



# Atención Primaria en Salud en Latinoamérica y el Caribe: Experiencias Exitosas y Lecciones Aprendidas



**OBSERVATORIO DE  
SEGURIDAD SOCIAL**

Realizada por iniciativa del Observatorio de la Seguridad Social (OSES), que se desarrolla en base a un convenio interinstitucional entre el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y la Fundación PLENITUD

**Magdalena Rathe y Marc Gibert**

**intec**  
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SANTO DOMINGO

 **FUNDACION  
PLENITUD**

# **Atención Primaria en Salud en Latinoamérica y el Caribe: Experiencias Exitosas y Lecciones Aprendidas**

**Magdalena Rathe y Marc Gibert**

**Observatorio de Seguridad Social (OSES)**

**Fundación Plenitud**

**Santo Domingo, RD**

**2020**

## INDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>19</b>
2.1	Objetivo General .....	19
2.2	Objetivos Específicos .....	19
<b>3</b>	<b>MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>20</b>
3.1	La Estrategia de APS: Conceptualización.....	20
3.2	Desempeño de los Sistemas de Salud.....	23
3.3	La Salud Universal y Los Objetivos de Desarrollo Sostenible .....	26
3.4	Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) .....	27
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>30</b>
4.1	Fases del Abordaje Metodológico .....	30
4.1.1	Fase 1: Selección de los Estudios de Caso .....	30
4.1.2	Fase 2: Análisis Descriptivo.....	34
4.1.3	Fase 3: Análisis Comparativo .....	35
4.2	Técnicas de Recolección de Datos y Fuentes de Información .....	37
4.2.1	Técnicas y Fuentes para el Análisis Cuantitativo.....	37
4.2.2	Técnicas y Fuentes para el Análisis Cualitativo.....	37
4.3	Limitaciones del Abordaje Metodológico .....	38
<b>5</b>	<b>EL PROCESO DE SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS DE CASO.....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>COSTA RICA.....</b>	<b>45</b>
6.1	Perfil del País .....	45
6.2	Antecedentes .....	46
6.3	Estructura Actual del Sistema de Salud .....	47
6.3.1	Rectoría .....	47
6.3.2	Prestación de Servicios Individuales .....	48
6.3.3	Financiamiento .....	49
6.4	El Modelo Actual de APS: Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud .....	54
6.5	Desempeño del Sistema de Salud.....	56
6.5.1	Resultados de Salud .....	56
6.5.2	Protección Financiera.....	59
6.6	Conclusiones .....	59
<b>7</b>	<b>COLOMBIA .....</b>	<b>62</b>
7.1	Perfil del País .....	62
7.2	Antecedentes .....	63
7.3	Estructura Actual del Sistema de Salud .....	64
7.3.1	Rectoría .....	65
7.3.2	Prestación de Servicios Individuales.....	66
7.3.3	Financiamiento .....	67
7.4	El Modelo Actual de APS .....	72
7.5	Desempeño del Sistema de Salud.....	73
7.5.1	Resultados de Salud .....	73
7.5.2	Protección Financiera.....	77
7.6	Conclusiones .....	77

<b>8</b>	<b>EL SALVADOR</b> .....	<b>80</b>
8.1	Perfil del País .....	80
8.2	Antecedentes .....	81
8.3	Estructura Actual del Sistema de Salud .....	82
8.3.1	Rectoría .....	82
8.3.2	Prestación de Servicios Individuales .....	83
8.3.3	Financiamiento .....	84
8.4	El Modelo Actual de APS .....	89
8.5	Desempeño del Sistema de Salud.....	90
8.5.1	Resultados de Salud .....	90
8.5.2	Protección Financiera.....	94
8.6	Conclusiones .....	94
<b>9</b>	<b>URUGUAY</b> .....	<b>96</b>
9.1	Perfil del País .....	96
9.2	Antecedentes .....	97
9.3	Estructura Actual del Sistema de Salud .....	98
9.3.1	Rectoría .....	98
9.3.2	Prestación de Servicios Individuales .....	99
9.3.3	Financiamiento .....	100
9.4	El Modelo Actual de APS .....	105
9.5	Desempeño del Sistema de Salud.....	106
9.5.1	Resultados de Salud .....	106
9.5.2	Protección Financiera.....	110
9.6	Conclusiones .....	111
<b>10</b>	<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS DE CASO</b> .....	<b>113</b>
10.1	Características Generales .....	113
10.2	Estructura de los Sistemas de Salud .....	117
10.3	Implementación de la Estrategia de APS .....	122
10.3.1	Antecedentes .....	122
10.3.2	Marco Estratégico y Normativo: Modelo de Atención .....	123
10.3.3	La Prestación de Servicios en el Primer Nivel de Atención (PNA) .....	125
10.3.4	Libertad de Elección y Mecanismos de Referencia .....	127
10.4	Comparativa Desempeño de los Sistemas de Salud .....	129
10.4.1	Razón de Mortalidad Materna.....	129
10.4.2	Razón de Mortalidad Neonatal.....	130
10.4.3	Razón de Mortalidad Infantil .....	131
10.4.4	Razón de Mortalidad en Menores de 5 Años .....	132
10.4.5	Proporción de Mortalidad por Enfermedades Transmisibles sobre el Total .....	133
10.4.6	Probabilidad de Morir por ENCT.....	134
<b>11</b>	<b>ESTUDIO DE CASO DE REPÚBLICA DOMINICANA</b> .....	<b>136</b>
11.1	Perfil del País .....	136
11.2	Antecedentes .....	137
11.3	Estructura Actual del Sistema de Salud .....	138
11.3.1	Rectoría .....	138

11.3.2	Prestación de Servicios Individuales .....	139
11.3.3	Financiamiento .....	142
11.4	El Modelo Actual de APS .....	147
11.5	Desempeño del Sistema de Salud.....	151
11.5.1	Resultados de Salud .....	151
11.5.2	Protección Financiera.....	155
11.6	Conclusiones .....	156
<b>12</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>157</b>
<b>13</b>	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>170</b>

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1: EVOLUCIÓN DE LA PERSPECTIVA SOBRE APS.....</b>	<b>16</b>
<b>TABLA 2: PAÍSES INCLUIDOS EN LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>30</b>
<b>TABLA 3: INDICADORES ÍNDICE DE DESEMPEÑO .....</b>	<b>31</b>
<b>TABLA 4: INDICADORES ÍNDICE DE CONTEXTO.....</b>	<b>32</b>
<b>TABLA 5: INDICADORES ÍNDICE DE FORTALEZAS DE APS .....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA 6: ÍNDICE DE DESEMPEÑO .....</b>	<b>42</b>
<b>TABLA 7: ÍNDICE DE CONTEXTO.....</b>	<b>43</b>
<b>TABLA 8: ÍNDICE DE FORTALEZAS DE APS.....</b>	<b>44</b>
<b>TABLA 9: COMPARATIVA CARACTERÍSTICAS GENERALES.....</b>	<b>116</b>
<b>TABLA 10: SISTEMAS DE SALUD Y ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO .....</b>	<b>119</b>
<b>TABLA 11: SISTEMAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y FORMAS DE PAGO .</b>	<b>120</b>
<b>TABLA 12: GOBERNANZA .....</b>	<b>121</b>
<b>TABLA 13: COMPARATIVA GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE APS .....</b>	<b>128</b>
<b>TABLA 14: RECURSOS FÍSICOS EXISTENTES EN REPÚBLICA DOMINICANA. AÑO 2018.....</b>	<b>140</b>
<b>TABLA 15: EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL SNS POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y FORMA DE GESTIÓN.....</b>	<b>148</b>
<b>TABLA 16: COMPOSICIÓN PORCENTUAL DEL GASTO DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, 2008-2016 .....</b>	<b>149</b>

## INDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1: VALORES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS ESENCIALES EN UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN LA APS .....</b>	<b>22</b>
<b>FIGURA 2: OBJETIVOS FINALES E INTERMEDIOS DE UN SISTEMA DE SALUD</b>	<b>25</b>
<b>FIGURA 3: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE .....</b>	<b>27</b>
<b>FIGURA 4: MARCO CONCEPTUAL PHCPI.....</b>	<b>28</b>
<b>FIGURA 5: FASES PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO .....</b>	<b>30</b>
<b>FIGURA 6: ABORDAJE METODOLÓGICO DEL PROYECTO .....</b>	<b>36</b>
<b>FIGURA 7: AVAD POR 3 GRANDES GRUPOS DE CAUSAS SOBRE EL TOTAL. COSTA RICA. AÑOS 2000 Y 2017 .....</b>	<b>46</b>
<b>FIGURA 8: FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD COMO % DEL GASTO CORRIENTE EN SALUD. COSTA RICA, AÑOS 2000 Y 2016.....</b>	<b>49</b>
<b>FIGURA 9: GASTO POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO COMO % DEL GASTO CORRIENTE EN SALUD. COSTA RICA, AÑOS 2000 Y 2016.....</b>	<b>51</b>
<b>FIGURA 10: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA.....</b>	<b>53</b>
<b>FIGURA 11: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. COSTA RICA. AÑOS 2000-2015 .....</b>	<b>56</b>
<b>FIGURA 12: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD NEONATAL. COSTA RICA. AÑOS 2000-2016 .....</b>	<b>57</b>
<b>FIGURA 13: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD INFANTIL. COSTA RICA. AÑOS 2000-2016 .....</b>	<b>57</b>
<b>FIGURA 14: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. COSTA RICA. AÑOS 2000-2016 .....</b>	<b>58</b>
<b>FIGURA 15: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SOBRE EL TOTAL DE MORTALIDAD. COSTA RICA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>58</b>
<b>FIGURA 16: EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE MORIR DE LA POBLACIÓN 30-70 AÑOS POR 4 ECNT. COSTA RICA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>59</b>
<b>FIGURA 17: AVAD POR 3 GRANDES GRUPOS DE CAUSAS SOBRE EL TOTAL. COLOMBIA. AÑOS 2000 Y 2017 .....</b>	<b>63</b>
<b>FIGURA 18: FUENTES DE FINANCIAMIENTO COMO % DEL GASTO CORRIENTE EN SALUD. COLOMBIA, AÑOS 2000 Y 2016 .....</b>	<b>67</b>
<b>FIGURA 19: GASTO POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO COMO % DEL GASTO CORRIENTE EN SALUD. COLOMBIA, AÑOS 2000 Y 2016.....</b>	<b>68</b>
<b>FIGURA 20: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.....</b>	<b>71</b>
<b>FIGURA 21: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. COLOMBIA. AÑOS 2000-2015.....</b>	<b>74</b>
<b>FIGURA 22: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD NEONATAL. COLOMBIA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>74</b>
<b>FIGURA 23: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD INFANTIL. COLOMBIA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>75</b>
<b>FIGURA 24: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. COLOMBIA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>75</b>
<b>FIGURA 25: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SOBRE EL TOTAL DE MORTALIDAD. COLOMBIA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>76</b>
<b>FIGURA 26: EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE MORIR DE LA POBLACIÓN 30-70 AÑOS POR 4 ECNT. COLOMBIA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>76</b>

<b>FIGURA 27: AVAD POR 3 GRANDES GRUPOS DE CAUSAS SOBRE EL TOTAL. EL SALVADOR. AÑOS 2000 Y 2017 .....</b>	<b>81</b>
<b>FIGURA 28: FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD COMO % DEL GASTO CORRIENTE EN SALUD. EL SALVADOR, AÑOS 2000 Y 2016.....</b>	<b>85</b>
<b>FIGURA 29: EVOLUCIÓN DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO OBLIGATORIO A LA SALUD. EL SALVADOR, AÑOS 2000 Y 2016.....</b>	<b>85</b>
<b>FIGURA 30: GASTO POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO COMO % DEL GASTO CORRIENTE EN SALUD. EL SALVADOR, AÑOS 2000 Y 2016.....</b>	<b>86</b>
<b>FIGURA 31: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DEL SALVADOR .....</b>	<b>88</b>
<b>FIGURA 32: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. EL SALVADOR. AÑOS 2000-2015.....</b>	<b>91</b>
<b>FIGURA 33: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD NEONATAL. EL SALVADOR. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>91</b>
<b>FIGURA 34: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD INFANTIL. EL SALVADOR. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>92</b>
<b>FIGURA 35: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. EL SALVADOR. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>92</b>
<b>FIGURA 36: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SOBRE EL TOTAL DE MORTALIDAD. EL SALVADOR. AÑOS 2000-2016 .....</b>	<b>93</b>
<b>FIGURA 37: EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE MORIR DE LA POBLACIÓN 30-70 AÑOS POR 4 ECNT. EL SALVADOR. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>93</b>
<b>FIGURA 38: AVAD POR 3 GRANDES GRUPOS DE CAUSAS SOBRE EL TOTAL. URUGUAY. AÑOS 2000 Y 2017 .....</b>	<b>97</b>
<b>FIGURA 39: FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD. URUGUAY, 2000- 2016 .....</b>	<b>101</b>
<b>FIGURA 40: GASTO EN SALUD POR ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO. URUGUAY, 2000- 2016 .....</b>	<b>102</b>
<b>FIGURA 41: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE URUGUAY .....</b>	<b>104</b>
<b>FIGURA 42: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. URUGUAY. AÑOS 2000-2015.....</b>	<b>107</b>
<b>FIGURA 43: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD NEONATAL. URUGUAY. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>107</b>
<b>FIGURA 44: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD INFANTIL. URUGUAY. AÑOS 2000-2016 .....</b>	<b>108</b>
<b>FIGURA 45: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. URUGUAY. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>108</b>
<b>FIGURA 46: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SOBRE EL TOTAL DE MORTALIDAD. URUGUAY. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>109</b>
<b>FIGURA 47: EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE MORIR DE LA POBLACIÓN 30-70 AÑOS POR 4 ECNT. URUGUAY. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>109</b>
<b>FIGURA 48: COMPARATIVA DE LA EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. AÑOS 2000-2015.....</b>	<b>130</b>
<b>FIGURA 49: COMPARATIVA DE LA EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD NEONATAL. AÑOS 2000-2015.....</b>	<b>131</b>
<b>FIGURA 50: COMPARATIVA DE LA EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD INFANTIL. AÑOS 2000-2015.....</b>	<b>132</b>



<b>FIGURA 51: COMPARATIVA DE LA EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. AÑOS 2000-2015 .....</b>	<b>133</b>
<b>FIGURA 52: COMPARATIVA DE LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SOBRE EL TOTAL. AÑOS 2000-2016 .....</b>	<b>134</b>
<b>FIGURA 53: COMPARATIVA DE LA EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE MORIR DE LA POBLACIÓN 30-70 AÑOS POR 4 ECNT. AÑOS 2000-2016 .....</b>	<b>135</b>
<b>FIGURA 54 AVAD POR 3 GRANDES GRUPOS DE CAUSAS SOBRE EL TOTAL. REPÚBLICA DOMINICANA. AÑOS 2000 Y 2017 .....</b>	<b>137</b>
<b>FIGURA 55: FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD. REPÚBLICA DOMINICANA, 2000- 2016 .....</b>	<b>142</b>
<b>FIGURA 56: GASTO EN SALUD POR ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO. REPÚBLICA DOMINICANA, 2000- 2016.....</b>	<b>143</b>
<b>FIGURA 57: EVOLUCIÓN DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO OBLIGATORIO A LA SALUD. REPÚBLICA DOMINICANA. AÑOS 2000-2016 .....</b>	<b>144</b>
<b>FIGURA 58: GASTO PÚBLICO CORRIENTE EN SALUD .....</b>	<b>144</b>
<b>FIGURA 59: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE REPÚBLICA DOMINICANA .....</b>	<b>146</b>
<b>FIGURA 60: GASTO EN SALUD POR FUNCIONES. AÑO 2017 .....</b>	<b>149</b>
<b>FIGURA 61: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. REPÚBLICA DOMINICANA. AÑOS 2000-2015.....</b>	<b>152</b>
<b>FIGURA 62: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD NEONATAL. REPÚBLICA DOMINICANA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>153</b>
<b>FIGURA 63: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD INFANTIL. REPÚBLICA DOMINICANA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>153</b>
<b>FIGURA 64: EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. REPÚBLICA DOMINICANA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>153</b>
<b>FIGURA 65: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SOBRE EL TOTAL DE MORTALIDAD. REPÚBLICA DOMINICANA. AÑOS 2000-2016 .....</b>	<b>154</b>
<b>FIGURA 66: EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE MORIR DE LA POBLACIÓN 30-70 AÑOS POR 4 ECNT. REPÚBLICA DOMINICANA. AÑOS 2000-2016.....</b>	<b>155</b>

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
BID	Banco Inter Americano Desarrollo
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CISALUD	Comisión Intersectorial de Salud
CNREE	Centro Nacional de Rehabilitación y Educación Especial
CNSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social
COSAM	Comando de Sanidad Militar
CRES	Comisión de Regulación en Salud
CRSS	Consejo de Reforma del Sector Salud
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
CUS	Cobertura Universal en Salud
DAS	Dirección de Área de Salud
DPS	Dirección Provincial de Salud
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
ECOS-E	Equipos Comunitarios de Salud Especializados
ECOS-F	Equipos Comunitarios de Salud Familiar
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
EV.0	Esperanza de Vida al Nacer
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
GBD	Global Burden Disease
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IAME	Institutos de Medicina Altamente Especializada
IC	Intervalo de Confianza
ICH	Índice de Capital Humano
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
ISBM	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
ISRI	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de los Inválidos
ISS	Instituto de Seguros Sociales
ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguros Sociales

JUNASA	Junta Nacional de Salud
MI	Mortalidad Infantil
MINSAL	Ministerio de Salud
MM	Mortalidad Materna
MN	Mortalidad Neonatal
MS	Ministerio de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAIS	Política Atención Integral en Salud
PHCPI	Primary Health Care Performance Initiative
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud
PIB	Producto Interior Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POS	Plan Obligatorio de Salud
POS-S	Plan Obligatorio de Salud- Subsidiado
PPA	Paridad del Poder Adquisitivo
PSPCG	Plan de Servicios Preventivos de Carácter General
RC	Régimen Contributivo
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RS	Régimen Subsidiado
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SISBEN	Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales
SNIS	Sistema Nacional Integral de Salud
UCSF	Unidad Comunitaria de Salud Familiar
UPC	Unidad de Pago por Capitación

## RECONOCIMIENTOS

Este documento muestra los resultados de una investigación realizada por iniciativa del Observatorio de la Seguridad Social (OSES), que se desarrolla en base a un convenio interinstitucional entre el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y la Fundación PLENITUD. La misma fue realizada con fondos del Departamento de Investigaciones del INTEC.

El equipo estuvo conformado por Magdalena Rathe, MSC, investigadora y consultora internacional, especialista en financiamiento y sistemas de salud, quien es Directora Ejecutiva de la Fundación PLENITUD y Asesora Técnica del OSES. También por Marc Gibert, MSC, investigador asociado y consultor, con amplia experiencia internacional en el campo de las políticas de salud.

Los autores agradecen al Dr. Eladio Pérez, coordinador del OSES y al Dr. Rolando Guzmán, rector del INTEC, por su apoyo y valiosos comentarios. Asimismo, al Dr. Alessandro Legrottaglie, representante del Banco Mundial en la República Dominicana, por gestionar la revisión del trabajo por parte de especialistas de la institución.

## RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo parte de la premisa de que el modelo de atención predominante en la Región de América Latina y Caribe está todavía basado en la atención episódica de condiciones agudas en centros hospitalarios, a menudo con uso excesivo de tecnologías y médicos especialistas. Por ende, la capacidad resolutoria y la articulación de los servicios del primer nivel de atención son limitadas y no responden a las necesidades emergentes en materia de salud, en especial las necesidades fruto de la transición demográfica, fenómeno que genera un aumento de la carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles (OPS, 2014).

La República Dominicana no escapa a esta realidad, a pesar de haber iniciado hace casi dos décadas una reforma estructural profunda que logró afiliar a casi el 80% de la población a un seguro público con vocación de universalidad. La APS no se ha podido implementar, a pesar de que es un mandato del marco legal vigente.

El Consejo Nacional de la Seguridad Social está estudiando la propuesta técnica presentada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales para la puesta en marcha de la Atención Primaria en Salud, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo. A pesar de que la propuesta tiene más de un año de presentada, la misma no ha sido conocida por el CNSS hasta fines del 2019, por diferencias entre grupos de interés que forman parte de la entidad.

Esta propuesta incluye coberturas garantizadas para ciertas enfermedades prioritarias, como la hipertensión y la diabetes. Asimismo, propone que el primer contacto con el sistema de salud con proveedores designados esté exento de copagos, para lo cual se calcula la cápita correspondiente.

Otros países de la región de Latinoamérica y el Caribe han logrado implementar esta estrategia, con grados diferentes de éxito. La razón de ser del presente estudio es ofrecer a la sociedad dominicana ejemplos de experiencias que puedan contribuir a la toma de decisiones en el país, con la finalidad de mejorar sus resultados de salud, a la vez que averiguar el papel que ha tenido la APS en ese proceso.

El estudio se aborda metodológicamente a partir de tres fases secuenciales. En la primera se desarrollaron los objetivos del estudio, los marcos conceptuales de referencia y el procedimiento seguido para la selección de los países mencionados, que implicó la comparación estadística de numerosos indicadores de salud y protección financiera, así como indicadores de contexto y de desempeño de la APS.

Como resultado de esta fase se escogieron los países sobre los que se han realizado los estudios de caso: Costa Rica, Uruguay, Colombia y El Salvador. Fue una decisión difícil pues implicó dejar de lado a Argentina, Chile y Cuba, países con desempeño mejor que Colombia y El Salvador. Pero se decidió escoger estos dos últimos, el primero, por la similitud de su sistema de

salud con el dominicano y, el segundo, por tratarse de un país pequeño, con una inversión muy baja que ha logrado buenos resultados, al punto de aparecer consistentemente entre los mejores.

La segunda fase comprendió la elaboración de los cuatro estudios de caso. Para facilitar su comparabilidad, estos tienen una estructura homogénea, compuesta por un perfil sociodemográfico y de la carga de enfermedad de cada uno de los países, una descripción de los respectivos sistemas de salud, la presentación del grado de implantación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud y el análisis de su desempeño, a partir del monitoreo del estado de salud de la población y su protección financiera frente a la enfermedad.

La tercera fase se ha realizado en tres pasos. En primer lugar, partiendo de los estudios de caso elaborados en la fase anterior, se ha llevado a cabo un análisis comparativo entre los distintos países. En segundo lugar, se ha elaborado el estudio de caso para República Dominicana, incluyendo las opiniones de actores clave y expertos nacionales sobre la situación de la atención primaria y su grado de implementación.

Finalmente, se procuraron extraer las principales lecciones aprendidas de los países estudiados, a fin de que sirvan de guía a la República Dominicana en el proceso de implementación de la estrategia de atención primaria y del primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud. Estas se resumen a continuación:

- Pareciera que la organización del sistema de salud, incluyendo la forma de mancomunación de los fondos, no constituye un elemento clave en la puesta en marcha de la atención primaria en salud ni en la implementación del primer nivel como puerta de entrada. Hay literatura que sugiere que los sistemas con un fondo único obtienen mejores resultados. No obstante, en el caso dominicano casi la mitad de la población se encuentra afiliada a un mismo fondo y no ha sido posible implementar el modelo de atención basado en redes integradas con el primer nivel como puerta de entrada, ni siquiera en el régimen subsidiado.
- Lo mismo puede decirse de que la definición de un modelo de atención que tenga como base la estrategia de APS figure en las leyes. Si bien esto es deseable, en la práctica no es determinante. Su implementación dependerá de la voluntad política de las autoridades.
- Una importante lección de los países exitosos es que no han basado su prestación de servicios de primer nivel a los que se entregan en establecimientos de salud, sino que han establecido equipos de trabajo que trabajan fuera de los muros, en la propia comunidad, buscando activamente a las personas que necesitan ya sea educación en salud y/o algún servicio preventivo.
- La adscripción territorial de la población al primer nivel de atención parece mejor que la libertad de elección. Esto requiere que exista la capacidad resolutoria en los territorios. En la República Dominicana podría lograrse en el régimen subsidiado, con adecuadas inversiones sobre todo en equipos humanos capaces de prestar los servicios necesarios y mediante alianzas con proveedores con y sin fines de lucro. La adscripción territorial tiene la ventaja de que integra las intervenciones individuales con las colectivas y permite un trabajo coordinado en lo concerniente a los determinantes sociales de la salud.

- En el caso del régimen contributivo, en la República Dominicana, no parece viable la adscripción territorial y, probablemente, debería considerarse la libertad de elección del proveedor de primer nivel, con reglas claras en caso de cambios.
- Un tema que parece clave en los países estudiados es la importancia del referimiento obligatorio desde el primer nivel hacia los niveles especializados. Esto requerirá que se conformen paquetes de servicios integrales, que garanticen la atención necesaria por las personas y que estos referimientos no se conviertan simplemente en mecanismos de contención de costos.
- En el caso dominicano, está claro que no será factible ofrecer servicios adecuados de primer nivel a toda la población solamente en base a la provisión pública, por lo que se sugiere la realización de alianzas público-privadas, fortaleciendo la regulación y supervisión, así como ofreciendo los incentivos adecuados.

La presente investigación ha sido llevada a cabo por Magdalena Rathe y Marc Gibert, en el marco del Observatorio de Seguridad Social (OSES). Los autores quieren agradecer a las entidades que forman parte del Observatorio por la confianza depositada y a todas las personas que han colaborado durante el desarrollo de la investigación por sus valiosos aportes y contribuciones.

## 1 INTRODUCCIÓN

La estrategia para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud se puso oficialmente en marcha en 1978, cuando los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) firmaron la Declaración de Alma-Ata.

El punto de partida de dicha declaración es el reconocimiento de “*una gran desigualdad existente en el estado de salud de las personas particularmente entre países desarrollados y en desarrollo, así como dentro de los países, (que) es política, social y económicamente inaceptable*” (OMS & UNICEF, 1978).

Para terminar con esta desigualdad, se afirmó que era necesario poner sobre la mesa cambios organizacionales profundos que rompieran con el funcionamiento de los sistemas de atención sanitaria prevalente hasta ese momento, y ese conjunto de reformas propuestas se articuló en torno la estrategia de APS, basada en los principios de justicia social, participación, solidaridad y, en definitiva, el reconocimiento al derecho a una mejor salud para todos.

En la actualidad, existe un consenso generalizado acerca del hecho que la estrategia de APS ha permeabilizado el discurso sobre la salud en la práctica totalidad de los países del mundo. Sin embargo, la traducción de esos valores orientativos en reformas concretas ha sido muy disímil y no siempre ha resultado en una transformación efectiva de los sistemas de salud. De hecho, en el año 2008, en el marco de los trabajos del Informe sobre la Salud en el Mundo elaborado por la OMS, su Directora General, la Dra. Margaret Chan, afirmó que el enfoque plasmado en Alma Ata “*se malinterpretó casi de inmediato*” (OMS, 2008a).

Esto es, en ocasiones la APS se ha interpretado erróneamente no como un conjunto de reformas, que era el abordaje original dibujado en 1978, sino como un programa más de atención a la salud, y además muy relacionado con una prestación de baja calidad a los sectores más vulnerables de la población. También se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención, cuando en realidad pretendía ser un mecanismo transformador de los sistemas de salud desde una perspectiva holística e integral (*ibid.*).

Esto empezó a cambiar a inicios del siglo XXI, cuando el papel de la Estrategia de APS tuvo un relanzamiento a escala global. En 2005, los países de las Américas acordaron fortalecer la base de atención primaria de sus sistemas de salud como parte de “Declaración de Montevideo”, que establecía que los países deben abogar por la integración de los principios de APS en el desarrollo de sus sistemas nacionales de salud (OPS, 2005).

Unos años después, la OMS elaboró el citado informe de 2008, donde se realizaba una comparación entre los principios que guiaron la implementación de la estrategia durante las primeras décadas después de Alma Ata y los que deberían guiarla a partir de ese momento, con el objeto de servir de guía para el impulso de la estrategia. Los principales hallazgos fruto de esa comparación se recogen en la siguiente tabla.



*Tabla 1: Evolución de la Perspectiva sobre APS*

<b>Primeros Intentos de Implementar la APS</b>	<b>Principios Orientadores OMS 2008</b>
Acceso ampliado a un paquete básico de intervenciones sanitarias y medicamentos esenciales para los pobres del medio rural	Transformación y reglamentación de los actuales sistemas de salud, con el fin de lograr el acceso universal y la protección social en salud
Concentración en la salud materno infantil	Cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad
Focalización en un número reducido de enfermedades, principalmente infecciosas y agudas	Respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes
Mejora de la higiene, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la educación sanitaria a nivel de las aldeas	Promoción de modos de vida más saludables y mitigación de los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud
Tecnología sencilla para agentes de salud voluntarios no profesionales de las comunidades	Equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a tecnología y medicamentos y el uso adecuado de estos
Participación en forma de movilización de recursos locales y gestión centrada en la salud a través de comités locales de salud	Participación institucionalizada de la sociedad civil en el dialogo sobre políticas y los mecanismos de rendición de cuentas
Servicios financiados y prestados por los gobiernos con una gestión vertical centralizada	Funcionamiento de sistemas de salud pluralistas en un contexto globalizado
Gestión de una situación de creciente escasez y reducción de recursos	Orientación del crecimiento de los recursos para la salud hacia la cobertura universal
Ayuda bilateral y asistencia técnica	Solidaridad mundial y aprendizaje conjunto
Atención primaria como antítesis de los hospitales	Atención primaria como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles
La APS es barata y requiere solo una pequeña inversión	La APS no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones

Fuente: OMS (2008)

Durante la segunda década del siglo XXI, el hecho probablemente más destacado ha sido la integración de la estrategia de APS dentro de una estrategia más amplia para el logro de la cobertura universal en salud (UHC, por sus siglas en inglés) y su incorporación explícita a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), dentro del Objetivo 3, que busca “*garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*” (OPS 2014 & PNUD 2019).

A partir de este nuevo marco conceptual, en los últimos años se ha observado un renovado interés en la APS y en las redes integradas de servicios de salud (RISS) como herramientas capitales para la superación de los desafíos que enfrentan los sistemas de salud.

Los argumentos para fortalecer la APS son cada vez más numerosos. Ya a principios de siglo surgieron estudios empíricos que encontraron que los sistemas con una fuerte orientación de sus redes de atención hacia ésta logran menores índices de mortalidad prematura y un mejor estado de salud (Starfield et al. 2005).

Más recientemente, surgieron evidencias de que problemas de salud complejos como la diabetes, hipertensión o enfermedades coronarias pueden ser manejados mejor en el nivel primario, a través de un enfoque resolutivo y costo-efectivo, que por un médico especialista (Fortin et al 2016).

También se ha vinculado la existencia de un sistema de salud basado en la estrategia de APS con una mayor utilización de servicios preventivos y promocionales por parte de la población, como las pruebas diagnósticas de cáncer de cuello uterino y seno, el uso de anticonceptivos o la realización de un mayor número de controles prenatales (Almeida et al, 2018).

