobertura de la Seguridad Social en Salud de los trabajadores agrícolas -que representan cerca del 20% de la Población Económicamente Activa (PEA) es apenas el 5%. La cobertura del personal de Servicio Doméstico que representa 9% de PEA es de apenas el 6%. Las dificultades de financiación, la profunda fragmentación del sector salud y la débil articulación entre sus instituciones, constituyen algunos de los factores que dificultan la extensión de la cobertura.*

### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsociAL Salud

#### Desarrollo de la Protección Social en Salud

La extensión de cobertura de la Protección Social en Salud ha sido posicionada en la agenda institucional del Instituto de Previsión Social de Paraguay (IPS). Éste es hoy, uno de los ejes prioritarios del Plan Estratégico para el periodo 2008-2013. Se está trabajando en reformas legales que permitirán la extensión de cobertura del Seguro Social en Salud a los trabajadores independientes del área urbana y rural y a otros colectivos laborales.

En este contexto, se logró el pasado 11 de septiembre, tras 42 años de exclusión, que el Instituto de Previsión Social reglamente la incorporación al Seguro Social de Salud de los trabajadores del sector doméstico y sus familias. La medida beneficiará a más de 600.000 personas (equivalente al 10% de la población del Paraguay). El proyecto fue impulsado por el Comité de Reformas, que ha sido conformado a instancias de los Puntos Focales de EUROsociAL en Paraguay. Actualmente el avance está siendo ampliamente promocionado por el Gobierno Nacional y el Presidente de Paraguay, Don Fernando Lugo.

El IPS, en efecto, constituyó un Comité Interno de Reformas Legales (CORE) que tiene entre sus principales objetivos proponer las estrategias y reformas legales necesarias para la extensión de cobertura del Seguro Social.

También se organizó una Grupo Nacional de Trabajo (GNT) Interinstitucional para el Estudio de la Problemática de la Baja Cobertura de la Seguridad Social, en el cual participan el Ministerio de Justicia, asesores del Parlamento Nacional y miembros de organizaciones laborales. Este Grupo, con el apoyo de EUROsociAL Salud, realizó en julio de 2009 el Primer Taller Nacional para el Análisis de la Problemática de la Exclusión Social en Salud de los Trabajadores Rurales e Independientes. El Taller se caracterizó por una importante participación de los sectores involucrados.

También en este marco, el IPS ha desarrollado 2 investigaciones para posicionar la problemática de los trabajadores del servicio doméstico y del sector rural. Los resultados de las investigaciones se presentaron en varias reuniones técnicas, en el Congreso de Trabajadores y ante comisiones de Parlamento Nacional.

Otros logros obtenidos por el CORE han sido:

- ★ Leyes Sancionadas: Ley 3515/08, que ha permitido el aumento de la Protección Social a 12.000 personas del Ministerio Público; Ley del Seguro Social de Salud de Docentes Jubilados Universitarios; Seguro de Salud para los Estibadores Marítimos independientes temporeros.
- ★ Proyectos introducidos al Parlamento Nacional que se encuentran en etapa de estudios por Comisiones: Incorporación al Seguro Social de los trabajadores independientes electricistas, Seguro Social en Salud para 150.000 trabajadores de la Administración Central del Estado y 12.000

4 actividades realizadas en el país

14 instituciones implicadas en las actividades

129 participantes en las actividades del proyecto

54 mujeres

75 hombres

trabajadores del Poder Judicial. Incorporación de los trabajadores independientes al Seguro de Salud del IPS.

Las leyes de los trabajadores independientes y trabajadores rurales que se están trabajando, contienen varios aspectos recogidos de los Sistemas de Protección Social en Salud de Francia, Brasil y Costa Rica.

Se ha mejorado la coordinación entre el IPS y el Ministerio de Salud y Bienestar Social a través de una agenda de interés mutuo y mediante la firma de convenios de atención a la salud en sitios geográficos de difícil cobertura.

#### Extensión de la protección social en salud de los Adultos Mayores

Se logró la inclusión de la problemática de la Protección Social en Salud de los Adultos Mayores en la agenda institucional del IPS. En este sentido se elaboró la Política Institucional para el Adulto Mayor, primera en su género en el país.

Se establecieron mesas de diálogo para permitir la participación activa de los adultos mayores en los Programas Institucionales, en un claro e innovador sistema de participación ciudadana. Mensualmente se analiza con representantes de los adultos mayores la problemática de atención a la salud y otros temas de interés. Es un ejemplo de apertura institucional a la comunidad para avanzar hacia una mayor cohesión social.

Se ha realizado la remodelación de un viejo Hospital que funcionaba como asilo de enfermos convirtiéndolo en un moderno Hospital en

el que se están aplicando todos los criterios de Buena Gobernanza y Criterios de Atención para los Adultos Mayores aprendidos en los intercambios de Argentina, Uruguay y España. El Hospital es hoy un modelo de Servicios para los Adultos Mayores.

Se ha diseñado y puesto en marcha el programa MEDICASA que otorga atención médica domiciliaria a los adultos mayores que presentan limitaciones severas en su estado de salud. El Programa cuenta con 1.000 beneficiarios y se está desarrollando desde diciembre de 2008. Para la implementación se han elaborado protocolos de gestión y de prestación de servicios realizados por ex becarios de EUROsociAL Salud.

Se puso en marcha un programa de visibilización de la situación de los adultos mayores ("MI ABUELO, UN ARBOL Y YO") y un programa intergeneracional de voluntariado para el Hospital Geriátrico que esta a cargo de jóvenes de la comunidad. Todos estos programas han aumentado considerablemente la confianza en los servicios que presta el IPS.

Con base en la experiencia de Costa Rica fue diseñado el programa "Ciudadano de Oro Paraguay" orientado a fortalecer las prestaciones sociales al adulto mayor, se prevé su implementación para el año 2010.

### Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud

Se ha lanzado el proceso de normalización de los actos médicos y de enfermería. Con el objetivo de optimizar los recursos. El IPS ha iniciado estudios sobre las prestaciones médicas y la facturación de los insumos, medicamentos y otros elementos empleados durante un internamiento.

Se está trabajando en la implementación de los programas de Garantía de Calidad, empleando nociones aprendidas en los intercambios de EUROsociAL Salud.

Coordinado por la Punto Focal de EUROsociAL Salud en el Paraguay, se dio inicio a la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECIP) promovido por el Gobierno Nacional, que implica la efectiva aplicación de un Sistema de Control Estratégico de la Gestión Pública en todos los niveles operativos del Sector Salud.

### Atención Primaria en Salud

Desde agosto del año 2008, el IPS está desarrollando acciones para ir transformando el anterior enfoque de intervención predominantemente curativa, centrada en los niveles de atención hospitalaria de mediana y alta complejidad, hacia un modelo con énfasis en la prevención y promoción de la salud, fundamentado en la Atención Primaria de Salud (APS).

Funcionarios capacitados por EUROsociAL Salud han logrado posicionar la estrategia de APS ante las máximas autoridades del IPS. Como resultado de lo anterior, se está trabajando en las Políticas de APS del Instituto y en el reordenamiento de la red de atención de la salud basado en los modelos exitosos de APS conocidos a través de los intercambios de EUROsociAL Salud (Modelo español y brasileño).

El Ministerio de Salud ha establecido un innovador modelo de trabajo en Redes de Atención Primaria que está reformando el Sistema de Atención a la Salud del Paraguay.

### Donación altruista de sangre

Se están implementando con el Ministerio de Educación dos programas muy exitosos de promoción de la donación altruista de sangre. Programa Promesa 25 dirigido a estudiantes de 16 a 18 años de la Educación Media y el Programa Donantes del Futuro, dirigido a escolares de Educación Escolar Básica.

El Instituto de Previsión Social ha conformado una Red de donantes de sangre con la sociedad civil. Se conformaron en tres grandes instituciones del país (Empresa de Telefonía Nacional, Empresa de Electricidad Nacional y diario ABC) varios clubes de donantes voluntarios de sangre contándose a la fecha con más de 700 donantes.

Con el Ministerio de Salud, se implementó la Casa del Donante, sitio de colecta altruista de sangre en un ambiente no Hospitalario, lo que facilita el acercamiento de la población. Esta estrategia fue aprendida en los Intercambios de EUROsociAL Salud (modelo inglés y chileno) por los becarios del IPS, quienes implementaron la medida en la capital del Paraguay.

El Programa Nacional de Sangre de Paraguay se ha fortalecido notablemente en los últimos años con el apoyo combinado de EUROsociAL Salud, OPS/OMS, Cruz Roja y la Federación Internacional de Organizaciones de Donantes de Sangre (FIODS).

### Acciones para la continuidad

La Dirección de Planificación es la instancia responsable del seguimiento de los siguientes nuevos programas surgidos o potenciados como parte de las lecciones aprendidas en los intercambios de EUROsociAL Salud:

- ★ Adultos mayores: Programa Medicasa 1; Programa Medicasa 2 Cuidados Paliativos; Programa Ciudadano de Oro Paraguay, Programa de Calidad Hospital Geriátrico, Programa Mesa de Diálogo Permanente con Adultos Mayores Jubilados.
- ★ Extensión de cobertura de la protección social: Programa Extensión de Cobertura del Seguro Social, Seguimiento de Iniciativas del Grupo Nacional de Trabajo (GNT).
- ★ Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud: Programa Garantía de Calidad en Hospital Central; Programa de Estandarización de Atención de Urgencias en el Hospital Central; Programa de Modulación de Equipos Biomédicos para la Red Asistencial; Programa de Cirugía Ambulatoria.
- ★ Donación altruista de sangre: Programa Donación Altruista de Sangre.
- ★ Atención primaria de salud: Programa Atención Primaria de La Salud y Redefinición de la Red Asistencial; Programa Programación y Gestión Local en la APS.

El Comité de Reformas Legales ha sido conformado por resolución del Consejo Superior lo cual garantiza su continuidad en el tiempo.

Se realizan reuniones bimensuales de la Mesa de Trabajo Nacional de Extensión de Cobertura para revisar avances y nuevos desafíos.



© IRDI/Photographic: Denis Wirmann

*Paisaje típico de la región del Chaco*

Las Políticas de Reorganización de la Red Asistencial, Políticas de Adultos Mayores, Políticas de Atención Primaria, Políticas de Garantía de Calidad, de Estandarización de Procesos serán también refrendadas por la máxima autoridad institucional para garantizar la continuidad de lo logrado a través del tiempo.

### Instituciones del país en la Red EUROsociAL Salud

Instituto de Previsión Social  
<http://www.ips.gov.py>

Ministerio de Salud Pública  
y Bienestar Social  
Miembro Asociado del Consorcio  
EUROsociAL Salud  
<http://www.mspps.gov.py/>

*Ficha elaborada por:*

**Dra. Carmen Frutos de Almada**

Directora de Planificación, Instituto de Previsión Social

Punto Focal Protección Social  
EUROsociAL Salud

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país



# Perú

#### Población total

29.000.000 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

46,6% de la población total del país. El 24,9% de la población es atendida por el SIS – Seguro Integral de Salud- que contaba en el 2008 con 8 millones de afiliados, la mayor parte de ellos pertenecientes a los sectores más pobres de la población. 25% de la población es cubierta por EsSalud (Seguro Social de Salud) y el 3,9% recibe atención de seguros privados y de las Fuerzas Armadas. La estrategia implementada desde el Ministerio de Salud para hacer llegar la seguridad social en salud a las poblaciones más excluidas, es el AISPED – Atención Integral de Salud en Poblaciones Excluidas y Dispersas .

### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsociAL Salud

#### Desarrollo de la Protección Social en Salud

Las instituciones peruanas realizaron un diagnóstico nacional sobre protección social al trabajador temporero que fue posteriormente integrado al documento regional “Extensión de la protección social en salud a trabajadores temporeros”.

EUROsociAL Salud ha contribuido a que se establezcan como medio de coordinación y se creen grupos de trabajo conjuntos entre los Ministerios de Salud y los organismos de seguridad social, como ha sido el caso entre el Ministerio de Salud del Perú y ESSalud.

Por otro lado, con el apoyo de la OIT, se ha realizado una aproximación actuarial del sistema de salud y protección social con miras a apoyar los procesos de reforma que están desarrollando actualmente.

#### Integración regional en Salud

La participación de instituciones peruanas, así como de instituciones andinas con sede en el Perú, ha sido crucial para el desarrollo de actividades en relación con la integración regional en salud.

Con el apoyo del Organismo Andino de Salud (ORAS), EUROsociAL Salud ha abierto espacios para la profundización de la integración regional en salud y para avanzar en la construcción de la Agenda Suramericana de Salud.

Las acciones en materia de integración regional han aumentado igualmente el impacto político del proyecto. Así, durante el Seminario sobre Integración Regional realizado en octubre del 2008 se contó con representación política al más alto nivel. Estuvieron presentes el Ministro de Salud de Perú, su Vice-ministro y 3 ex ministros de salud de dicho país, el Director Ejecutivo de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), el Director Ejecutivo del Organismo Andino de Salud (ORAS), los embajadores de Italia, Venezuela, Colombia, Bolivia, Brasil, además del representante de la delegación de la CE en ese país y de representantes de distintos organismos de integración regional con rango de embajadores, tales como el representante de Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), Mercado Común del Sur (MERCOSUR), Alianza Bolivariana de los Pueblos de Nuestra América (ALBA) y

9 actividades realizadas en el país

108 instituciones implicadas en las actividades

269 participantes en las actividades del proyecto

89 mujeres

180 hombres

el Consejo de Ministros de Salud de Centro América (COMISCA). Por otro lado, en la última reunión de Ministros y Ministras de Salud realizada en Lima, los Ministros y Ministras de la zona andina reiteraron su apoyo a EUROsociAL Salud y la utilidad de este proyecto para la región.

#### Participación social

El Observatorio de Interculturalidad y Derechos en Pueblos Indígenas del CENSI, ha sido tomado como una estrategia de prevención de la corrupción en el Instituto Nacional de Salud. El CENSI ha tomado la decisión de extender el Observatorio a los espacios regionales a fin de promover la participación de los actores sociales en la vigilancia de los derechos indígenas en salud.

“ Con el apoyo de EUROsociAL Salud se ha fortalecido la cooperación Sur-Sur con Brasil en materia de APS ”

Entre sus objetivos está el posicionamiento del tema de derechos humanos, derechos en salud y derechos en salud de los pueblos indígenas a nivel de las instancias del Ministerio de Salud, organismos de cooperación externa (ORAS, CARE Perú, OPS, UNFPA,), organizaciones indígenas representativas a nivel nacional, como la Asociación Interétnica de Desarrollo

de la Selva Peruana (AIDÉSEP) y otras organizaciones de nivel regional: Consejo Machiguenga del Río Urubamba (COMARU), Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes (FENAMAD) y otras.

Con el apoyo de EUROsociAL Salud se han incorporado bases conceptuales y metodología para la difusión, información y vigilancia en materia de derechos en salud en pueblos indígenas.

Desde el CENSI se vienen fortaleciendo las capacidades interculturales de los equipos multidisciplinares de la Estrategia Sanitaria Salud de los Pueblos indígenas (ESNSPI) y otras instituciones

### Atención Primaria de Salud

Se conformó un Grupo Nacional de Trabajo que mediante las reuniones técnicas ha sistematizado la experiencia internacional y nacional como insumo para el documento marco de la formación de los recursos humanos para la Atención Primaria de Salud y Salud Familiar y Comunitaria en el Perú. Asimismo se ha avanzado en la mejora del currículum formativo en Salud Familiar.

Actualmente se está ofreciendo la Diplomatura de Atención Integral Familiar en un departamento de la zona sur del Perú y se han ampliado las sedes pilotos para la ejecución de la Diplomatura de Atención Integral Familiar.

Con el apoyo de EUROsociAL Salud se ha fortalecido la cooperación Sur-Sur con Brasil en materia de APS.

### Medicamentos esenciales

Gracias a los intercambios de experiencias de EUROsociAL Salud se ha obtenido información específica de precios de medicamentos en otros países, así como material educativo en el tema del suministro de medicamentos (experiencia de México) que está sirviendo de guía para la elaboración del módulo de un curso virtual en suministro de medicamentos del Ministerio de Salud.

### Donación Altruista de Sangre

Los intercambios de EUROsociAL Salud han permitido el acceso a conocimientos que han contribuido a la formulación del Plan Nacional de Donación de Sangre del Perú (en proceso de elaboración) y han promovido la articulación entre el Ministerio de Salud y de Educación con el fin de sensibilizar a los donantes potenciales.

También se ha fortalecido la cooperación en esta materia con otros países de AL y especialmente con Chile.

### Intercambios Intersectoriales: Salud Sexual y Reproductiva

Se han fortalecido acciones intersectoriales orientadas a promover la salud integral de las y los adolescentes a través del abordaje de los determinantes de su salud. Para tal efecto, han sido formados 36 funcionarios de las Direcciones Regionales de Salud del país que se han comprometido a implementar de forma conjunta el plan estratégico regional tras la aprobación del Plan Estratégico Nacional de las y los adolescentes.

### Acciones para la Continuidad

Todos los intercambios permitirán extender la cobertura de los servicios de salud y continuar y consolidar el Aseguramiento Universal de Salud. En tal sentido, sería importante consolidar el diseño de un plan iberoamericano de cobertura de sus ciudadanos en el exterior y el fortalecimiento de los planes de cobertura de los trabajadores informales y de las trabajadoras del hogar.

★ Posicionar el tema de derechos humanos, derechos en salud y derechos en salud de los pueblos indígenas a nivel de las instancias del Ministerio de Salud, organismos de cooperación externa (ORÁS, CARE Perú, Organización Panamericana de la Salud-OPS, Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA), organizaciones indígenas representativas a nivel nacional AIDÉSEP y otras organizaciones del nivel regional: COMARU, FENAMAD y otras.

★ Continuar con el intercambio de información con el equipo técnico de FONASA de Temuco, Chile y con otros centros interculturales para abordar problemas de salud en las fronteras.

★ Promover el fortalecimiento de las capacidades interculturales de los equipos multidisciplinares de la Estrategia Sanitaria Salud de los Pueblos Indígenas (ESNSPI) y otras instituciones

★ En cuanto a la participación social se pretende fortalecer los vínculos establecidos, generar redes interactivas regionales, consensuar, socializar y operativizar los acuerdos alcanzados en el interior de los países de la región por los connacionales.

★ En lo relacionado con la donación altruista de sangre continuar fortaleciendo el trabajo en la comunidad sensibilizando y educando a la población y mejorando la infraestructura del servicio para asegurar el acceso y la disponibilidad de sangre segura.

★ Continuar fortaleciendo al personal del Ministerio de Salud en aspectos relacionados con la situación de salud de las y los adolescentes a nivel nacional e internacional, en el abordaje de la salud de las y los adolescentes desde los determinantes de la salud, adolescencia y derechos, en educación sexual y participación de los adolescentes y jóvenes en los aspectos productivos del país con énfasis en los núcleos ejecutores.



© IRD/ Photograph: Olivier Haurion

Río Napo en Amazonía peruana

### Instituciones del país en la Red EUROsociAL Salud

Ministerio de Salud del Perú

Ficha elaborada por:

**Soc. Ana María Castillo Jessen**

Punto Focal de EUROsociAL Salud

Especialista en

Cooperación Internacional

Ministerio de Salud del Perú

### parte 3

Contextos diversos, desafíos varios  
Resultados por país

# Uruguay

#### Población total

3.334.052 habitantes

#### Sobre la cobertura de la protección social en salud

Cobertura a través del Seguro Nacional de Salud: 42% de la población (1.416.131 en agosto 2009)

Cobertura de la protección social en salud: 98%

El 42% de la población uruguaya obtiene cobertura a través del Seguro Nacional de Salud financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Otro 33% tiene cobertura a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), financiado a través de impuestos. El resto de la población se atiende en Sanidad Militar y Policial (7%), o mediante cuotas de prepago en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) (15%) o pago de primas en un seguro privado.

Los trabajadores formales del servicio doméstico y rural obtienen cobertura a través del SNS (seguridad social). La población mayor de 65 años atiende su salud en una IAMC (59%) financiado a través del FONASA o por prepago individual, 30% en ASSE y el 11% restante en Sanidad Militar, Policial o seguros privados

#### Resultados obtenidos con el apoyo del Consorcio EUROsocial Salud

##### Desarrollo de la protección social en salud

A partir de la reforma de salud iniciada en el año 2005, se amplió la cobertura de la seguridad social a los hijos menores de 18 y discapacitados a cargo del trabajador de cualquier edad, a los nuevos jubilados a partir de enero de 2008 y a todos los trabajadores públicos y sus hijos. Aumentó la protección financiera de los colectivos incorporados. Las experiencias europeas y latinoamericanas en este tema -que han sido objeto de intercambios en el marco de EUROsocial Salud- han sido fuentes de inspiración para implementarlas en Uruguay.

##### Participación social

Los avances en Participación Social y Ciudadana en Salud, en el Uruguay, se pueden considerar ampliamente satisfactorios. El tema se ha incluido en la agenda institucional del Ministerio de Salud, se han establecido muy buenos contactos sobre todo con la red de Participación Ciudadana en Salud de Chile y se ha capacitado personal clave, que permite una mejor relación tanto interinstitucional como

hacia los usuarios de los servicios de Salud. Se han diseñado contratos de gestión entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales que atenderán a los beneficiarios del SNS.

La inclusión del tema en la agenda política es de tal magnitud que, en el período, las principales leyes sobre salud contemplan explícitamente la participación de los ciudadanos en distintos planos, promoviendo y fomentando el control social y mejorando la cohesión social.

Se ha logrado la participación de usuarios en los consejos consultivos de los prestadores de salud, tanto públicos como privados. Esto redundará en mayor participación, mejora de la calidad de los servicios y aumento de la solidaridad territorial. Hay un claro incremento de la participación ciudadana, más confianza en las instituciones, sentimiento de pertenencia y, sobre todo, en la posibilidad de incidir tanto en las pequeñas cosas de la cotidianidad

8 actividades realizadas en el país

23 instituciones implicadas en las actividades

148 participantes en las actividades del proyecto

75 mujeres

73 hombres

“ Se consensuó una “hoja de ruta” para la implementación de la historia clínica electrónica en el sub-sector público del Sistema de Salud de Uruguay ”

#### Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud

En el Hospital Maciel se logró la participación de usuarios y trabajadores en áreas de planificación estratégica. Se desarrollaron políticas de inclusión social. Igualmente, se realizaron actividades de educación y promoción para la salud en coordinación con la comunidad.

como en las políticas públicas. Además ha sido intensificado y mejorado el diálogo entre los actores sociales.

Se formó un equipo de directores de hospitales para trabajar sobre el tema de gobernanza hospitalaria para la cohesión social y se desarrollaron cursos para la formación continua.

Además se elaboró un documento presentado en las actividades de EUROsocial Salud sobre el concepto de gobernanza hospitalaria para ser incluido en el documento técnico.

## Medicamentos esenciales

La participación del Uruguay en EUROsociAL Salud ha contribuido a incrementar el conocimiento de experiencias y buenas prácticas de otras regiones que se han aplicado luego en el país.

Con base en la experiencia de Brasil, se creó el 15 de enero de 2008 el Comité de Uso Racional de Medicamentos, con el objetivo de contribuir eficazmente a sensibilizar a la población sobre su papel protagonista en el establecimiento y cumplimiento de los planes terapéuticos correctamente administrados y, fundamentalmente, alentar a los usuarios a modificar conductas como la automedicación.

Se establecieron vínculos con altos responsables y gestores de los Ministerios de Salud de otros países, lo cual facilitó el acceso a mayor información, desde consultar precios de referencia hasta soluciones a los problemas sanitarios comunes en el área de los medicamentos. Se capacitó a funcionarios en Uso Racional de Medicamentos, los funcionarios capacitados diseñaron a su vez un plan de capacitación a profesionales de la salud que desempeñan su labor en el primer nivel de atención, basados en la capacitación adquirida en EUROsociAL Salud.

Se capitalizaron aspectos importantes de la experiencia del Laboratorio Nacional de Referencia de INVIMA-Colombia, para la mejora del programa de Garantía de Calidad en el Laboratorio de Referencia de Control de Calidad de Uruguay.

A través de la experiencia de Costa Rica en el Formulario Terapéutico de Medicamentos se fortaleció el modelo de selección de medicamentos esenciales.

## Atención Primaria en Salud

EUROsociAL Salud contribuyó a reestructurar los contenidos de la formación en la modalidad presencial de los equipos de salud del primer nivel de atención, adecuándolos con la experiencia internacional, buenas prácticas y principales lecciones aprendidas. En razón de lo anterior, se aplicaron ejemplos tomados de las presentaciones y materiales proporcionados en los distintos intercambios.

Los insumos solicitados para participar en los intercambios (dossiers nacionales, actualización de dossiers, fichas de relevancia de datos, planillas de sistematización..., entre otros) se convirtieron en un recurso pedagógico e instrumento didáctico en la medida que los representantes nacionales debieron hacer una labor de investigación y consulta para complementarlos.

Si bien han existido dificultades para la consolidación del Grupo de Trabajo Nacional. Las actividades del mismo han permitido delinear estrategias de reorientación y/o reperfilamiento de recursos humanos en salud a través de tecnologías de información y de comunicación, compartir, discutir y diseminar los materiales aportados en los intercambios y repensar la red de servicios de salud de Uruguay a partir de las experiencias concretas de red de Costa Rica y Chile.

En especial, debido a la cercanía de los procesos llevados adelante por el sector salud de Costa Rica, el intercambio con ese país ha permitido reobservar la estructura del organigrama del Ministerio de Salud de Uruguay, la función de rectoría y la concepción de promoción de salud. Asimismo, ha sido posible identificar las ventajas y desventajas de los sistemas de financiamiento de ambos países. Los intercambios han permitido mejorar aspectos relacionados con el diseño y desarrollo de políticas de salud a nivel local-territorial, especialmente desde el marco de la promoción de la salud que es eje en la reforma sanitaria. Además, los intercambios aportaron e influyeron en las políticas de Atención Primaria de la Salud para la integración de la red de servicios de salud, la formación de recursos humanos en APS, la constitución de una puerta de entrada preferencial y la coordinación de los cuidados de salud desde la APS.

## Las TICs como herramientas para mejorar la gestión y calidad de servicios de salud

Se consensó una "hoja de ruta" para la implementación de la historia clínica electrónica en el sub-sector público del Sistema de Salud de Uruguay. Gracias al taller realizado con el apoyo de EUROsociAL Salud en marzo de 2009, se avanzó en la articulación de todos los actores de este sub-sector y se realizó un análisis de las funcionalidades de

los sistemas actuales de registros médicos. En este análisis de funcionalidades se establecieron indicadores que permiten una evaluación más objetiva del estado del arte. Es importante destacar que gracias a este taller este grupo consolidó un espacio de diálogo y coordinación sin precedentes que contribuye al fortalecimiento de la administración pública y coopera en la creación de condiciones necesarias para la concreción de los objetivos propuestos por la reforma de salud.

## Acciones para la continuidad

La reforma de la salud iniciada en el país en 2005, intenta revertir una situación deficitaria y es el comienzo de un largo proceso que de continuarse en los próximos diez años, permitirá alcanzar los más altos niveles de salud para la población uruguaya.

Esta reforma es un proceso político, social, comunicacional, institucional y gremial que exige una sólida conducción, una firme voluntad política para llevarla adelante y la capacidad de construcción de acuerdos políticos y sociales que la hagan viable y le den proyección en el tiempo.