Y no sólo se ha demostrado que la APS tiene un impacto positivo en indicadores que miden el estado de salud o la utilización de servicios, sino que también lo tiene en indicadores usados para el seguimiento de la eficiencia. Las pruebas demuestran que cuando las personas tienen acceso a un cuidado longitudinal y coordinado –es decir, cuando reconocen el primer nivel de atención como su proveedor usual de servicios de salud– requieren menos consultas con especialistas, menos hospitalizaciones y se reduce el número de visitas innecesarias a los servicios de emergencias para atención de rutina, aliviando la carga de trabajo en estos niveles de atención (White et al. 2016).

Sin embargo, a pesar de la evidencia empírica que apunta hacia la configuración de modelos de atención basados en la estrategia como la mejor herramienta para resolver las demandas de salud de la población, y hacerlo además optimizando los recursos disponibles, su grado efectivo de implementación no ha sido homogéneo hasta la fecha.

De hecho, tal y como reconocía la OPS en su Estrategia para el acceso y la cobertura universal en salud del año 2014, el modelo de atención predominante en la Región de América Latina y Caribe está todavía basado en la atención episódica de condiciones agudas en centros hospitalarios, a menudo con uso excesivo de tecnologías y médicos especialistas. Por ende, la capacidad resolutoria y la articulación de los servicios del primer nivel de atención son limitadas y no responden a las necesidades emergentes en materia de salud, en especial las necesidades fruto de la transición demográfica, fenómeno que genera un aumento de la carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles.

Buena prueba de ello es el caso dominicano que, a pesar de los esfuerzos en materia de reforma del sistema sanitario desde el año 2001, todavía no ha logrado implementar con éxito las directrices que emitía la OMS en 2008.

Hoy en día, el sistema tiene como uno de los principales retos completar el proceso de afiliación del 24% de la población que todavía no posee los beneficios del Seguro Familiar de Salud, lo cual estaba previsto para el año 2011 (SESPAS, 2006). Del mismo modo, y a pesar de que el país posee unas directrices aprobadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para implementar un Modelo de Atención basado en las estrategias de APS y RISS, todavía no se ha logrado organizar la prestación de servicios de atención individuales de manera que el primer nivel sea la puerta de entrada, con alta capacidad de absorción y resolución de la demanda, ni organizar los distintos niveles asistenciales en forma de redes (MSP, 2017).

Con el objeto de abordar estos retos, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) solicitó, mediante la Resolución 431-02 de 2017, a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) una propuesta técnica para la inclusión de coberturas de Atención Primaria en el catálogo del Seguro Familiar de Salud, que fue presentada a fines de octubre del año 2018.

En la actualidad, el CNSS está estudiando la propuesta de reforma del catálogo de coberturas y se estima que, una vez aprobada, será necesario un período de transición de entre nueve meses y un año para su implementación efectiva (SISALRIL, 2018).

En este contexto se enmarca el presente estudio, que ha analizado los procesos de implementación de la estrategia de APS en Colombia, El Salvador, Costa Rica y Uruguay para identificar lecciones aprendidas que puedan ser útiles para el caso dominicano, contribuyendo de esta forma a que la implementación de la estrategia en el país sea exitosa.

Estos países fueron seleccionados en base a una serie de criterios, como el desempeño del sistema de salud, medido por el estado de salud y la protección financiera frente a la enfermedad de la que goza la población, una organización sistémica que presentara fortalezas en aspectos clave de la estrategia de APS o la similitud con el sistema dominicano. Fruto del análisis comparativo de estas experiencias se ha obtenido un cuerpo de mejores prácticas y lecciones aprendidas.

Luego, se elaboró el estudio de caso para República Dominicana, que incluye, además de la revisión de documentación secundaria, la visión de actores clave y expertos nacionales sobre la situación de la atención primaria en el país y su grado de implementación.

El texto consta de diversos capítulos y se estructura de la siguiente manera. A este capítulo introductorio le suceden los objetivos del estudio, sus marcos conceptuales de referencia y los principales aspectos metodológicos. A continuación, se presenta la racionalidad para la selección de los cuatro países que se han convertido en estudios de caso. Del sexto al noveno capítulo se incluyen los cuatro estudios, cuyo análisis comparativo se presenta en el décimo. A continuación, se presenta el caso dominicano. Finalmente, se presentan las conclusiones de la investigación.

## **2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

El fin último del estudio es aportar a la comprensión de los vínculos entre la implementación de la Atención Primaria en Salud y el logro de mejores resultados de salud y protección financiera en la región de Latinoamérica y el Caribe.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

De manera más específica, la investigación pretende lo siguiente

- Revisar los resultados de salud en la región de ALC y la relación de éstos con la organización de sus sistemas de salud.
- Seleccionar aquellos países con mejores resultados y hacer estudios de caso centrados en la forma en que funciona el primer nivel de atención y la estrategia de atención primaria, buscando identificar lecciones para el caso dominicano.
- Divulgar las experiencias exitosas en un seminario nacional para contribuir a la viabilidad de la implementación del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud, dentro de una estrategia de atención primaria

### 3 MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1 LA ESTRATEGIA DE APS: CONCEPTUALIZACIÓN

La Declaración de Alma-Ata definió la Atención Primaria en Salud de la siguiente manera (OMS & UNICEF, 1978):

*“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”*

A finales del siglo pasado, Starfield (1998) describió las cinco características básicas que debe cumplir un sistema de salud basado en la APS.

- **Integralidad:** refiere a la disponibilidad y provisión de un amplio rango de servicios, que incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección oportuna, tratamiento de enfermedades agudas y seguimiento de enfermedades crónicas.
- **Atención centrada en la persona, familia y comunidad:** la APS debe considerar al individuo dentro del contexto social, familiar y comunitario al que pertenece, siendo capaz de prestar atención a lo largo del ciclo de vida y no sólo cuando padece una enfermedad concreta.
- **Coordinación:** la APS debe ser capaz de coordinar la atención mediante la orientación del paciente a través de todo el sistema de salud, comunicándose de manera efectiva con los otros niveles asistenciales.
- **Longitudinalidad:** la población debe identificar un proveedor de servicios de atención primaria como su principal fuente de atención a lo largo del tiempo, que se debe erigir también como la puerta de entrada al sistema por parte del paciente.
- **Accesibilidad:** la APS debe tener la capacidad de resolver la mayor parte de los problemas de salud que presenta la población. Además, hay que velar por la eliminación de barreras geográficas, financieras, organizacionales, administrativas, socioculturales o de género, para que el acceso a los servicios sea efectivo.

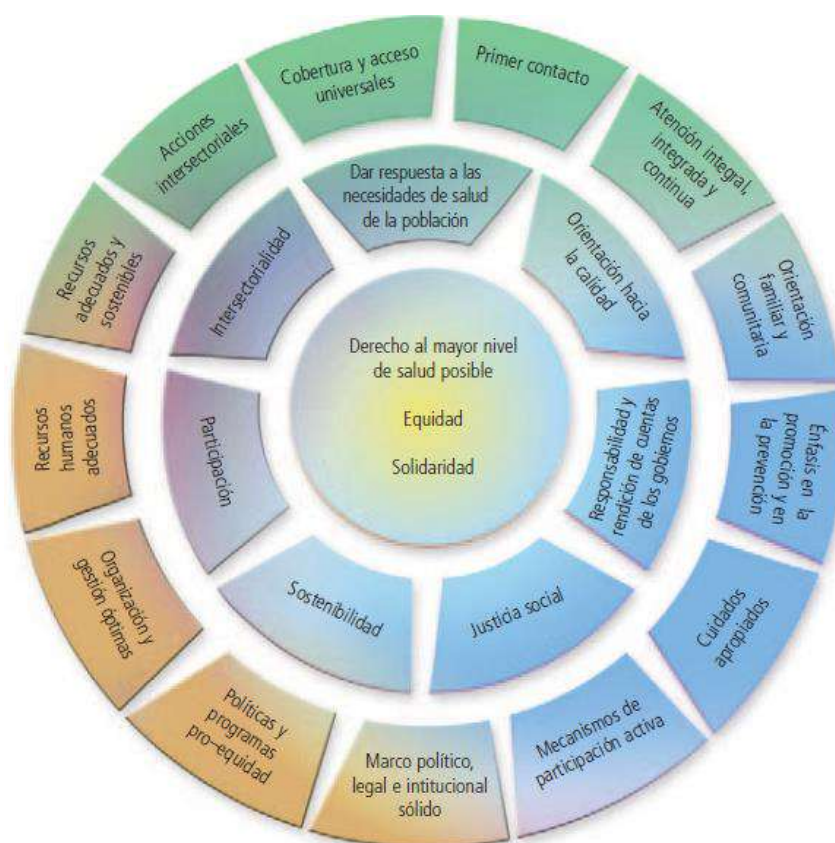
Con posterioridad, como ya se comentó en la sección introductoria, la Estrategia de APS se relanzó con la “Declaración de Montevideo”, en la que los países de las Américas acordaron fortalecer la base de atención primaria de sus sistemas de salud.

A partir de ahí, la OPS y la OMS publicaron sus documentos de posición en los años 2007 y 2008, respectivamente. Los principios orientadores que debían guiar la estrategia según la OMS se han presentado en la Tabla 1. Para operacionalizar dichos principios se propusieron cuatro instrumentos de política, los cuales se listan a continuación.

- Reformas en pro de la **cobertura universal**: entendida como la combinación de acceso universal a los servicios y protección financiera para ello; esto es, atención a la salud de acuerdo con las necesidades de la población y con independencia de la capacidad de pago. La cobertura universal se entiende como el mecanismo más eficiente para lograr equidad sanitaria, justicia social y el fin de la exclusión. Para lograrla se recomienda la implementación de sistemas de mancomunación de fondos y prepago.
- Reformas en la **prestación de servicios**: basadas en la búsqueda de una prestación de servicios centrados en las personas y con integralidad. Este enfoque se sustenta en acciones que garanticen la continuidad asistencial, de tal manera que las personas reciban un *continuum* de intervenciones incluyendo la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento clínico adecuado, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera coordinada entre los distintos niveles de atención. Se trata de organizar los servicios en función de las necesidades de los individuos, teniendo en cuenta los ciclos de vida, y no en función de enfermedades concretas.
- Reformas para el fomento de **políticas públicas saludables**: lo cual toma en cuenta que muchos de los elementos que inciden en la salud de la población se hallan fuera de la esfera de influencia de los sistemas sanitarios. Esto es muy notorio para algunas de las causas que representan una gran carga de enfermedad en países de ingreso medio o bajo, como los accidentes de tránsito, pero también para el caso de algunos determinantes sociales que derivan en factores de riesgo con elevada incidencia, como la exposición a contaminantes y sustancias tóxicas en el ambiente. Por este motivo, se debe importantizar las intervenciones de salud pública de base comunitaria y el desarrollo de acciones intersectoriales, promoviendo el enfoque de “salud en todas las políticas”.
- Reformas en el **liderazgo** de los sistemas de salud: la inhibición y *laissez-faire* del Estado se ha mostrado incapaz de propiciar entornos donde los sistemas de salud se encaminen de forma natural hacia modelos más equitativos, eficientes y eficaces. Se requiere de un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los sistemas de salud y alinear a sectores tan diversos como la sociedad civil, el sector privado, empresarial y no lucrativo, y la población general en torno a unas prioridades y objetivos comunes.

Por su lado, la OPS definió un marco conceptual a partir de la definición de los valores, principios y elementos con los que debe contar un sistema de salud basado en la APS. Se presentan en la siguiente figura

Figura 1: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS



Fuente: OPS (2007)

Así, según la OPS los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población, ya que proveen una base moral para las políticas y los programas que se formulan en nombre del interés público. En efecto, el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y solidaridad no deberían ser sólo los valores de un sistema de salud, sino de la sociedad en general.

En segundo lugar, los principios representan la base para las políticas de salud al incluir los elementos legislativos, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud. Se podría decir que los principios funcionan como puente entre los valores sociales y los elementos propiamente sistémicos.

Por último, los elementos son aquellas características que deberían tener los sistemas de salud que se orienten hacia la APS. Normalmente implican la coordinación entre los agentes responsables de las distintas funciones clave de un sistema; a saber, rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, tanto individuales como colectivos.

Como se puede observar, la OPS y la OMS no alteraron demasiado el enfoque de Starfield, sino que más bien propusieron mecanismos y caracterizaron cómo debe ser un sistema de salud para lograr con éxito los atributos propuestos por la autora a finales del siglo pasado.

### 3.2 DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud propuso, en su Informe Mundial de Salud del año 2000, un marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, el cual ha ido modificando en años posteriores. De acuerdo con el mismo, los resultados finales de un sistema de salud pueden medirse de acuerdo con su capacidad de:

- Mejorar la salud de la población
- Brindarle protección financiera
- Responder efectivamente a las expectativas de las personas (capacidad de respuesta)

La mejoría en los *resultados de salud* se mide generalmente en base a la reducción de la mortalidad y morbilidad por determinadas causas y edades, lo cual, a su vez, influye en la extensión de la esperanza de vida de una población.

La *protección financiera* reconoce que recuperar la salud cuando ésta se ha perdido tiene un costo importante, el cual puede ser muy oneroso para las familias, representando a veces proporciones importantes de su presupuesto. Un sistema de salud debe diseñar mecanismos de financiamiento solidarios que permitan redistribuir el costo de la enfermedad entre los que necesitan servicios y los que no los utilizan. El financiamiento puede contribuir a una mejora de la salud si se distribuye en forma más equitativa, ya que así se reduce el riesgo de que las personas no reciban la atención que necesitan porque es demasiado costosa, o de pagar los gastos de atención médica las lleve a la pobreza y las exponga a más problemas de salud (González Pons, 2011).

La *capacidad de respuesta a las expectativas de la población* con respecto a asuntos que no están ligados a la salud, refleja la importancia de respetar la dignidad de la gente, su autonomía y el carácter confidencial de la información. La capacidad de respuesta significa reducir el daño a la dignidad y la autonomía personales, el temor y la vergüenza que la enfermedad a menudo trae aparejados (OMS, 2000).

De esta forma, puede decirse que el desempeño de un sistema de salud tiene que ver con la medición de estos objetivos: mejorar la salud, la protección financiera y la capacidad de respuesta. Pero también es preciso ver objetivos intermedios, como el hecho de que un sistema de salud debería ser capaz de lograr estos objetivos al menor costo posible (eficiencia).

La medición del desempeño tiene por objeto supervisar, evaluar y comunicar el grado en que los diversos aspectos del sistema de salud cumplen con sus objetivos fundamentales. No obstante, en la agenda política de los que dirigen la salud no se encuentra con frecuencia las discusiones sobre la evaluación del desempeño, los datos que deben recopilarse y las mejores maneras de resumir y presentar la información (OMS, 2008b).

En este sentido, la OMS examina algunas cuestiones emergentes en el debate sobre la evaluación del desempeño y como esta ha sido presentada y utilizada para la mejora del sistema de salud a nivel internacional, analiza sus principales desafíos, el rol de la rendición de cuentas entre los diversos actores o partes interesadas y las lecciones aprendidas y prioridades a futuro para los responsables políticos (*ibid*).



La OMS propone cuatro funciones claves de un sistema de salud, de cuyo buen funcionamiento depende el logro de los objetivos finales del mismo (OMS, 2000). Estas son:

- Prestación de servicios
- Creación y desarrollo de recursos
- Financiamiento
- Liderazgo y gobernanza (rectoría)

La prestación eficiente de servicios de salud y la creación y desarrollo de recursos están íntimamente relacionadas, lo cual requiere que los recursos financieros se repartan de manera equilibrada entre los insumos que se usan para tal fin. Es inútil contar con una gran cantidad de médicos, enfermeras y demás personal, si no se dispone de establecimientos adecuadamente construidos, equipados y aprovisionados. Los recursos disponibles deben asignarse tanto a las inversiones en capacitación de nuevos campos, instalaciones y equipo, como al mantenimiento de la infraestructura existente. Este delicado equilibrio debe mantenerse tanto en el tiempo como entre las diferentes zonas geográficas. En la práctica, los desequilibrios entre la inversión y los gastos ordinarios y entre las diferentes categorías de insumos son frecuentes y obstaculizan un desempeño satisfactorio. Es necesario proporcionar orientación de política e incentivos claros a los compradores y proveedores de servicios para que estos adopten prácticas eficaces en respuesta a las necesidades y expectativas en materia de salud (*ibid.*)

La OMS establece que la *función de financiamiento* es de importancia vital para la meta de la equidad. El financiamiento equitativo en los sistemas de salud significa que los riesgos que corre cada familia debido a los costos del sistema de salud se distribuyen según *la capacidad de pago* y no según el riesgo de enfermedad. Un sistema de salud en el cual las personas o las familias son empujadas a la pobreza por pagar la atención médica que necesitan o se ven obligadas a prescindir de dicha atención debido a su costo no es equitativo (González Pons, 2011).

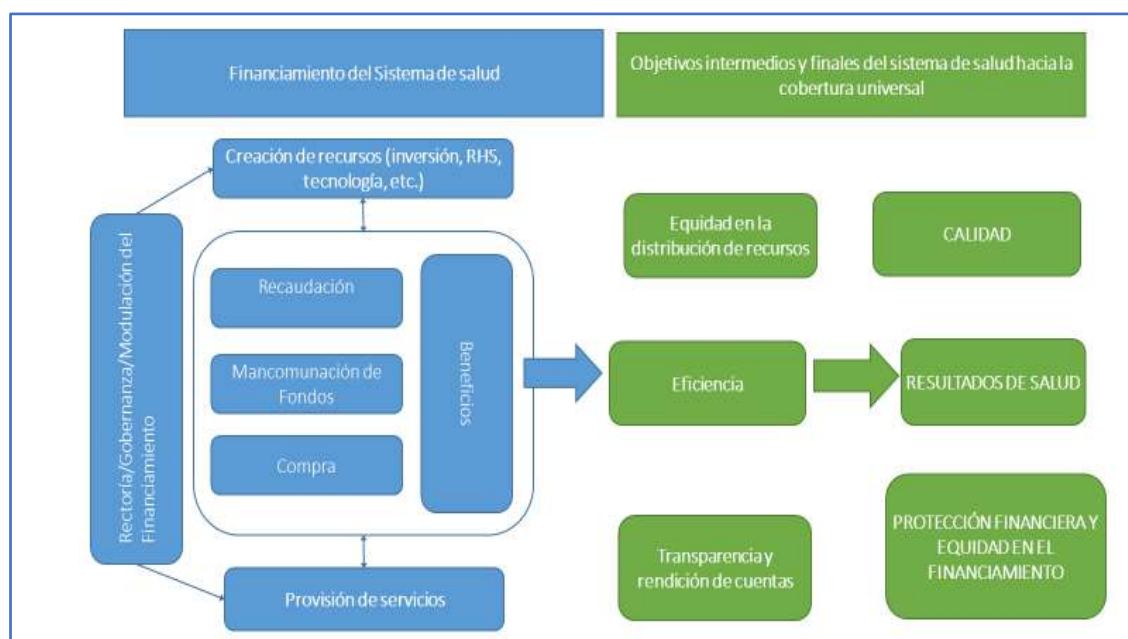
Con miras a lograr la equidad y la protección contra el riesgo financiero, la OMS propone fomentar el financiamiento del sistema de salud en base a la mancomunación de fondos y el prepago; el riesgo debería repartirse (por medio de subsidios cruzados que vayan desde las personas con riesgo bajo hacia las que tienen riesgo elevado); los pobres deberían recibir subsidios (por medios de subsidios cruzados de los grupos sociales de altos ingresos hacia los de bajos ingresos); debería evitarse la fragmentación de los fondos comunes y los recursos financieros, y debería practicarse la compra estratégica para mejorar los resultados del sistema de salud y su capacidad de respuesta (OMS, 2000).

La función de liderazgo y gobernanza (rectoría) es posiblemente la más importante ya que la responsabilidad última del desempeño general del sistema de salud de un país recae siempre en el gobierno. La función de liderazgo y gobernanza no solo influye en las otras funciones, sino que permite alcanzar las tres metas del sistema de salud. El gobierno ha de procurar que la función rectora esté presente en todos los niveles del sistema de salud, a fin de alcanzar los mejores resultados (*ibid.*). En el desarrollo de esta función tiene también un papel la sociedad civil, sobre todo en lo que concierne a la producción y diseminación de informaciones que contribuyan a mejorar el desempeño del sistema como un todo. Asimismo, al canalizar las inquietudes y percepciones de los pacientes sobre sus derechos.

La buena rectoría necesita apoyarse en varias estrategias encaminadas a modificar el comportamiento de las diversas partes interesadas en el sistema de salud, entre ellas: una mejor base de información, la habilidad de formar coaliciones de apoyo integradas por grupos distintos, y la capacidad de dar incentivos, sean estos directos u organizativos. De acuerdo con la OMS, la función de liderazgo y gobernanza (rectoría) ocupa un lugar especial porque abarca la supervisión de las demás funciones y tiene efectos directos o indirectos en todo el sistema (González Pons, 2011).

El gráfico que sigue muestra cómo se interrelacionan las diversas funciones del sistema de salud para lograr los objetivos intermedios y finales de este. La medición de éstos proveerá información sobre su desempeño.

Figura 2: *Objetivos Finales e Intermedios de un Sistema de Salud*



Fuente: OMS (2000)

En este marco de acción planteado por la OMS, *el centro del sistema son las personas*, las cuales deben situarse en una relación de *ínter conectividad* con las funciones que en su conjunto componen un sistema de salud completo.

Por ello, es fundamental poner de relieve el papel de las personas, no solo en el centro del sistema como mediadores y beneficiarios, sino también como actores en la conducción del propio sistema. Esto comprende su participación como individuos, organizaciones de la sociedad civil y redes de partes interesadas, y también como actores clave que influyen en cada uno de los elementos constitutivos, en su calidad de profesionales o formuladores de políticas sanitarias. Al colocar a las personas y sus instituciones en el centro de este marco se recalca el renovado compromiso de la OMS con los principios y valores de la atención primaria de salud, a saber: equidad, justicia social, participación y colaboración intersectorial (OMS, 2007).

### 3.3 LA SALUD UNIVERSAL Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

En el año 2015 fue suscrita internacionalmente la Agenda 2030 de Naciones Unidas que, a su vez, propone los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El Objetivo 3 propone “*garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”.

Una de las metas fundamentales para el logro de este objetivo es: “*Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos*”.

La meta de la cobertura universal, definida de esta manera, es central al enfoque del desempeño de los sistemas de salud, pues guía las acciones necesarias para alcanzarla, dado que:

- Reconoce la salud como un derecho de la población, al proponer la cobertura de salud para todos y todas, sin distinción de ningún tipo.
- Promueve la equidad, al buscar la protección financiera de las personas frente a los costos inesperados que puede significar el riesgo de enfermarse, lo que habla sobre la importancia de prestar atención a la forma en que se financian los servicios de salud.
- Establece la necesidad de priorizar los servicios que son esenciales, lo que habla de aplicar los mejores conocimientos sobre los resultados de salud, la utilización de los servicios, la carga de enfermedad y otras técnicas, para tomar decisiones sobre qué debe garantizar el sistema de salud a su población.
- Enfatiza la calidad – tanto en los servicios mismos de salud como en los medicamentos y las vacunas.

La estrategia de cobertura universal se alinea con la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud de la OPS, aprobada por unanimidad durante su 53vo Consejo Directivo (OPS, 2014).

La Estrategia de la OPS incorpora los aspectos de cobertura, pero los amplía, para enfatizar el importante tema del acceso a la salud e incorporar los necesarios elementos intersectoriales que se desprenden de los determinantes sociales de la salud. Reafirma el compromiso de los países con los valores y principios enunciados en la Declaración de Alma—Ata y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), ya que la salud universal está construida sobre los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad, los que constituyen la expresión de Alma-Ata en el siglo XXI.

Como se ha visto, éstos son los que guían los ODS, por lo que la Estrategia de Salud Universal se halla mejor alineada con éstos. Los ODS vienen a sustituir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que concluyeron en el 2015. Esta nueva agenda de desarrollo reconoce – como aporte fundamental -- que la salud humana depende de la salud de los ecosistemas naturales de los que forma parte, se encuentra intrínsecamente relacionada con ellos en un accionar dinámico y complejo.

Si bien es cierto que el ODS 3 – Salud y Bienestar – ha sido pensado explícitamente en la salud humana, todos los demás ODS guardan relación con éste. Por ello, cuando se da seguimiento a la

salud no se hace referencia exclusivamente al ODS 3. El logro de mejores indicadores de salud y bienestar depende directamente y de forma muy significativa del nivel de ingreso (ODS 1- fin de la pobreza, ODS 2 – hambre cero, ODS 5 lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas, y ODS 8 – trabajo decente y crecimiento económico) y de su distribución (ODS 10 – reducción de las desigualdades), del nivel y calidad de la educación (ODS 4 – calidad de la educación), del acceso a agua limpia y saneamiento adecuado (ODS 6) y a energía no contaminante (ODS 7). Estas son, justamente, las áreas relacionadas con los determinantes sociales de la salud que, desde hace décadas, se han considerado fundamentales para mejorar la esperanza de vida y lograr la salud de una población.

Figura 3: Objetivos de Desarrollo Sostenible



Fuente: PNUD (2019)

Pero, además, la salud humana depende de otros sectores que no siempre se han vinculado claramente a la misma, como la vida submarina (ODS 14) y la vida de los ecosistemas terrestres (ODS 15), que proporcionan alimentación a la vida humana.

Todos estos objetivos están intrínsecamente relacionados y cada uno de ellos, de algún modo, tiene influencia en la salud humana. Por ello, al estudiar cualquier sistema de salud, no podemos quedarnos solamente en las funciones propias del mismo, sino que es necesario también estudiar el contexto dentro del cual dicho sistema se desenvuelve.

### 3.4 PRIMARY HEALTH CARE PERFORMANCE INITIATIVE (PHCPI)

Dado el renovado énfasis en la atención primaria propuesto por la Agenda 2030 y por la estrategia de salud universal, se ha creado una iniciativa para medir su desempeño, la Iniciativa para el Desempeño de la Atención Primaria en Salud (en adelante, PHCPI por sus siglas en inglés).

La iniciativa nació con la idea de servir como catalizador de las mejoras que pudieran producirse en los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo a través de una mejor medición y

difusión del conocimiento. Para ello, se desarrolló el citado marco conceptual, que ayuda a identificar y comunicar los componentes clave de cara a lograr un desempeño sólido de los sistemas de atención primaria (PHCPI, 2015).

Este marco sigue una estructura muy parecida a la de marco lógico, a partir de las dimensiones “insumo- proceso- producto-resultado”, poniendo de relieve las relaciones causales entre las distintas dimensiones. Se añade la dimensión “sistema” antes de los insumos para indicar la importancia de los elementos contextuales. El marco se muestra en la siguiente figura.

*Figura 4: Marco Conceptual PHCPI*



Fuente: PHCPI (2015)

Se entiende que los sistemas de salud son altamente complejos y que no se puede efectivamente mostrar relaciones causales sino, más bien, “posibles condicionantes”. El marco de PHCPI sigue muy influido por el pensamiento convencional de tipo lineal (lo mismo que el marco de evaluación del desempeño de la OMS). No obstante, como una primera aproximación al estudio de un sistema, se constituyeron ambas herramientas de utilidad, sobre todo en la primera parte de la investigación que consistió en la selección de los países que han sido estudiados con mayor profundidad.

Dentro de cada dimensión propuesta por PHCPI hay varias subdimensiones que recogen los componentes clave para lograr un óptimo desarrollo y funcionamiento de los sistemas de atención primaria. Se presentan a continuación (*ibid.*):

1. Sistema
  - a. Gobernanza y Liderazgo
  - b. Financiamiento
  - c. Adecuación a las necesidades de salud de la población
2. Insumos
  - a. Medicamentos y otros suministros médicos
  - b. Infraestructura
  - c. Sistemas de información
  - d. Recursos Humanos
  - e. Recursos económicos (a nivel de los establecimientos de salud)
3. Prestación de servicios
  - a. Acceso
  - b. Disponibilidad efectiva de servicios
  - c. Atención centrada en la persona
  - d. Organización y dirección
4. Productos (output)

- a. Utilización de servicios (promoción de la salud; prevención de la enfermedad; servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; enfermedades transmisibles; enfermedades crónicas; salud mental y cuidados paliativos)
5. Resultados (outcome)
- a. Estado de salud (mortalidad y morbilidad)
  - b. Capacidad de respuesta
  - c. Equidad
  - d. Eficiencia
  - e. Resiliencia

Para cada una de estas dimensiones se han definido una serie de indicadores que se presentan en la **Tabla 5**: Indicadores Índice de Fortalezas de APS. El seguimiento a estos ayudará a dimensionar las fortalezas de los respectivos sistemas de atención primaria.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 FASES DEL ABORDAJE METODOLÓGICO

Para el logro de los objetivos del estudio, se planteó un abordaje metodológico dividido en tres fases secuenciales. Se presentan en la siguiente figura.

*Figura 5: Fases para la Realización del Estudio*



#### 4.1.1 Fase 1: Selección de los Estudios de Caso

Dentro de la presente investigación, uno de los elementos clave es la selección de las experiencias que se deben convertir en estudios de caso. Por este motivo, es importante sustentar la selección de dichas experiencias sobre una base lo más objetiva posible.

Cabe señalar que el estudio ha contemplado un criterio de inclusión preliminar, ya que sólo se han tomado en cuenta los países de América Latina y Caribe que en el año 2017 tuvieran población igual o superior al millón de habitantes. Lo anterior ha resultado en una muestra de 22 países, que se presenta en la siguiente tabla.

*Tabla 2: Países Incluidos en la Investigación*

N	País	Población (habitantes)
1	Argentina	44,271,041
2	Bolivia	11,051,600
3	Brasil	209,288,278
4	Chile	18,054,726
5	Colombia	49,065,615
6	Costa Rica	4,905,769
7	Cuba	11,484,636
8	Ecuador	16,624,858
9	El Salvador	6,377,853
10	Guatemala	16,913,503
11	Haití	10,981,229
12	Honduras	9,265,067
13	Jamaica	2,890,299
14	México	129,163,276
15	Nicaragua	6,217,581
16	Panamá	4,098,587
17	Paraguay	6,811,297

N	País	Población (habitantes)
18	Perú	32,165,485
19	República Dominicana	10,766,998
20	Trinidad y Tobago	1,369,125
21	Uruguay	3,456,750
22	Venezuela	31,977,065

Banco Mundial (2019)

A partir de ésta, se buscó, en primer lugar, identificar cuáles de estos 22 países presentan un mejor *desempeño* según el marco de evaluación de la OMS, que considera que los objetivos finales de un sistema de salud son la mejora de los resultados de salud y la protección financiera de la población frente a los riesgos de la enfermedad (OMS, 2000). No se incluyó la capacidad de respuesta porque no existen indicadores cuantitativos para medirla.

La literatura disponible ofrece suficiente evidencia como para elaborar un listado más o menos certero de los países que mejor cumplen con estos objetivos. Sin embargo, dada la relevancia estratégica de esta decisión para el desarrollo del proyecto, se buscó disponer de un criterio que fuera más allá de una revisión de fuentes secundarias de naturaleza cualitativa, mediante una clasificación en base a datos cuantitativos.