En lo inmediato ya está dando algunos resultados sobre las condiciones materiales de vida de amplios sectores de la población, fundamentalmente trabajadores e hijos de trabajadores, a través de la ampliación de la protección social en salud.



Vista de Montevideo

## Instituciones del país en la Red EUROsociAL Salud

Ministerio de Salud Pública (MSP)  
[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)  
[http://www.msp.gub.uy/homeasse\\_195\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/homeasse_195_1.html)

Banco de Previsión Social (BPS)  
[www.bps.gub.uy](http://www.bps.gub.uy)

Ficha elaborada por:

**A.S. Aníbal Suárez**

Punto Focal para EUROsociAL Salud  
Ministerio de Salud Pública

**parte 1:**  
El **sentido** de la **acción**  
¿Cómo promover la  
**cohesión social** desde las  
políticas públicas de salud?

**parte 2:**  
Intercambios de experiencias:  
¿Cómo compartir saberes  
para **construir** el **cambio**?

**parte 3:**  
Contextos diversos,  
desafíos varios  
**resultados por país**

▼  
**parte 4:**  
**Retos** para la cohesión  
social en América Latina



**parte 4**

**Retos para la  
cohesión social  
en América Latina**

# Hacia la universalización del acceso a los servicios de salud

**Palabras clave:**  
*protección social,  
poblaciones vulnerables,  
salud, pobreza,  
universalización,  
exclusión, inclusión,  
solidaridad, reformas,  
intersectorialidad, riesgos*

**E**l interés prestado por las organizaciones internacionales a la protección social, en especial desde comienzos del decenio de 2000, puede explicarse por el ámbito que abarca dado que protege contra los riesgos de pobreza de todas las categorías de población, a diferencia de acciones técnicas más focalizadas, que se inscriben menos en el tiempo y no permiten reducir de forma global la vulnerabilidad de las poblaciones objetivo. En este contexto, se presta especial atención al sector de la sanidad. Por una parte, debido al vínculo existente entre el estado de salud de las poblaciones y la pobreza, los sistemas sanitarios desempeñan una importante función en materia de redistribución y, por tanto, de solidaridad. La salud es uno de los principales pilares de cohesión social, porque desempeña un papel primordial en materia de exclusión o, por el contrario, de integración social. También pone de manifiesto las relaciones que mantienen el Estado y la

sociedad. Por otra, la salud contribuye a la lucha contra la ruptura social, fuente importante de ruptura democrática. La salud constituye un requisito previo para el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos y las colectividades, condición indispensable para la democracia y el ejercicio de las libertades.

La universalización del acceso a la salud, que se entiende como el acceso a la asistencia sanitaria para toda la población sin discriminaciones, plantea muchos desafíos a los que EUROsociAL Salud ha aportado las primeras respuestas. Las principales conclusiones extraídas de las actividades realizadas en el marco del

“ el acceso universal a la asistencia sanitaria no debe limitarse a un aumento de la oferta de servicios, también hay que eliminar las barreras financieras que impiden el acceso a los mismos ”

Proyecto EUROsociAL Salud confirman la necesidad de seguir avanzando hacia una universalización subjetiva (o cobertura horizontal de todos los individuos), pero también hacen

hincapié en la importancia de una universalidad objetiva (o cobertura vertical relativa a los riesgos). Otra conclusión es que el acceso universal a la asistencia sanitaria no debe limitarse a un aumento de la oferta de servicios, también hay que eliminar las barreras financieras que impiden el acceso a los mismos. El acceso universal debe ir parejo con la protección financiera. Con esta condición se podrá universalizar el acceso a los servicios de sanidad en función de las necesidades de la población y no de su

capacidad de pago. Otro de los retos de la universalización del acceso a la asistencia reside en la necesidad de ampliar la negociación de las reformas, a fin de crear unas condiciones políticas favorables a la búsqueda de la universalización. La reafirmación del espacio propio de la política pública constituye un elemento clave en este ámbito.

## Priorizar los grupos vulnerables

En este aspecto central del fomento del acceso universal a la sanidad, EUROsociAL Salud ha concentrado sus actividades en tres grupos vulnerables identificados en función de su importancia en las sociedades latinoamericanas:

✱ **Los trabajadores agrícolas** y la población indígena. Por lo que se refiere a los trabajadores agrícolas, que en 2004 representaban el 18,42 % de la

población de América Latina (fuente CEPAL), sólo el 22 % cotizaban a la seguridad social en 2002. En el caso de las poblaciones indígenas (30 millones de personas), más del 40 % no tienen acceso a los servicios sanitarios, por razones tanto de índole geográfica como cultural y financiera. El objetivo de esta línea temática fue reforzar las capacidades de las instituciones afectadas para que puedan poner en marcha procesos de integración de los trabajadores agrícolas no cubiertos. Por su parte, las actividades relativas a los pueblos indígenas se centraron en el fomento de estrategias que tengan en cuenta las especificidades culturales y los sistemas de valores de estas poblaciones y permitan así hacer hincapié en la integración de las poblaciones indígenas como ciudadanos de pleno derecho.

★ **Los trabajadores inmigrantes** e informales constituyen el segundo grupo vulnerable al que EUROsociAL Salud ha dedicado actividades por la magnitud del sector informal en la región, y en especial en la zona urbana, y por la existencia de importantes movimientos migratorios de trabajadores y sus familias. Esta línea temática surgió en 2008 como complemento de las temáticas anteriores y en relación con el principio nº 3 del Libro Blanco "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)", según el cual los principios de universalización del acceso, equidad y solidaridad están en la base del bienestar social. Se ha subrayado la importancia de integrar a estas poblaciones como mano de obra reconocida a fin de que puedan acceder a una situación de bienestar, contribuyendo así a una mayor cohesión de la sociedad. En el marco de esta línea temá-

tica, se llevó a cabo un diagnóstico de las distintas situaciones nacionales y se formularon propuestas de estrategias destinadas a mejorar la protección social de los trabajadores informales e inmigrantes.

★ Por último, EUROsociAL Salud realizó actividades dirigidas al **adulto mayor**, a fin de favorecer su inclusión en los distintos sistemas de protección social, dado que el envejecimiento de la población es una tendencia cada vez más acusada en las sociedades latinoamericanas (los mayores de 60 años representarán en torno al 24 % de la población en 2050). También esta línea temática surgió en el programa de trabajo 2008. Los principales resultados fueron la redacción de un documento de análisis de la situación y la formulación de propuestas, así como un seminario de sensibilización sobre las estrategias en materia de protección social destinadas a adultos mayores dependientes. Los principales puntos propuestos fueron la calidad de la asistencia, la prevención y también la salud mental.

### La protección social como vector de la intersectorialidad

Por su importante papel en materia de cohesión social, la salud no puede contemplarse sólo desde el punto de vista sectorial, sino que debe ocupar un lugar central en todas las políticas públicas. La universalización del acceso a la salud debe abordarse ante todo en términos de intersectorialidad, como se recordó en las conclusiones de los talle-

“ La protección social se presenta como el denominador común de distintas políticas ”

res EUROsociAL Salud del último encuentro de redes celebrado en Salvador de Bahía en junio de 2009. En efecto, paralelamente a los programas de salud, hay que prever programas sociales con repercusiones sobre la salud de la población. La protección social se presenta como el denominador común de distintas políticas, y podría ser el vector de la intersectorialidad, en particular en el marco de un programa EUROsociAL 2 centrado en el Desarrollo Humano Sostenible.



© IRD/Photographie: Pierre Fieon

Trabajo agrícola en Colombia

**Laurence MOUREAU**  
Responsable de Proyecto  
Agencia para el Desarrollo y  
la Coordinación de las  
Relaciones Internacionales (ADECRI)  
Miembro Asociado del  
Consortio EUROsociAL Salud

# Determinantes sociales de la salud e intersectorialidad

**Palabras clave:**  
*abordaje integral, determinantes de la salud, intersectorialidad, responsabilidad colectiva, interdisciplinar, prevención, control de riesgos*

**E**l concepto salud-enfermedad está íntimamente ligado a factores históricos. Estos factores han condicionado la respuesta que da una sociedad a los problemas de salud individuales y colectivos.

La situación de la salud de un grupo de población es un producto social, dado que está relacionada con el grado de desigualdad social que afecta selectivamente la calidad de vida de individuos y grupos sociales. Esa calidad de vida está directamente relacionada con los niveles de la salud, que puede verse favorecida o amenazada por procesos que surgen del hábitat, las esferas de trabajo, el consumo, las acciones del Estado, la ecología, así como de la organización política y cultural de cada sociedad.

Este conjunto de factores está determinado por procesos destructivos y procesos protectores, que actúan tanto en la vida colectiva como individual: la solidaridad familiar, la organización grupal, el saber, la conciencia y otros.

Tradicionalmente, los problemas de salud se enmarcaron en la dimensión biológica y clínica, con una mayor presencia del sector salud y bajo la responsabilidad de los Ministerios de Salud. No obstante, actualmente se tiene claro que los problemas de salud que se identifican en un espacio poblacional trascienden la dimensión biológica para incluir otras relacionadas con su aspecto de índole socioeconómico y cultural, así como el ambiental.

## Determinantes de la salud

Los determinantes de la salud se enmarcan en cuatro dimensiones:

- ✦ Dentro de la **dimensión biológica** se incluyen todos aquellos aspectos de salud, tanto físicos como mentales, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica, así como aspectos orgánicos del individuo, entre ellos la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo y la estructura poblacional entre otros.
  - ✦ En la **dimensión socioeconómica y cultural**, están considerados los estilos de vida, hábitos alimentarios, uso
- de medicamentos y drogas ilícitas, tipos de familia, prácticas religiosas, recreación, organización social, ingresos económicos, nivel educativo o empleo, entre otros.
- ✦ La **dimensión ambiental**, incluye entre otros, el hábitat humano, entendido como el espacio donde vive un individuo o grupo, la seguridad del agua, aire y suelo, la ocurrencia de eventos naturales, condiciones de vivienda, de saneamiento básico, el contacto con plaguicidas y la urbanización.
  - ✦ Finalmente en la **dimensión de los servicios de salud** de atención a las personas, se incorpora principalmente, el acceso, la cobertura, la cantidad y calidad, así como la oportunidad y disponibilidad de recursos y organización.

En este sentido, la respuesta a los problemas de salud debe tener un abordaje integral, pero debe estar diferenciada de acuerdo con los problemas y necesidades específicos de los diversos grupos de la sociedad, ya que éstos se traducen en un estado de salud óptimo o en riesgos diferenciados de enfermar y morir que están directamente relacionados con características socioeconómicas, ecológicas, biológicas y de la respuesta de los servicios de salud.

Por ende, la salud de las personas resulta de la oposición de un conjunto de fuerzas contradictorias que experimentan en su vida: unas que la protegen y mejoran y otras que la deterioran y destruyen, por lo que permanentemente debemos preguntarnos: ¿dónde, cómo y cuándo ocurren esos procesos que destruyen y envejecen a las personas, para contrarrestarlos? Así como: ¿dónde y cómo suceden los procesos protectores para potencializarlos?

“ La situación de la salud de un grupo de población es un producto social ”

### Mas allá del enfoque tradicional de la salud

Esto nos confirma que la salud debe ser abordada desde una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria, trascendiendo el enfoque tradicional que da énfasis a los servicios de salud. Todo esto acompañado de un proceso de análisis del contexto, poniendo énfasis en el estudio de los determinantes destructivos y protectores de la salud, de manera que nos permita acercarnos a la explicación de los problemas de salud de la población en un

espacio y tiempo determinado y orientar las acciones para la mejora de la calidad de vida de la población.

Al reconocer que la salud es un producto social, que depende de diversos determinantes y de la respuesta y organización social que se genere para abordarla, surge la necesidad de dar un abordaje integral, donde interactúen los diversos actores, tanto estatales como privados, y la población misma, para mejorar los niveles de salud.

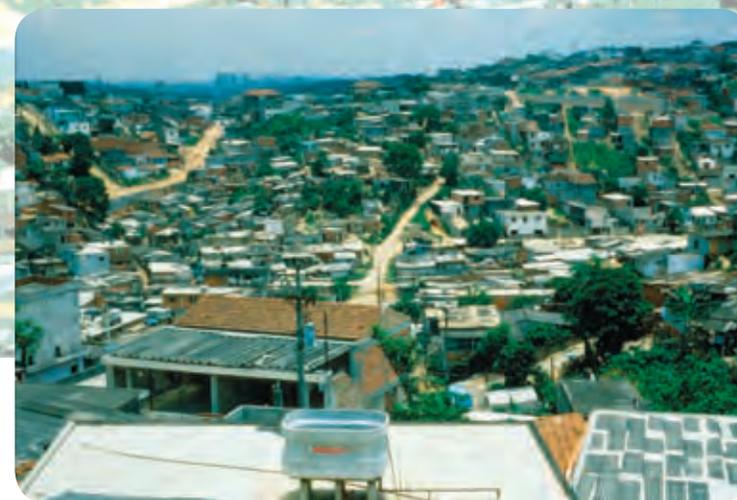
Asimismo, tal como se abordó en el IV y último Encuentro Internacional de REDES del Programa EUROsociAL, desarrollado en Salvador de Bahía en junio 2009, las conclusiones de los talleres sectoriales de salud convergen en la necesidad de un abordaje intersectorial y la necesidad de

trabajar en prevención y control de riesgos. En definitiva, promover la incorporación de la salud en todas las políticas sectoriales.

La salud está en el centro de los anhelos del ser humano. Como todo lo que concierne al ser humano es complejo y no puede desarrollarse únicamente desde el punto de vista del sector. Además es necesaria la valorización de acciones de prevención, control, promoción de la salud, educación sanitaria, preservación de la calidad ambiental y la formación de profesionales. Y como ya se ha comentado, realizar un abordaje desde la perspectiva de los determinantes de la salud para apoyar políticas públicas coherentes con las necesidades de la ciudadanía.