A esta clasificación se la ha denominado *Índice de Desempeño*, y se ha elaborado siguiendo una metodología diseñada *ad hoc*. En primer lugar, se ha elegido un conjunto de indicadores para medir el estado de la salud y la protección financiera frente a la enfermedad de una población. Se presentan en la siguiente tabla.

*Tabla 3: Indicadores Índice de Desempeño*

N	RESULTADOS DE SALUD
1	Mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos
2	Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos
3	Mortalidad neonatal por 1000 nacidos vivos
4	Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos
5	Mortalidad por enfermedades transmisibles: mortalidad por estas causas sobre el total de enfermedad
6	Mortalidad por enfermedades no transmisibles: probabilidad de morir en la población 30-70 años por accidente cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica
N	PROTECCIÓN FINANCIERA
1	Gasto del gobierno general en salud como proporción del Gasto del Gobierno General
2	Gasto en esquemas de financiamiento obligatorio como porcentaje del gasto corriente en salud
3	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud

Fuente: Elaboración propia

A continuación, para cada uno de los indicadores, al país con mejor valor se le ha asignado una puntuación de “1”, y se han seguido asignando puntuaciones en orden ascendente hasta llegar al país con peor valor, al que se ha otorgado un puntaje de “22”.

Para aquellos casos en los que no existe el dato para un país, su valor se ha calculado promediando los puntajes obtenidos por dicho país en el resto de los indicadores del índice.



El puntaje final de un país se obtiene a partir del sumatorio de las puntuaciones obtenidas para cada uno de los indicadores, siendo el país con una puntuación final menor el considerado como mejor.

$$\text{Puntuación Índice} = \text{Puntuación indicador 1} + \text{puntuación indicador 2} + \dots + \text{puntuación indicador "n"}$$

En segundo lugar, se procuró averiguar hasta qué punto el desempeño mostrado en el índice anterior era atribuible a una orientación de los sistemas hacia una organización basada en las estructuras de atención primaria o si respondía en mayor medida a factores de otra índole, como aspectos socioeconómicos o un mayor gasto en salud.

Para ello, se han construido dos índices siguiendo la misma metodología del índice de desempeño, pero modificando el conjunto de indicadores seleccionados.

El primero, denominado *Índice de Contexto*, ha procurado incluir aquellos elementos que, aunque no directamente relacionados con el sistema de salud, sí pueden tener un impacto en el estado de salud de una población, como el nivel de ingreso y su distribución, su nivel educativo o incluso el nivel de acceso a las nuevas tecnologías. Para su elaboración, se han incluido los siete indicadores que se presentan en la siguiente tabla para 20 países, pues para la mayoría no existían datos sobre Cuba y Venezuela.

Tabla 4: *Indicadores Índice de Contexto*

N	RESULTADOS DE SALUD
1	PIB per cápita (US\$ constantes 2010)
2	PIB per cápita en Paridad del Poder Adquisitivo (US\$ constantes 2011)
3	Coefficiente de Gini
4	Índice de Desarrollo Humano
5	Índice de Capital Humano
6	Esperanza de Vida al nacer
7	Esperanza de Vida Saludable

Fuente: Elaboración propia

Para el diseño del segundo índice, denominado *Índice de Fortalezas de APS*, se usó el marco conceptual propuesto por la *Primary Health Care Performance Initiative* presentado en el capítulo anterior, y se seleccionaron los siete países con mejor puntuación en el índice de desempeño, más República Dominicana.

No obstante, muchos de los indicadores planteados por PHCPI no están todavía disponibles de manera generalizada. Algunos de estos fueron descartados, mientras que para otros se buscó otra unidad de medida que pudiera servir como *proxy*. La tabla siguiente muestra qué indicadores pudieron ser efectivamente incluidos.

*Tabla 5: Indicadores Índice de Fortalezas de APS*

INDICADORES MARCO PHCPI	INDICADORES INCLUIDOS
<b>Indicadores de Sistema</b>	
Gasto del gobierno general en APS como porcentaje del gasto del gobierno general en salud	Gasto del gobierno general en salud como proporción del Gasto del Gobierno General
Gasto del gobierno general en APS como % del gasto corriente en APS	
Gasto privado en APS como porcentaje del gasto corriente en APS	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud
Gasto en APS como % del gasto corriente en salud	Gasto en esquemas de financiamiento obligatorio como porcentaje del gasto corriente en salud
Gasto en APS per cápita	Gasto en salud per cápita
<b>Indicadores de Insumos</b>	
Disponibilidad de equipamiento básico	
Trabajadores de salud comunitarios y tradicionales (por cada 1.000 hab)	
Disponibilidad de medicamentos básicos	
Establecimientos de salud con agua limpia, electricidad y saneamiento.	Número de camas hospitalarias (por 10,000 habitantes)
Densidad de centros de salud (por 100.000 habitantes)	Densidad de centros de salud (por 100.000 habitantes)
Densidad de puestos de salud (por 100.000 habitantes)	Densidad de puestos de salud (por 100.000 habitantes)
Enfermeras y Comadronas por cada 1,000 habitantes	Enfermeras y Comadronas por cada 1,000 habitantes
Médicos por cada 1,000 habitantes	Médicos por cada 1,000 habitantes
<b>Indicadores de Prestación de Servicios</b>	
Adherencia a protocolos clínicos	
Búsqueda de atención en casos sospecha de neumonía infantil (%)	Búsqueda de atención en casos sospecha de neumonía infantil (%)
Número de visitas por profesional (día)	
Exactitud diagnóstica	
Tasa de abandono relacionada con la DPT3 (%)	Tasa de abandono relacionada con la DPT3 (%)
Barreras de acceso percibidas: distancia	
Barreras de acceso percibidas: coste del tratamiento	
Ratio de ausencia del prestador	
Tasa de éxito del tratamiento de la TB entre los nuevos casos de TB (%)	Tasa de éxito del tratamiento de la TB entre los nuevos casos de TB (%)
<b>Indicadores de Producto (output)</b>	
Cobertura prenatal (4 controles)	Cobertura prenatal (4 controles)
Partos atendidos por personal capacitado	Partos atendidos por personal capacitado
Cobertura de screening de cáncer cervical	
Niños/as con diarrea que reciben tratamiento apropiado	Niños/as con diarrea que reciben tratamiento apropiado
Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos
Control de la diabetes mellitus	
Cobertura DPT3	Cobertura DPT3
Control de la HTA	
Personas viviendo con VIH recibiendo ART	Personas viviendo con VIH recibiendo ART
Casos de TB detectados y tratados	Casos de TB detectados y tratados
Uso de mosquiteras con insecticida para prevención de malaria	
<b>Indicadores de Impacto (outcome)</b>	

INDICADORES MARCO PHCPI	INDICADORES INCLUIDOS
Tasa de mortalidad por no transmisibles en población adulta	Tasa de mortalidad por no transmisibles en población adulta
Diferencias en mortalidad en menores de 5 años, por quintiles de riqueza	
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nv)	Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nv)
Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nv)
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1,000 nv)	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1,000 nv)
	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nv)

Fuente: Elaboración propia

A partir del análisis combinado de estos tres índices, y la consideración de algún criterio de ajuste, como la similitud de un determinado sistema con el dominicano, se llegó al listado formado por los cuatro países seleccionados como estudios de caso.

#### 4.1.2 Fase 2: Análisis Descriptivo

El objetivo de la segunda fase ha sido describir la organización de los sistemas de salud y los rasgos más característicos de la implementación de la estrategia de APS en los cuatro países seleccionados.

Para facilitar la comparabilidad entre ellos, los estudios de caso se han elaborado siguiendo una estructura homogénea. Empiezan con un perfil del país que muestra variables sociodemográficas, económicas y epidemiológicas, construido a partir de indicadores que reflejan el ingreso nacional, su distribución, las tasas de pobreza monetaria, el nivel educativo de la población o la composición de la carga de enfermedad.

A continuación, se realiza un repaso de los antecedentes del sistema de salud en cuestión, para describir brevemente la situación existente con anterioridad a las reformas que los países llevaron a cabo durante la década de los '90 o primera década del siglo XXI.

En tercer lugar, la organización y funcionamiento del sistema en la actualidad se describe a partir de tres funciones básicas: rectoría, prestación de servicios de atención a las personas y financiamiento. Dentro de la función rectora, se procura esclarecer quién es el responsable de su ejercicio y cuáles son las principales herramientas para hacer efectivo ese ejercicio. Cuando se analiza la prestación de servicios individuales se pone énfasis, además de en los agentes sobre los que recae esta responsabilidad, en la disponibilidad de recursos humanos y físicos para llevar a cabo dicha prestación. Por último, la sección de financiamiento se articula a través de sus tres funciones clave: la movilización de recursos, su mancomunación y la compra estratégica.

Una vez descrito el funcionamiento del sistema, se destacan aquellos aspectos más característicos del proceso de implementación de la estrategia de APS. Esta es quizás la sección más heterogénea en el desarrollo de los estudios de caso, pero igual se ha procurado incluir en todos ellos una serie de elementos transversales, como la libertad de elección del prestador de servicios de primer nivel por parte de la ciudadanía, la necesidad de referencia para poder al segundo nivel de atención y, en aquellos casos donde hay información disponible, su financiamiento.

Por último, se profundiza en el análisis del desempeño de los sistemas de salud, vía el estudio de la evolución desde principios de siglo hasta la información disponible más reciente, de los seis indicadores que se han considerado clave para el monitoreo del estado de salud de la población. Este análisis evolutivo se realiza de manera comparada con los promedios regionales, lo que ayuda a distinguir aquellos patrones específicos a escala nacional de los que responden a casuísticas de alcance regional.

Las secciones finales de cada estudio de caso resumen los elementos más distintivos de todos los procedimientos descritos.

La técnica de recolección de datos empleada ha sido la revisión de literatura (fuentes secundarias) principalmente de naturaleza cualitativa. La naturaleza de estas fuentes se desarrolla con mayor detalle en la siguiente sección.

#### **4.1.3 Fase 3: Análisis Comparativo**

La tercera y última fase tiene el objetivo de extraer un cuerpo de lecciones aprendidas y recomendaciones que sean útiles al proceso de introducción de las coberturas de atención primaria en el Seguro Familiar de Salud.

Para ello, esta tercera fase ha transcurrido a través de los siguientes pasos:

- Análisis comparativo de los cuatro estudios de caso
- Elaboración del caso de estudio dominicano
- Síntesis y análisis para la obtención de las recomendaciones

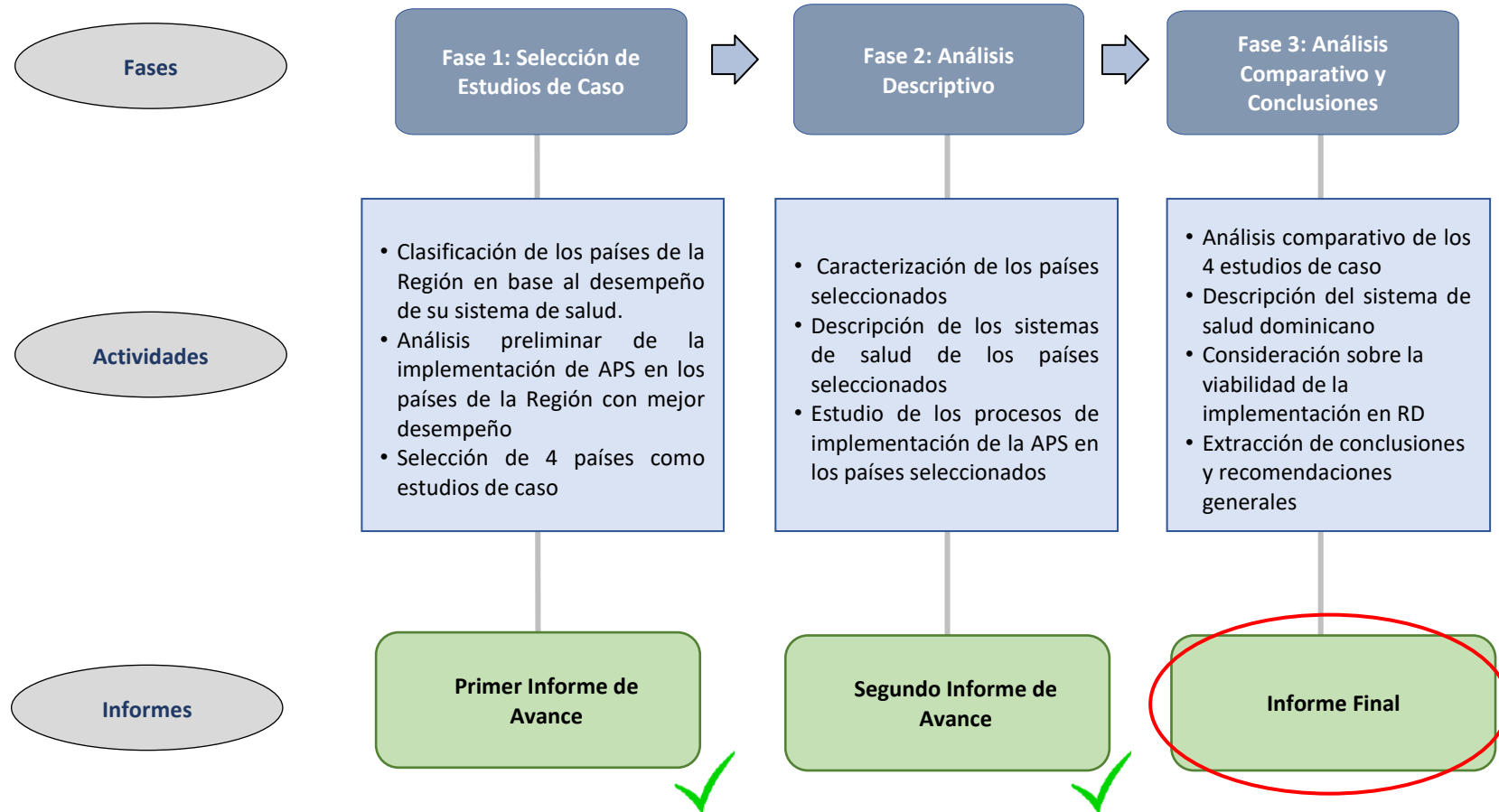
En la segunda fase se realizó una descripción de los sistemas de salud y de los procesos de implementación de la estrategia de APS en los cuatro países mencionados, pero no se realizó ningún procedimiento comparativo entre éstos. En este punto se han diseñado una serie de instrumentos metodológicos en forma de matrices que ayudan a comparar la información levantada y, por ende, a estructurar los principales hallazgos y conclusiones.

Por otro lado, el estudio de caso dominicano se dejó para un momento posterior en el tiempo precisamente para poder orientar mejor la información a obtener, maximizando su utilidad en términos de generación de recomendaciones útiles para el proceso de implementación de la estrategia de APS en el país.

Todo lo anterior ha aportado un cuerpo de conocimiento lo suficientemente amplio y oportuno que, debidamente analizado y sintetizado, ha resultado en el cuerpo de conclusiones y recomendaciones que se presenta al final de este documento.

La figura siguiente muestra el abordaje metodológico diseñado.

Figura 6: Abordaje Metodológico del Proyecto



## **4.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN**

### **4.2.1 Técnicas y Fuentes para el Análisis Cuantitativo**

A lo largo del estudio se han puesto en práctica técnicas de recolección y análisis de información de naturaleza cuantitativa, especialmente para la construcción de los tres índices y la elaboración de los estudios de caso. Se han desarrollado siguiendo los pasos a continuación

- Selección de las bases de datos de referencia
- Preparación para el análisis: búsqueda, extracción y limpieza de datos
- Comprobación y verificación de posibles incoherencias
- Integración y síntesis de los datos
- Análisis de datos y discusión de resultados
- Presentación de los principales hallazgos

Para garantizar la coherencia interna y, especialmente, la replicabilidad metodológica del ejercicio en un futuro se ha priorizado la obtención de datos cuantitativos a partir de estadísticas compiladas por organismos internacionales. Esto constituye también un mecanismo de garantía de la calidad del ejercicio, pues a estas organizaciones se les presupone la puesta en práctica de procedimientos de control para proporcionar información confiable. Las principales fuentes de información cuantitativa han sido:

- World Bank Development Indicators (Banco Mundial)
- Observatorio de Salud Global (OMS)
- Informes de Desarrollo Humano (PNUD)
- Global Health Expenditures Database (GHED / OMS)
- Global Burden Disease (IHME)

Cabe señalar que, para todos los casos, se ha incorporado el dato disponible más reciente.

### **4.2.2 Técnicas y Fuentes para el Análisis Cualitativo**

Para el análisis cualitativo de información, se han puesto en práctica técnicas de recolección de información secundaria.

Así, se ha llevado a cabo una revisión de literatura, tanto de literatura publicada como gris. Se han consultado más de 200 documentos, entre los que destacan los documentos de posición sobre la materia de los organismos multilaterales (especialmente OPS y OMS), estudios comparativos sobre la implementación de la APS en la región y una gran cantidad de estudios a escala nacional para la construcción de los estudios de caso. Como en el caso de los datos cuantitativos, se han priorizado las publicaciones más recientes.

Uno de los productos de este trabajo es una bibliografía organizada por temas y palabras clave, que podría ser parte del repositorio de documentación del OSES, para que sea consultada por otros investigadores.

### 4.3 LIMITACIONES DEL ABORDAJE METODOLÓGICO

El desarrollo metodológico propuesto ha proporcionado una secuencia lógica para organizar los trabajos de la investigación y orientarla hacia los resultados deseados. Sin embargo, el propio equipo investigador reconoce que algunos de los aspectos presentan ciertas limitaciones.

En primer lugar, los índices de desempeño, contexto y fortalezas de APS ordenan a los países, pero no dimensionan las diferencias. Así, para cualquier indicador, las diferencias entre el primer y segundo país pueden ser muy pequeñas (incluso estadísticamente no significativas), y entre el segundo y el tercero muy grandes, pero esto no queda reflejado, ya que las puntuaciones se han asignado del “1” al “22” sin contemplar las diferencias relativas.

Los índices también han debido superar el escollo de la falta de disponibilidad de datos para países e indicadores concretos. Como se ha explicado, en ese caso se ha calculado un promedio de las puntuaciones obtenidas por ese país en el resto de los indicadores del índice en cuestión. Este método, obviamente, es discutible desde un punto de vista metodológico, pero se ha considerado como la mejor solución posible dadas las circunstancias.

Por último, también se debe reseñar que el índice de fortalezas de APS se ha construido a partir del marco conceptual de la PHCPI para realizar una estimación preliminar de las fortalezas de los respectivos sistemas de salud y ver hasta qué punto se orientan hacia la atención primaria. Sin embargo, la disponibilidad de datos en el portal web de la iniciativa es todavía muy limitada. Además, algunos de los indicadores tienen una medición altamente compleja, y no parece que vayan a estar disponibles a corto plazo. Por ese motivo, se han usado indicadores alternativos como *proxy*, intentando medir aspectos parecidos a los del marco conceptual original. El resultado es un cuerpo de indicadores más pequeño que el diseñado originalmente y en el que, en adición, algunas variables de las dimensiones “sistema” y “resultados” ya se han usado para la construcción del índice de desempeño.

Estos obstáculos limitan la capacidad de inferencia de estos índices. Esto es, aunque ordenan cuantitativamente los países de manera clara, objetiva y replicable metodológicamente por su sencillez en los cálculos, el hecho que, por ejemplo, Honduras presente en términos de desempeño del sistema unos resultados ligeramente mejores que los de Ecuador, no permite afirmar que el sistema de salud hondureño funciona mejor que el ecuatoriano.

También se debe mencionar que la construcción de los cuatro estudios de caso se ha hecho en base a fuentes secundarias únicamente, sin entrevistas a actores clave de los países considerados. Si bien es cierto que durante el Seminario Internacional de lanzamiento del Observatorio de Seguridad Social se recibieron algunos aportes que se han tomado en cuenta para la construcción de los documentos, adicionalmente, el hecho de que dichos estudios fueron revisados por expertos del Banco Mundial en cada uno de los países estudiados, esto no es suficiente para considerar que los estudios incluyen fuentes primarias de datos.

## 5 EL PROCESO DE SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS DE CASO

Como se ha comentado en la sección anterior, seleccionar los países sobre los que se han construido los estudios de caso es un elemento clave en el desarrollo del proyecto. Desde el inicio de la investigación se acordó limitar el número de estudios de caso a 5, incluyendo República Dominicana.

Con el objeto de poder sustentar la decisión sobre una base lo más objetiva posible, se elaboraron los índices de desempeño, contexto y fortalezas de APS que se presentan en la **Tabla 6**: Índice de Desempeño **Tabla 7**: Índice de Contexto y **Tabla 8**: Índice de Fortalezas de APS, respectivamente.

La primera submuestra se realizó en base al índice de desempeño, incluyendo a los 7 países con un mejor puntaje. Son los siguientes:

1. Costa Rica
2. Cuba
3. Uruguay
4. Chile
5. El Salvador
6. Argentina
7. Colombia

De este grupo de 7 países, se seleccionaron Colombia, El Salvador, Costa Rica y Uruguay. A continuación, se especifican las razones que han conducido a esta decisión.

### Colombia

La reforma del sistema de salud iniciada en República Dominicana con las leyes 42-01 y 87-01 en el año 2001 recoge muchos de los principios orientadores que guiaron la reforma colombiana iniciada con la Ley 100 de 1993 (Gómez Camelo, 2005).

La reforma en Colombia, impulsada por la Ley 100, introdujo un sistema basado en la *competencia regulada*, que debía darse en dos niveles distintos. En primer lugar, las entidades aseguradoras (EPS) debían competir para lograr la afiliación de los usuarios. En un segundo nivel, también los establecimientos prestadores (IPS) debían competir entre ellos para lograr que las EPS las integraran en sus redes asistenciales (Gibert, 2012).

Del mismo modo, el sistema de afiliación se basa en la existencia de dos regímenes distintos: el contributivo para los trabajadores del sector formal y aquellos trabajadores independientes con un salario igual o superior a dos veces el salario mínimo, y el subsidiado para la población sin capacidad de pago (clasificados bajo las categorías 1 y 2 en el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, SISBEN).



Estos y otros elementos fueron tomados como referencias organizativas para la reforma dominicana. Por ello, se ha considerado interesante considerar Colombia como uno de los estudios de caso, partiendo del hecho de que dicho país se encuentra entre los primeros siete en cuanto al índice de desempeño.

### El Salvador

El Salvador es el país con el quinto valor más bajo de PIB per cápita en PPA. Tomando como referencia República Dominicana, el nivel de riqueza per cápita salvadoreña no llega ni a la mitad del dominicano.

Su nivel de gasto en salud per cápita en PPA también es relativamente bajo dentro del contexto regional, pues en 2016 apenas alcanzó los 600US\$, muy por debajo de los aproximadamente 2000US\$ que invirtieron Chile y Uruguay, pero también significativamente inferior a los 937US\$ que presentó República Dominicana.

Sin embargo, el desempeño de su sistema de salud se encuentra entre los cinco mejores de la región, por delante incluso del argentino, que multiplica por 2.5 su PIB per cápita en PPA y obtiene resultados sensiblemente mejores en términos de capital y desarrollo humano. Además, es uno de los países con menor densidad de camas hospitalarias, pero mayor densidad de puestos de salud.

Esta evidencia parece apuntar hacia un uso muy eficiente de los recursos destinados a salud y una posible direccionalidad de estos hacia la prestación de servicios en el primer nivel y, por esos motivos, lo convierte en un caso de estudio muy interesante para la replicabilidad de medidas en el contexto dominicano.

### Costa Rica

Costa Rica es uno de los países de la región donde la experiencia de implementación de la estrategia de APS ha sido más exitosa.

Es el país con mejor desempeño del sistema de salud, donde la población entre 30 y 70 años tiene un riesgo de fallecer por enfermedades no transmisibles más bajo y, al mismo tiempo, donde el porcentaje de muertes por enfermedades transmisibles y situaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio aporta menos peso sobre la mortalidad total.

También destaca el hecho que es el país de la región con mayor esperanza de vida al nacer y esperanza de vida saludable, siendo el séptimo en lo que refiere a riqueza per cápita, lo que sugiere la existencia de políticas redistributivas y con un marcado acento social. En términos cobertura, es el país que presenta una mayor demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos.

Por todo lo anterior, se ha considerado interesante incluirlo como estudio de caso.

## Cuba

Cuba es el país más parecido a República Dominicana en términos demográficos, tanto por su situación geográfica como por el carácter insular y el tamaño poblacional, con apenas 700.000 habitantes de diferencia (ver **Tabla 2**: Países Incluidos en la Investigación).

Además, es el país que presenta mejores cifras en cinco de los nueve indicadores empleados para el cálculo del índice de desempeño (mortalidad neonatal, infantil, en menores de 5 años y la proporción de financiamiento vía esquemas obligatorios y vía gastos de bolsillo respecto al total del gasto corriente en salud).

Cuba es también el país con mejores resultados en la dimensión *output* del marco conceptual de la PCHPI, que recoge indicadores de utilización de servicios que pueden ser interpretados como *proxy* de los niveles de acceso a servicios, siendo el país líder en partos atendidos por personal capacitado, cobertura de inmunización por DPT3 y el porcentaje de personas viviendo con VIH que reciben tratamiento antirretroviral.

Sin embargo, su sistema de salud, así como de gobierno, es muy diferente al caso dominicano. Por este motivo, se prefirió no incluirlo en la próxima fase de la investigación, ya que se podía dar la situación de que las lecciones aprendidas y buenas prácticas identificadas fueran imposibles de replicar en República Dominicana a causa de la propia estructura del sistema.

## Uruguay, Chile y Argentina

Por último, se emite una valoración conjunta sobre los 3 países del Cono Sur. Estos ocupan las 3 primeras posiciones en el ranquin de contexto, sugiriendo que los elementos contextuales tienen un elevado peso en la explicación de unos mejores resultados de salud. Además, son seguramente los que ofrecen menores posibilidades de replique para el caso dominicano. Sin embargo, se ha considerado que el estudio debía incluir al menos uno de los tres.

Se ha decidido escoger Uruguay porque, además de ser el de mejor puntuación en cuanto a desempeño, se trata de un país relativamente pequeño y que ha introducido innovaciones importantes para proteger a su población de las enfermedades de alto costo, las cuales podrían ser de interés para el caso dominicano.

Tabla 6: Índice de Desempeño

N	País	U5	MI	MN	MM	ECNT	TRANS	RESULTADOS SALUD	PRIORIDAD	ESQUEMAS	OOP	PROTECCIÓN FINANCIERA	INDICE DE DESEMPEÑO
1	Costa Rica	3	3	4	3	1	1	15	1	3	5	9	24
2	Cuba	1	1	1	5	14	4	26	8	1	1	10	36
3	Uruguay	4	4	2	1	16	2	29	6	4	3	13	42
4	Chile	2	2	3	2	2	3	14	5	12	12	29	43
5	El Salvador	7	8	6	8	6	8	43	3	7	7	17	60
6	Argentina	5	5	5	7	12	18	52	13	2	2	17	69
7	Colombia	9	9	10	10	12	7	57	14	8	4	26	83
8	Perú	9	6	6	12	3	19	55	11	10	10	31	86
9	México	6	7	8	4	11	6	42	18	14	16	48	90
9	Panamá	13	13	12	16	4	16	74	2	6	8	16	90
11	Jamaica	9	10	15	14	9	10	67	15	11	6	32	99
12	Nicaragua	16	16	11	20	8	9	80	4	9	11	24	104
13	Brasil	8	11	8	6	15	13	61	19	20	19	58	119
14	Trinidad y Tobago	14	15	18	9	21	5	82	20	13	15	48	130
15	Honduras	15	14	14	18	6	14	81	12	17	21	50	131
16	Ecuador	18	18	17	10	4	15	82	17	16	17	50	132
17	Paraguay	17	17	16	19	18	12	99	9	15	13	37	136
18	Venezuela	12	12	13	17	19	11	84	22	21	14	57	141
19	Guatemala	19	19	19	13	10	21	101	7	19	22	48	149
20	Bolivia	21	21	20	21	17	20	120	16	5	9	30	150
21	República Dominicana	20	20	21	15	20	17	113	10	18	20	48	161
22	Haití	22	22	22	22	22	22	132	21	22	18	61	193

Fuente: Elaboración propia

*Tabla 7: Índice de Contexto*

<b>N</b>	<b>País</b>	<b>PIB cápita (constantes)</b>	<b>PIB cápita (PPA)</b>	<b>GINI</b>	<b>IDH</b>	<b>ICH</b>	<b>EV.0</b>	<b>EV.0 saludable</b>	<b>INDICE DE CONTEXTO</b>
1	Chile	2.00	2.00	10.00	1.00	1.00	2.00	2.00	20.00
2	Uruguay	3.00	4.00	1.00	3.00	7.00	4.00	4.00	26.00
3	Argentina	6.00	5.00	3.00	2.00	3.00	6.00	5.00	30.00
4	Costa Rica	8.00	7.00	13.00	4.00	2.00	1.00	1.00	36.00
5	México	7.00	6.00	4.00	7.00	4.00	5.00	7.00	40.00
6	Panamá	4.00	3.00	15.00	5.00	13.00	3.00	3.00	46.00
7	Trinidad y Tobago	1.00	1.00	8.17	6.00	5.00	18.00	18.00	57.17
8	Ecuador	13.00	12.00	7.00	9.00	6.00	7.00	6.00	60.00
9	Perú	11.00	11.00	5.00	10.00	9.00	11.00	8.00	65.00
10	Brasil	5.00	9.00	17.00	8.00	10.00	9.00	13.00	71.00
11	Colombia	9.00	10.00	16.00	11.00	8.00	12.00	9.00	75.00
12	Jamaica	14.00	14.00	11.67	13.00	11.00	8.00	10.00	81.67
13	República Dominicana	10.00	8.00	8.00	12.00	17.00	13.00	16.00	84.00
14	El Salvador	15.00	16.00	2.00	16.00	15.00	15.00	14.00	93.00
15	Paraguay	12.00	13.00	11.00	14.00	14.00	17.00	15.00	96.00
15	Nicaragua	19.00	18.00	9.00	17.00	12.00	10.00	11.00	96.00
17	Bolivia	17.00	17.00	6.00	15.00	15.50	19.00	19.00	108.50
18	Guatemala	16.00	15.00	12.00	18.00	18.00	16.00	17.00	112.00
18	Honduras	18.00	19.00	14.00	19.00	16.00	14.00	12.00	112.00
20	Haití	20.00	20.00	19.83	20.00	19.00	20.00	20.00	138.83

Fuente: Elaboración propia

*Tabla 8: Índice de Fortalezas de APS*

<b>N</b>	<b>Países</b>	<b>SISTEMA</b>	<b>INSUMOS</b>	<b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	<b>PRODUCTOS</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICE DE SISTEMA</b>
1	Cuba	8.00	10.00	6.00	12.00	13.00	49.00
2	Uruguay	14.00	9.00	13.50	21.00	18.00	75.50
3	Argentina	15.00	13.33	12.00	26.00	24.00	90.33
4	Costa Rica	14.00	28.00	10.00	26.00	14.00	92.00
5	Chile	19.00	26.00	12.00	28.00	11.00	96.00
6	El Salvador	21.00	26.00	9.00	34.00	27.00	117.00
7	Colombia	25.00	26.67	15.00	34.00	33.00	133.67
8	RD	28.00	25.00	16.00	35.00	40.00	144.00

Fuente: Elaboración propia

## 6 COSTA RICA

### 6.1 PERFIL DEL PAÍS

Costa Rica es un país de América Central. Su superficie territorial se extiende 51,100 km<sup>2</sup>, y en el año 2017 estaba habitada por cerca de 5 millones de personas (BM, 2019).