© IRD/Photographie: Philippe Haeringe



Suburbios de São Paulo, Brasil



**Msc. Rosibel Vargas Gamboa**

Jefa de Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud, Costa Rica

Punto Focal EUROsociAL Salud Costa Rica

# Participación social y políticas de salud orientadas al usuario

**Palabras clave:**  
*diálogo, participación,  
ciudadanía, acceso,  
actores sociales,  
democratización,  
corresponsabilidad,  
control social*

La participación social es una nueva forma de comunicación de la sociedad con el poder político y es complementaria a la democracia representativa. Es un canal que permite introducir la opinión de una ciudadanía informada en el proceso político y crear un diálogo entre los distintos actores sociales favoreciendo de esta manera avanzar hacia la cohesión social.

Las cosas han venido cambiando desde que el Corpus Hipocraticum desarrollara un concepto de relación médico-paciente que se ha mantenido vigente durante siglos, una relación asimétrica y paternalista que ha configurado la forma en que el sistema sanitario se vincula con las personas que solicitan atención en salud. Un nuevo enfoque de derechos de las personas en salud se basa en que las personas aspiran a tomar una decisión informada frente a la oferta de tratamiento médico y exigen confidencialidad en el uso de la información contenida en

la historia clínica. A partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, se han ido incorporando derechos exigibles en diferentes áreas, incorporando derechos en salud y el derecho a participar de las decisiones.

A partir de un enfoque orientado al respeto de derechos de los usuarios, se plantean nuevas exigencias para la relación de las personas con los servicios asistenciales y también para incorporar actores sociales al diseño de políticas de salud. En la actualidad, las agendas políticas y sociales de la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe y de la comunidad internacional, tienen entre sus prioridades mejorar el acceso oportuno a bienes y servicios

“ Un nuevo enfoque de derechos (...) en salud se basa en que las personas aspiran a tomar una decisión informada frente a la oferta de tratamiento médico ”

de salud de calidad adecuada y alcanzar mayores niveles de equidad en la utilización de dichos bienes y servicios y en los resultados de salud. El éxito de estos propósitos depende en gran

medida de desarrollar la capacidad para identificar con mayor claridad las necesidades y demandas de salud de la población y comprender mejor las dinámicas de inclusión y exclusión en ella.

## Participación social y salud en la región

El escenario que presenta la región de América Latina y el Caribe, con una marcada desigualdad en la distribución del ingreso y gran diversidad cultural

en un entorno caracterizado por una profunda estratificación social y, en algunos países, una persistente debilidad de las instituciones democráticas, hace aun más necesaria la búsqueda de espacios de representación de los distintos actores sociales con el fin de alcanzar acuerdos que conduzcan a mejorar la sostenibilidad y la gobernabilidad de las políticas de salud.

En la región, principalmente a partir de los procesos de reforma de salud, se han puesto en marcha diversas estrategias para profundizar en la democratización a través de la participación en salud. Junto con aumentar la información y el conocimiento en salud de la población, se ha avanzado en la generación de mecanismos de control social sobre la gestión y en el desarrollo de medidas para aumentar la transparencia en la gestión pública de salud. Además se ha incorporado la promoción de la corresponsabilidad de las personas

en el mantenimiento de la salud y la calidad de los servicios y también, la participación de la sociedad civil organizada en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud.

### Corresponsabilidad, control social

En el marco de EUROsociAL Salud, se ha trabajado con el objetivo de intercambiar experiencias innovadoras de participación ciudadana y promover el debate de las formas de participación social y sus implicancias en la gestión pública, en el contexto de favorecer colaboraciones entre los países. Uno de los intercambios, realizado en marzo 2009 en Santiago de Chile, logró generar una comunicación abierta sobre diálogo social, participación y políticas públicas entre la delegación de la Comunidad Europea y los representantes de los Ministerios de Salud y las organizaciones de los países latinoamericanos. Allí se abordó la relación entre cohesión y participación social, las herramientas técnicas para la intervención en salud, el control social en salud y la toma de decisiones de forma participativa.

En cada uno de los países, los representantes de cientos de organizaciones sociales coinciden en una **solicitud fundamental: más control social sobre la gestión** para asegurar la protección de derechos en salud y el desarrollo de un modelo de atención centrado en las **necesidades y expectativas de la comunidad usuaria**.

Las experiencias relatadas demuestran que del diálogo con la comunidad, se recogen múltiples iniciativas sobre promoción y prevención de salud y sobre mecanismos para extender la protección social en dicha materia.

Las conclusiones del seminario permiten constatar un amplio consenso en materias tan relevantes como es el considerar la participación social en salud como un elemento indispensable para alcanzar la gobernabilidad democrática de los sistemas sanitarios. Se reconoce también que la participación debe ser considerada como un derecho civil. Se coincide en la necesidad de avanzar en el desarrollo de mecanismos que faciliten el ejercicio de derechos, la corresponsabilidad en salud, la rendición de cuentas y un mayor control social sobre la gestión sanitaria pública y privada. Se concordó, asimismo, en que es necesario que el Estado disponga los recursos que permitan garantizar y fortalecer la participación de organizaciones de la sociedad civil en la toma de decisiones para la definición de las prioridades de salud, el control social del uso de los recursos públicos y la orientación del gasto en inversión sanitaria.

Las políticas públicas de protección social deben conducir a poner fin a la exclusión y a las desigualdades. Se requiere la acción conjunta del Estado y la comunidad, protegiendo a los más vulnerables para alcanzar una mejor calidad de vida. Las instituciones públicas deben asumir

“ Las instituciones públicas deben asumir un rol más proactivo hacia la sociedad, dejando de lado el paternalismo, entregándole a la ciudadanía las herramientas que le permitan formar opinión (...) ”

un rol más proactivo hacia la sociedad, dejando de lado el paternalismo, entregándole a la ciudadanía las herramientas que les permitan formar opinión, hacer análisis y colaborar en la toma de decisiones de aquellos asuntos que finalmente terminarán beneficiándoles y perjudicándoles a ellos mismos.

© IRD/ Photographie: Olivier Danglès



Taller para mujeres en Ecuador



FONASA-Chile

**Dr. Hernán Monasterio**  
Director  
Fondo Nacional de Salud (FONASA), Chile

# Formar a los **recursos humanos** para mejorar la **Atención Primaria de Salud**

**Palabras clave:**

*atención primaria, medicina familiar y comunitaria, enfermería familiar y comunitaria, pregrado, postgrado*

## La necesidad de una formación específica

Desde hace muchos años la Atención Primaria (AP) cuenta con sólidas evidencias sobre su impacto en la equidad, efectividad y eficiencia sobre los sistemas sanitarios, cuando estos la posicionan como su función central del sistema de salud. Así, si la AP debe ser la función central del sistema, la formación en la medicina, enfermería y cuantas disciplinas y especialidades la resuelvan se debe convertir en la función central de los sistemas educativos relacionados con la salud.

Desde hace años se viene demostrando que médicos bien formados y entrenados en su práctica en Atención Primaria son más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la AP. Y esto viene dado porque en Atención Primaria se desarrollan especialidades que tienen un ámbito de actuación concreto,

un cuerpo doctrinal específico, un enfoque determinado, para lo que precisa de unos investigadores y docentes propios. Todo esto ha llevado a evidenciar la necesidad de formación específica y a tener un desarrollo espectacular en algunos países. Por ejemplo, hace 14 años se discutía en la Unión Europea sobre la necesidad de formación específica en Medicina General/ Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y se concluyó que ésta debería ser de al menos dos años. Ahora, en Europa, la mitad de los programas de formación especializada en Medicina de Familia son de 3 años y la otra mitad son de 4, 5 y hasta de 6 años.

“ Desde hace años se viene demostrando que **médicos bien formados y entrenados en su práctica en Atención Primaria son más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la AP** ”

específica. Esta planificación debe ser política y normativa. Es decir, que la AP sea su función central y la formación de sus recursos una prioridad sanitaria y educativa, es decir, un objetivo propio de gobiernos y ministerios y a su servicio se desarrollen normas que lo garanticen. Que haya toda una planificación estratégica tanto sanitaria como educativa y una planificación táctica y operativa que permita una red de centros de salud

## Una propuesta

Ahora bien, y tras los diversos análisis realizados desde EUROsociAL Salud, se precisa una consideración inicial. La formación de los recursos en AP debe estar inmersa en un marco de planificación amplia y contar con una financiación

como base del sistema, adecuadamente desarrollados, con un pool importante de centros docentes con profesorado específico, cualificado e incentivado, que trabaje con alumnos y con especialistas en formación y en el seno de las facultades, escuelas y unidades docentes. Y que estas intervenciones se hagan en los tres grandes momentos formativos: la formación de grado, la formación especializada y el desarrollo profesional continuo.

En una parte importante de países europeos el desarrollo de la especialidad ha ido en paralelo al desarrollo de disciplinas académicas. Pero hay que reconocer que mientras en la formación especializada ha habido importantes cambios en muchos países, los cambios en la formación de grado se presentan más heterogéneos. Se espera que diferentes iniciativas como la presente, que apuesta por orientar la formación a los perfiles más demandados y a los perfiles más polivalentes, eficientes y equitativos, introduzcan cambios importantes en la

curricula, sobre todo de algunas facultades de medicina, que siguen estando centrados en la teoría, la enfermedad y el hospital como eje formativo esencial y obviando que una parte importante de los profesionales sanitarios deben desarrollar su trabajo en AP (entre el 50-60%). Y también tengan una repercusión importante sobre los países que inician su apuesta por la formación especializada de los perfiles profesionales de la AP y todas las estrategias que la sustentan.

### Las estrategias de mejora de la formación que pueden conducir a estos cambios

**1.** Crear departamentos universitarios de MFyC y Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) con profesores médicos de familia y enfermeros de familia, y que este criterio sea clave en la acreditación y reacreditación estatal para las Facultades de Medicina y Escuela de Enfermería.

**2.** Incorporación de la MFyC y EFyC en la troncalidad de planes de estudio de pregrado, sólidos y definir su rol como disciplinas académicas. Así serían materias básicas del grado, integradas de manera horizontal para la formación clínica, la medicina social, con habilidades de comunicación, ética, investigación, utilización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos... y como entorno de aprendizaje de campo (learning in context) de primer orden.

**3.** El peso de estas disciplinas en los planes de estudio y de estas especialidades en las ofertas de formación especializada deben ser proporcionales a la necesidad de MFyC y de EFyC que tienen los sistemas sanitarios.

**4.** Elaboración de programas de formación especializada sólidos, que se desarrollen en Unidades Docentes de Salud Familiar y Comunitaria, bien dotadas, con una red suficiente de centros de salud docentes, bien dimensionados y distribuidos y con una red de tutores

acreditados y que cuenten con apoyo docente, metodológico y de carrera profesional.

**5.** Un tipo de acceso a la formación especializada común para todas las especialidades, que evalúe competencias y valores profesionales.

**6.** Sistemas de formación especializada, basados en el estudio, el autoaprendizaje dirigido que incluya el feed-back y la práctica tutelada con responsabilidad progresiva.

**7.** Desarrollo y generalización de herramientas docentes y evaluativas (feed-back, portafolio, evaluación clínica objetiva estructurada...)

**8.** Introducción de la troncalidad en los programas de formación especializada, que incluya la formación en Atención Primaria no sólo para MFyC y EFyC sino para la mayor parte de especialidades con las que se comparte transversalidad.

**9.** Fomento de la investigación en el periodo de especialización y del aprendizaje de metodologías de mantenimiento y mejora de la competencia, como soporte posterior para el desarrollo profesional y la formación continua.

**10.** Incorporación de los procesos de certificación y recertificación como garantía de desarrollo profesional continuo y vinculación a carrera profesional.

“ La formación de los recursos en AP debe estar inmersa en un marco de planificación amplia y contar con una financiación específica ”



Análisis alimentario en Cochabamba, Bolivia



**Pablo Bonal**

Vocal Comisión Nacional de MFyC.  
Presidente de la Real Academia de Medicina de Familia de España



**Verónica Casado**

Presidenta Comisión Nacional de MFyC.  
Vicepresidenta Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.  
Vocal Academia de Medicina de Familia de España

# Patentes: ¿Protegiendo el desarrollo generamos innovación?

## Las patentes y las políticas públicas de salud

Los Derechos de Propiedad Intelectual (DPI) tienen una larga historia y han sido concebidos como la búsqueda de un equilibrio entre los intereses de la sociedad y el reconocimiento a los autores por sus invenciones.

Mediante la suscripción del Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), en 1994, los países acordaron la implementación, entre otros, de un sistema que otorga a los inventores, bajo determinados requisitos, una patente caracterizada por estándares mínimos comunes (20 años de duración, requisitos de altura inventiva, novedad y aplicación industrial).

La patente, como derecho de propiedad, confiere un monopolio legal que se traduce en un haz de normas jurídicas

a las que puede recurrirse para lograr la materialización de los derechos exclusivos, sea con fines de protección y/o indemnizatorios.

El ADPIC es el resultado de una coalición liderada por los Estados Unidos, y apoyada por Japón y la Unión Europea, para fortalecer la protección de la propiedad intelectual a nivel multilateral, y que se presentó como un nuevo equilibrio entre los beneficios de las nuevas invenciones y los posibles costos resultantes para la sociedad.

La suscripción de este acuerdo, en particular para los países en desarrollo, implicó extender este derecho a todas las áreas del conocimiento y en particular a las patentes farmacéuticas.

“ Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone al estado obligaciones, en particular las de cumplir medidas positivas para darle plena efectividad ”

Desde entonces y hasta la actualidad, los países desarrollados siguen ejerciendo políticas que implican tendencias globales y presiones hacia una máxima armonización, es

decir, una mayor exigencia de los sistemas de propiedad intelectual incorporando la temática, por ejemplo, dentro de los acuerdos bilaterales de libre comercio.

Cada país en ejercicio de su soberanía puede desarrollar un sistema de propiedad intelectual que satisfaga sus necesidades de salud pública y, este marco, será un claro reflejo de cómo prioriza sus necesidades colectivas y el derecho individual.

### Palabras clave:

*propiedad intelectual, patente farmacéutica, investigación y desarrollo, innovación, acceso a medicamentos, políticas públicas, salud pública, flexibilidades, precios de los medicamentos, países en desarrollo*

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone al estado obligaciones, en particular las de cumplir medidas positivas para darle plena efectividad. Para ello se necesitan intervenciones políticas, basadas en el conocimiento y el análisis, para mitigar el impacto negativo de los DPI sobre el acceso de la población a los medicamentos.

¿Están los Estados capacitados para hacer las intervenciones correctas? La pregunta es una herramienta de reflexión y conocimiento. Puede, es cierto, a veces ser incómoda, irritante, pero siempre hacer preguntas y hacerse preguntas es un apasionante modo de ampliar los horizontes de la razón y de la conciencia. Obliga a despertar de la pereza al pensamiento y abre nuevos horizontes o los vislumbra.

Las patentes farmacéuticas jugaron un rol importante al incentivar la inversión en Investigación y Desarrollo (I&D).

Sin embargo, el nivel de innovación de la industria farmacéutica medido por el desarrollo de Nuevas Entidades Químicas (NEQ) se incrementa a una tasa decreciente (Datos de la Food and Drug Administration (EE.UU) muestran que en 1995 se registraron 42 NEQ y en 2005 fueron 20) ¿podríamos pues sostener que el sistema de patentes enfrenta una importante crisis?

### **Evaluar los sistemas de patentes, pensar respuestas comunes**

El desafío de los países es evaluar si el sistema de patentes vigente contribuye a los objetivos para los cuales fue creado y en su caso, en qué medida o, si por el contrario, se ha constituido en un obstáculo para el acceso a los medicamentos y, en consecuencia, para el ejercicio del derecho a la salud.

Si bien de un modo controvertido, algunos países latinoamericanos reflejaron sus inquietudes al respecto en el marco de las actividades desarrolladas en el proyecto EUROsociAL Salud. Pensar el diseño de respuestas comunes es una necesidad evidenciada y el desafío que nos convoca.

Para canalizar estas inquietudes, podemos partir de preguntas generales y encontrar elementos que identifiquen los recursos disponibles que el marco normativo vigente consagra. En este sentido no puede soslayarse la importancia que la Declaración de Doha (2001) tuvo y tiene para pensar políticas de salud pública.

Sin embargo, los países latinoamericanos no han utilizado estos mecanismos, a excepción de Brasil (emitió una licencia obligatoria en 2007 para el Efavirenz -medicamento antirretroviral-), y manifestaron su necesidad de

contar con apoyo para realizar guías, documentos de procedimiento y demás instrumentos que permitan capacitar a sus recursos humanos para facilitar, en caso de resultar necesario, la aplicación de las flexibilidades contenidas en el ADPIC.

Si bien el sistema generó algunas nuevas moléculas en los países desarrollados, instituciones como la Organización Mundial de la Salud, sostiene que no permitieron una mejora significativa en los problemas de salud de los países en desarrollo y tampoco resultaron accesibles.

En este orden, los países latinoamericanos plantean la dificultad en el tratamiento de este problema debido a la multiplicidad de causas que los afectan: escasa capacidad de I&D, necesidad de contar con transferencia tecnológica, características epidemiológicas propias, incipientes desarrollos productivos, etc.

Los países coinciden en el tratamiento del medicamento como un bien social, diferenciándolo de los bienes de mercado, complejizándose el escenario. ¿Cómo resolvemos los problemas de salud frente a mercados poco rentables? ¿Se atienden las necesidades de salud pública de los países en desarrollo? ¿Y las enfermedades olvidadas (chagas, malaria, dengue, etc.)?

En este orden, la identificación de flexibilidades (licencias obligatorias, importaciones paralelas, exigencias en la interpretación de los requisitos de

*Investigación  
contra el Sida  
en laboratorio*



© IRD/PHPT

“ Los países [latinoamericanos] coinciden en el tratamiento del medicamento como un bien social, diferenciándolo de los bienes de mercado ”



**Lic. Catalina de la Puente**  
Coordinadora Técnica  
Programa EUROsociAL Salud - Medicamentos



**Dra. Carola Musetti**  
Asesora en Propiedad Intelectual  
Ministerio de Salud de Nación - Argentina

# Del medio ambiente a la salud

**Palabras clave:**  
*equilibrios ecológicos,  
conciencia mundial,  
riesgo sanitario,  
injusticia social,  
equilibrio, investigación*

## Un problema global

La actividad del ser humano perturba de forma duradera los grandes equilibrios ecológicos y esta evidencia constituye hoy una de nuestras principales preocupaciones. El asunto ya no sólo es objeto de debate de los investigadores y los grandes foros que reúnen a los responsables de la toma de decisiones. Hoy ocupa un lugar central en nuestras conversaciones cotidianas y se ha difundido en todos los continentes. Sin embargo, esta toma de conciencia mundial choca con el modelo económico globalizado y exige un importante esfuerzo de adaptación a las sociedades desarrolladas y a los países en desarrollo.

Las crisis medioambientales de los últimos decenios han demostrado claramente que hay que abordar el asunto a escala planetaria. La protección de la capa de ozono, la lucha contra el calentamiento climático y el control del uso del mercurio para limitar la contaminación de los ecosistemas acuáticos constituyen otros tantos ejemplos de que los esfuerzos aislados de un país o un continente serían vanos.

Además de los problemas globalizados, cada sociedad debe afrontar problemas específicos. En el norte, el modo de vida lleva aparejado un elevado consumo de energía fósil; en el sur, el crecimiento demográfico y el desarrollo de la agricultura provocan una deforestación cada vez mayor. En algunos países, la actividad industrial o la emergencia de megalópolis constituyen el principal problema; en otros, son las actividades extractivas o agroindustriales. Ningún país está a salvo y nuestro margen de maniobra es estrecho porque nuestros equilibrios económicos y sociales son frágiles.

En este contexto, los países más ricos aplican unas reglamentaciones cada vez más exigentes para proteger el medio ambiente y responder a la preocupación social. En los países en vías de desarrollo, aunque existen legislaciones adecuadas, las exigencias del

“ La protección de la capa de ozono, la lucha contra el calentamiento climático y el control del uso del mercurio (...) constituyen ejemplos de que los esfuerzos aislados de un país o un continente serían vanos ”

desarrollo económico retrasan su aplicación. afectan y presentar nuevos peligros para las poblaciones. Las sustancias que alteran las funciones endocrinas, las radiaciones, los compuestos carcinogénicos y los metales neurotóxicos representan hoy riesgos sanitarios cuya importancia sólo empezamos a percibir. En algunos contextos, la injusticia social derivada de la especial exposición de determinadas poblaciones a la contaminación medioambiental nos impone un deber de reflexión. En esas regiones, el riesgo medioambiental se suma a los riesgos social y sanitario resultantes de la precariedad. Evidentemente, las poblaciones menos favorecidas son las que toman menos precauciones y

desarrollo económico retrasan su aplicación.

## Efectos sobre la salud

En todos los continentes, las agresiones al medio no dejarán de

aceptar el nivel de riesgo más alto, ya que están demasiado ocupadas en afrontar sus problemas a corto plazo. También en estas regiones la información es más difícil de transmitir, lo que convierte a las poblaciones vulnerables de los países menos avanzados en el blanco por excelencia de las crisis medioambientales de mañana.

La preocupación sanitaria derivada de estas exposiciones puede ayudarnos a tener más en cuenta la repercusión de nuestras actividades sobre el medio ambiente. La importancia social de la salud hace de ella un elemento estructurador en todas las sociedades, cualquiera que sea su grado de desarrollo.

## Avances en la caracterización del problema

Dentro del proyecto EUROsociAL Salud, el intercambio «Epidemiología y Salud Ambiental» tuvo por objeto ahondar esta reflexión identificando los problemas prioritarios y buscando pistas para encontrar soluciones a partir de las experiencias de

los países latinoamericanos y europeos. En el Seminario organizado en Panamá (marzo 2009), los participantes de cada Estado tuvieron ocasión de presentar temas de reflexión tan variados como la repercusión de las actividades mineras en los Andes, el calentamiento climático, la contaminación por plaguicidas o la contaminación atmosférica en las grandes ciudades.

Esta reflexión permitió identificar situaciones y actividades cuyo impacto medioambiental es evidente, pero cuya repercusión sanitaria y social sigue siendo poco conocida. A modo de ejemplo, la actividad minera y metalúrgica afecta a todos los países de la cordillera de los Andes, pero su tratamiento por parte de los Estados varía mucho de un país a otro. En muchos casos, los gobiernos imponen normas estrictas a los industriales, pero se ven impotentes ante los agentes informales o artesanales. Lo mismo sucede con la contaminación asociada a la actividad agrícola. Los plaguicidas utilizados en las grandes haciendas agrícolas constituyen un riesgo sanitario conocido, pero ignorado en beneficio del rendimiento. Sin embargo, el problema parece aún más complejo en el caso de la agricultura tradicional, en cuyo marco existe una inmensa necesidad de información y formación de los agentes que resulta muy difícil de abordar.

La contaminación de las megalópolis latinoamericanas es otro motivo de preocupación. Numerosos estudios han puesto de manifiesto efectos sanitarios alarmantes. También aquí la repercusión sobre la salud puede servir de motor a una detenida reflexión sobre la ciudad del mañana.

Todos los países afrontan estos desafíos y algunos, por su historia o geografía, pueden proponer elementos de respuesta útiles para toda la sociedad. Así, por ejemplo, en el Seminario sobre Epidemiología y Salud Ambiental desarrollado en Panamá, en el marco de EUROsociAL Salud, representantes italianos y costarricenses presentaron experiencias de éxito en las que el hombre trata de reapropiarse de su entorno para vivir en él en equilibrio. Las experiencias

presentadas abarcaban, por ejemplo, la calidad de vida en la ciudad y las acciones de repoblación, de desarrollo agrícola sostenible o de lucha contra las grandes epidemias endémicas.

El IRD (Institut de recherche pour le développement de Francia) participó activamente en los intercambios de experiencias de esta temática desde su origen y aporta sus conocimientos técnicos en los ámbitos de su competencia. En los países en que el IRD está presente, la formación de los jóvenes investigadores permite asimismo fortalecer las capacidades locales para hacer frente a estos problemas. La investigación desempeña un papel clave cuando se ocupa de cuestiones científicas que pueden tener interés a corto o medio plazo para la ayuda al desarrollo y la toma de decisiones. La asociación entre la concienciación de la ciudadanía y la mejora de los conocimientos constituye la señal indispensable para poner en práctica el cambio.

La comunicación y los intercambios en el grupo de Epidemiología y Salud Ambiental de EUROsociAL Salud representan el primer paso para la caracterización de los problemas y la búsqueda de soluciones. La participación en reuniones de funcionarios de los ministerios e investigadores de las universidades hace posible que los intercambios se desarrollen a diferentes niveles. De este modo, se puede evaluar la ambición de las políticas públicas y determinar el estado de nuestros conocimientos, poniendo de manifiesto los vacíos en que deben centrarse nuestros esfuerzos.

“ La contaminación de las megalópolis latinoamericanas es otro motivo de preocupación. Numerosos estudios han puesto de manifiesto efectos sanitarios alarmantes ”



© IRD/ Photographie : Yann Repetto

*Desafíos sanitarios tras la irrupción del volcán Tungurahua, Ecuador*



**Jacques Gardon**

Investigador  
Departamento sociedades y salud (DSS)  
Instituto de Investigación  
para el Desarrollo  
(IRD)

# El derecho a la salud sexual y reproductiva

## Avances y desafíos

### La salud sexual y reproductiva como un derecho

Durante la Conferencia del Cairo en 1994 (CIPD), se adoptó el concepto de salud reproductiva definido como “un estado general del bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. En el término de salud reproductiva se incluye la salud maternal e infantil, la regulación de la fecundidad y la salud sexual. Se reconocieron también los derechos sexuales y reproductivos, como un acceso universal a la salud sexual y reproductiva (SSR) es decir el poder de cada persona (mujeres y hombres cualquier sea su edad o etapa de ciclo de vida) de tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad y su vida reproductiva sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

Estos derechos forman parte de los derechos humanos, no son solamente derechos individuales, pero su ejercicio requiere el reconocimiento de derechos sociales. La falta de empoderamiento de las mujeres y las condiciones socio-culturales, económicas y legales, así como el acceso más teórico que real a estos derechos explican la ausencia de sus reconocimientos particularmente para las mujeres más jóvenes, menos educadas, indígenas y las poblaciones desfavorecidas.

### Situación en la región

Los indicadores de SSR en América Latina y las políticas implementadas en la región muestran diferencias importantes. Es también importante destacar que muchos países sufren de una falta de datos para producir indicadores de medición del estado de la

SSR: se encuentra un vacío de indicadores de algunas componentes de la SSR (por ejemplo del aborto), para determinados grupos de población (adolescentes, indígenas), regiones o de algunos países (falta de encuestas).

Sin embargo, estos indicadores son necesarios para implementar y reforzar las políticas públicas. Los temas privilegiados en la mayoría de países son los de la salud materna e infantil, específicamente la sexualidad procreativa. Es verdad que algunos temas de la SSR son comple-

jos de abordar a causa de valores morales religiosos y que no son considerados una prioridad política. Pero en contraposición, la sociedad civil está cada vez más sensibilizada, más formada y demandando posicionar este tema en las esferas públicas. Negar algunas de estos componentes significa producir desigualdades sociales y de género en el acceso a la SSR, y un problema de salud pública.