En ese mismo año, Costa Rica registró un PIB per cápita de US\$ 11,631, que asciende hasta los US\$ 15,525 cuando se ajusta por paridad del poder adquisitivo, cifra ligeramente superior al promedio regional, que es de US\$ 14,412. El coeficiente de Gini ascendió a 48.7 en el año 2016, situando al país en una posición intermedia dentro del contexto regional. En términos de pobreza monetaria, en el año 2016 el porcentaje de población que vivía con menos de US\$ 3.20 diarios era de un 3.8%, una de las tasas más bajas de la Región (*ibid.*).

Desde principios del siglo XXI, la esperanza de vida al nacer de la población costarricense ha incrementado algo más de 2 años, situándose en 79.8 años en 2016. Sin embargo, las diferencias por sexo han permanecido prácticamente invariables alrededor de los 5 años, siendo de 77.5 años para la población masculina y de 82.3 años para la femenina en el año 2016 (*ibid.*). Cuando se ajusta esta variable por morbilidad, resulta en una esperanza de vida saludable general de 70.9 años en 2016, observando también diferencias por sexo, aunque menores en este caso, ya que se sitúa sobre los 69.1 años para la población masculina y los 72.7 años para la femenina (OMS, 2019b).

El Índice de Desarrollo Humano, que combina la esperanza de vida al nacer con variables relacionadas con el nivel educativo y el nivel de ingresos, alcanzó una valoración de 0.794 en 2017, situando al país en la cuarta posición sobre el total de 22 países analizados, sólo por detrás de Chile, Argentina y Uruguay (PNUD, 2019).

Por otro lado, el Índice de Capital Humano mide cuánto invierten los países en sus generaciones más jóvenes y se calcula a través del estudio de la cantidad y calidad de la educación ofrecida, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, la tasa de retraso en el crecimiento entre los jóvenes y la tasa de “supervivencia adulta”, que pondera la posibilidad que alguien al cumplir los 15 años pueda vivir hasta los 60. En el año 2017, el valor para Costa Rica fue de 0.62, el más alto de la Región (BM, 2019).

La magnitud de la carga de enfermedad en Costa Rica ha permanecido prácticamente invariable durante el periodo 2000 - 2017. La misma pasó de 19,203 AVAD por 100,000 habitantes (IC 21,670 - 17,086) en el año 2000 a 21,432 en 2017. Este incremento es estadísticamente no significativo, pero como se puede ver el valor para 2017 se encuentra muy cerca del límite del intervalo de confianza, sugiriendo la posibilidad que efectivamente sí haya existido un incremento de la carga durante el periodo. Esta situación se explicaría por un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles mayor que la reducción en términos de enfermedades transmisibles (IHME, 2019).

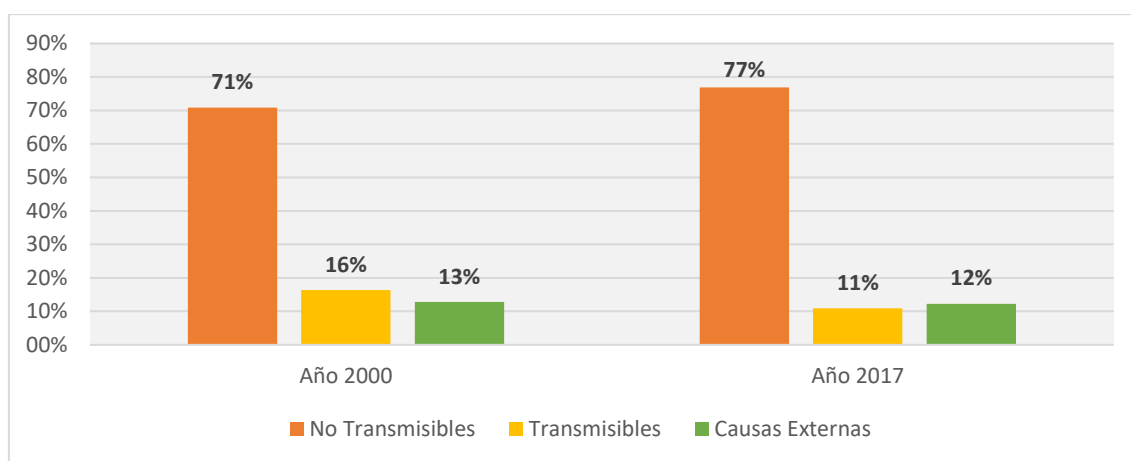
La población costarricense sufrió una pérdida de 13,609 AVAD por 100,000 (IC 15,675- 11,855) por enfermedades crónicas no transmisibles, que aumentó hasta los 16,476 en el año 2017. Este aumento, superior al 20%, es estadísticamente significativo. La carga de enfermedad por causas externas también sufrió un aumento estadísticamente significativo, aunque de menor envergadura,

alrededor del 7%, pasando de 2,448 AVAD por 100,000 (IC 2,552- 2,353) en el año 2000 a 2,619 en 2017 (*ibid.*).

Por otro lado, Costa Rica sufrió una pérdida de 3,146 AVAD por 100,000 habitantes (IC 3,622- 2,771) debido a enfermedades transmisibles en el año 2000, cifra que disminuyó, de manera significativa estadísticamente, más de un 25%, para situarse en 2,337 en 2017 (*ibid.*).

Las cifras relacionadas con las tres principales causas de carga de enfermedad - especialmente el alto peso que ya tenían las enfermedades crónicas no transmisibles sobre el total de carga de enfermedad a principios de siglo - sugieren que Costa Rica empezó su proceso de transición epidemiológica durante el siglo pasado, siendo así uno de los primeros países en la Región.

Figura 7: AVAD por 3 Grandes Grupos de Causas sobre el total. Costa Rica. Años 2000 y 2017



Fuente: IHME (2019)

## 6.2 ANTECEDENTES

Uno de los hitos del sistema de salud costarricense fue la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en el año 1941, y su evolución a partir de ese momento. Inicialmente diseñada para proveer atención sanitaria y pensiones a los trabajadores asalariados, a principios de la década de los '60 fue llamada a extender sus servicios más allá de este grupo poblacional.

En efecto, en el año 1961 una reforma constitucional instó a la CCSS a universalizar sus servicios, cubriendo también a la población dependiente de los trabajadores asalariados y a los grupos más vulnerables, especialmente la población rural y de bajos ingresos, en un lapso de 10 años (Montenegro, 2013).

Aunque el objetivo no se logró, toda vez que a finales de la década de los '60 la cobertura de la CCSS era aproximadamente del 47%, la reforma supuso un hecho clave en la configuración del sistema de salud costarricense, ya que estableció de manera explícita la cobertura universal de salud como una prioridad gubernamental. Es más, algunos autores afirman que dicha cobertura universal se ha convertido en un componente clave de la autopercepción de la población

costarricense, que considera que la provisión equitativa de servicios de salud es un imperativo moral y una medida de la bondad del Estado (Vargas & Muiser, 2013).

Los esfuerzos por consolidar la CCSS continuaron en el año 1973, cuando se le transfirieron muchos de los hospitales y clínicas que operaban en el país, y que pertenecían al Ministerio de Salud, compañías agrícolas o entidades religiosas. Se le confería así a la institución un doble rol, añadiendo la función de prestador de servicios especializados a su tradicional papel asegurador (*ibid.*).

Durante la década de los '80, la crisis financiera que azotó la Región también afectó a Costa Rica, y el país se vio obligado a acudir a las organizaciones financieras internacionales para lidiar con los problemas en su balanza de pagos. La austeridad fiscal impuesta por estas organizaciones trajo consigo una significativa reducción presupuestaria en el Ministerio de Salud (MS), que por aquel entonces todavía estaba a cargo de la prestación de servicios de atención primaria. Esto acarreó dificultades para mantener la cobertura en algunas zonas del territorio y una disminución de la calidad de estos servicios, originando, a su vez, una menor demanda de éstos que se desplazó hacia los servicios de atención hospitalaria (Pesc, Ratcliffe & Bitton, 2017).

Este incremento en la demanda de servicios especializados se tradujo en mayores tiempos de espera y costes para el sistema de salud. Además, como se ha visto en la sección anterior, el país fue de los primeros en iniciar la transición epidemiológica, lo que implica la aparición de más condiciones que requieren de un cuidado longitudinal.

Al finalizar la década de los 80 se pudo observar cierta pérdida de confianza de la población en la calidad de los servicios prestados en el primer nivel, a la vez que un aumento de costos debido a la mayor demanda de servicios especializados y el inicio de la transición epidemiológica. Todo ello puso de relieve la necesidad de reformar el sistema de salud costarricense para asegurar su sostenibilidad (*ibid.*)

### 6.3 ESTRUCTURA ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD

A principios de los años '90 se empezó a negociar con el Banco Mundial una reforma del sistema de salud, cuya implementación formal inició durante los años 1992 y 1993. El resultado fue un sistema como el que se presenta en la **Figura 10**: Estructura del Sistema de Salud de Costa Rica. El análisis individualizado de sus funciones se desarrolla a continuación. Se trata de un sistema de salud basado en la seguridad social, con cobertura universal y financiado por contribuciones de los empleados, empresas y el estado. La CCSS opera como un pagador único y, en general, posee sus propios proveedores de servicios.

#### 6.3.1 Rectoría

Uno de los primeros cambios introducidos por la reforma fue la transferencia de la responsabilidad de la provisión de servicios de atención primaria del MS hacia la CCSS, alejándolo así casi por completo de la función prestadora (McGuire, 2010).



La racionalidad detrás de este cambio fue la intención de fortalecer el ejercicio de la función rectora por parte del MS, constituyéndolo en la institución de jerarquía más alta en el sistema. Sus nuevas funciones se organizaron en cuatro grandes áreas: dirección y conducción, regulación del desarrollo de la salud, vigilancia de la salud e investigación y desarrollo tecnológico (Sáenz et al, 2011).

Así, algunas de las actividades que se encuentran bajo responsabilidad ministerial son la supervisión de los prestadores en términos de infraestructura y equipo para garantizar la calidad y seguridad de los usuarios, la acreditación y reacreditación de los profesionales médicos, el monitoreo del estado de salud de la población, la articulación intersectorial para el control de enfermedades prioritarias, el desarrollo de estrategias para la participación de la sociedad civil, la evaluación de las políticas implementadas o la medición de la satisfacción de los usuarios, entre otras (*ibid.*).

Dado que el MS tiene un rol mínimo en la prestación de servicios de salud de atención a las personas, su enfoque se sitúa en la salud pública, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (especialmente en el terreno de las enfermedades crónicas no transmisibles), la salud ambiental y el impacto de la migración.

Costa Rica lleva a cabo evaluaciones de tecnología, las cuales orientan al país, en particular a la CCSS para realizar sus compras de una manera estratégica. Además, posee legislación relacionada con el aseguramiento de la calidad y sobre los derechos de los pacientes. (OECD, 2019).

### **6.3.2 Prestación de Servicios Individuales**

El principal prestador de servicios de salud de atención a las personas es la CCSS. El MS, a través de instituciones adscritas, sólo provee servicios a poblaciones con carencias nutricionales y con problemas de adicción a sustancias psicoactivas. En el país también opera una red de prestadores privados, con y sin ánimo de lucro, que ofrecen servicios ambulatorios y especializados en distintas clínicas y hospitales.

La Caja presta sus servicios en establecimientos propios o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos de gestión. Como se verá en detalle más adelante, la prestación de servicios en el primer nivel se articula mediante los Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud (EBAIS). El primer nivel funciona como puerta de entrada, la adscripción es obligatoria y se necesita un referimiento para asistir a un especialista. La forma de financiamiento del mismo es mediante presupuestos globales. Más del 75% de los establecimientos de primer nivel utilizan computadoras y manejan el récord único electrónico (OECD, 2019).

El segundo nivel de atención está integrado por clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales. Su objetivo es brindar apoyo al primer nivel en la prevención, tratamiento y rehabilitación de aquellos pacientes que requieran una atención especializada pero no compleja. Los servicios ofertados en este nivel son consulta especializada básica, internamiento, tratamiento quirúrgico y odontológico.

El tercer nivel de atención lo constituyen hospitales nacionales generales y especializados y centros especializados en servicios particulares, como el Banco Nacional de Sangre. Los servicios provistos son muy especializados y de alta complejidad, orientados al tratamiento y rehabilitación de patologías. Cada hospital general recibe los pacientes referidos de los niveles inferiores localizados dentro de un área geográfica extendida y bien delimitada. Los hospitales especializados son de referencia nacional, por lo que sirven a toda la población. Los hospitales de cualquier nivel son financiados mediante presupuestos por partidas (OCDE, 2019).

La CCSS también es responsable de proveer atención a personas con discapacidad temporal o permanente, así como a personas con necesidad de rehabilitación tanto física como cognitiva, a través del Centro Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE).

En relación con los recursos disponibles para la prestación de servicios de atención primaria, cada área de salud dispone de un establecimiento ambulatorio. Además, se dispone de cerca de 1800 consultorios de visita periódica para zonas alejadas y poco pobladas donde no se ha establecido un centro de salud. Así, en el año 2013 la CCSS disponía de 0.70 centros de salud y 2.11 puestos de salud cada 100,000 habitantes. Para la atención hospitalaria, la CCSS cuenta con una ratio de 1,2 camas por 1,000 habitantes, la mitad que el promedio regional (OMS 2019b).

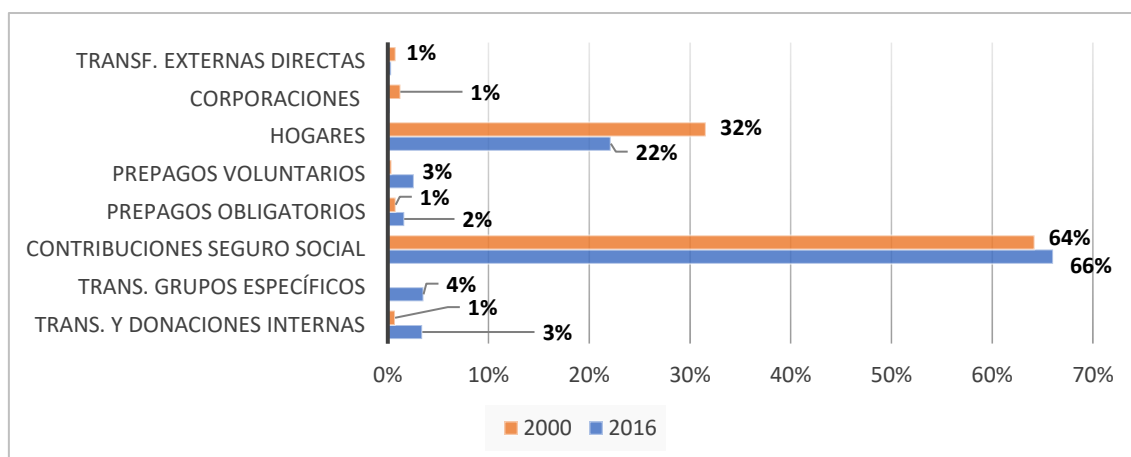
Referente a los recursos humanos, en el año 2015 Costa Rica contaba con 2.1 médicos y con 3.1 enfermeras por cada 1,000 habitantes (OCDE, 2017). En la comparativa con el promedio regional, se puede observar que el número de médicos prácticamente coincide con el resto de la Región, mientras que la disponibilidad de enfermeras se sitúa en dos terceras partes del valor regional, que asciende a 4,6 por 1,000 (OMS 2019a).

### 6.3.3 Financiamiento

En términos de movilización de recursos, las fuentes de financiamiento del gasto en salud en Costa Rica son predominante obligatorias, siendo la principal de éstas las cotizaciones a la seguridad social y, en mucha menor medida, las que provienen de impuestos generales, tal como puede verse en la **Figura 8**: Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud como % del Gasto Corriente en Salud. Costa Rica, Años 2000 y 2016.

La Caja del Seguro Social, que administra el principal esquema de financiamiento a la salud de Costa Rica, se financia con cotizaciones tripartitas de los empleadores, el empleado y el Estado. Para el caso de los empleados por cuenta ajena, la cotización al Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) es del 15% de la nómina (9.25% proviene del empleador, 5.5% del empleado y 0.25% del Estado). Los trabajadores por cuenta propia aportan conforme a sus ingresos declarados; si son superiores a US\$ 885, aportan un 13.5% y, si son inferiores, un 10.5%. En ambos casos hay que añadir un 0.25% de contribución estatal. Por último, las cotizaciones de la población asegurada no contributiva son financiadas íntegramente por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF).

*Figura 8: Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud como % del Gasto Corriente en Salud. Costa Rica, Años 2000 y 2016*



Fuente: OMS (2019a)

Los servicios del sector privado se financian de forma directa con gastos de bolsillo al momento de recibir la atención o mediante primas de seguros prepagadas. En Costa Rica, los gastos de bolsillo se destinan principalmente a consultas ambulatorias y fármacos, lo que sugiere que la gente con capacidad de pago compra los procedimientos básicos en el sector privado y vuelve al sistema público para intervenciones mayores. Este argumento sería consistente con el hecho que los gastos catastróficos de los hogares por motivos de salud se mantienen en cotas muy bajas, menores al 1% (Knaul, Wong & Arreola-Orneas, 2012).

Todos los recursos que recauda la CCSS se mancomunan en un fondo único administrado por la unidad central de esta institución (Sáenz et al, 2011).

La CCSS no sólo recauda y mancomuna, sino que también distribuye los recursos entre las unidades prestadoras. Los métodos de pago son, en su mayoría, los tradicionales de base capitada para la atención primaria y presupuestos históricos para los hospitales, y no se están poniendo en práctica mecanismos de ajuste por riesgo o desempeño. La distribución está sesgada hacia el sector hospitalario, que consume entre 70-75% de los recursos de la CCSS (OCDE, 2017).

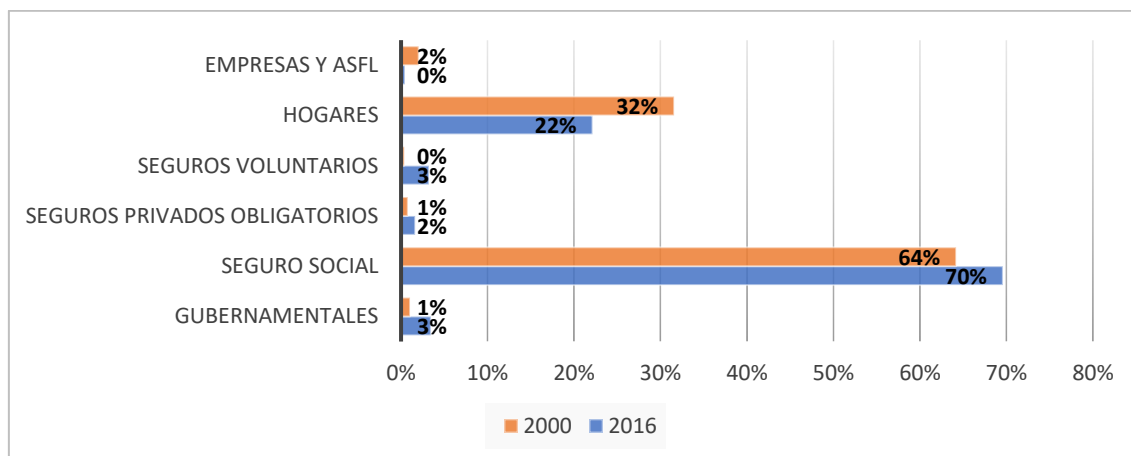
Para el año 2016, el gasto corriente en salud en Costa Rica fue del 7.6% del PIB, alrededor de US\$1,250 por persona, cifra que supera en un 25% el promedio regional (US\$ 985) y en un 10% el promedio de los cinco países estudiados (US\$ 1,115). De estos, el gasto movilizado a través de esquemas obligatorios (usualmente denominados como gasto público) ascendió al 5.7% del PIB, unos US\$933 por persona. Esto es, el 76% del gasto corriente en salud fue obligatorio en el 2016, frente a un 66% en el año 2000. La casi totalidad de este gasto corresponde al esquema de seguridad social, que es la base de la protección social en salud en Costa Rica. El gasto de bolsillo representó un 22% en el 2016, frente a un 32% en el año 2000, lo que muestra una mejoría en la protección financiera de la población. El gasto realizado a través de seguros privados es prácticamente inexistente (OMS, 2019a).

El gobierno de Costa Rica invierte de manera consistente en la salud de su población, siendo el país con una mayor proporción de su presupuesto gubernamental dedicado a la salud, un 29% en el año 2016, con lo muestra una alta prioridad (*ibid*). Además, el gasto público en salud costarricense tiene un carácter claramente progresivo, ya que el quintil poblacional más pobre

(que recibe menos del 5% del ingreso familiar) recibe aproximadamente el 30% del gasto en salud, mientras que el quintil más rico (que atesora casi el 50% del ingreso) apenas recibe un 11% del gasto público en salud (Montenegro, 2013).

El gráfico que sigue muestra el gasto en salud de Costa Rica por esquema de financiamiento.

*Figura 9: Gasto por Esquemas de Financiamiento como % del Gasto Corriente en Salud. Costa Rica, Años 2000 y 2016*



Fuente: OMS 2019a

En Costa Rica existen dos modalidades distintas de aseguramiento (Sáenz et al, 2011):

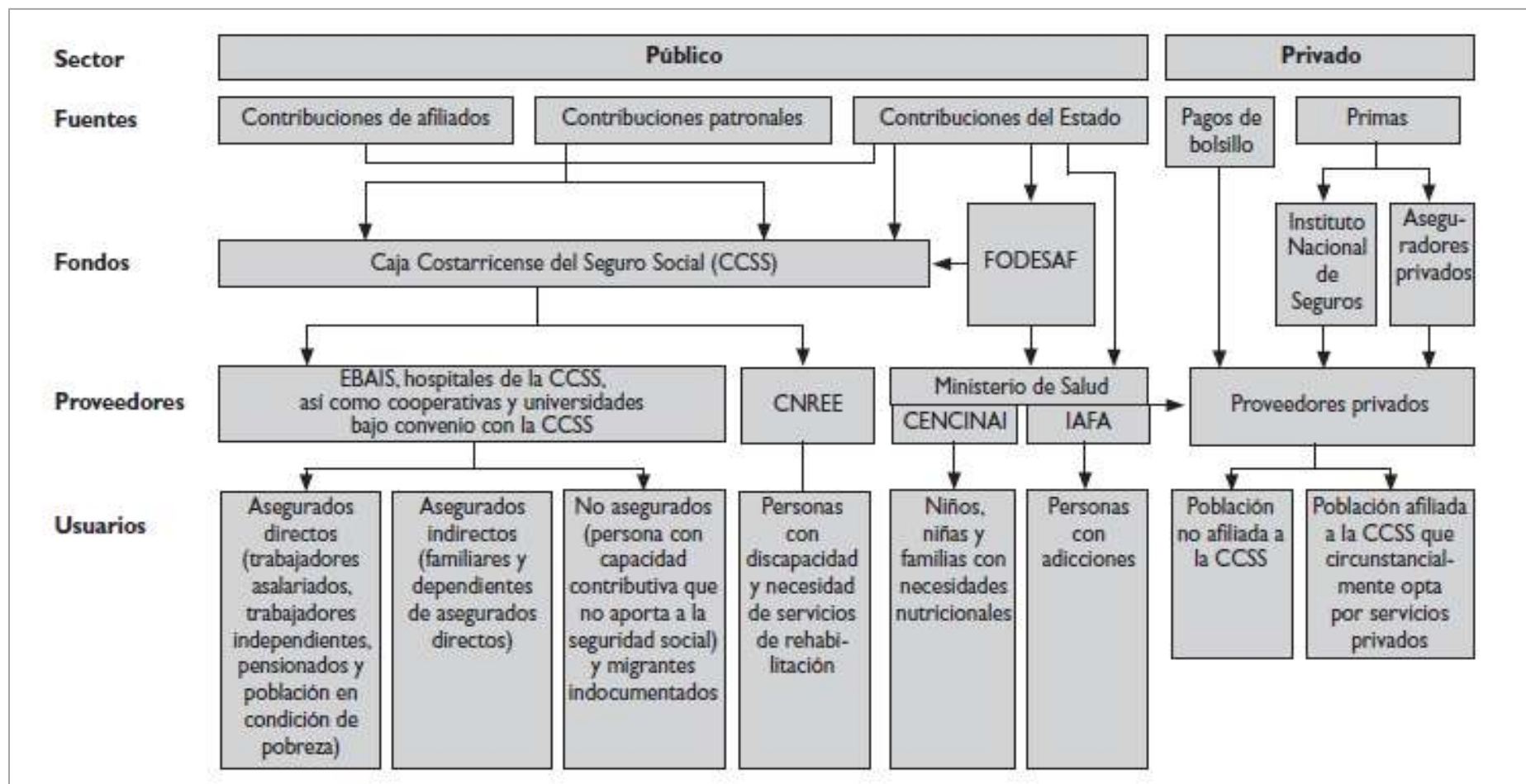
- **Asegurados directos:** De manera contributiva, están cubiertos los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia que cotizan al sistema y los pensionados de los sistemas estatales. De forma no contributiva, asegurados por el Estado, está incluida la población en condición de pobreza, los menores de edad y mujeres embarazadas no protegidas por el beneficio familiar y la población que padece alguna discapacidad.
- **Asegurados indirectos:** familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se ha otorgado el beneficio familiar.

En la actualidad, la población cubierta por el SEM se sitúa en el 95%. Dentro de los no asegurados, se pueden distinguir dos grandes grupos. Por un lado, personas con capacidad de pago que voluntariamente deciden no contribuir al sistema de seguridad social y, por otro, sectores vulnerables como la población refugiada, trabajadores informales, migrantes indocumentados o poblaciones indígenas no informadas de sus derechos y/o con dificultades para el acceso a los servicios (CCSS, 2019).

Cabe destacar, sin embargo, que la población no asegurada tiene acceso gratuito a los servicios de emergencias. Si el episodio de urgencias requiere un cuidado adicional, como hospitalización o cirugía, se cobra un monto al final del episodio. Para situaciones de no urgencia, se requiere un pago por adelantado (OCDE, 2017).

En lo que refiere a las prestaciones, no existe un conjunto explícitamente definido dentro del SEM. El “Reglamento del Seguro de Salud” sólo presenta áreas de cobertura definidas ampliamente, entre las que se incluyen las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, la asistencia médica especializada y quirúrgica en los ámbitos ambulatorio y hospitalario, los medicamentos, servicios de laboratorio y otros procedimientos diagnósticos, atención dental y asistencia social, individual y familiar (CCSS, 2001).

Figura 10: Estructura del Sistema de Salud de Costa Rica



Fuente: Sáenz, Bermúdez & Acosta, 2010.

#### 6.4 EL MODELO ACTUAL DE APS: EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD

Las bases del modelo actual se sentaron en la década de los '70, mediante la creación de los programas de salud rural y salud comunitaria en los años 1973 y 1976, respectivamente. Ambos programas, a los que se atribuye un éxito significativo, fueron pioneros en el desarrollo de ciertos elementos que luego se han venido reproduciendo en la mayoría de los programas de extensión de cobertura de servicios de atención primaria en la Región. Algunos de éstos se presentan a continuación (Vargas, 2006):

- El instrumento de ficha familiar: donde se consignan datos demográficos de todos los miembros de la familia, las características de la vivienda, la presencia (o no) de enfermedades y el cumplimiento con el calendario de vacunación, entre otros.
- Definición de áreas de salud como unidades básicas operativas: se realizaban a partir de croquis de las distintas comunidades e incluían un conjunto de viviendas ubicadas en entre 10 y 15 asentamientos dentro de un radio relativamente pequeño y con acceso a un puesto de salud.
- Capacitación del personal: los requisitos académicos fueron aumentando. Los Asistentes de Salud Rural empezaron teniendo un nivel medio de escolaridad de sexto grado de primaria y acabaron con bachiller en secundaria.
- Diseño de sistemas de información específicos: la consolidación de los formularios permitió disponer de los datos necesarios para la supervisión del programa
- Visitas domiciliarias como principal mecanismo de control: cada técnico visitaba entre ocho y diez viviendas al día, de tal forma que cada vivienda era visitada tres o cuatro veces por año. La programación de las visitas se seguía de manera exhaustiva.
- A los Asistentes de Salud Rural y de Salud Comunitaria se les capacitó para que pudieran prestar actividades como la aplicación de vacunas a niños/as, embarazadas y adultos, los controles de niño sano, asesoría en planificación familiar, el uso de sales de rehidratación oral o el fomento de la participación comunitaria en la eliminación de criaderos de vectores de malaria y dengue, entre otras.

A finales de los años '80, los programas se fusionaron para crear la División de Atención Primaria, dentro del MS (Unger et al, 2008).

La crisis financiera de los '80 implicó un retroceso en la apuesta por una atención primaria integral. En esa época, las organizaciones financieras presionaban por la implementación de una atención primaria mucho más selectiva, al entender que el enfoque plasmado en la Declaración Alma-Ata era demasiado costoso, y los países en vías de desarrollo no lo podían asumir. Así, apostaban por concentrar los recursos, mediante programas verticales, en unas pocas intervenciones de relativo bajo costo y elevado impacto sobre aquellas enfermedades que generan una mayor mortalidad y morbilidad (Pesec, Ratcliffe & Bitton, 2017).

Como parte de la reforma de los años '90, la provisión de servicios de atención primaria pasó a ser responsabilidad de la CCSS. Se pretendía así también favorecer la integración entre los distintos niveles de atención, toda vez que la Caja ya era responsable de los servicios prestados en el segundo y tercer nivel.

La CCSS articuló el modelo de prestación de dichos servicios a través de los EBAIS, unidades multidisciplinares capaces de prestar, bajo un enfoque preventivo y promocional, cuidado integral de los episodios agudos y manejo de las condiciones crónicas a la población costarricense a lo largo de su ciclo de vida. Los EBAIS están a cargo de la prestación de servicios de consulta externa, planificación familiar, servicios médicos comunitarios y las intervenciones de promoción y prevención (Clark, 2002).

Los equipos están conformados por un médico/a, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico en atención primaria, pero normalmente cuentan con personal de apoyo en servicios de farmacia, enfermería, trabajo social, laboratorio u odontología, entre otros.

Su distribución tiene una base territorial. El país está dividido en 7 Regiones de Salud que, a su vez, se fragmentan en aproximadamente 100 áreas de salud. Cada una de estas áreas cuenta con varios EBAIS, que cubren entre 3,500-4,000 habitantes en función de la densidad poblacional. El número exacto de EBAIS operando en el territorio nacional varía con frecuencia, pero la cifra se sitúa entre 1050 y 1100 equipos (CCSS 2019).