### Palabras clave:

salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, violencia de género, hombres, políticas públicas, grupos vulnerables

Se puede notar en Latinoamérica, que la demanda insatisfecha en planificación familiar registra importantes variaciones entre países de 5% a 23%, siendo la prevalencia de los métodos modernos de anticoncepción de 34% a 75%. En 2005 se estima la mortalidad materna en un promedio de 190 por 100.000 nacidos vivos, con diferencias importantes de 16 en Chile y de hasta 290 por 100.000 nacidos vivos en Guatemala. El aborto representa en el 11% de los casos la causa de la mortalidad materna en la región, donde las leyes son muy restrictivas conduciendo a abortos de riesgo (OMS, 2007); además, en los casos donde es legal el acceso al mismo es restringido y difícil de obtener. A diferencia de la fecundidad global que ha conocido un descenso homogéneo, la de la población adolescente desciende en algunos países, y aumenta o se mantiene en otros. La necesidad insatisfecha sigue siendo significativamente alta entre las adolescentes, explicando embarazos no deseados y abortos de riesgo y sufriendo la falta de programas específicos para esta población joven.

El primer acercamiento en el marco de EUROsociAL Salud sobre el tema de SRR se desarrolló durante el II Encuentro Internacional de Redes EUROsociAL en 2007 en

Guatemala, donde una de las mesas redondas estuvo dedicada a esta temática y suscitó un gran interés por parte de los y las participantes. Posteriormente, en marzo de 2009, tuvo lugar un seminario internacional e intersectorial organizado por EUROsociAL Salud, junto con los sectores educación y justicia sobre "Salud sexual y reproductiva y violencia de género" en Costa Rica (con cerca de 80 participantes). En el se abordaron diferentes aspectos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y se identificaron importantes desafíos pendientes para la región. Pese a la dificultad existente para abordar algunos temas y las grandes diferencias de enfoque en los diferentes países, la participación de representantes gubernamentales y de la sociedad civil en el encuentro fue muy elevada (17 países). Fruto del seminario y del análisis de la situación se ha logrado un primer documento de sistematización que da un panorama de la situación en la región con algunos desafíos y retos a futuro.

Se destacó que en el tema de salud sexual y reproductiva el énfasis se centra en temas relacionados más bien con la reproducción que con la sexualidad no procreativa o la sexualidad adolescente. Asimismo, se abordó el papel de los hombres y la SSR y su poca implicación en este ámbito a causa, entre otras razones, de un discurso feminizado sobre el tema. Sin embargo, su papel es fundamental tanto en la esfera privada como pública, como pareja o actor social de poder en el campo de salud, educación, de la religión o jurídica. Tampoco son consideradas suficientemente sus necesidades, así como sus derechos en SSR.

Por otro lado existen también barreras económicas o culturales de acceso a los servicios de SSR para algunos grupos vulnerables (adolescentes, emigrantes, indígenas, minorías sexuales, ...) que encuentran problemas u obstáculos para el acceso a los servicios, en particular a los métodos anti-

conceptivos, a la anticoncepción de emergencia y al aborto seguro.

Algunos de los problemas de SSR se producen o están en relación con la violencia de género, que encuentra sus raíces en la organización social patriarcal, que ha otorgado un poder de decisión y dominio a los hombres frente a las mujeres. Esta violencia se encuentra también en las instituciones donde se mantienen fuertes relaciones de poder y dominación sobre personas o grupos que han sido antes caracterizados en un rango inferior: es una expresión del control del cuerpo de las mujeres que puede traducirse en la realización de actos innecesarios (cesáreas, episiotomías), problemas de atención en los servicios...

### Cambios en marcha y desafíos

Algunas de las conclusiones extraídas del seminario internacional e intersectorial ya han empezado a tomar forma a lo largo del año 2009, como es el caso de la constitución de un Glosario Regional sobre Educación Integral de la Sexualidad, VIH y Sida, como un trabajo conjunto de varios países para

avanzar en unificación de términos en América Latina y el Caribe, así como la necesidad de trabajar en el ámbito de la SSR de los y las jóvenes en Perú.

Además de eso, en el futuro, es importante desarrollar estrategias de trabajo para fortalecer los debates legislativos con respecto al tema de la SSR y la violencia de género y a los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de género. Todo ello a través de una colaboración entre el gobierno y la sociedad civil y definir así programas y convenios para asegurar el derecho sexual y reproductivo de todas las personas.

Se necesita reconocer la diversidad y la interculturalidad para mejorar el acceso a la salud a todos los grupos de población

según sus particularidades y responder a sus expectativas. Se deben considerar las necesidades de grupos como el de las adolescentes, particularmente, para la prevención de embarazos no deseados y abortos de riesgo; los hombres ausentes de los programas (demanda y derechos) para que se involucren más en las decisiones; de la población indígena; de las mujeres VIH+ y las poblaciones desfavorecidas.

Mejorar al acceso a los servicios implica una capacitación de los y las profesionales a las SSR y VG y sobre todo para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los hombres y mujeres en los servicios de salud y reducir la violencia institucional. Es importante asimismo generar publicaciones de buenas prácticas de abordaje integral de violencia de género y SSR y transferirlas a través de las redes ya existentes.

En el marco de la colaboración Sur-Sur, parece necesario formar una Comisión Andina en la SSR y la violencia de género que permitirá realizar acciones conjuntas y también diseñar plataformas de intercambio de experiencias e investigaciones. La metodología del intercambio de experiencias es básica en una temática como la SSR donde es tan importante el compartir experiencias que favorezcan los avances en los derechos.



© IRD/ Photograph: Patrice Cayré

Mujer y su hija,  
Oriente ecuatoriano



**Agnès GUILLAUME**

Demógrafa, Departamento  
sociedades y salud (DSS)  
Instituto de Investigación  
para el Desarrollo (IRD)

# Construir una sociedad libre de **violencia** para las mujeres

## Una responsabilidad colectiva

**Palabras clave:**  
*violencia de género, derechos humanos, cohesión social, mujeres, igualdad y equidad, género, políticas públicas*

La violencia involucra acciones u omisiones que atentan contra la integridad física, emocional, cultural y económica de las personas, impidiéndoles alcanzar y desarrollar las habilidades necesarias para alcanzar su plenitud y satisfacción personal.

“Por violencia contra la mujer se entiende de todo acto de **violencia basado en la pertenencia al sexo femenino** que tenga, o pueda tener, como resultado un daño o sufrimientos físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.” (CEDAW, 1982)

El carácter y esencia de la violencia contra las mujeres es el control que se quiere ejercer sobre ellas, sus vidas, sus cuerpos y decisiones. La bofetada, el puñetazo, el insulto, la humillación o la violación son manifestaciones de esa violencia, pero también son los recursos para ejercer ese control. (Carcedo, 2009)

Un Estado de Derecho y fundamentado en la democracia debe garantizar la igualdad y no discriminación entre hombres y mujeres, como base fundamental del goce y ejercicio de sus derechos humanos y es claro que la violencia contra las mujeres es una grave violación a los derechos humanos y a las libertades fundamentales.

### ¿El dolor en cifras?

El estudio interinstitucional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el 2007 muestra que en Nicaragua se ha registrado que un 40% de las mujeres en edad reproductiva había sufrido violencia física de parte de su pareja, de ellas el 70% fue víctima de violencia severa y al menos el 31% fueron golpeadas durante uno de sus embarazos. En Chile las denuncias por violencia intrafamiliar que se llegaron a registrar en el 2005 alcanzó un total de 93.404. En ese mismo país, los servicios de salud observaron que el 51,4% de las mujeres con pareja que participaron en un programa para la depresión, declaró

haber vivido violencia reciente, por lo que se estimó que al menos 336 de cada mil mujeres entre los 15 y 65 años atendidas por depresión sufren algún grado de violencia. (CEPAL, 2007)

En México el 33,3% de mujeres con una relación de pareja declaró haber sido víctima de violencia por parte de su cónyuge o compañero. Estos datos, proporcionados por la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 reveló que de las encuestadas un 28,5% había sido víctima de violencia psicológica, un 16,5% violencia física, un 12,7% violencia sexual y un 4,4% violencia económica. Además un 5% de las mujeres reportaron haber sido golpeadas o pateadas en el abdomen mientras estaban embarazadas. (SSA, 2009)

En Costa Rica, (encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres)<sup>1</sup> un 58% de las mujeres había experimentado al menos un incidente de violencia física o sexual desde los 16 años y, en la mayoría de

los casos, esa violencia había sido ejercida por un hombre cercano. Esa misma encuesta reveló que los hombres con que las mujeres tienen relaciones familiares, de afinidad o convivencia comete más del 65% de los actos de violencia, y que en el hogar es donde ocurren más del 80% de los incidentes de violencia, perpetrados por compañeros íntimos (Sagot, 2008)

En el Informe las Naciones Unidas sobre todas las formas de violencia contra la mujer, y a partir de un estudio multipaís realizado por la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup>, se obtuvo que, entre el 40% y el 70% de las mujeres víctimas de homicidio en el mundo son asesinadas por sus parejas o ex-parejas, (ONU, 2006). En Ciudad Juárez (México), han sido asesinadas 300 mujeres, un tercio de las cuales fueron violadas. En Guatemala, entre 2.200 y 2.500 mujeres han sido asesinadas desde el año 2001 y en la República Dominicana se registraron 131 casos de asesinatos de mujeres sólo en el año 2001, por razones ligadas a su género.

<sup>1</sup> Sagot, Montserrat (2004) Resultados de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, San José, Costa Rica: Centro de Investigación en Estudios de la Mujer. Universidad de Costa Rica.

<sup>2</sup> WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses, Ginebra, OMS, 2005

## Desafíos pendientes

A pesar de importantes avances generados por las luchas feministas y por los Estados para defender el derecho a una vida libre de violencia para las mujeres, el camino sigue siendo largo. Veamos algunos desafíos que son urgentes enfrentar:

- ★ Desarrollo de políticas y legislación específica de violencia contra las mujeres, y no sólo relativas a la violencia doméstica o intrafamiliar, que describen un ámbito, y no las especificidades de las formas concretas de violencia y violaciones de derechos que se agrupan bajo ese término de violencia intrafamiliar.
- ★ Definición de políticas contra la violencia hacia las mujeres de carácter nacional y no sólo como parte de un programa de gobierno.
- ★ Avanzar en el fortalecimiento de la cohesión social para enfrentar la violencia de género, en el que se involucren todos los sectores: Salud, Justicia, Trabajo, Educación, Seguridad, Universidades, Ministerios o Institutos de las mujeres, Defensorías de los Habitantes, entre otros.
- ★ Trascender el enfoque asistencialista de intervención e ir hacia un modelo con un enfoque de derechos y de cohesión social que tenga una visión articulada de proceso y que permita ver a las mujeres como ciudadanas con derecho a la protección, al debido proceso, a la integridad, a la justicia y a vivir libres de violencia y no como “beneficiarias” o “necesitadas de ayuda” o “víctimas”.
- ★ Integrar en las leyes y políticas la diversidad de mujeres y la multiplicidad de formas en que se manifiesta la violencia, (clases sociales, edades, etnias, religiones, capacidades u orientaciones sexuales)
- ★ Tipificar como delitos los hechos de violencia sexual, como es el caso del acoso sexual laboral, la violencia sexual en los espacios educativos, en los establecimientos de salud, entre otros.

- ★ Incorporar las políticas públicas relativas a la violencia en los planes nacionales de desarrollo, y con una adecuada asignación de recursos, y mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan medir el avance hacia la meta de construir una sociedad que le garantice a las mujeres una vida libre de violencia.

## EUROsociAL Salud y la lucha contra la violencia de género

EUROsociAL Salud asumió su compromiso de integrar la lucha contra la violencia hacia las mujeres como un eje estratégico de trabajo en su quehacer por considerarlo central en la garantía del derecho a la salud. Esto facilitó que se abrieran espacios para que países de América Latina y Europa ahondaran en el conocimiento del tema, compartieran y conocieran experiencias de intervención, y encontrarán nuevos caminos para el apoyo mutuo, no solo para un mejor abordaje del problema, sino para encontrar mejores vías y condiciones para la articulación del tema a nivel de país con los diferentes actores sociales, desde un enfoque de cohesión social.

A pesar del avance, quedan muchos desafíos pendientes, y el papel de EUROsociAL Salud será clave como facilitador y acompañante para avanzar en el fortalecimiento de la cohesión social para enfrentar la violencia de género y en el desarrollo de legislación, políticas públicas y sociales y formas de atención inclusivas, participativas, y respetuosas de los derechos humanos de las mujeres.

EUROsociAL Salud seguirá siendo un importante socio para nuestros países en la gran tarea de generar cambios culturales en los que se deslegitime la violencia como forma de relación humana y donde se coloque el respeto por los derechos humanos en el centro de un nuevo pacto ético de convivencia.



© IRD/ Photographie: Laure Empereire

Mujer boliviana

“ EUROsociAL Salud seguirá siendo un importante socio para nuestros países en la gran tarea de generar cambios culturales en los que se deslegitime la violencia como forma de relación humana ”



**Edda Quiros Rodriguez**

Responsable técnica del tema  
Violencia de Género  
EUROsociAL Salud  
Ministerio de Salud de Costa Rica



Medicina e  
Interculturalidad  
en Brasil



© IRD/ Photographe : Michel Jégu

Anexos

\* el consorcio

\* la red

**EUROsocial**

salud



# Miembros fundadores del Consorcio

## Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

Francia



Creado en 1944, el IRD es un establecimiento público francés de carácter científico y tecnológico que se encuentra bajo la tutela de los ministerios encargados de la Investigación y la Cooperación.

Presente en América Latina, en Asia, en África, en el Océano Índico y en el Pacífico, el IRD dirige investigaciones en colaboración con científicos de estas regiones con el objetivo de contribuir a su desarrollo económico, social y cultural. En total, el IRD interviene en 35 países, así como en 5 regiones y colectividades del ultramar tropical francés.