El primer EBAIS se estableció en 1995. Siete años después, en el año 2002, estaban operando más de 800 equipos, que cubrían al 88% de la población. En sus inicios, se apostó por priorizar aquellas zonas con un nivel preexistente de acceso más bajo o con mayor índice de pobreza (Pesec, Ratcliffe & Bitton, 2017).

Si el área de salud ya contaba con una clínica, lo más común es que los EBAIS operen en ese edificio. En aquellas zonas donde no había infraestructura, la CCSS ha construido edificios para proveer de un espacio de trabajo a los equipos (*ibid.*).

Aunque el prestador principal de servicios de primer nivel es la CCSS, a través de los EBAIS, también hay agentes privados implicados. Con el fin de extender su cobertura y poder llegar a zonas donde era deficitaria, la CCSS empezó a contratar cooperativas. Actualmente, 5 entidades cooperativas y 2 no cooperativas (entre las que se incluye la Universidad de Costa Rica) atienden aproximadamente al 15% de la población costarricense en el primer nivel y reciben pagos de base capitada por ello (*ibid.*).

Cabe destacar que los pacientes no tienen capacidad de elección sobre su prestador de servicios. A los individuos se les asigna un EBAIS en función de su dirección, y este EBAIS trabaja en red con los centros de segundo nivel operando en su área de influencia. Así, no se dispone de acceso directo al segundo nivel, sino que se necesita una referencia del primer nivel (OCDE, 2017).

Otro elemento clave en el modelo de Costa Rica es la implementación del récord médico electrónico en la CCSS y los EBAIS, bajo un mandato de ley que se promulgó en el 2012. En la actualidad dicho expediente es de uso generalizado, permite coordinar y articular la atención, así como usar la data para dar seguimiento a la cobertura efectiva, sobre todo en pacientes crónicos. Todas las personas tienen acceso a este expediente único desde su celular, pudiendo ser atendidos en cualquier servicio de salud del país con la información en tiempo real. La gran cantidad de data que produce este expediente único permite monitorear la eficiencia de cada proveedor, del sistema en su conjunto y asegurarse de que a nivel del país se alcanzan las metas de cobertura efectiva para intervenciones prioritarias.



En cuanto al financiamiento a la APS, actualmente se discute internacionalmente sobre la forma de medirlo. La OMS publicó en el 2018 un primer intento de medición para 49 países de ingresos medios y bajos, tomando como fuente las cuentas de salud e incluyendo la prestación de servicios básicos más un porcentaje del gasto farmacéutico y de la administración. Según esta medida, Costa Rica asigna a la APS el 42% del gasto corriente en salud (OMS 2019a).

Existe otra medida propuesta por la OECD que contabiliza sólo el gasto en servicios básicos en la que Costa Rica asigna el 21% del gasto corriente en salud, indicador que supera el promedio de los países de la OCDE que es del 17% (OCDE, 2018).

En cuanto a la fortaleza de la APS según la Iniciativa para el Desempeño de la Atención Primaria en Salud (PHCPI, por sus siglas en inglés), Costa Rica resulta generalmente en una de las mejores posiciones en la mayoría de los indicadores propuestos, tal como se muestra en la **Tabla 8: Índice de Fortalezas de APS**.

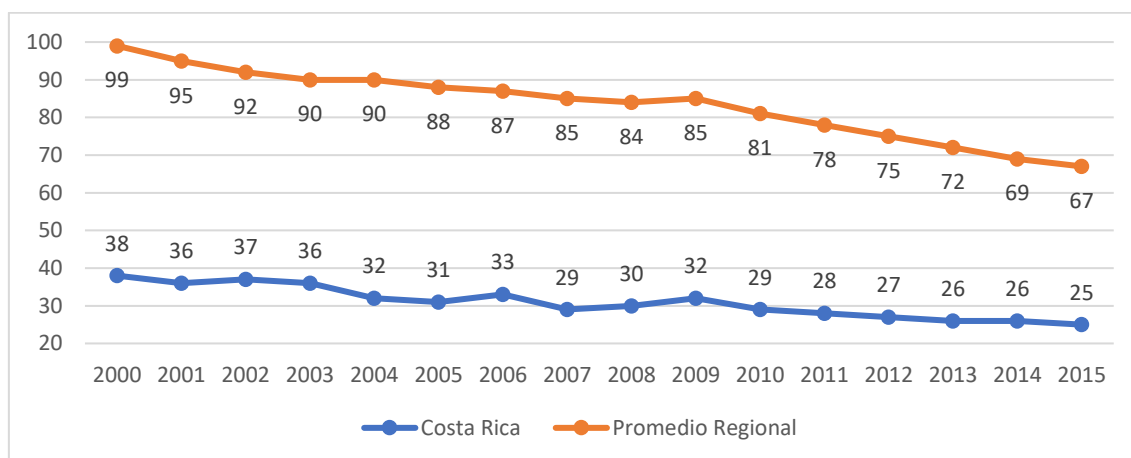
## 6.5 DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

### 6.5.1 Resultados de Salud

Según el Índice que se presenta en la **Tabla 6: Índice de Desempeño**, se puede observar que Costa Rica es el país con mejor desempeño del sistema de salud de la Región. Poniendo el foco sólo en el componente de resultados de salud, el país ocupa la segunda posición del ranking, por detrás de Chile, y es el mejor situado de los cinco países analizados en el presente documento.

En referencia a la mortalidad materna, el país ha conseguido reducirla desde principios de siglo aproximadamente un 35%, pasando de una razón de 38 muertes por 100,000 nacidos vivos en el año 2000 a 25 defunciones en 2015. Esta reducción no ha sido lineal, sino que ha fluctuado durante el periodo. Respecto al promedio regional, siempre se ha mantenido en valores inferiores o iguales al 40%.

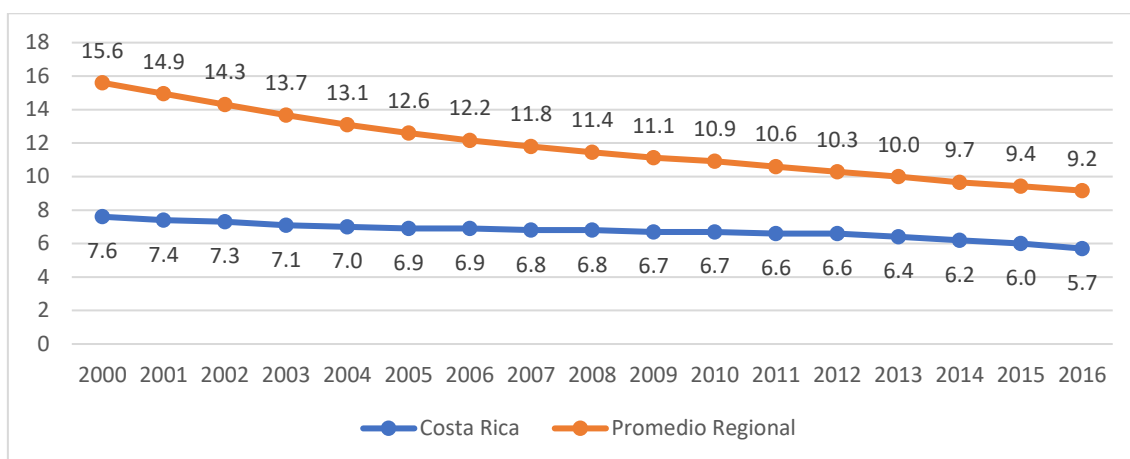
*Figura 11: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Costa Rica. Años 2000-2015*



Fuente: Banco Mundial (2019)

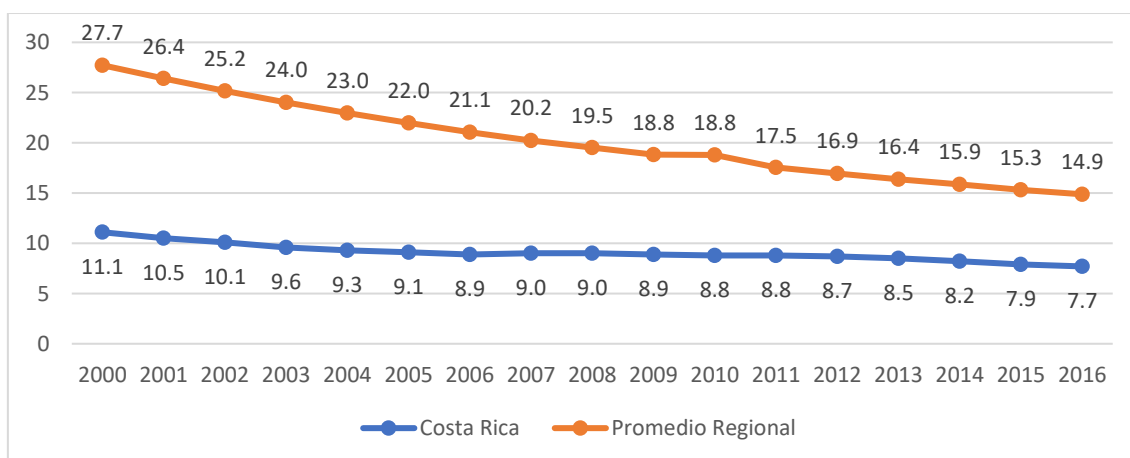
En cuanto a mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años, Costa Rica ha presentado también una tendencia hacia su reducción durante el periodo analizado. En el caso de la mortalidad neonatal, la magnitud de la reducción ha sido de un 25%, pasando de 7.6 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos en el año 2000 a 5.7 en 2016. En los otros dos indicadores, la disminución asciende hasta el 30%, transitando de 11.1 a 7.7 muertes por 1,000 nacidos vivos para la mortalidad infantil y de 12.9 a 8.8 para la mortalidad en menores de 5 años. En los tres casos, Costa Rica se ha mantenido siempre reportando valores que oscilan entre el 40 y el 50% del promedio regional.

Figura 12: Evolución de la Razón de Mortalidad Neonatal. Costa Rica. Años 2000-2016



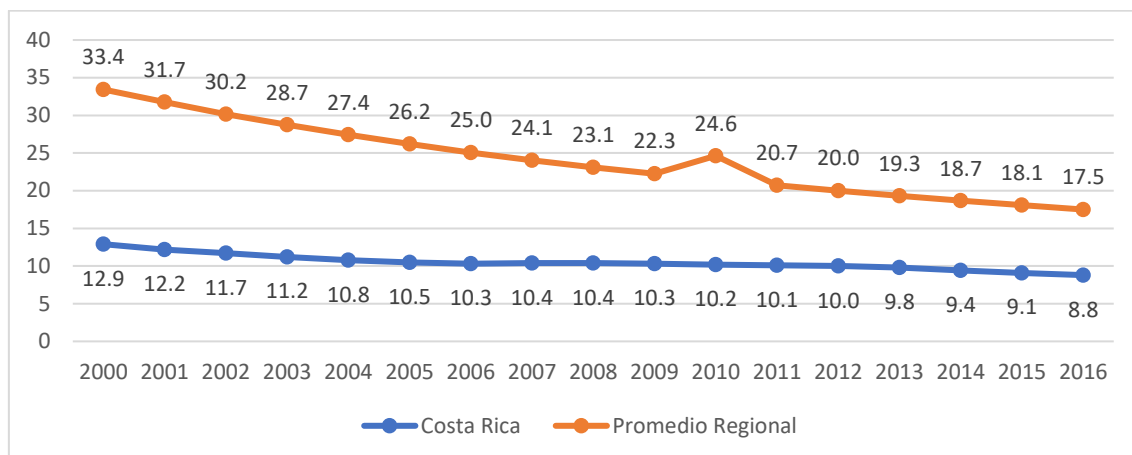
Fuente: Banco Mundial (2019)

Figura 13: Evolución de la Razón de Mortalidad Infantil. Costa Rica. Años 2000-2016



Fuente: Banco Mundial (2019)

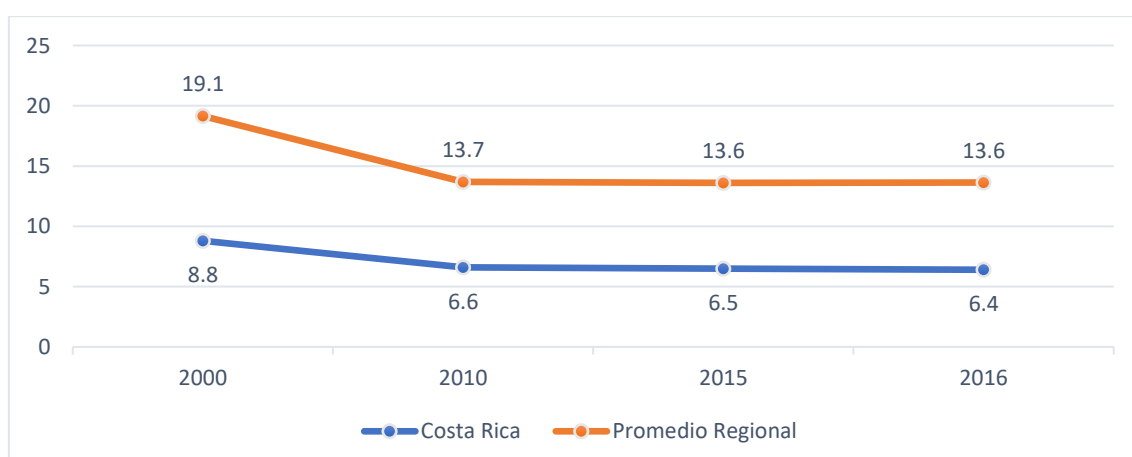
Figura 14: Evolución de la Razón de Mortalidad en Menores de 5 Años. Costa Rica. Años 2000-2016



Fuente: Banco Mundial (2019)

En términos de mortalidad por enfermedades transmisibles y aspectos nutricionales, de la maternidad o el periodo perinatal sobre el total de mortalidad, Costa Rica también ha experimentado una mejora durante el periodo. La disminución es de un 27%, toda vez que estas condiciones han pasado de representar el 8.8% de la mortalidad en el año 2000 a ser responsables del 6.4% en 2016. Durante los tres lustros, las cifras para el país se mantuvieron alrededor de la mitad del promedio regional, situación coherente con el hecho que, como ya se ha mostrado, Costa Rica fue de los primeros países de la Región en iniciar la transición epidemiológica.

Figura 15: Evolución de la Mortalidad por Enfermedades Transmisibles sobre el total de Mortalidad. Costa Rica. Años 2000-2016

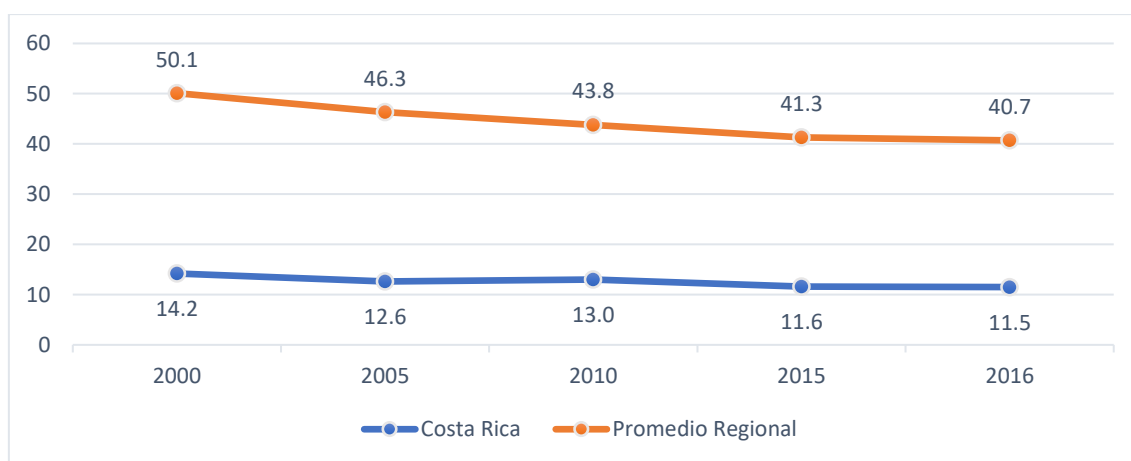


Fuente: Banco Mundial (2019)

Por último, se analiza la probabilidad de morir para la población entre 30 y 70 años por las 4 principales causas relacionadas con enfermedades no transmisibles: accidentes cardiovasculares,

cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. En este sentido, Costa Rica reporta una disminución algo menor al 20% durante el periodo, transitando de una probabilidad del 14.2 en el año 2000 a 11.5 en 2016. En este punto, es importante destacar las diferencias por género, toda vez que en el año 2016 la probabilidad de morir era de 13.7% para la población masculina y 9.4% para la femenina. Costa Rica ha sido capaz de mantener durante todo el periodo las cifras oscilando alrededor del 30% del promedio regional.

*Figura 16: Evolución de la Probabilidad de morir de la Población 30-70 años por 4 ECNT. Costa Rica. Años 2000-2016*



Fuente: OMS (2019b)

### 6.5.2 Protección Financiera

En lo que respecta a la protección financiera, se ha visto previamente que la proporción del gasto de bolsillo se ha reducido sustancialmente entre 2000 y 2016, a la vez que aumentaban los fondos correspondientes a los esquemas obligatorios. Asimismo, se ha mencionado también estudios específicos realizados por Knaul et al (2012), que presentaban una baja proporción de gasto catastrófico y empobrecedor, y por Montenegro (2013), donde se observaba una alta progresividad del gasto en salud. Todo ello apunta hacia una buena protección financiera en salud en Costa Rica.

## 6.6 CONCLUSIONES

La experiencia costarricense en materia de atención primaria ha sido considerada a nivel global como un referente, pues incluso antes de la Conferencia de Alma-Ata ya contaba con programas de extensión de cobertura con el enfoque de APS en zonas rurales y urbanas, lo que permitió al país lograr las metas de Salud para el año 2000 con bastante antelación. De hecho, estos programas se constituyeron en modelos que fueron motivo de estudio por gran número de observadores, procedentes de muchos países y organizaciones (Saenz et al, 2019).

En la actualidad, la atención primaria es el pilar sobre el que se sostiene el sistema de salud de Costa Rica. En 2014, un 72% de las visitas médicas se realizaron en el primer nivel, de las cuales un 80% se pudieron resolver sin necesidad de ser referidas a un nivel superior. A pesar de ello, parece que existen ciertos problemas de accesibilidad, sugerido por el hecho que en 2010 un 60% de las visitas en los departamentos de emergencias no eran emergencias verdaderas (OCDE 2017).

Por otro lado, y dado que durante la fase inicial de implementación del modelo de atención primaria se priorizaron aquellas áreas con un porcentaje de población en condición de pobreza más elevado y con más barreras geográficas de acceso, el mismo ha tenido un impacto positivo de términos de equidad, como se ha podido ver en la sección de financiamiento.

En términos de desempeño del sistema, y en especial del estado de salud de la población, Costa Rica es uno de los países con mejores resultados de la Región. En efecto, en el peor de los casos, los valores costarricenses se sitúan sobre la mitad de los valores promediados a nivel regional y, en el mejor, como el manejo de las crónicas no transmisibles, Costa Rica presenta cifras de mortalidad alrededor del 30% de los valores regionales.

Si bien es cierto que los niveles de mejora del estado de salud desde principios de siglo son moderados, en especial si se comparan con los de otros países de la Región, parece que esta situación puede ser achacable a la bondad de las medidas implementadas en la década de los '70, que tuvieron un impacto positivo sobre el estado de salud y disminuyeron los valores de línea basal.

Para poner las cifras en contexto, cabe destacar, por ejemplo, que el país ha logrado resultados en indicadores como la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable mejores que los de Chile, un país con una renta (ajustada per PPA) y un gasto corriente en salud per cápita que multiplican por 1.5 y por 1.6, respectivamente, los valores costarricenses.

Así las cosas, se puede inferir que los resultados del país son más atribuibles a aspectos de funcionamiento del sistema de salud que contextuales. *“Los favorables resultados que ha mostrado a través de los años el sistema de salud costarricense son un claro testimonio del compromiso que han compartido los diferentes gobiernos en asumir la responsabilidad del desarrollo humano y social de su pueblo. Este modelo de predominio público ha demostrado representar una posibilidad real de la solidaridad y la efectividad en la protección de la población. La base de su éxito radica en una (1) férrea voluntad estatal para asumir el rol de garante de la salud independientemente de la corriente de gobierno, (2) el establecimiento de políticas y estrategias de salud sólidas y eficientes orientadas a atender a la población, en especial a la más vulnerable, y a los problemas más apremiantes, (3) un manejo eficiente de los recursos disponibles, (4) a la capacidad de ajustar los programas de salud al contexto socioeconómico vivido a través de los años, y (5) el monitoreo y evaluación de las actividades del sistema, para la generación de datos que lleven a mejoras.”* (Rathe y Suero, 2017).

Algunos de los ámbitos más destacados, tanto de la reforma del sistema como de la implementación de la estrategia de atención primaria, se resumen a continuación:

- En el país existe un consenso transversal acerca de la cobertura de salud universal como una prioridad nacional, no sujeta a vaivenes en función del *momentum* político o económico. El Estado asume su rol de garante de la salud de la población independientemente de la corriente del gobierno. Existe una internacionalización en la población de la APS como valor cultural.
- Unificación de la provisión de servicios y el financiamiento en una sola institución pública descentralizada, que se maneja con altos niveles de eficiencia y calidad.
- La universalización en la prestación de servicios ha sido posible por el desarrollo de los seguros, utilizando estrategias innovadoras como los convenios de aseguramiento y el seguro voluntario para la población no asalariada (Pichardo, 2019).
- Como consecuencia de lo anterior, la participación del gobierno sobre el gasto total en salud es elevado y se observa una consistente prioridad del gobierno en su presupuesto para financiar la salud de la población.
- El sistema de salud está sustentado en el nivel primario, donde se resuelven más de las dos terceras partes de los problemas de salud, con alta asignación de recursos humanos y financieros para lograr que funcione.
- Existe una fuerte presencia en el territorio. La población se adscribe a la EBAIS que le corresponde según su domicilio y ésta funciona como puerta de entrada al sistema de salud.
- Esto significa que los usuarios/as del sistema público de prestación no tienen libertad de elección de su prestador de salud. Deben visitar al EBAIS al que están adscritos y no pueden acceder al segundo nivel sin referencia del primer nivel.
- El expediente único electrónico es de uso generalizado, haciendo posible la integralidad de la atención y el enfoque de prevención.

En definitiva, el éxito del sistema de salud de Costa Rica se fundamenta en la voluntad política que han mostrado sus gobiernos en hacerlo prioritario – con énfasis en la atención primaria, incluyendo esfuerzos conscientes para abordar los problemas de salud desde el punto de vista de la prevención, asignando recursos suficientes y administrándolos de manera eficiente.

## 7 COLOMBIA

### 7.1 PERFIL DEL PAÍS

Colombia es un país situado en la región noroccidental de América del Sur. Su superficie territorial se extiende 1,141,748 km<sup>2</sup>, y en el año 2017 estaba habitada por más de 49 millones de personas (BM, 2019).

En ese mismo año, Colombia registró un PIB per cápita de US\$ 6,302, cifra que asciende hasta los US\$ 13,255 cuando se ajusta por paridad del poder adquisitivo, monto ligeramente inferior al promedio regional, que asciende a US\$ 14,412. Acorde al coeficiente de Gini, que registró un valor de 50.8 en el año 2016, la distribución de este ingreso es una de las más desiguales de la Región. En términos de pobreza monetaria, en el año 2016 un 11.8% de la población vivía con menos de US\$ 3.20 diarios (*ibid.*).

Desde principios del siglo XXI, la esperanza de vida al nacer de la población colombiana ha incrementado algo más de 3 años, situándose en 74.4 años en 2016. Sin embargo, las diferencias por sexo han permanecido prácticamente invariables alrededor de los 7 años, siendo en el año 2016 de 70.9 años para la población masculina y de 78.0 años para la femenina (*ibid.*). Cuando se ajusta esta variable por morbilidad, resulta en una esperanza de vida saludable para la población general de 67.1 años en 2016, observando también diferencias por sexo, aunque menores en este caso, ya que se sitúa sobre los 64.4 años para la población masculina y los 69.8 años para la femenina (OMS, 2019b).

El Índice de Desarrollo Humano, que combina la esperanza de vida al nacer con variables relacionadas con el nivel educativo y el nivel de ingresos, alcanzó una valoración de 0.747 en 2017, situando al país en la decimotercera posición sobre el total de 22 países analizados (PNUD, 2019).

Por otro lado, el Índice de Capital Humano mide cuánto invierten los países en sus generaciones más jóvenes y se calcula a través del estudio de la cantidad y calidad de la educación ofrecida, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, la tasa de retraso en el crecimiento entre los jóvenes y la tasa de “supervivencia adulta”, que pondera la posibilidad que alguien al cumplir los 15 años pueda vivir hasta los 60. En 2017, el valor para Colombia fue 0.59, situándolo en el octavo lugar de los veinte países de la Región para los cuales se tiene información (BM, 2019).

El análisis de carga de enfermedad muestra una disminución sensible y estadísticamente significativa durante el periodo entre los años 2000 y 2017. La misma pasó de 27,760 AVAD por 100,000 habitantes (IC 30,350- 25,531) a 21,693. Esta reducción se explica mayoritariamente por la evolución de las enfermedades transmisibles y las causas externas (IHME, 2019).

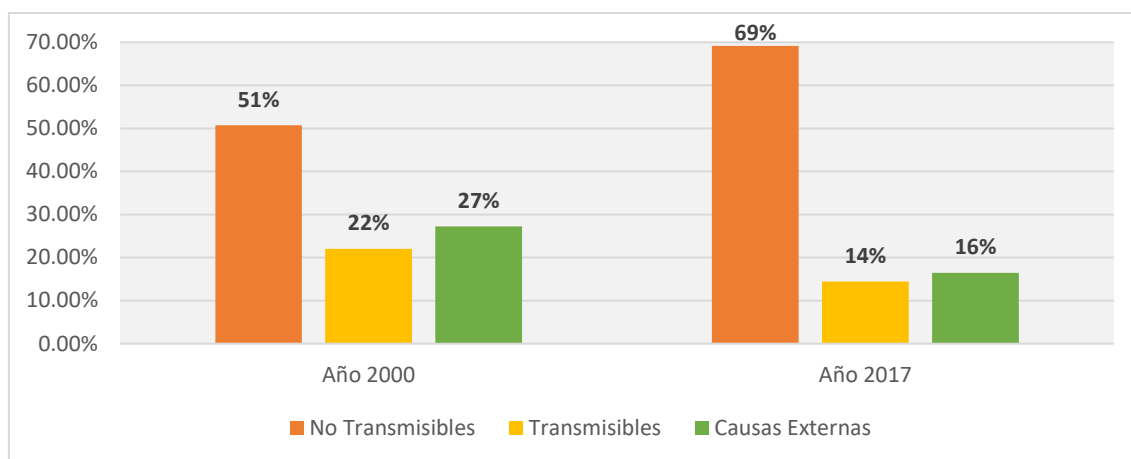
En el año 2000, Colombia sufrió una pérdida de 6,121 AVAD por 100,000 habitantes (IC 6,749-5,523) debido a enfermedades transmisibles, cifra que disminuyó hasta 3,121 en 2017. Esta reducción, estadísticamente significativa y cercana al 50%, es muy parecida a la que presentó la carga de enfermedad por causas externas, que pasó de 7,548 AVAD por 100,000 (IC 7,694-7,409) a 3,560 en el periodo analizado (*ibid.*).

Por otro lado, la carga por enfermedades crónicas no transmisibles muestra una tendencia estacionaria en el periodo. Colombia sufrió una pérdida de 14,091 AVAD por 100,000 (IC

16,265- 12,338) en el año 2000, que aumentó hasta 15,011 en el año 2017 (*ibid.*). Este aumento no es estadísticamente significativo; por tanto, en base a las cifras disponibles no se puede afirmar que aumentara la carga por enfermedades crónicas no transmisibles.

A pesar de lo anterior, el peso de estas condiciones sobre el total de carga de enfermedad sí aumentó durante el periodo, tal y como se refleja en la siguiente figura, sugiriendo que el país se encuentra en la actualidad inmerso en un proceso de transición epidemiológica.

Figura 17: AVAD por 3 Grandes Grupos de Causas sobre el total. Colombia. Años 2000 y 2017



Fuente: IHME (2019)

## 7.2 ANTECEDENTES

El Sistema Nacional de Salud en funcionamiento antes de la reforma de los años noventa se integraba funcionalmente por tres subsectores. En primer lugar, un esquema de seguridad social que cubría a los empleados del sector formal mediante el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y las Cajas de Previsión Públicas. Luego, un subsistema público que prestaba servicios a los ciudadanos no afiliados en el régimen anterior a través de hospitales públicos financiados con subsidios a la oferta. Por último, un subsector privado destinado a aquellos ciudadanos con capacidad de pago que financiaban los servicios vía gastos de bolsillo o, en menor medida, seguros privados (Almeida, Parra & Romero, 2007).

Los asalariados del sector privado cotizaban al ISS un 7% de sus ingresos para cubrir totalmente sus servicios de salud, y los de su cónyuge e hijos menores de un año de manera parcial. En las Cajas de Previsión, los empleados del sector público cotizaban un 5% de sus ingresos a cambio de cobertura completa y una cobertura familiar que dependía de los acuerdos establecidos entre los sindicatos y la entidad pública en cuestión (*ibid.*).

El subsector público estaba organizado por niveles de complejidad. Desde el Ministerio de Salud se controlaban los Servicios Seccionales de Salud, que tenían a su cargo los hospitales universitarios (tercer nivel) y regionales (segundo), que a su vez controlaban los hospitales locales



y centros y puestos de salud, donde se prestaban los servicios de atención primaria (Orozco, 2006).

Los Servicios Seccionales de Salud eran los encargados de evaluar el estado de salud de la población, planificar la prestación de servicios, administrar los recursos financieros, gestionar los nombramientos del recurso humano, realizar la vigilancia de los indicadores de salud pública y mantener el buen estado de las infraestructuras. La evidencia disponible apunta que el sistema tendía hacia la ineficiencia, pues era muy burocratizado y propenso a prácticas corruptas y clientelares (*ibid.*).

El resultado fueron unas tasas de cobertura muy bajas. Se estima que, a 31 de diciembre de 1994, justo antes de la entrada en vigor de la Ley 100, el ISS y las Cajas de Previsión alcanzaban a cubrir el 22% de la población colombiana, mientras que un 40% de la población tenía acceso al subsector público, dejando así aproximadamente otro 40% de la población desprotegida, aunque una parte tuviera capacidad de pago para acudir al sector privado (MS, 1994).

Más que diferencias en los niveles de cobertura, el problema era que el sistema institucionalizó la inequidad en el terreno de la asistencia sanitaria entre sectores ricos, medios y pobres, ya que los tres subsistemas presentaban diferencias en términos de calidad, oportunidad, eficiencia y barreras geográficas de acceso (Hernández, 2002).

### 7.3 ESTRUCTURA ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD

La Ley 100 de 1993, que entró en vigor el 1 de enero de 1995, transformó el modelo de Sistema Nacional de Salud prevalente hasta ese momento en un modelo de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Esta reforma se alineó con los cambios introducidos en la Constitución en 1991, que estableció el derecho a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados, y la Ley 60 del año 2003, que impulsó la descentralización del sistema (Guerrero et al, 2011).