El IRD desarrolla igualmente funciones de valorización de la investigación, de asesoría y de formación e información técnica. Siendo de carácter eminentemente interdisciplinario, la actividad del IRD se desarrolla en seis grandes campos:

- ★ La salud de los países del Sur: epidemias, enfermedades endémicas y emergentes, sistemas de salud,
- ★ Riesgos naturales, climas y recursos no renovables,
- ★ Manejo sostenible de los ecosistemas del Sur,
- ★ Aguas continentales y costeras: recursos y usos en el Sur,
- ★ Seguridad alimentaria en el Sur,
- ★ Desarrollo y mundialización: dinámicas socioeconómicas, identitarias y espaciales.

En América Latina, el IRD cuenta con representaciones permanentes situadas en Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, México y Perú. Estas estructuras han jugado un rol esencial en el desarrollo del Proyecto EUROsociAL Salud.

Contacto: [dri@ird.fr](mailto:dri@ird.fr)  
Página Web: <http://www.ird.fr/>

## Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud (FCSAI)

España



La Fundación CSAI, fue creada en marzo de 2000, teniendo la naturaleza de fundación de titularidad estatal y siendo ésta un órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Política Social de España.

Los fines generales de la Fundación CSAI, según sus estatutos, son los siguientes:

- ★ Dar a conocer la experiencia española en materia sanitaria y de mejora de la salud, para así prestigiar y difundir los logros de nuestro Sistema Nacional de Salud.
- ★ Facilitar, en el más amplio sentido, la cooperación en el ámbito sanitario, con especial énfasis en los aspectos de formación, transferencia de conocimientos, intercambio de profesionales sanitarios y ayuda técnica.
- ★ Ayudar a los gobiernos de los países receptores de acciones de cooperación sanitaria a fortalecer sus sistemas sanitarios y medioambientales con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la población.
- ★ Apoyar y contribuir a la formación y puesta al día de los responsables de la planificación sanitaria, en aquellos países con los que España mantiene fuertes vínculos culturales, históricos y económicos.
- ★ Estudiar, analizar y difundir las necesidades en materia sanitaria de los países que son prioridad de las actuaciones de la Fundación. Asimismo, conocer las actividades de las instituciones españolas que se mueven en el ámbito de la cooperación sanitaria.
- ★ Colaborar en programas y actividades de investigación y formación promovidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y sus Organismos Públicos.

Contacto: [csai@fcsai.es](mailto:csai@fcsai.es)  
Página Web: <http://fcsai.isciii.es/>

## Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute (FAC)

Italia



La Fundación Angelo Celli para una Cultura de Salud (FAC), con sede en Perugia, fue creada en 1987.

El objetivo principal de la Fundación Angelo Celli es la creación y difusión de los patrones de cultura - conocimientos, valores, pautas de comportamiento y estilos de vida - que pueden ayudar a promover la salud individual y colectiva. La Fundación trabaja en particular sobre las relaciones entre las condiciones de vida, patrones culturales, estilos de vida y prácticas que pueden influir directa o indirectamente la salud. En esta perspectiva la FAC promueve -por sí misma o en cooperación con otras organizaciones- investigaciones, talleres, reuniones, asesorías, publicaciones, cursos de capacitación en distintos niveles.

Desde el inicio del proyecto EUROsociAL Salud, la FAC había sentido la necesidad de crear un comité de trabajo de instituciones italianas que contribuyera a alcanzar los objetivos del programa EUROsociAL. Esto fue logrado gracias a la voluntad y el compromiso del Ministerio de Salud -Dirección General de Relaciones con la Unión Europea y de las relaciones internacionales- y de las regiones Emilia-Romaña, Toscana y Umbria.

Contacto: [petrangeli@antropologiamedica.it](mailto:petrangeli@antropologiamedica.it)  
Página Web: <http://www.antropologiamedica.it>

## Universidad de la Fundación ISALUD

Argentina



La Universidad de la Fundación ISALUD es una institución educativa y de investigación sin ánimo de lucro destinada al desarrollo del conocimiento científico en el campo de la Salud Pública para su aplicación en la administración y gestión de sistemas, y organizaciones e instituciones que intervienen en la producción social de la salud.

Constituye una entidad orientada por los principios y propósitos institucionales de la Fundación ISALUD que, en el marco de la más amplia libertad y pluralismo de pensamientos y disciplinas, procura profundizar en el conocimiento de los principales problemas actuales y futuros de la sociedad en las áreas de la Salud; Ambiente y Desarrollo; Alimentos y Nutrición; Administración y Economía; y Políticas Sociales.

Como institución vinculada con su entorno, y con vocación nacional e internacional, se orienta al desarrollo de profesionales capaces de intervenir crítica y creativamente en su medio social aportando los mecanismos para obtener mayor equidad y bienestar en la población.

Mediante el ejercicio efectivo de la capacitación permanente como sustento del quehacer profesional cotidiano, confluyen en el aprendizaje aplicado con integración teórico-práctica en un fluido y fructífero intercambio académico que incluso trasciende las fronteras de nuestro país.

La visión de la Universidad ISALUD propone constituirse como institución educativa nacional de excelencia en temas de formación e investigación, respondiendo y aportando soluciones a las necesidades sanitarias, sociales, culturales, económicas y medioambientales, desarrollando conocimientos para contribuir al bienestar de la población.

Contacto: [ineira@isalud.edu.ar](mailto:ineira@isalud.edu.ar)  
[iferrandi@isalud.edu.ar](mailto:iferrandi@isalud.edu.ar)  
Página Web: <http://www.isalud.org>

## Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)

Brasil



La Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (ENSP) trabaja en la formación de recursos humanos para el Sistema Único de Salud (SUS), la producción científica y tecnológica y en la prestación de servicios de referencia en el campo de la salud pública. Participa de procesos de cooperación técnica en todos los estados y municipios brasileños y con instituciones nacionales e internacionales.

La ENSP nació en 1954 y su historia se entrelaza con la construcción de una concepción ampliada de salud y de los procesos salud/enfermedad, lo que hace de cada uno de sus miembros actores clave de la política de salud brasileña. De la ENSP salieron los principales proyectos que posibilitaron la creación del SUS de acceso universal, establecido en 1988 por la nueva Constitución.

La ENSP es la escuela más grande de salud pública en América del Sur y es una de las unidades técnico-científicas de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), institución vinculada al Ministerio de Salud de Brasil. Cuenta con más de 150 doctores y tiene una amplia gama de cursos y programas en salud colectiva. Desde la perspectiva de los determinantes sociales, la ENSP desarrolla investigaciones en 27 líneas en las áreas de políticas públicas, epidemiología, planeamiento y ciencias sociales en salud, medio ambiente, violencia y salud. Recibe anualmente cerca de 120 nuevos estudiantes de maestría y doctorado procedentes de diferentes regiones de Brasil y del exterior, especialmente de América Latina y África con más de 1.300 tesis defendidas. Los cursos de especialización y educación continua gradúan más de 500 estudiantes por año. En educación a distancia ([www.ead.fiocruz.br](http://www.ead.fiocruz.br)), en diez años, la ENSP tiene 40 mil estudiantes matriculados y 18 mil graduados de todas las regiones de Brasil.

Además de la enseñanza y la investigación, la ENSP alcanza su dimensión internacional a través de programas de cooperación técnica con varios países.

Contacto: [gabinete@ensp.fiocruz.br](mailto:gabinete@ensp.fiocruz.br)  
Página Web:  
<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>

## Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Chile



El Fondo Nacional de Salud, FONASA, es la Institución Pública que da protección social en salud, a los habitantes, tanto chilenos como extranjeros, que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud, así como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal.

FONASA da así cobertura de salud a más de 12 millones de beneficiarios, sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso ni enfermedades pre-existent, bonificando total o parcialmente las prestaciones de salud que les son otorgadas. Son beneficiarios de FONASA los trabajadores dependientes del sector público y privado, los trabajadores independientes y los pensionistas, que coticen su aporte del 7% del salario al FONASA. El Fondo también otorga protección en salud a las cargas familiares de los cotizantes, a los subsidiados por despido y por incapacidad laboral, a los beneficiarios de pensiones asistenciales de invalidez y ancianidad, a la mujer embarazada que no tiene previsión y a los niños hasta los 6 años de edad para el control de su salud. Incluye también a todas las personas calificadas como carentes de recursos.

FONASA ofrece a sus beneficiarios, un plan de servicios, que dan acceso a atenciones de salud en dos modalidades. La Libre Elección, entregada por profesionales y establecimientos de salud privados, que hayan suscrito previamente convenio con FONASA, a todos aquellos que cotizan y a sus cargas; y la Modalidad de Atención Institucional, para todos los beneficiarios, que incluye el Régimen General de Garantías y el Régimen de Garantías Explícitas, "AUGE", asegurando el derecho legal al acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad para 56 problemas de salud, definidos por la Autoridad Sanitaria, con la participación de diferentes actores de la sociedad civil.

Contacto: [ebartolomé@fonasa.cl](mailto:ebartolomé@fonasa.cl)  
Página Web: <http://www.fonasa.gov.cl>

## Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

México



El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México es una institución comprometida en responder a las múltiples demandas que se le plantean desde la sociedad y desde las instancias gubernamentales. Las actividades del INSP reflejan un compromiso institucional con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Su objetivo principal consiste en contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, lo que necesariamente implica reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

El INSP es actualmente una institución estratégica en la agenda del sector salud, buscando incidir favorablemente en el combate de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus, los problemas cardiovasculares y el cáncer, así como infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados con desnutrición y lesiones accidentales e intencionales.

Para enfrentar estas necesidades de salud, el INSP trabaja en el desarrollo de nuevas estrategias de promoción y prevención de la salud, y en el control de riesgos de enfermedades, de manera consistente.

El INSP ha dado los pasos adecuados al incorporar los más recientes avances informáticos en el trabajo de la comunidad institucional y de la enseñanza de postgrado en salud pública. Para ello se desarrollan aplicaciones para la integración inteligente de bases de datos que conforman el sistema de información en salud en un sistema de información geográfica que añade el componente espacial en el proceso analítico de la generación de evidencias para la toma de decisiones y además acerca al sector a la integración requerida del sistema mexicano de salud que se desea para el futuro.

Contacto: [mgonzalezblock@insp.mx](mailto:mgonzalezblock@insp.mx)  
[eorozco@insp.mx](mailto:eorozco@insp.mx)  
Página Web: <http://www.insp.mx>

## Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)

Organismo Internacional



Es un organismo internacional, de carácter técnico y especializado, que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que se vinculan por el idioma español y portugués mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social. Integra a 195 instituciones de Seguridad Social de 22 países (19 de América Latina, dos de Europa y uno de África).

Entre los proyectos que lleva a cabo destaca: el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social —cuyo objetivo es la implementación de un instrumento único de coordinación de las legislaciones nacionales en materia de pensiones que garantiza los derechos de los trabajadores migrantes y sus familias—; Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos —contiene un sustrato informativo comparado de las principales magnitudes que influyen y condicionan la evolución de dichos sistemas—; proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los Países Iberoamericanos; Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2010-2013; formación de recursos humanos mediante la impartición de cinco Masters en el ámbito de la Seguridad Social y Cursos de Especialización; cooperación, asistencia y apoyo técnico a la modernización de la gestión de los Sistemas de Seguridad Social e impulso al desarrollo de la Seguridad Social en Iberoamérica.

Contacto: [sec.general@oiss.org](mailto:sec.general@oiss.org)  
Página Web: <http://www.oiss.org/>



# Miembros asociados al Consorcio

## Ministerio de Salud Chile



El Ministerio de Salud de Chile, fue creado en el año 1959, con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública.

La visión de este Ministerio es la de que las personas, familias y comunidades tengan una vida más saludable, participen activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo, vivan en ambientes sanitariamente protegidos y tengan acceso a una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sientan más seguras y protegidas.

Actualmente a su Ministro, Dr. Álvaro Erazo Latorre junto a la Subsecretaria de Salud Pública, Dra. Jannette Vega Morales y el Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Julio Montt Vidal les corresponde fijar y formular las políticas de salud.

La misión institucional que se ha dado para este período, busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes

pcrocco@minsal.cl  
kherrera@minsal.cl  
Página Web : <http://www.minsal.cl>

## Ministerio de Salud Costa Rica



La misión del Ministerio de Salud de Costa Rica es la de garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.

Sus objetivos estratégicos:

- ★ Incrementar las habilidades y las capacidades de la población en general y de los actores clave en específico, hacia la incorporación de estilos de vida saludable y al desarrollo de los determinantes positivos de la salud.
- ★ Dirigir y conducir a los actores sociales que intervienen en el proceso de la producción social de la salud, orientando sus acciones hacia la protección y el mejoramiento constante del nivel de salud de la población con equidad
- ★ Desarrollar organizacionalmente al Ministerio de Salud para cumplir de manera efectiva sus funciones de rectoría de la producción social de la salud, alineando su gestión institucional con su misión.

Contacto : [rovargas@netsalud.sa.cr](mailto:rovargas@netsalud.sa.cr)  
Página Web : <http://www.ministeriodesalud.go.cr>

## Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales de la Protection Sociale (ADECRI)

### Francia



La ADECRI es una estructura de derecho privado creada en 1995 por las Cajas y Uniones de Cajas de Seguridad Social francesas con el fin de promover la acción internacional francesa en el campo de la Protección Social.

Esta iniciativa común permite tratar problemas que no podrían abordarse o serían tratados de manera imperfecta si no se contara con un enfoque colectivo. La estructura de inter-regímenes e inter-ramas de la Agencia hacen de ella el interlocutor ideal de las instituciones extranjeras que buscan aprehender el sistema francés en su globalidad.