Se trata de un sistema de salud de carácter contributivo, basado en la seguridad social, con pagadores múltiples y proveedores públicos y privados. Los aseguradores privados deben ofrecer el mismo paquete y esquemas de copagos, pero el grado de regulación no es muy avanzado. Existen seguros privados que, en general, son duplicativos del básico. (OCDE, 2019).

El SGSSS ha sufrido algunos ajustes normativos desde la promulgación de la Ley 100. La Ley 1122 de 2007 tenía como objeto la mejora en la prestación de los servicios e incidió en aspectos de la dirección del sistema, su financiación y universalización, el fortalecimiento de los programas de salud pública o la organización de las redes de atención. En el año 2011, la Ley 1438 pretendía fortalecer el SGSSS a través de la definición de un modelo de atención fundamentado en la estrategia Atención Primaria en Salud. Por último, la Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria, puso de manifiesto que el Estado es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y debe velar por la igualdad de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación (Alcaldía de Bogotá, 2018).

El sistema resultante de estos ajustes normativos se presenta en la **Figura 20**: Estructura del Sistema de Salud en Colombia. El análisis individualizado de sus funciones en la actualidad se desarrolla a continuación.

### 7.3.1 Rectoría

La rectoría del sistema está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), organismo que se encarga de formular, dirigir, ejecutar y evaluar las políticas públicas en materia de salud.

Entre sus funciones se incluyen la supervisión de los sistemas de prestación y afiliación, la definición y control de los requisitos para la acreditación de las entidades promotoras de salud y prestadoras de servicios (EPS y IPS), la vigilancia y control de los medicamentos, alimentos e insumos para la salud, el monitoreo del estado de salud de la población o la evaluación de las actividades concernientes al SGSSS (Florez, 2016).

Cabe destacar que el sistema colombiano es altamente descentralizado y son las entidades departamentales, distritales y municipales las encargadas de supervisar el sector salud en su territorio de referencia, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Entre sus funciones están la organización de servicios de salud en el territorio, la administración de los recursos delegados y las acciones de vigilancia para la garantía de la calidad (*ibid.*)

En un principio, otras entidades también tenían responsabilidad en el ejercicio de la función rectora. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), primero, y la Comisión de Regulación en Salud (CRES), después, se encargaban de la dirección del sistema en lo relacionado con los planes de beneficio y los valores de primas. Así, entre sus funciones se encontraban la definición de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la modificación de los Planes Obligatorios de Salud del régimen contributivo y subsidiado (POS y POS-S). Después de los ajustes normativos mencionados, estas funciones recaen sobre el MSPS también (*ibid.*).

Se debe mencionar también a la Superintendencia Nacional de Salud, organismo adscrito al MSPS, pero con personalidad jurídica propia, que funge como máximo órgano de inspección, regulación y vigilancia del sistema. Entre sus funciones se corresponden la garantía del aseguramiento en salud y la protección de los derechos y obligaciones de los distintos actores que participan en el sistema (*ibid.*).

En términos de salud pública, el MSPS es la institución a cargo de la vigilancia y el control de las reglas definidas. Las intervenciones se articulan a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), definido como el plan de beneficios del SGSSS que comprende un conjunto de intervenciones colectivas y acciones individuales de alta externalidad que generan beneficio colectivo e impacto social (Giraldo, 2019).

Igual que el resto de las acciones vinculadas a la función rectora, los entes territoriales son los encargados de velar por la implementación del PSPIC, de manera alineada con los planes territoriales de salud. Sin embargo, la prestación del PSPIC no es su responsabilidad, sino que recae en los mismos prestadores de servicios de atención a las personas (Osorio, 2018).

Para la toma de decisiones en términos de compras estratégicas, Colombia tiene un organismo especializado en la evaluación de tecnologías. Se trata de una entidad público-privada, donde participan universidades y centros de investigación, que funciona de manera independiente y con alta calidad técnica y científica. No obstante, la toma de decisiones para la compra de medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos, no siempre se toma en base a estas investigaciones. (OCDE, 2019).

### 7.3.2 Prestación de Servicios Individuales

En Colombia, los responsables de la prestación de servicios de atención a las personas son las IPS, que pueden ser desde médicos individuales hasta hospitales de referencia nacional. En el desarrollo del SGSSS, los establecimientos públicos fueron transformados en Empresas Sociales del Estado (ESE), unidades con autonomía jurídica, administrativa y financiera (Paredes, 2000).

Con el modelo resultante de la Ley 100, los prestadores públicos (ESE) y los privados (IPS) deben competir en igualdad de condiciones por atraer a los usuarios y establecer contratos con las EPS, de manera que puedan garantizar su autosostenibilidad financiera. Esto implica un cambio en la manera cómo el Estado financia a los prestadores públicos, pasando de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda, vía la venta de servicios (*ibid.*).

En el año 2015, la ratio era de 4.7 IPS privadas por 1 pública. Además, la participación en la prestación de servicios muestra un carácter selectivo, toda vez que sólo un 11% de las ESE son contratadas por EPS del régimen contributivo (Bernal & Barbosa, 2015)

Después de la Ley 100, las IPS y ESE se clasificaban por niveles de complejidad (bajo, mediano y alto) de acuerdo con la tecnología y el personal disponible para cada actividad, intervención o procedimiento de salud. Las EPS eran las responsables de contar con una apropiada red de prestadores, ya fueran de su propiedad o estableciendo convenios de gestión (Paredes, 2000).

Sin embargo, con la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) del año 2016, las IPS se deben articular en Redes Integrales de Prestación de Servicios, que pueden ser públicas, privadas o mixtas. Cada red se debe configurar para una población y entorno de referencia, atendiendo al Análisis de Situación de Salud (ASIS) del territorio, de tal manera que su configuración responda a los requerimientos de la demanda y no a los arreglos de los agentes institucionales del sistema. Toda red debe tener dos componentes prestacionales (MSPS, 2016):

- Componente **primario**: para la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales que resuelven los eventos más frecuentes a nivel personal, familiar y comunitario. Debe ser capaz de resolver el 80% de las necesidades de la población.
- Componente **complementario**: encargado de las acciones individuales de mayor complejidad, para lo cual se utiliza la referencia y contra referencia desde y hacia el componente primario, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos que requieran tecnología y competencias especializadas, no disponibles en el componente primario, las cuales son garantizadas por prestadores con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.

Las IPS deben prestar todas aquellas intervenciones de promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación que no estén explícitamente excluidas del Plan de Beneficios de Salud (PBS).

La forma de pago generalmente usada es pagos por servicios prestados, sobre todo a nivel de hospitales y especialistas. En el primer nivel existe una combinación de presupuestos globales y pagos capitados. (OCDE, 2019).

En relación con los recursos disponibles, Colombia disponía en el año 2014 de 0.61 centros y puestos de salud de primer nivel por 100,000 habitantes (OMS 2019b). Para la prestación de servicios hospitalarios, existía en el mismo año una ratio de 1,5 camas hospitalarias por 1,000 habitantes, cifra inferior al promedio regional, de 2,4 (BM, 2019).

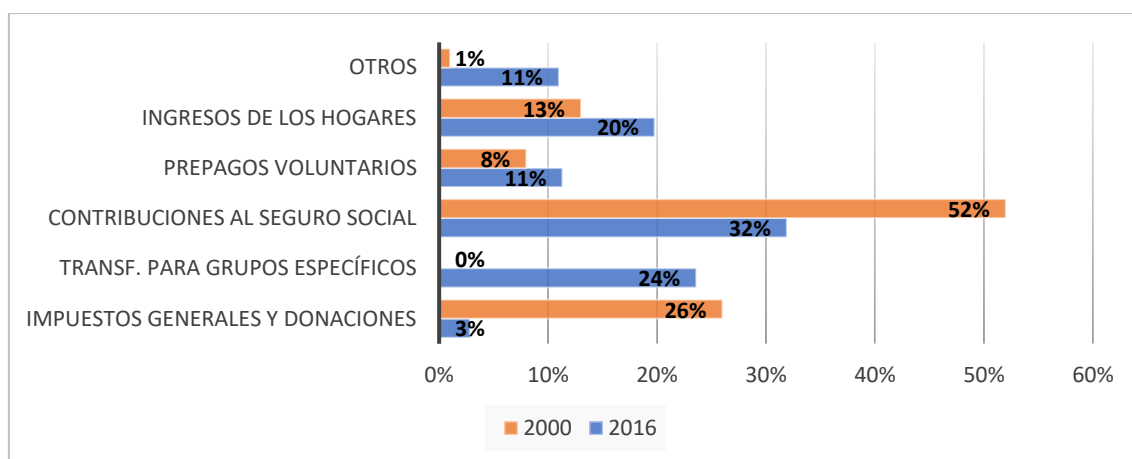
Referente a los recursos humanos, en el año 2017 Colombia contaba con 2.1 médicos y con 1.3 enfermeras por cada 1,000 habitantes. En la comparativa con el promedio regional, se puede observar que el número de médicos prácticamente coincide con el resto de la Región, mientras que la disponibilidad de enfermeras no alcanza ni el 30% del valor regional, que asciende a 4,6 por 1,000, mostrando una escasez de esta categoría profesional (OMS 2019a).

### 7.3.3 Financiamiento

En términos de movilización de recursos, el grueso del financiamiento al gasto en salud en Colombia corresponde a fuentes tributarias y contribuciones a la seguridad social. Por la vía de los impuestos generales se asignan fondos para los esquemas gubernamentales (básicamente para las tareas que realiza el MSPS relacionadas con la función rectora) y se transfieren recursos para el régimen subsidiado del SGSSS.

Otros recursos de importancia que financian el sistema de salud son los que provienen de los hogares y las aportaciones a seguros privados, ambas representan el 31% del total; las fuentes externas poseen una muy baja participación en el financiamiento a la salud en Colombia.

*Figura 18: Fuentes de Financiamiento como % del Gasto Corriente en Salud. Colombia, Años 2000 y 2016*



Fuente: OMS (2019a)

Los fondos del SGSSS se mancomunan en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), junto con las contribuciones del Estado y otros ingresos de fuentes fiscales y parafiscales destinados a financiar el régimen subsidiado. Posteriormente, son distribuidos entre las distintas EPS, que compiten entre ellas bajo condiciones de mercado, en función de su número de afiliados.

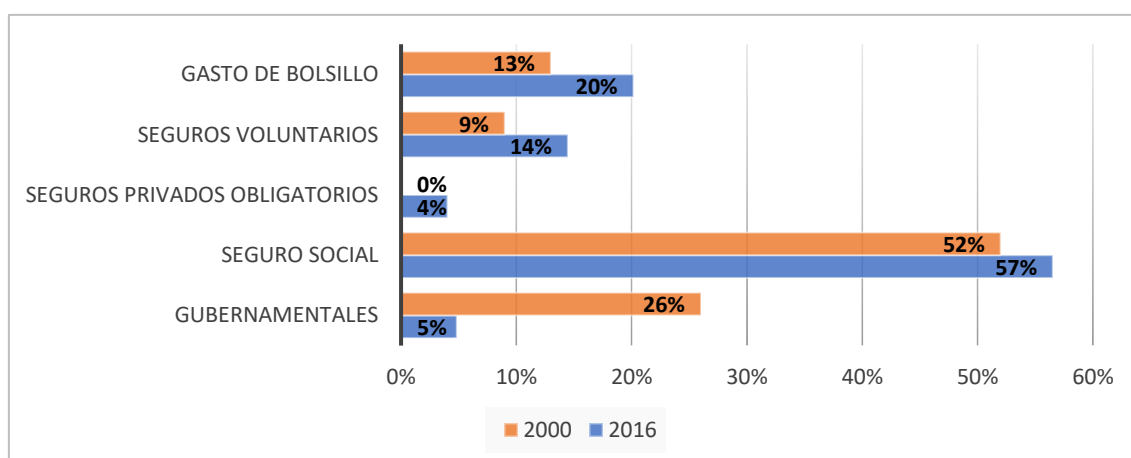
Por imperativo legal, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado debe ser igual al 95% de la UPC del régimen contributivo. Así, en el año 2019, las EPS reciben 847,181 pesos colombianos (US\$ 254) por afiliado al RC y 787,327 pesos colombianos (US\$ 236) por afiliado al RS. Estas cantidades se pueden aumentar en función de la dispersión geográfica o el carácter indígena de la población afiliada (Resolución 5858/2018).

A su vez, las EPS pagan los servicios a las IPS bajo distintas modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por GRD o incluso por una base capitada. Las tarifas son definidas libremente, en base al comportamiento de la oferta y la demanda.

Para el año 2016, el gasto total en salud en Colombia fue del 5.9% del PIB, alrededor de US\$ 830 por persona, cifra que se sitúa alrededor del 85% del promedio regional (US\$ 985) y del 75% del promedio de los cinco países estudiados (US\$ 1,115). De estos, el gasto movilizado a través de esquemas obligatorios (usualmente denominados como gasto público) ascendió al 3.8% del PIB, unos US\$526 por persona. Esto es, el 66% del gasto total en salud fue movilizado por esquemas de financiamiento obligatorio, siendo el grueso de este realizado a través del seguro social.

El gasto privado, compuesto fundamentalmente por el que se moviliza a través del gasto de bolsillo y de los seguros voluntarios, ascendió al 20% y al 14% del gasto corriente en salud, respectivamente. El dato de gasto de bolsillo, conformado por los montos abonados por los usuarios de la red privada y por los copagos y cuotas moderadoras que los usuarios del SGSSS deben abonar al momento de recibir los servicios, es uno de los más bajos de la región de Latinoamérica, ubicándose en el cuarto lugar, sólo por encima de Cuba, Argentina y Uruguay (OMS 2019a).

*Figura 19: Gasto por Esquemas de Financiamiento como % del Gasto Corriente en Salud. Colombia, Años 2000 y 2016*



Fuente: OMS 2019a

En el SGSSS coexisten dos regímenes de aseguramiento:

- **Régimen Contributivo (RC):** todos los asalariados, pensionados y trabajadores independientes con capacidad de pago (y sus dependientes) se deben afiliar a este régimen y gozan de libertad para elegir la Entidad Promotora de Salud (EPS) que deseen. El 32% del total de ingresos del sistema de salud se origina por esta vía. La contribución obligatoria de los afiliados al RC asciende al 12.5% de los ingresos laborales. Los trabajadores independientes pagan la totalidad de su contribución, mientras que los asalariados y pensionados pagan el 4%, y el 8.5% restante lo aporta el empleador o el pagador de la pensión. Para los empleadores de trabajadores que devenguen menos de 10 salarios mínimos, se han substituido estas cotizaciones directas por un impuesto sobre el beneficio denominado Impuesto sobre la Renta para la Equidad (MSPS 2016).
- **Régimen Subsidiado (RS):** las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC se afilian bajo esta modalidad. La identificación de esta población se realiza mediante el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN) a escala municipal. Los afiliados al RS sólo pueden elegir EPS específicas para este régimen. Puede observarse que el gobierno asigna un 23% del gasto corriente en salud para financiar este régimen, a través de la partida denominada “transferencias para grupos específicos”.

Durante los primeros años de funcionamiento del SGSSS, los resultados en términos de aumento de cobertura fueron alentadores, ya que pasó de cubrir el 22% de la población antes de la reforma a cubrir el 57% en el año 1997. Eso se logró gracias a incorporar a cerca de 7 millones de personas al régimen subsidiado y a extender la cobertura a los dependientes de los individuos que ya cotizaban (Almeida, Parra & Romero, 2007).

Sin embargo, la cobertura universal que planteó la Ley 100 para el año 2000 todavía no se ha logrado, aunque los avances han sido muy importantes. A 30 de abril 2019, la misma es de 90.5% de la población colombiana, donde el régimen contributivo cubre a 44.8% y el subsidiado a 45.7% (MSPS, 2019)

Respecto a los no asegurados al SGSSS, se pueden distinguir dos grandes casuísticas. Por un lado, existen algunos grupos de la sociedad (maestros, Policía Nacional, Fuerzas Armadas y los trabajadores de las universidades públicas y la compañía estatal de petróleo) que están afiliados bajo regímenes especiales de aseguramiento. Estos representan en la actualidad el 4.3% de la población, lo que añadido a la cobertura del SGSSS, resulta en 94.8% de la población disfrutando de cobertura de algún régimen de seguridad social (*ibid.*)

Por otro lado, existe una porción de población de ingresos medios transitoriamente desempleada, empleada en la economía informal o trabajadores independientes que no alcanzan la estabilidad necesaria para pagar un 12.5% de sus ingresos de manera regular. Este segundo grupo está desprotegido y debe financiar los servicios vía pagos de bolsillo (Orozco, 2006).

En términos de prestaciones que los afiliados tienen derecho a percibir, la Ley 100 obligaba a definir un Plan Obligatorio de Salud (POS) para cada régimen de aseguramiento.

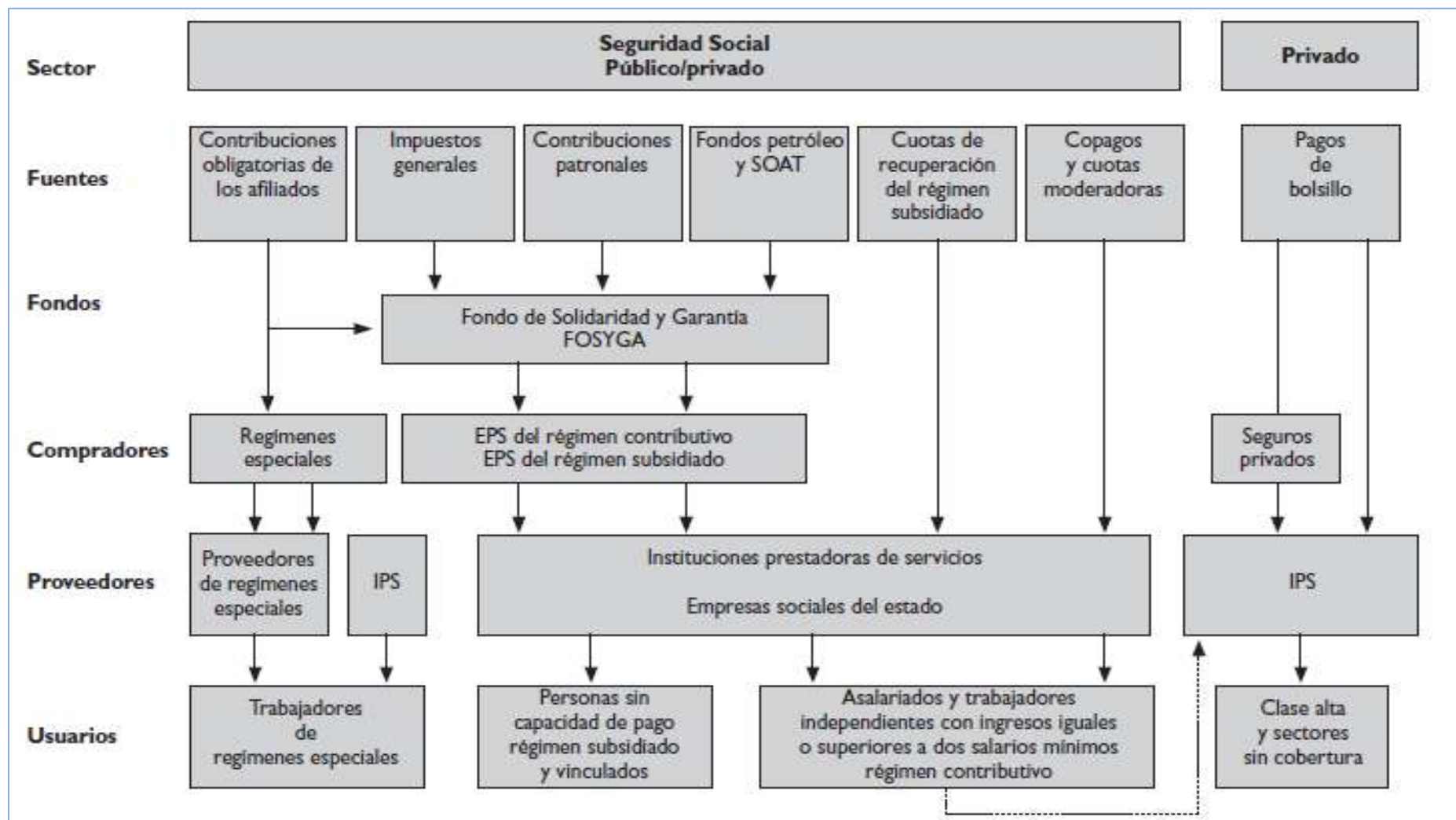
Los beneficios del POS del régimen contributivo incluían las actividades de carácter promocional y preventivo, la atención inicial de urgencias, atención al recién nacido y consulta médica general

y odontológica. Previa referencia del médico general, el POS también cubría la consulta médica especializada, exámenes de laboratorio, medicamentos, hospitalización, cirugías de baja complejidad, rehabilitación, diversas prótesis y algunas enfermedades de alto costo. El Plan del régimen subsidiado (POS-S) era mucho más restrictivo, ya que se calcula que nunca llegó a alcanzar el 70% de las prestaciones incluidas en el POS (Orozco, 2006).

Sin embargo, ya en 2008 se iniciaron los intentos para romper con esta segmentación, algo que se consolidó con la Ley Estatutaria de 2015. La Ley establecía que toda la población debía tener igualdad de oportunidades en el acceso a las intervenciones. Además, el PBS debe adoptar una concepción integral, excluyendo sólo aquellos servicios que tengan como finalidad principal un propósito cosmético no relacionado con capacidad vital o funcional de las personas, cuando no exista evidencia científica sobre su eficacia, efectividad o seguridad, aquellos que se encuentren en fase de experimentación, que su uso no haya sido aprobado por la autoridad competente o los que deban ser prestados en el extranjero (MSPS, 2015).

En la actualidad, el MSPS publica periódicamente un listado de aquellos servicios o tecnologías que se considera no se deben financiar con recursos públicos y que están, por tanto, excluidos del PBS. El último listado data del mes de enero de este mismo año (Resolución 0244/2019).

Figura 20: Estructura del Sistema de Salud en Colombia



Fuente: Guerrero et. al (2011)



#### 7.4 EL MODELO ACTUAL DE APS

En la década de los '80 se dieron algunas iniciativas locales de implementación de la APS como estrategia para solucionar los problemas de salud en los grupos prioritarios de la población, ya fuera en forma de atención básica prestada por promotoras de salud o enfoques más estructurados bajo el contexto de participación comunitaria con el apoyo de equipos multidisciplinares. Sin embargo, nunca se logró que los principios que emanan de Alma-Ata permeabilizaran la organización y funcionamiento de las instituciones del sector (Así Vamos en Salud, 2014).

Con la reforma impulsada por la Ley 100 se separó la prestación de servicios de atención a las personas de las acciones de salud colectiva, que se limitaron al contenido del Plan de Atención Básica. Acorde a la evidencia disponible, esto generó una fragmentación operativa que contravenía los principios de la APS integral. Además, algunas EPS e IPS adoptaron el enfoque de una APS selectiva como elemento para la contención de costos y como puerta de entrada a servicios de atención de predominio biomédico y curativo (Múñoz et al, 2012)

Esta visión fragmentada del sector salud se intentó modular con la promulgación de la Ley 1438 de 2011, que pretendía fortalecer el SGSSS a través de la definición de un modelo de atención fundamentado en la estrategia de APS (*ibid.*)

Este documento, en su artículo doce, define la APS como “*la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud*” (Ley 1438/2011).

La misma ley afirma que la estrategia de APS incluye tres componentes fundamentales: prestación de servicios, acción intersectorial y participación social, comunitaria y ciudadana. El primero busca expandir la cobertura de la atención, fortalecer la atención integrada e integral con base a equipos de salud interdisciplinarios, mejorar los niveles de resolución y la organización de redes integradas de atención en salud. El segundo apunta a actuar sobre los determinantes sociales de la salud a través de políticas públicas, planes y programas de acción intersectoriales/transectoriales mediante la coordinación de todos los niveles del gobierno, las institucionales y la sociedad. El tercero busca que los procesos sociales y comunitarios se expresen en las decisiones de gestión, el control y seguimiento de políticas, planes y programas, así como en el sistema de atención y sus instituciones (ISAGS, 2015).

A pesar de los esfuerzos integradores de la Ley 1438, el sistema todavía no ha sido capaz de superar la fragmentación existente en términos de atención primaria, pues existen problemas para articular las acciones colectivas de prevención y promoción del PSPIC, cuya prestación es responsabilidad de las autoridades locales, con las acciones individuales de baja complejidad que se deben prestar por los componentes primarios de las redes integrales de servicios.

De hecho, la articulación de ambos componentes sólo se da en aquellos casos que las EPS del régimen subsidiado contratan las actividades de baja complejidad del PBS a prestadores públicos adscritos a las autoridades territoriales, que han sido contratados también por éstas para implementar las acciones de salud pública (Rodríguez et al, 2017).

Es también destacable que la mayoría de las instituciones prestadoras del primer nivel son públicas. En 2014, de las 1001 entidades, 996 eran de naturaleza pública y sólo 5 eran privadas. Para complementar a estas entidades, la Ley dispuso la conformación de equipos multidisciplinarios de salud, que realizan actividades extramurales destinadas a la prestación de las acciones de prevención y promoción incluidas en los planes de salud pública. Estos equipos están conformados generalmente por promotores, auxiliares y técnicos de salud, pero algunos tienen médicos y enfermeras generales que trabajan a tiempo parcial según la disponibilidad de recursos. En algunos casos, los equipos de apoyo pueden incluir odontólogos, nutricionistas y psicólogos. En cualquier caso, la evidencia disponible apunta hacia un grado de adecuación bajo para satisfacer las demandas de un enfoque de APS moderno (ISAGS, 2015).

En términos de financiamiento, la misma ley define cuáles deben ser las fuentes de donde provengan los recursos: la UPC que reciben las EPS para el desarrollo de actividades de prevención y promoción (24,152 pesos colombianos, US\$ 7.15), el componente de salud pública del Sistema General de Participaciones, la subcuenta de prevención y promoción del FOSYGA y los recursos de las entidades territoriales, entre otros. En la práctica, cada agente financia estas actividades de manera discrecional (*ibid.*).

El primer nivel funciona como puerta de entrada y se necesita referencia para asistir a los especialistas (OCDE, 2019).

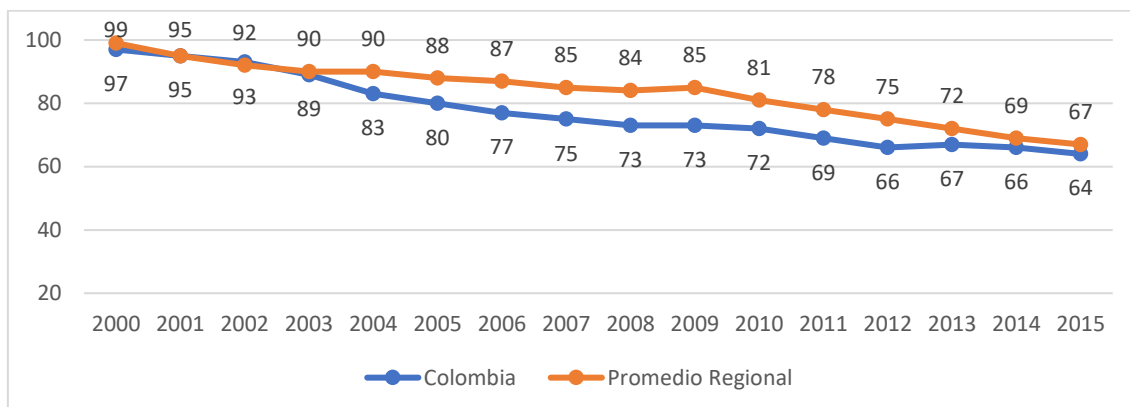
## 7.5 DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

Según el Índice que se presenta en la **Tabla 6**: Índice de Desempeño, se puede observar que Colombia es el séptimo país, sobre el total de veintidós países analizados, con mejor desempeño del sistema de salud de la Región. Poniendo el foco sólo en el componente de resultados de salud, el país ocupa la novena posición del ranquin, y es el penúltimo de los cinco países analizados en el presente documento, sólo por delante de República Dominicana.

### 7.5.1 Resultados de Salud

En referencia a la mortalidad materna, el país ha conseguido reducirla desde principios de siglo aproximadamente un 35%, pasando de una razón de 97 muertes por 100,000 nacidos vivos en el año 2000 a 64 defunciones en 2015. Como se puede ver en el gráfico, a principios de siglo la mortalidad materna prácticamente coincidía con el promedio regional, convergencia que se vuelve a dar hacia el final del período después de unos años donde la reducción de las tasas en Colombia fue más acelerada que en el conjunto de la región.

Figura 21: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Colombia. Años 2000-2015

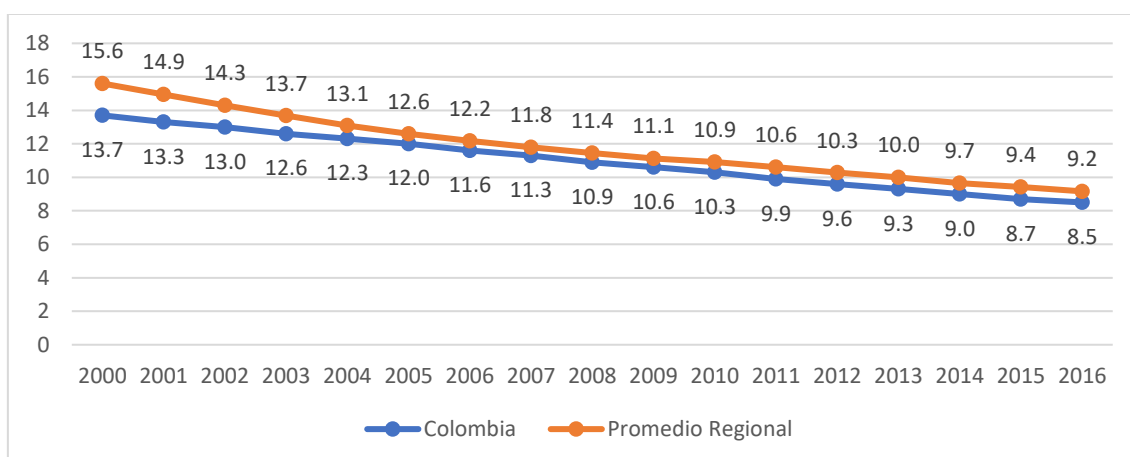


Fuente: Banco Mundial (2019)

Los indicadores de mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años presentan una tendencia muy parecida entre ellos. En los tres casos, el país ha logrado reducciones muy cercanas al 40%, pasando de 13,7 muertes por 1,000 nacidos vivos a 8,5 para los neonatos, de 21,2 a 13,1 para los menores de un año y de 25 a 15,3 en los menores de cinco.

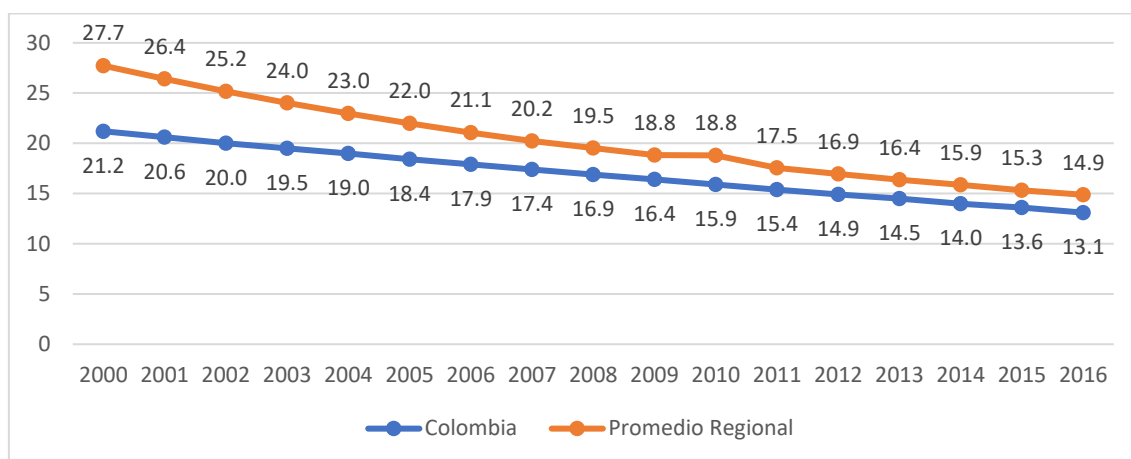
También para los tres casos se observa una convergencia con los respectivos promedios regionales, sugiriendo que la reducción de estas variables en el conjunto de la Región ha sido más acelerada que en Colombia. Esto es más llamativo para la mortalidad infantil y en menores de cinco años, que a principios de siglo se situaba en torno a un 25% menos que el promedio, mientras que en 2016 fueron parecidas.

Figura 22: Evolución de la Razón de Mortalidad Neonatal. Colombia. Años 2000-2016



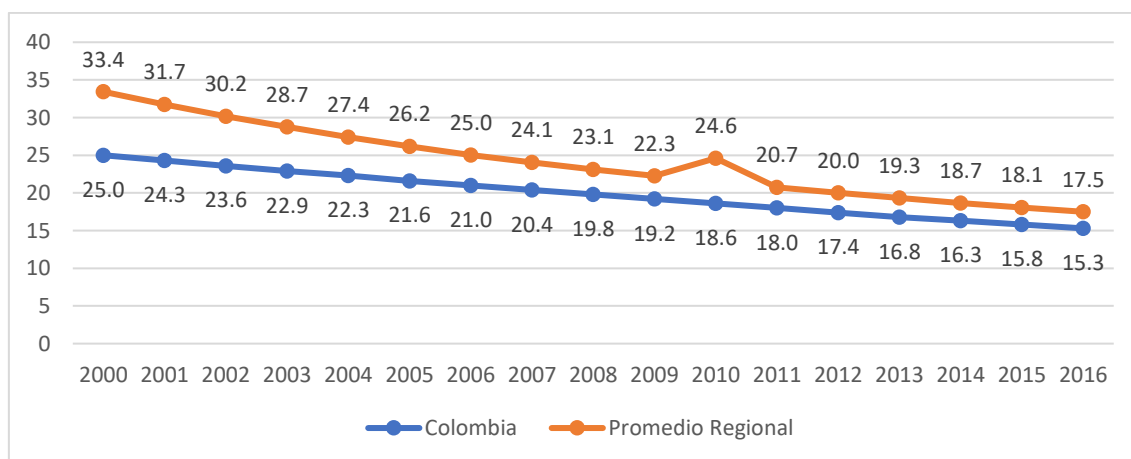
Fuente: Banco Mundial (2019)

Figura 23: Evolución de la Razón de Mortalidad Infantil. Colombia. Años 2000-2016



Fuente: Banco Mundial (2019)

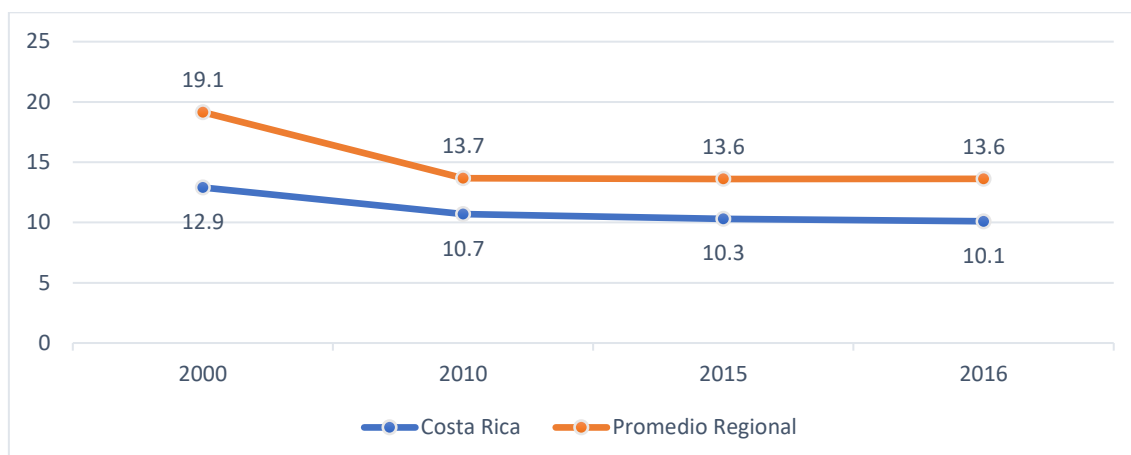
Figura 24: Evolución de la Razón de Mortalidad en Menores de 5 Años. Colombia. Años 2000-2016



Fuente: Banco Mundial (2019)

En términos de mortalidad por enfermedades transmisibles y aspectos nutricionales, de la maternidad o el periodo perinatal sobre el total de mortalidad, Colombia también ha experimentado una mejora durante el periodo. La disminución es de un 22%, toda vez que estas condiciones han pasado de representar el 12.9% de la mortalidad en el año 2000 a ser responsables del 10.1% en 2016. Se observa cierto estancamiento en la tendencia de esta variable a partir del año 2010. A principios de siglo, Colombia mantenía la cifra alrededor de una tercera parte más baja que el promedio, mientras que al final la misma se sitúa cerca del 75%, apuntando de nuevo a una reducción mayor en el conjunto de la Región que en el país.

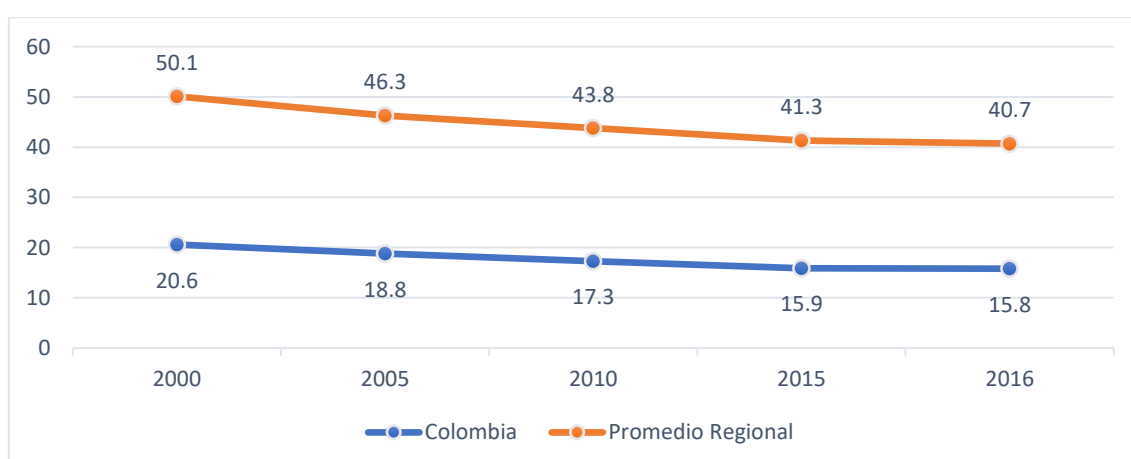
*Figura 25: Evolución de la Mortalidad por Enfermedades Transmisibles sobre el total de Mortalidad. Colombia. Años 2000-2016*



Fuente: Banco Mundial (2019)

Por último, se analiza la probabilidad de morir para la población entre 30 y 70 años por las 4 principales causas relacionadas con enfermedades no transmisibles: accidentes cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. En este sentido, Colombia reporta una disminución cercana al 25% durante el periodo, transitando de una probabilidad del 20.6 en el año 2000 a 15.8 en 2016. En este punto, es importante destacar las diferencias por género, toda vez que en el año 2016 la probabilidad de morir era de 13.5% para la población femenina y 18.3% para la masculina. Colombia ha sido capaz de mantener durante todo el periodo las cifras oscilando alrededor del 40% del promedio regional.

*Figura 26: Evolución de la Probabilidad de morir de la Población 30-70 años por 4 ECNT. Colombia. Años 2000-2016*



Fuente: OMS (2019b)

### 7.5.2 Protección Financiera

Para fines de este trabajo, tal como se expresa antes, la protección financiera se mide con tres indicadores: la proporción del gasto de bolsillo con relación al gasto corriente en salud; la proporción de recursos movilizados por los esquemas obligatorios y, finalmente, la prioridad que asigna el gobierno a la salud, medida como el porcentaje de gasto en salud respecto al total del presupuesto público.

En el primer indicador, Colombia presenta un desempeño adecuado en el contexto latinoamericano, ocupando el cuarto lugar. También es importante el segundo, esto es la movilización de fondos mediante esquemas obligatorios – aunque no tanto – ocupando el país la posición número ocho. No resulta igual el tercer indicador, la prioridad pública, donde alcanza la posición número 14.

Algunos autores han señalado que esto afecta en mayor proporción a los hogares pobres, habiendo estimado que, como proporción del ingreso, el gasto de bolsillo en salud es del 14.6% para los hogares pobres, 8.2% en los hogares de estrato medio y 7.0% en los hogares ricos. Al mismo tiempo, la probabilidad que estos gastos de bolsillo sean de naturaleza catastrófica se estima en 30.6% para los hogares pobres, 10.2% en los hogares medios y 8.6% en los hogares ricos (Alvis-Kakzuk et al, 2018).

## 7.6 CONCLUSIONES

Colombia transformó su sistema de salud con la introducción de la Ley 100, pasando de un Sistema Nacional de Salud a un Sistema General de Seguridad Social. En un principio, el nuevo modelo pareció muy atrayente, e incluso replicable a otros países de la región, ya que combinaba la incorporación de elementos centrales de la lógica de mercado, como la libertad de elección del usuario y la competencia, con elementos de solidaridad financiera y el fortalecimiento de nuevas funciones a nivel estatal.

Colombia fue uno de los países que procuró implementar un modelo de competencia regulada tanto de proveedores como de aseguradores, sin lograr de manera adecuada la regulación y supervisión de los diferentes actores, lo cual contribuyó a la fragmentación del sistema, además de las dificultades en el diseño del paquete de beneficios. (Bonilla y Rathe, 2018).

Después de unos cuantos años, la evidencia mostró un sistema que no lograba sus objetivos en términos de desempeño. En efecto, para fines comparativos, en 2015 Colombia presentaba resultados parecidos a Perú en la mayoría de los indicadores, o incluso ligeramente peores, con un gasto en salud per cápita ajustado por PPA un 20% mayor (US\$ 830 vs US\$ 650). Dentro del contexto regional, se observa que las mejoras en el estado de salud de la población, en términos de reducción de indicadores de mortalidad, se han producido a un ritmo menor que el promedio de la Región.

Referente a la implementación de la estrategia de atención primaria en salud, el enfoque predominante siempre ha sido el selectivo, como refleja la búsqueda de intervenciones costo-efectivas del POS y POS-S para ser prestadas a través de modelos donde los prestadores y aseguradores se integran verticalmente. También parece claro que el modelo resultante de la Ley

100 infravaloró la importancia de los componentes promocionales y preventivos y, en consecuencia, mantuvo a la salud pública en un segundo plano, favoreciendo la reaparición de determinadas condiciones que parecían superadas.

Cabe mencionar las dificultades que han tenido que enfrentar las empresas prestadoras del primer nivel públicas, debiendo debatir entre ofrecer un cuidado integral o preservar las condiciones que garantizaran su autosostenibilidad financiera en un entorno competitivo.

Aunque es complicado inferir relaciones causales directas y unívocas entre las modestas mejoras en el estado de salud de la población colombiana y la implementación selectiva y fragmentada de la estrategia de APS, es evidente que ambos factores están conectados de algún modo. Así lo han entendido también los entes encargados de la formulación de políticas y la regulación del sistema, con el diseño de un nuevo marco normativo y la introducción de elementos que podríamos llamar de “*contrareforma*” que ayuden a corregir, en la medida de lo posible, aquellos elementos de la Ley 100 donde la contención de costos no se lograba a partir de mejoras de eficiencia, sino de recortes en los derechos de los usuarios.

En efecto, la igualación de los beneficios a los que tienen derecho los afiliados a los distintos regímenes, el mantenimiento de la UPC del subsidiado al 95% de la del contributivo, el nuevo modelo de atención, que incorpora elementos de un enfoque de APS integral, como la participación comunitaria o el fomento de la intersectorialidad, o la nueva política de atención integral son elementos que pretenden mejorar el estado de salud de la población a través de la consolidación de un modelo basado en APS.

Es todavía pronto para saber cómo estas modificaciones normativas de los últimos años repercutirán en el sistema de salud, en general, y en la implementación de la estrategia de APS, en particular.

Algunos de los ámbitos más destacados del sistema de salud colombiano se resumen a continuación

- Introducción de mecanismos de mercado: libre competencia y libertad de elección. El SGSSS introduce mecanismos competitivos de mercado en dos niveles. Por un lado, las EPS compiten entre ellas para atraer a los afiliados. Por otro, las IPS compiten para que las EPS las incorporen en su red.
- Clara división entre las intervenciones de salud individual y las de salud colectiva. Las primeras, por su naturaleza, pueden ser convertidas en bienes que se regulen por las leyes de oferta y demanda. Las segundas, dadas su “alta externalidad positiva” deben ser prestadas por el Estado.
- Definición explícita de los beneficios a los que los afiliados tienen derecho. Se definen dos paquetes distintos, uno para los servicios individuales (que, a su vez, eran distintos según régimen de afiliación) y otro para los colectivos.
- Introducción de copagos y cuotas moderadoras. Muchos de aquellos servicios, medicamentos o tecnologías incluidos en el POS y POS-S no son cubiertos en su totalidad, sino que el usuario debe pagar de su bolsillo un porcentaje para acceder.
- No existe adscripción territorial. Los usuarios pueden ir a cualquier entidad de primer nivel que deseen (siempre y cuando esté en la red de prestadores de su EPS de preferencia).

- Predominio de prestadores públicos en el primer nivel. Toda vez que es el nivel donde se prestan las intervenciones de baja complejidad, los incentivos financieros para el sector privado son menores.



## 8 EL SALVADOR

### 8.1 PERFIL DEL PAÍS

El Salvador es un país de América Central situado en el litoral del Océano Pacífico. Su superficie territorial se extiende 21,041 km<sup>2</sup>, y en el año 2017 estaba habitada por 6.4 millones de personas, convirtiendo al país en uno de los más densamente poblados de la Región (BM, 2019).

Ese mismo año, El Salvador registró un PIB per cápita de US\$ 3,889, que asciende hasta los US\$ 7,292 cuando se ajusta por paridad del poder adquisitivo, cifra que apenas alcanza la mitad del promedio regional, que es de US\$ 14,412. Acorde al coeficiente de Gini, de 40 en el año 2016, la distribución de este ingreso es una de las más equitativas de la Región. En términos de pobreza monetaria, en el año 2016 un 10.3% de la población vivía con menos de US\$ 3.20 diarios (*ibid.*).

Desde principios del siglo XXI, la esperanza de vida al nacer de la población salvadoreña ha incrementado en más de 4.5 años, situándose en 73.5 años en 2016. Sin embargo, las diferencias por sexo han permanecido prácticamente invariables alrededor de los 9 años, siendo en el año 2016 de 68.8 años para la población masculina y de 77.9 años para la femenina (*ibid.*). Cuando se ajusta esta variable por morbilidad, resulta en una esperanza de vida saludable general de 65.5 años en 2016, observando también diferencias significativas por sexo, ya que se sitúa sobre los 61.7 años para la población masculina y los 69.0 para la femenina (OMS, 2019b).

El Índice de Desarrollo Humano, que combina la esperanza de vida al nacer con variables relacionadas con el nivel educativo y el nivel de ingresos, alcanzó una valoración de 0.674 en 2017, situando al país en la decimoctava posición sobre el total de 22 países analizados (PNUD, 2019).

Por otro lado, el Índice de Capital Humano mide cuánto invierten los países en sus generaciones más jóvenes y se calcula a través del estudio de la cantidad y calidad de la educación ofrecida, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, la tasa de retraso en el crecimiento entre los jóvenes y la tasa de “supervivencia adulta”, que pondera la posibilidad que alguien al cumplir los 15 años pueda vivir hasta los 60. En el año 2017, el valor para El Salvador fue de 0.50, situándolo en el decimoquinto lugar de los veinte países de la Región para los cuales se dispone de información (BM, 2019).

La magnitud de la carga de enfermedad en El Salvador ha permanecido prácticamente invariable durante el periodo 2000 - 2017. La misma pasó de 29,530 AVAD por 100,000 habitantes (IC 32,244 - 27,129) en el año 2000 a 28,276 AVAD en 2017, reducción estadísticamente no significativa. Esta invariabilidad se explica por una evolución creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles, que ha absorbido la reducción en términos de enfermedades transmisibles y causas externas (IHME, 2019).

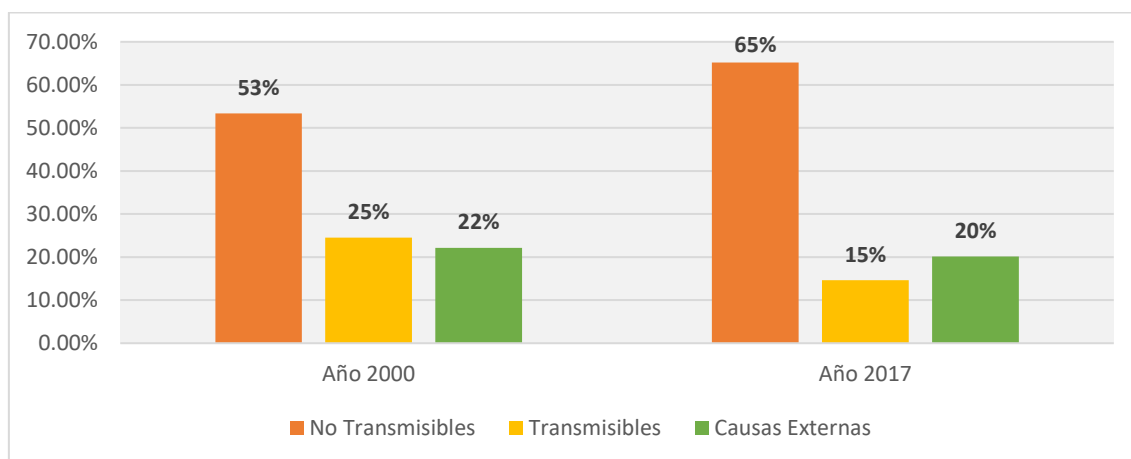
Por un lado, la población salvadoreña sufrió una pérdida de 15,764 AVAD por 100,000 (IC 17,817- 13,947) por enfermedades crónicas no transmisibles, que aumentó hasta 18,444 en el año 2017 (*ibid.*). Este aumento, cercano al 20%, es estadísticamente significativo.

Por otro lado, en el año 2000, El Salvador sufrió una pérdida de 7,233 AVAD por 100,000 habitantes (IC 7,921- 6,621.23) debido a enfermedades transmisibles, que disminuyó casi un 50%, para situarse en 4,136 en 2017. La disminución es superior a la que presentó la carga por causas

externas, que pasó de 6,533 AVAD por 100,000 (IC 6,917- 6,146) en el año 2000 a 5,695.85 en 2017 (*ibid.*). En ambos casos las reducciones son estadísticamente significativas.

La evolución de las tres principales causas de carga de enfermedad sugiere un proceso de transición demográfica y epidemiológica. El peso de cada grupo de causas sobre el total se muestra en la siguiente figura.

*Figura 27: AVAD por 3 Grandes Grupos de Causas sobre el total. El Salvador. Años 2000 y 2017*



Fuente: IHME (2019)

## 8.2 ANTECEDENTES

El Salvador fue uno de los países de la Región que inició la reforma de su sistema de salud de manera más tardía, pues no empezó hasta bien entrado el s. XXI.

El sistema previo a la reforma presentaba unas tasas de cobertura bajas. El Instituto Salvadoreño de Seguros Sociales (ISSS) y otras instituciones autónomas cubrían al 24% de la población. El Ministerio de Salud (MINSAL) era responsable de cubrir al resto de la población, aunque se calcula que sólo ofrecía servicios de manera regular al 40%. Esto es, aproximadamente un 35% de la población estaba desprotegida, aunque una parte tuviera capacidad de pago para comprar servicios a prestadores privados (PNUD, 2009).

El sistema se caracterizaba también por un virtual abandono de las actividades preventivas y promocionales y un sistema de prestación de servicios segmentado, inadecuadamente financiado y con énfasis en las acciones curativas. Este panorama, sumado a otras deficiencias de carácter intersectorial, dificultaba tanto el control de epidemias y enfermedades relacionadas con la pobreza como el manejo de enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con el envejecimiento de la población (Rodríguez, 2009).

También se presentaban problemas de equidad, puesto que los beneficiarios debían abonar una especie de copago, denominado “cuota voluntaria”, al momento de recibir la atención. Su eliminación en 2009, cuando se estableció la gratuidad de los servicios en todos los

establecimientos públicos, trajo un incremento inmediato de la demanda de atención en todos los niveles de prestación, sugiriendo que las cuotas actuaban como barrera de acceso financiera, especialmente entre la población con menos recursos (OPS & MINSAL, 2013).

También el sector farmacéutico presentaba problemas, con una combinación de desabastecimiento crónico y los precios de los medicamentos más altos del mundo en las farmacias privadas (Rodríguez, 2009).

Para lidiar con estos problemas, se reorientó el Sistema Nacional de Salud en base a la estrategia de Atención Primaria Integral, a través de la implementación de un nuevo modelo de atención con enfoque de salud familiar, teniendo como ejes centrales las actividades preventivas y promocionales y la prestación de servicios a través de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados (ECOS-F y ECOS-E, respectivamente) (BID, 2018).

El objetivo de esta reforma era *“garantizar el derecho a toda la población salvadoreña a través de un SNS que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado; el acceso a la promoción, prevención atención y rehabilitación en salud; un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas”* (Rodríguez, 2019, pp.13).

### 8.3 ESTRUCTURA ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD

En términos estructurales, el sistema de salud salvadoreño es de tipo abierto, con predominio de cobertura territorial, pero fragmentado, pues tiene también una seguridad social relativamente importante, para trabajadores del sector formal. El subsector público está fragmentado entre el MINSAL, que es responsable de la población no asegurada, el ISSS y otras instituciones autónomas, como el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) o el Comando de Sanidad Militar (COSAM), que prestan servicios a su población afiliada bajo un esquema “clásico” de seguridad social. (Acosta et al, 2011).

En el subsector privado, también se puede observar una segmentación bastante definida entre organizaciones lucrativas establecidas en las principales ciudades salvadoreñas, que venden servicios directamente a población con capacidad de pago y a los esquemas de seguridad social mencionados, y organizaciones no lucrativas (ONG e iglesias) con más presencia en las zonas rurales (*ibid.*).

La estructura del sistema de salud salvadoreño se presenta en la **Figura 31**: Estructura del Sistema de Salud del Salvador. En esta sección se desarrolla un análisis individualizado de cada una de sus funciones.

#### 8.3.1 Rectoría

La Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud de 2007 establece que la rectoría del sistema está a cargo del MINSAL, organismo que se encarga, entre otras cosas, de la regulación del sector salud, la articulación con el resto de las entidades del sector y el fomento de la participación social y la intersectorialidad.

Uno de los ámbitos donde el rol regulador del MINSAL ha tenido mayor impacto es el farmacéutico. En efecto, la Ley de Medicamentos del año 2012, que creó la Dirección Nacional de Medicamentos, constituyó un hito al eliminar los conflictos de interés al interior de la autoridad competente. Desde entonces, se ha logrado establecer las condiciones de prescripción y dispensación, regular los precios de más de 6000 medicamentos, controlar su calidad, promover su uso racional y se ha creado y fortalecido un programa nacional de farmacovigilancia con la apertura del Centro Nacional de Farmacovigilancia (MINSAL, 2019).

Los esfuerzos articuladores se centran en la conducción estratégica del resto de agentes que participan en el sector salud, especialmente aquellos que forman parte del subsector público. Esto es, además del MINSAL, el ISSS, ISBM, el COSAM, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de los Inválidos (ISRI) y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), entidad adscrita al MINSAL con plena autonomía administrativa y presupuestaria, que tiene como objetivos ampliar la cobertura de los servicios de salud, formular y ejecutar programas que atiendan las necesidades básicas de la población más vulnerable del país y fomentar campañas de educación para la salud (Acosta et al, 2011).

Estos esfuerzos se centran en el reporte y seguimiento de las enfermedades de notificación obligatoria, la publicación conjunta de indicadores para el monitoreo del estado de salud de la población y la implementación de un sistema único de información (MINSAL, 2016).

En lo que atañe a la participación social y la intersectorialidad, la reforma los considera elementos claves para el correcto abordaje de los determinantes sociales. En este punto destaca la creación del Foro Nacional de Salud, que se ha constituido en el principal espacio de organización de la sociedad civil y en un mecanismo de contraloría social, y de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), un espacio coordinado por el MINSAL que involucra a tomadores de decisión de más de 40 instituciones públicas, autónomas, privadas y ciudadanas para el abordaje de la determinación social de la salud (Hernández, 2018).

El MINSAL también está involucrado en la prestación de servicios de salud colectiva. Quizás el mejor ejemplo sea el campo de la salud ambiental, que se ha incorporado como uno de los ejes estratégicos transversales de la reforma. El MINSAL interviene activamente para garantizar la disponibilidad de agua potable, el tratamiento adecuado de las aguas grises y negras, la gestión de los residuos sólidos, la vigilancia de las sustancias químicas, el control integral de los vectores, roedores y zoonosis y la regulación, control, uso y comercialización responsable de los plaguicidas. Lo anterior, con el objeto de disminuir las enfermedades de origen hídrico, alimenticio, vectorial, zoonótico y ambiental (MINSAL, 2016).

El Salvador posee mecanismos de evaluación de tecnología en el sector público, sobre todo en lo que concierne a los medicamentos y procuran basar las compras en los mismos. También posee un marco regulatorio para garantizar la calidad y seguridad de los pacientes (OCDE 2019).

### **8.3.2 Prestación de Servicios Individuales**

La prestación de servicios de atención a las personas en el Salvador se sigue dando de manera fragmentada. Las seis instituciones del subsector público citadas en el acápite anterior, excepto el ISBM, prestan servicios a sus afiliados por separado, tienen su propio recurso humano y organizan

dicha prestación con su propia red o mediante la compra de servicios. A estas redes hay que añadirle los establecimientos, clínicas y hospitales del sector privado.

Uno de los objetivos de la reforma es terminar gradualmente con esta fragmentación. En ese sentido, ya se han desarrollado experiencias de prestación conjunta de servicios entre el ISSS y el MINSAL en el primer nivel de atención, donde se comparten insumos, materiales, personal y guías y protocolos de atención (*ibid.*).

La prestación de servicios del MINSAL se estructura acorde el modelo de las RISS, con una visión clara del rol que debe jugar la atención primaria, que debe ser resolutive y servir como puerta de entrada al resto de la red, la cual se organiza en tres niveles. En el primero se encuentran las unidades comunitarias de salud, los equipos comunitarios y las casas de espera materna, el segundo está compuesto por los hospitales departamentales y regionales y el tercer nivel lo conforman los hospitales nacionales especializados (MINSAL, 2018).

El modo de pago en los servicios de primer nivel es el de presupuestos globales y en los hospitales, por servicio o procedimiento. No se necesita referimiento para acceder al nivel especializado. (OCDE 2019).

En relación con los recursos disponibles, El Salvador disponía en el año 2017 de 752 centros y puestos de salud de primer nivel, 11.8 por 100,000 habitantes. Para la prestación de servicios hospitalarios, la Red Nacional disponía de 30 hospitales en el mismo año, clasificados entre 11 hospitales básicos, 14 departamentales, 2 regionales y 3 de referencia nacional, logrando una ratio de 1.3 camas hospitalarias por 100,000 habitantes, cifra inferior al promedio regional, de 2,4 (MINSAL 2019).

Referente a los recursos humanos, en el año 2017 El Salvador contaba con 1.3 médicos y con 0.8 enfermeras por cada 1,000 habitantes (Observatorio RRHH, 2019). En la comparativa con el promedio regional, se observa que el país se encuentra lejos de los valores agregados de la Región para ambas categorías profesionales, que ascienden a 2,1 médicos y 4,6 enfermeras por 1,000 habitantes (OMS 2019a).

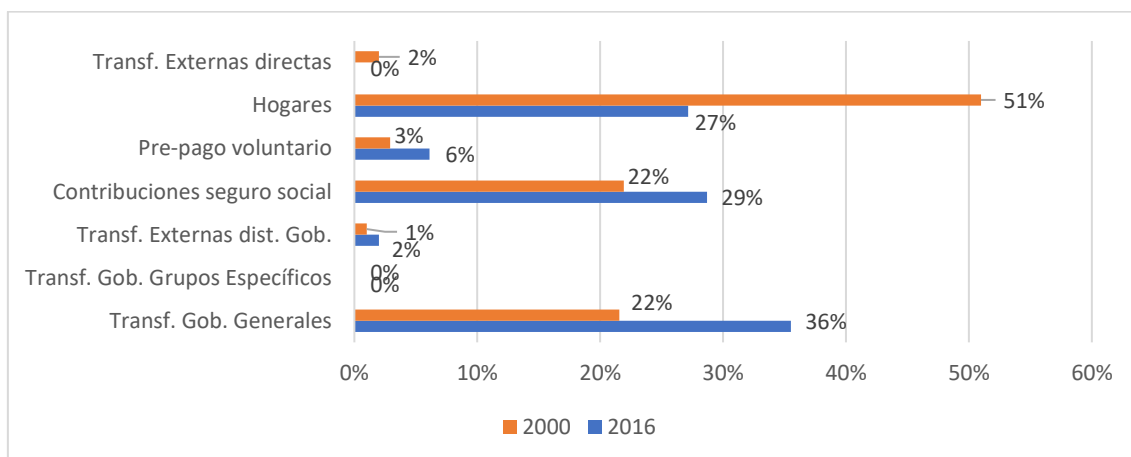
### **8.3.3 Financiamiento**

En términos de movilización de recursos, el MINSAL se financia mayoritariamente mediante recursos transferidos del gobierno central, obtenidos de fuentes fiscales. También obtiene recursos de la banca multilateral y la cooperación internacional. Como se ve en el siguiente gráfico, las transferencias generales domésticas del gobierno (impuestos generales, fundamentalmente), representaron un 36% del gasto corriente en 2016, aumentando de manera importante frente al 22% del año 2000.