La ADECRI busca constituir equipos que agrupen a los mejores expertos institucionales de los diferentes campos de actividad de la protección social francesa: gestión administrativa, financiera o informática, enfermería, jubilación, riesgos profesionales, política familiar, recaudación, control médico, salud y seguridad laboral, acción social ...

La ADECRI actúa como "líder de red" encargado de dinamizar los recursos potenciales de los 600 organismos nacionales, regionales y locales que componen el sistema francés de Seguridad Social. Así, cada año, a través de la ADECRI, aproximadamente 80 expertos participan en el desarrollo y reforma de sistemas de seguridad social extranjeros.

La ADECRI propone las competencias de una verdadera oficina de estudios, posicionada y reconocida como tal por el Ministerio francés de Asuntos Exteriores y por instituciones internacionales entre las cuales se encuentran la Unión Europea, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo.

Contacto : [contact@adecri.org](mailto:contact@adecri.org)  
Página Web : <http://www.adecri.org>

## Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Italia



El Ministerio del Trabajo, de la Salud y de las Políticas Sociales es el organismo central del Servicio Nacional de Salud Pública (SSN) y es responsable de la tutela de la salud humana, veterinaria, de los lugares de trabajo y de la seguridad de los alimentos. Según la Constitución, tiene que actuar para la "definición de los niveles esenciales de la asistencia socio-sanitaria que tienen que ser garantizados en todo el territorio nacional" y para la "profilaxis internacional"; por lo tanto el Ministerio es el fiador de la equidad de la realización del derecho a la salud para todos los que viven en el territorio nacional.

Los deberes más importantes del Ministerio son: garantizar equidad, calidad, eficiencia y "transparencia" del SSN, poner en evidencia las desigualdades y promover las acciones correctivas y aportar mejoras, colaborar con las Regiones para la evaluación y la mejora de las diferentes realidades sanitarias, señalar las líneas del desarrollo y enfrentar los peligros mayores que amenazan la salud pública.

La actividad internacional del Ministerio en el campo de las políticas en salud es promovida, o coordinada, por la Dirección General de las Relaciones Internacionales y con la UE; la Dirección tiene las siguientes funciones:

- participación en las actividades de los organismos internacionales,
- gestión de las relaciones con la UE, con el Consejo de Europa y con el OCSE,
- relaciones con la OMS y con las agencias técnicas de ONU,
- promoción de la realización de convenios, sugerencias y programas internacionales/comunitarios en el campo de la salud,
- estipulación de los acuerdos bilaterales del Ministerio,
- relaciones jurídicas y económicas en el campo de la asistencia sanitaria en ámbito UE y extra-UE,
- intervenciones sanitarias en las emergencias internacionales.

Contacto : [monica.paganelli@esteri.it](mailto:monica.paganelli@esteri.it)  
Página Web : <http://www.ministerosalure.it>

## Secretaría de Salud México



La Secretaría de Salud se creó el 15 de octubre de 1943. En aquella época entonces se denominaba Secretaría de Salubridad y Asistencia y tenía el objetivo de preservar y fomentar la salud de sus habitantes sin distinción alguna. A partir de 1985 se modificó el nombre por Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud es el organismo rector del sistema de salud y está basado en la Ley General de Salud, en cuyo artículo V señala que "el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de protección de la salud".

En el artículo VI de la Ley General de Salud se establecen los objetivos del Sistema Nacional de Salud, entre los que podemos mencionar: "proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés a las acciones preventivas".

La visión de la Secretaría de Salud es que la población cuente con un nivel de salud que le permita desarrollar sus capacidades a plenitud. Para poder alcanzar una verdadera igualdad de oportunidades, se considera fundamental asegurar el acceso universal a servicios de salud efectivos y seguros.

Contacto :  
josef.hernandez@salud.gob.mx  
Página Web : <http://www.salud.gob.mx>

## Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay



Históricamente los servicios oficiales de salud en el Paraguay estuvieron a cargo del Ministerio del Interior. A partir del año 1936, el gobierno del Coronel Rafael Franco promulgó el Decreto Ley N° 2000 del 15 de junio que crea el Ministerio de Salud, estipulando su funcionamiento con rango de Secretaría de Estado y con el cometido básico de cuidar y defender la salud del pueblo.

La Ley Orgánica de Salud Pública, aprobada por el Poder Ejecutivo según Decreto-Ley N° 2001 de la misma fecha y año, instituyó así la organización y administración del Servicio Sanitario de la República del Paraguay para promover la salubridad general y proveer asistencia sanitaria a la población de todo el país.

Contacto : [planificacion@mospbs.gov.py](mailto:planificacion@mospbs.gov.py)  
Página Web : <http://www.mospbs.gov.py>

## Instituto Nacional de Salud (INS) Colombia



El Instituto Nacional de Salud de Colombia, es un establecimiento público nacional adscrito al Ministerio de la Protección Social, de referencia científico-técnica, que contribuye a proteger y mejorar las condiciones de salud de las personas mediante la prestación de servicios y producción de bienes en pro de la salud pública en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia y Tecnología. El Instituto Nacional de Salud - INS, cumple con las siguientes funciones:

- ★ Coordinar, ejecutar y dirigir la investigación científica en salud y en biomedicina en las áreas de su competencia, de conformidad con las políticas, planes y alineamientos del Ministerio de la Protección Social.
- ★ Asesorar al Gobierno Nacional y a las entidades territoriales, en la determinación de políticas, planes y proyectos de investigación científica y desarrollo tecnológico en salud, así como en la formulación de normas y procedimientos.
- ★ Participar en el planteamiento, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud y vigilancia epidemiológica, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, las entidades territoriales y demás órganos del sistema de salud.
- ★ Coordinar, asesorar y supervisar la Red Nacional de Laboratorios y servir como laboratorio nacional de salud y de referencia.
- ★ Realizar o contratar la ejecución de actividades para el desarrollo, producción y distribución de biológicos, químicos, biotecnológicos, reactivos y medios de cultivo, o asociarse para los mismos fines.

El INS tiene 4 áreas estratégicas de desarrollo, a saber: investigación, vigilancia en salud pública, red nacional de laboratorios y producción de biológicos de impacto en salud pública. Además coordina a nivel nacional: la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, la Red Nacional de Donación y Trasplantes y, desde 1993, el Instituto Nacional de Salud, responsable de coordinar las estrategias técnico operativas de la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión.

El INS tiene como compromiso con el país y como Coordinador Nacional de la Red de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, disminuir la morbilidad y mortalidad relacionada con los componentes sanguíneos y la transfusión mediante la investigación, monitoreo y control del riesgo de infecciones y complicaciones transfusionales y la coordinación de los bancos de sangre del país.

Contacto : [jlopez@ins.gov.co](mailto:jlopez@ins.gov.co)  
[mbeltrand@ins.gov.co](mailto:mbeltrand@ins.gov.co)  
Página Web : <http://www.ins.gov.co>

## Centro Internacional de Formación de la Organización Internacional del Trabajo (CIF-OIT)

### Organismo internacional



El Centro Internacional de Formación es el órgano especializado en formación de la Organización Internacional del Trabajo.

En 1964, la Organización Internacional del Trabajo y el Gobierno italiano constituyeron el Centro Internacional de Formación en Turín, Italia, como instituto de formación profesional avanzada. Desde entonces el CIF-OIT ofrece formación y aprendizaje prácticos, con un enfoque basado en las necesidades y contribuye, mediante el fortalecimiento de las capacidades, al empeño de la OIT por alcanzar el objetivo de un trabajo decente para todos.

En la actualidad, el Centro Internacional de Formación de la OIT abarca un amplio radio de acción desde su campus en Turín (el único en el sistema de Naciones Unidas) para satisfacer las necesidades de formación de los mandos tripartitos de la OIT (trabajadores, empleadores y gobiernos) en todos los rincones de la tierra.

El Centro asume el compromiso de asistir a los países en su desarrollo económico y social a través del aprendizaje y la formación. A tal efecto, el CIF-OIT identifica, estructura y divulga los mejores conocimientos teóricos y prácticos relativos al ámbito del trabajo.

El Centro se organiza en departamentos temáticos y por regiones geográficas, y tiene especialmente en cuenta las características particulares de sus numerosos grupos beneficiarios. Los contenidos, métodos e idiomas de sus programas reflejan las necesidades y circunstancias específicas de los participantes.

Las áreas de especialización técnica son: Normas, Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo; Empleo y Desarrollo de Calificaciones; Desarrollo Empresarial; Protección Social; Diálogo Social; Actividades para los Trabajadores; Actividades para los Empleadores; Desarrollo sostenible y gobernanza; Educación a Distancia y Tecnología de la Formación; Coordinación de Cuestiones de Género.

Más de 11.800 personas, procedentes de 191 países, ya han tomado parte de los eventos y actividades de Formación del Centro.

Contacto : [p.casali@itcilo.org](mailto:p.casali@itcilo.org)  
Página web : <http://www.itcilo.org/es>



# La Red EUROsocial Salud, una red en acción

Además de los miembros fundadores y los miembros asociados al Consorcio, la Red EUROsocial Salud integra las siguientes instituciones:

## Argentina

- ★ Ministerio de Desarrollo Social  
<http://www.desarrollosocial.gov.ar/>
- ★ Ministerio de Salud de la Nación  
<http://www.msal.gov.ar/>
- ★ Asociación de Economía de la Salud  
<http://www.aes.org.ar/>

## Bolivia

- ★ Ministerio de Salud y Deportes  
<http://www.sns.gov.bo/>
- ★ Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)  
<http://www.inases.gov.bo/>

## Brasil

- ★ Universidad Federal de Minas-Gerais  
<http://www.ufmg.br/>
- ★ Prefeitura Municipal de Belo Horizonte  
<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/>
- ★ Secretaría Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
<http://www.pbh.gov.br/smsa/>
- ★ Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur  
<http://www4.enf.fiocruz.br/parcerias/redsalud/>
- ★ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)  
<http://www.conasems.org.br/>

- ★ Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro  
<http://www.saude.rj.gov.br/>

## Colombia

- ★ Ministerio de la Protección Social  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/>

## Costa Rica

- ★ Caja Costarricense de Seguridad Social  
<http://www.ccss.sa.cr/>

## Ecuador

- ★ Ministerio de Salud Pública  
<http://www.msp.gov.ec/>

## El Salvador

- ★ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
<http://www.mspas.gob.sv/>
- ★ Instituto Salvadoreño del Seguro Social  
<http://www.iss.gov.sv/>

## España

- ★ Red Iberoamericana-GPC y Fundación Enebro  
<http://62.81.199.222:8080/iberoamericanaagpc/comuvir.htm>
- ★ Ministerio de Sanidad y Consumo  
<http://www.msps.es/>

## Francia

- ★ Etablissement Français du Sang  
<http://www.dondusang.net/>
- ★ Centre Hospitalier Universitaire de Nice  
<http://www.chu-nice.fr/>
- ★ GIP Protection Sociale et Santé Internationale  
<http://www.gipspsi.org/>

## Guatemala

- ★ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
<http://www.igssgt.org/>

## Holanda

- ★ IDA Foundation  
<http://www.idafoundation.org/>

## Honduras

- ★ Instituto Hondureño del Seguro Social  
<http://www.ihss.hn/>
- ★ Secretaría de Salud  
[www.ss.gob.hn](http://www.ss.gob.hn)
- ★ Instituto Nacional de la Mujer  
[www.inam.gob.co](http://www.inam.gob.co)

## Nicaragua

- ★ Instituto Nicaragüense de Seguridad Social  
<http://www.inss.gob.ni/>

## Panamá

- ★ Ministerio de Salud :  
<http://www.minsa.gob.pa/>

## Paraguay

- ★ Instituto de Previsión Social  
<http://www.ips.gov.py/principal/>

## Perú

- ★ Ministerio de Salud  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/>

## Uruguay

- ★ Ministerio de Salud Pública  
<http://www.msp.gub.uy/>

## Venezuela

- ★ Ministerio del Poder Popular para la Salud  
<http://www.mpps.gob.ve/>
- ★ Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social  
<http://www.mintra.gob.ve/>

## Organizaciones internacionales y regionales

- ★ Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA)  
<http://www.otca.org.br/>
- ★ Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue  
<http://www.orasconhu.org/>



EUROsociAL Salud

De la salud a la cohesión social en América Latina :

Lecciones aprendidas y desafíos

© IRD - Red EUROsociAL Salud /2010

**Comité de redacción de la publicación:**

Miriam Cué Rio

Erika Díaz

Ligia Giovannella

Miguel Angel González Block

Daniel Lefort

Hernán Monasterio

Emanuel Orozco

Enrico Petrangeli

Rubén Puppo

**Coordinación y supervisión de la publicación**

Zoraida Martínez Racini

**Edición**

Pablo Aguilar

Andrea Martínez-Borso

**Diseño gráfico**

Jean-Baptiste Colin - [www.jean-baptiste-colin.info](http://www.jean-baptiste-colin.info)

**Impresión**

Jouve - [www.jouve.fr](http://www.jouve.fr)

**© Fotos**

Portada :

© IRD Indigo : Michel Grimaldi, Pierre Fréon, Bertrand Arnaud, Michel Jégu, Patrick Blachon, Christian Chaboud, Christian Prat, Patricia Turcq, Eric Bénéfice, Marc Bournof, Patrice Cayré, Olivier Dangles, Michel Dukhan, Jean-Francois Molez, Denis Wirrmann

Collage P. 88 :

Universidad ISALUD, Pablo bonal, Emanuel Orozco, Virginia Damas/CCI/ENSP/Fiocruz, Jacques Gardon

Esta publicación ha sido elaborada con el apoyo de la Unión Europea.

Su contenido es responsabilidad de los autores y en ningún caso puede considerarse como reflejo de la opinión de la Unión Europea.



# Proyecto financiado por la Unión Europea



Para más información:  
<http://www.eurosocialsalud.eu/>  
[dri.europe@ird.fr](mailto:dri.europe@ird.fr)

Cofinanciado por :



Miembros fundadores del Consorcio



Miembros asociados