Los recursos de FOSALUD también provienen del presupuesto de Ministerio de Hacienda, y representa un porcentaje de los ingresos recaudados por la comercialización de alcohol y tabaco y los gravámenes relacionados con las armas de fuego (Acosta et al, 2011).

El ISSS se financia mediante el esquema clásico de contribuciones tripartitas de los empleados, empleadores y el Estado. El trabajador aporta un 3% de su sueldo mensual y el empleador un 7.5%. Estas contribuciones representaron el 29% en 2016 (ISSS, 2019).

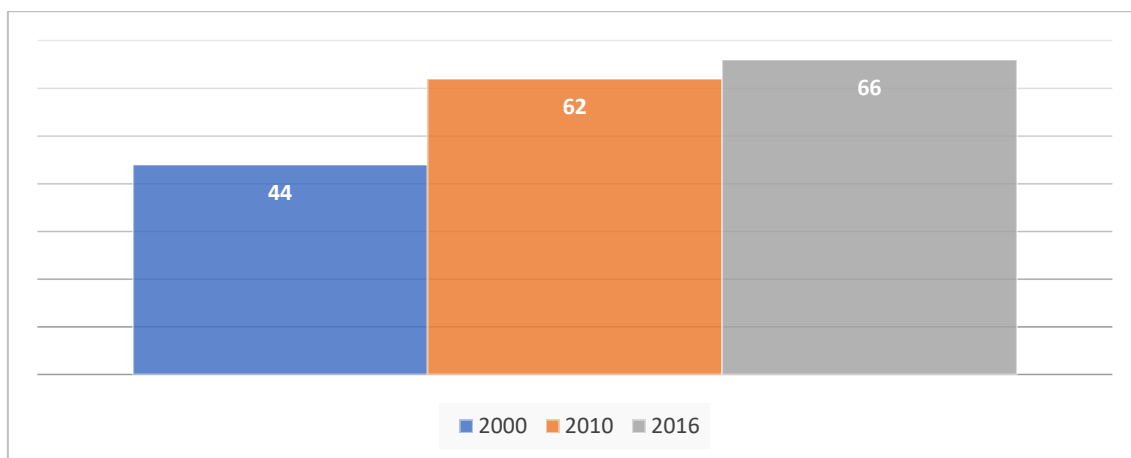
*Figura 28: Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud como % del Gasto Corriente en Salud. El Salvador, Años 2000 y 2016*



Fuente: OMS (2019a)

La evolución de los esquemas de financiamiento obligatorio se puede observar en la figura anterior, que muestra el señalado incremento constante en el período del 2000 al 2016. Resalta el año 2010, donde se empiezan a manifestar los efectos de la reforma iniciada en el 2009.

*Figura 29: Evolución de los Esquemas de Financiamiento Obligatorio a la Salud. El Salvador, Años 2000 y 2016*



Fuente: OMS (2019a)

En cuanto al gasto de bolsillo, éste representó un 27% en el 2016, frente a un 51% en el año 2000, lo que sugiere una mejoría sustancial en la protección financiera de la población. El gasto realizado a través de seguros privados es relativamente bajo, de un 6% en 2016, pero habiéndose duplicado proporcionalmente con relación al 2000.

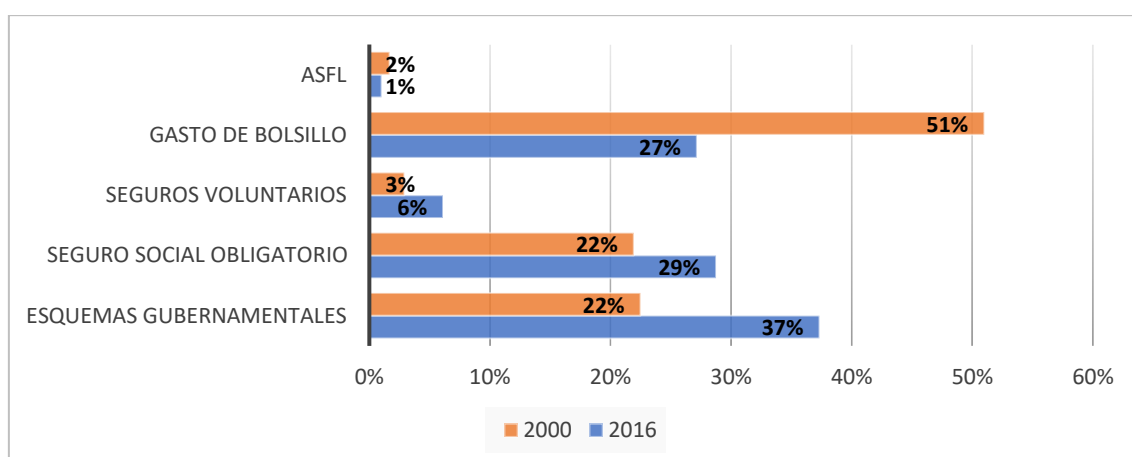
En lo que se refiere a la mancomunación de los fondos, en el sistema de salud salvadoreño los mismos se encuentran fragmentados entre varios agentes que cubren poblaciones específicas.

- Instituto Salvadoreño de Seguros Sociales: cubre a los trabajadores de la economía formal, de los sectores público y privado, y sus familias.
- Comando de Salud Militar: protege a los miembros de las fuerzas armadas, sus familiares y pensionados
- Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial: cubre a los maestros y sus cónyuges e hijos/as hasta los 21 años
- Ministerio de Salud: protege a toda la población no afiliada a ninguno de los regímenes anteriores

Por último, para el año 2016, el gasto corriente en salud en El Salvador fue del 7% del PIB, alrededor de US\$600 por persona, cifra que se sitúa alrededor del 60% del promedio regional (US\$ 985) y ligeramente por encima del 50% del promedio de los cinco países estudiados (US\$ 1,115). De estos, el gasto movilizado a través de esquemas obligatorios (usualmente denominados como gasto público) ascendió a unos US\$387 por persona. Esto es, el 66% del gasto corriente en salud fue público en 2016, frente a un 44% en el año 2000. Como se ha visto, este gasto público se compone de un 37% canalizado por esquemas gubernamentales y un 29% por el seguro social.

Cabe destacar también que el gobierno del Salvador fue uno de los que más prioridad otorgó a la salud de la Región en el año 2016, destinando un 21% de su presupuesto a salud (OMS 2019a). El gráfico que sigue muestra el gasto en salud de El Salvador por esquema de financiamiento.

*Figura 30: Gasto por Esquemas de Financiamiento como % del Gasto Corriente en Salud. El Salvador, Años 2000 y 2016*



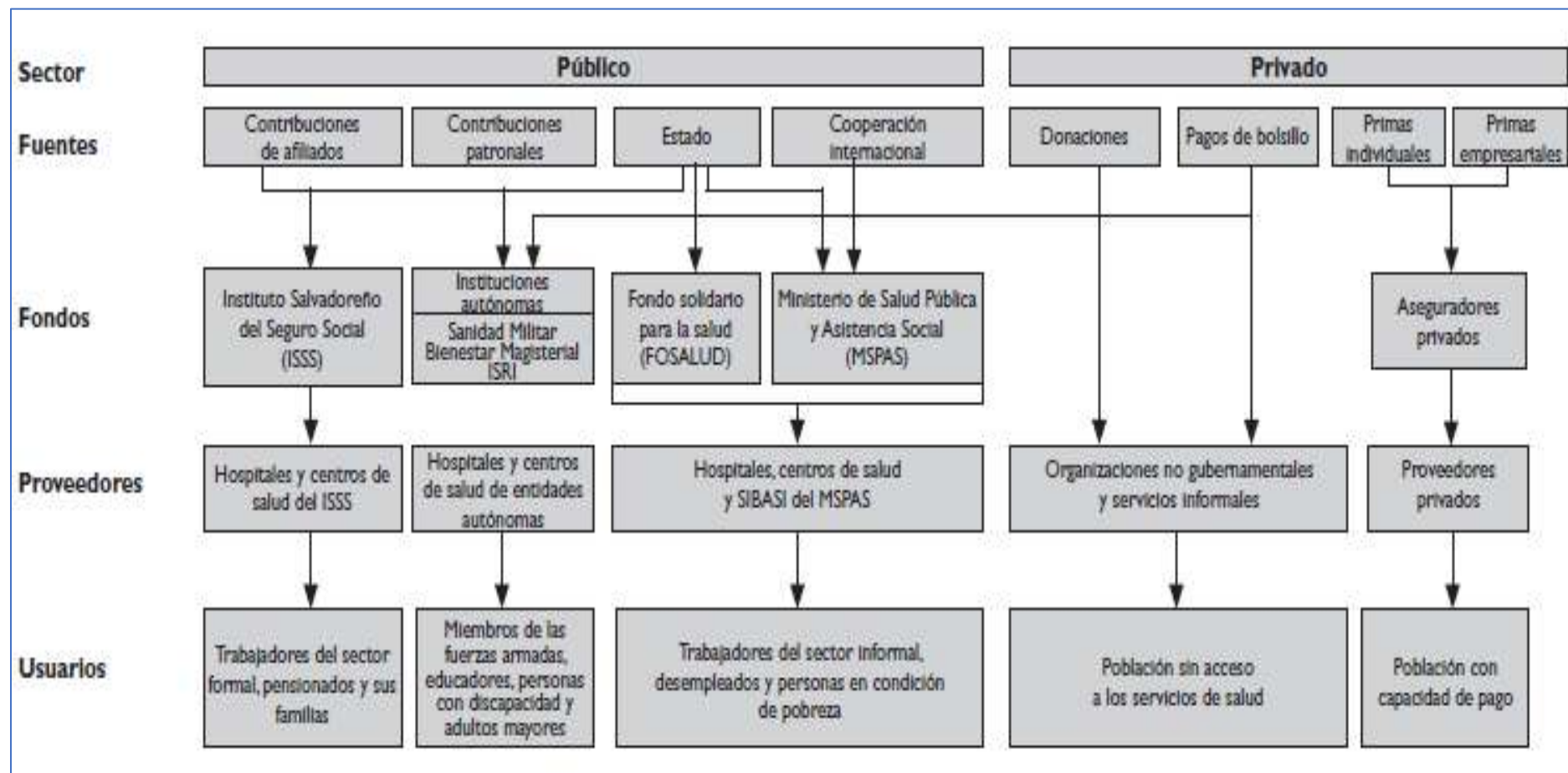
Fuente: OMS (2019a)

Los respectivos porcentajes de cobertura no han variado demasiado desde antes de la reforma. Así, el ISSS tiene afiliada aproximadamente un 24% de la población, las instituciones autónomas alrededor de un 2% y el MINSAL el 74-75% restante (BID, 2018)

En términos de prestaciones a las que los usuarios/as tienen derecho, no existe un paquete de beneficios definido.



Figura 31: Estructura del Sistema de Salud del Salvador



Fuente: Acosta et al (2011).

#### 8.4 EL MODELO ACTUAL DE APS

El Salvador reformó su modelo de atención siguiendo los principios de Alma-Ata de manera apegada, particularmente en sus pilares básicos de participación social, organización comunitaria, trabajo intersectorial y búsqueda constante de la equidad (MINSAL 2019).

Los intentos por implementar la estrategia de APS empezaron en El Salvador en la década de los '80, con el desarrollo de algunas experiencias de base comunitaria que no lograron consolidarse como política pública de alcance nacional. Estas experiencias surgieron como respuesta a la incapacidad del Estado para prestar servicios sanitarios básicos en algunas zonas durante el conflicto armado que tuvo lugar entre 1980 y 1992. Destaca el caso de Guarjila, una comunidad donde sus habitantes fueron capaces de crear un sistema autónomo que, a través de la promoción, prevención y educación para la salud, obtuvo mejores resultados que el promedio nacional en términos de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de transmisión sexual (Dubón et al, 2017)

Hacia mediados de los noventa, una vez terminado el conflicto armado y siguiendo las tendencias regionales, se impulsaron una serie de medidas encaminadas hacia la privatización del ISSS, que encontraron fuertes resistencias tanto en los gremios profesionales como en la sociedad civil. Los movimientos sociales lograron detener estas medidas y que se conformara el Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS), una entidad encargada de formular una reforma del sector con la participación de diferentes entidades públicas y privadas (Hernández, 2018).

El CRSS elaboró una primera propuesta de reforma en el año 2000, pero no encontró el respaldo suficiente de las clases políticas ni de los movimientos sociales para su implementación. Finalmente, después de varios años de discusiones, se inició la reforma del sector en el año 2009 (*ibid.*).

La reforma se fundamenta en la implementación de un modelo de atención basado en la estrategia de APS. En secciones anteriores ya se han destacado algunos de sus elementos clave, como la eliminación de copagos en los puntos de atención, la estructura de las redes de prestación en RISS, el fomento de la intersectorialidad o el papel asignado a los determinantes sociales.

En términos de fortalecimiento del primer nivel de atención, el Modelo de Atención Integral en Salud lo define como el punto de entrada al sistema y el elemento facilitador de la continuidad asistencial, a través de un sistema de referencia y retorno (BID, 2018).

Dicha reforma trajo aparejado un incremento significativo en la dotación de recursos humanos e infraestructura para la prestación de servicios en el primer nivel, especialmente en los municipios de mayor pobreza y con sectores de población históricamente desatendidos (OPS & MINSAL, 2013).

En términos de infraestructura, se pasó de 337 establecimientos en el año 2009 a 752 en 2017, más que doblando la cantidad (MINSAL 2019).

Sin embargo, la “piedra angular” de la reforma es el personal de salud, que se organiza a través de los ECOS-F y los ECOS-E. Entre 2010 y 2018, se conformaron y desplegaron 576 equipos comunitarios en 186 municipios, 537 de salud familiar y 39 especializados (MINSAL 2018).

Los equipos de salud familiar están conformados por un médico, enfermera, auxiliar de enfermería, tres promotores de salud y un polivalente, mientras que los especializados están formados por médicos especializados como internistas, gineco-obstetras o pediatras (MINSAL 2019).

Cada ECOS-F atiende a un promedio de 600 familias en el área rural y 1.800 en el área urbana, a partir de un mapa y de un perfil de salud de cada familia atendida. De acuerdo con los lineamientos de los ECOS, el médico y la enfermera deben brindar consulta en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) tres días a la semana y realizar visitas a domicilio los dos días restantes, siempre garantizando la presencia del médico o la enfermera en la Unidad. En las pautas de los ECOS se establece un plan de seguimiento para individuos según su edad y perfil de riesgo, tomando en cuenta condiciones específicas como el embarazo o padecimiento de enfermedades crónicas, el entorno físico de la vivienda y el acceso a servicios (BID, 2018).

Los ECOS-E, que también están vinculados a una UCSF, atienden a un promedio de 6.000 familias en áreas rurales y 8.000 familias en áreas urbanas

Esto ha implicado la contratación de cerca de 7,000 trabajadores de salud y la reorientación, tanto funcional como geográfica, de los que ya formaban parte del sistema. Por un lado, se han movilizado recursos hacia el primer nivel. En 2012, sólo 3 años después de la entrada en vigor de la reforma, ya se había alcanzado en todos los departamentos excepto 2 la meta de ubicar al menos el 40% de médicos en el primer nivel (OPS & MINSAL, 2013). Por otro lado, este recurso se ha desplazado hacia departamentos históricamente infradotados (MINSAL 2019).

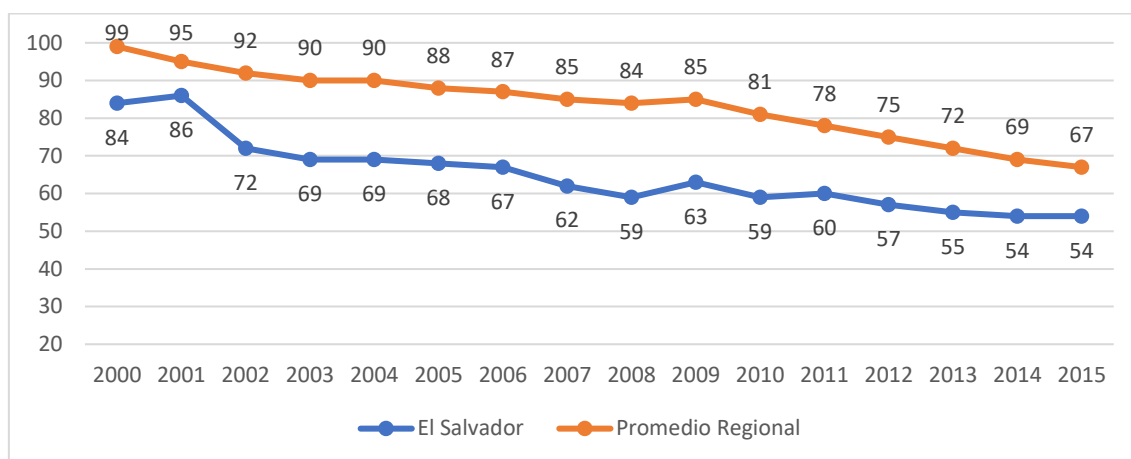
## 8.5 DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

### 8.5.1 Resultados de Salud

Según el Índice que se presenta en la **Tabla 6**: Índice de Desempeño, se puede observar que El Salvador es el quinto país, sobre el total de veintidós países analizados, con mejor desempeño del sistema de salud de la Región. Poniendo el foco sólo en el componente de resultados de salud, el país ocupa la sexta posición del ranking, y es el tercer mejor situado de los cinco países analizados en el presente documento.

En referencia a la mortalidad materna, el país ha conseguido reducirla desde principios de siglo aproximadamente un 35%, pasando de una razón de 84 muertes por 100,000 nacidos vivos en el año 2000 a 54 defunciones en 2015. Esta reducción no ha sido lineal, sino que, como se puede ver en el siguiente gráfico, ha tenido algunos picos durante el periodo, siendo el más destacado en el año 2009. Respecto al promedio regional, siempre se ha mantenido por debajo, oscilando entre un valor cercano al 90% del promedio a principios de siglo y un valor del 70% en 2008, año en que las diferencias fueron mayores. En 2015 se situaba alrededor del 80%.

Figura 32: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. El Salvador. Años 2000-2015

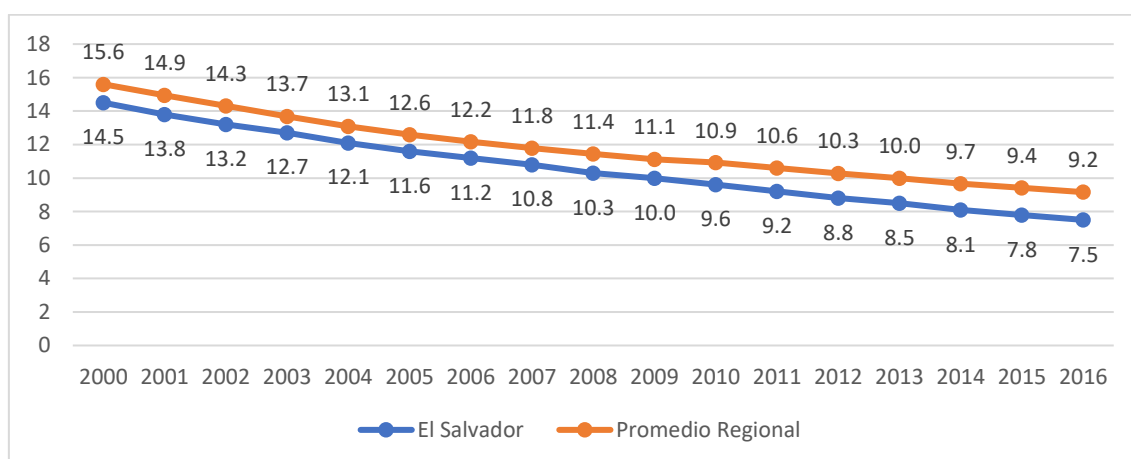


Fuente: Banco Mundial (2019)

En cuanto a mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años, El Salvador ha presentado también una tendencia hacia su reducción durante el periodo 2000-2016. En los tres casos, la magnitud de la reducción se sitúa en cifras muy cercanas al 50%. En el caso de la mortalidad neonatal, pasa de 14.5 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos en el año 2000 a 7.5 en 2016. La mortalidad infantil transita de 26.9 muertes por 1,000 nacidos vivos a 12.9, mientras que la mortalidad en menores de 5 años disminuye de 32.5 a 15 defunciones por 1,000 nacidos vivos.

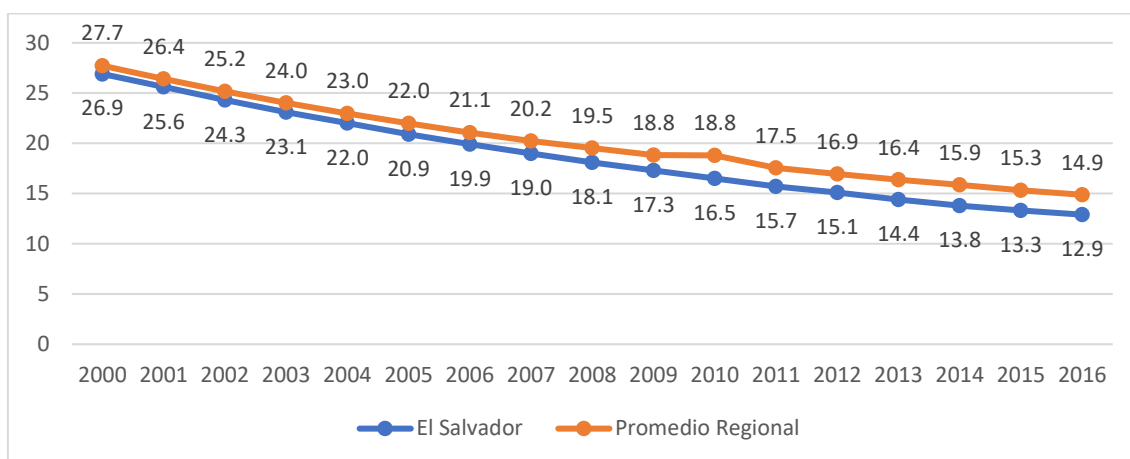
En los tres indicadores, El Salvador ha logrado reducir sus valores a una velocidad mayor que el promedio regional. Así, mientras que para principios de siglo las cifras prácticamente convergían, en la actualidad el país puede reportar valores entre un 15 y un 20% inferiores al promedio.

Figura 33: Evolución de la Razón de Mortalidad Neonatal. El Salvador. Años 2000-2016



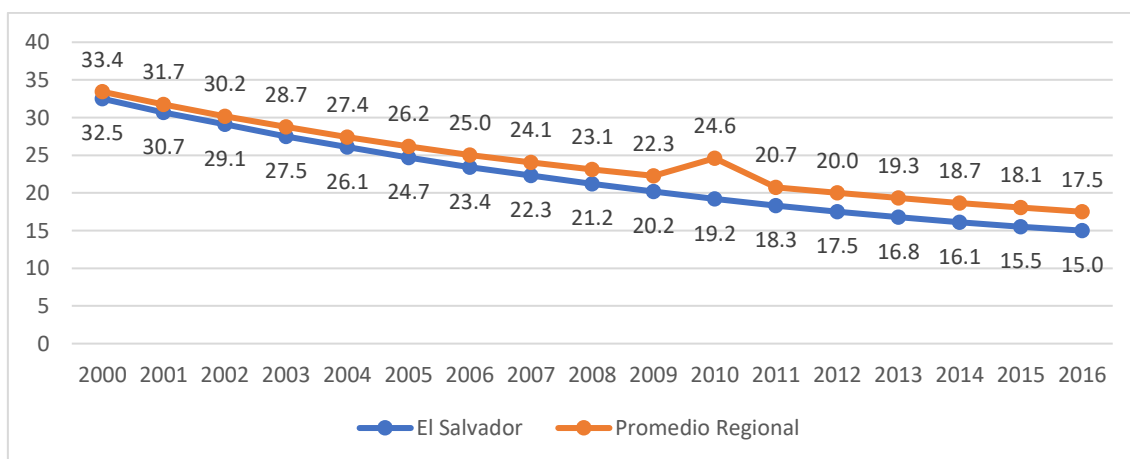
Fuente: Banco Mundial (2019)

Figura 34: Evolución de la Razón de Mortalidad Infantil. El Salvador. Años 2000-2016



Fuente: Banco Mundial (2019)

Figura 35: Evolución de la Razón de Mortalidad en Menores de 5 Años. El Salvador. Años 2000-2016

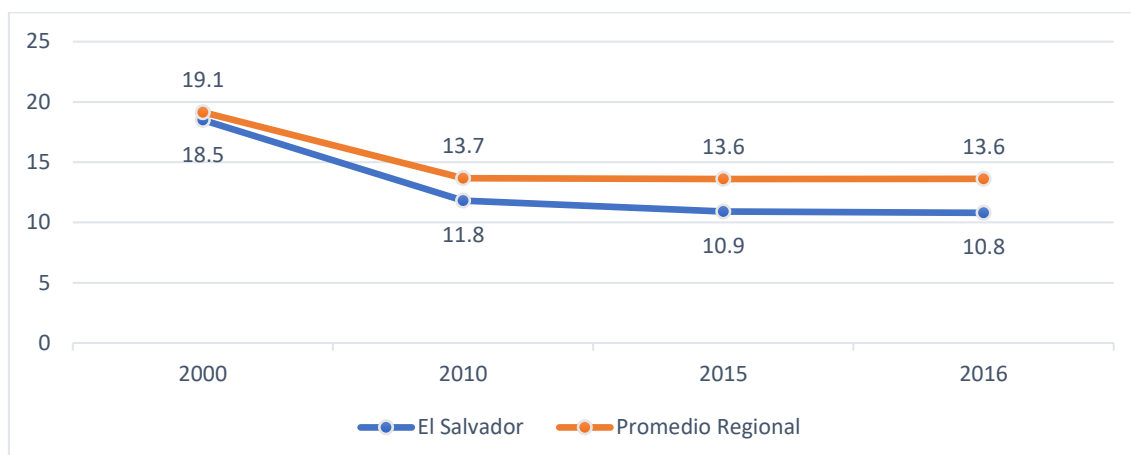


Fuente: Banco Mundial (2019)

En términos de mortalidad por enfermedades transmisibles y aspectos nutricionales, de la maternidad o el periodo perinatal sobre el total de mortalidad, El Salvador también ha experimentado una mejora durante el periodo. La disminución es superior a un 40%, toda vez que estas condiciones han pasado de representar el 18.5% de la mortalidad en el año 2000 a ser responsables del 10.8% en 2016.

A lo largo de los tres lustros, se puede observar como El Salvador ha logrado reducir la letalidad de estas enfermedades de manera más rápida que el promedio regional. Así, en el año 2000 apenas había diferencias, mientras que en 2016 el valor salvadoreño no llega ni al 80% del promedio.

Figura 36: Evolución de la Mortalidad por Enfermedades Transmisibles sobre el total de Mortalidad. El Salvador. Años 2000-2016

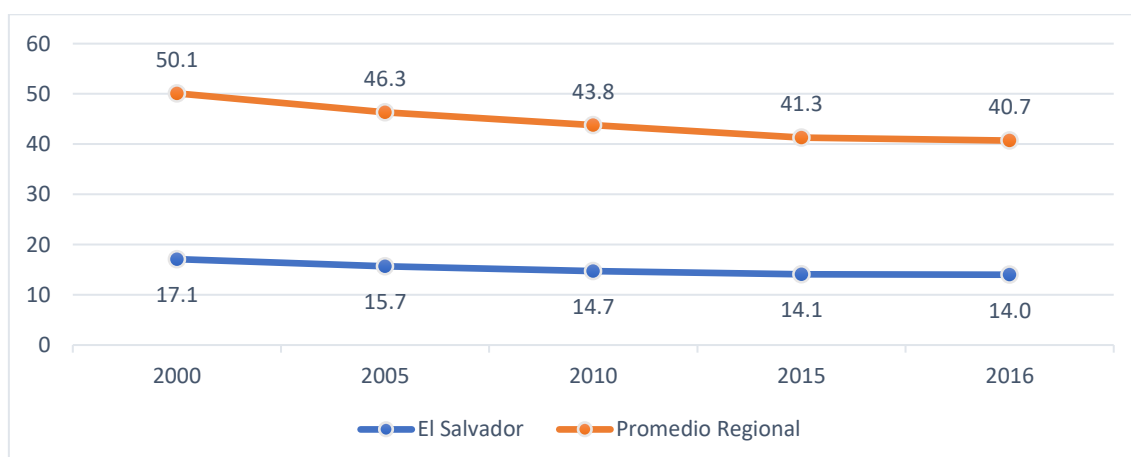


Fuente: Banco Mundial (2019)

Por último, se analiza la probabilidad de morir para la población entre 30 y 70 años por las 4 principales causas relacionadas con enfermedades no transmisibles: accidentes cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. En este sentido, El Salvador reporta una disminución algo menor al 20% durante el periodo, transitando de una probabilidad del 17.1 en el año 2000 a 14.0 en 2016.

El Salvador ha sido capaz de mantener durante todo el periodo las cifras oscilando alrededor del 35% del promedio regional.

Figura 37: Evolución de la Probabilidad de morir de la Población 30-70 años por 4 ECNT. El Salvador. Años 2000-2016



Fuente: OMS (2019b)

### 8.5.2 Protección Financiera

En lo que respecta a la protección financiera, se ha visto previamente que la proporción del gasto de bolsillo se ha reducido sustancialmente entre 2000 y 2016, a la vez que aumentaban los fondos correspondientes a los esquemas obligatorios. También hemos visto que se han eliminado los pagos por parte de los usuarios en los puntos de utilización de servicios públicos. Asimismo, que se ha racionalizado la provisión de medicamentos para la población, los cuales, generalmente, representan una alta proporción del gasto de bolsillo en la mayoría de los países. No tenemos información sobre la prevalencia del gasto catastrófico y empobrecedor ni de la carga financiera que implica el gasto en salud para las familias. No obstante, los indicadores señalados parecen apuntar a una mejoría en la protección financiera después de la reforma.

## 8.6 CONCLUSIONES

El Salvador fue de los países que inició la reforma de su sistema de salud de manera más tardía. Esta reforma, iniciada hace 10 años, parte de la concepción que la salud es un derecho humano fundamental y debe ser garantizado por el Estado, a partir de un enfoque participativo, colectivo y democrático. El principal instrumento reformador fue la introducción de un modelo de atención que sigue las directrices plasmadas en Alma-Ata de manera fehaciente.

Esto ha traído consigo un fortalecimiento explícito del primer nivel de atención, que en los últimos 10 años ha más que doblado su planta de recursos físicos y ha incrementado en 7000 unidades la dotación de recursos humanos. Gracias a lo anterior, en 2017 el primer nivel de atención fue capaz de absorber un 62% de la demanda en el sector público no afiliado y un 74% en el ISSS.

En términos de desempeño del sistema, y en especial del estado de salud de la población, El Salvador ha logrado mejorar los seis indicadores analizados y, además, hacerlo a un ritmo más rápido que el promedio regional. Cabe destacar en este punto las discrepancias entre los datos encontrados en las bases de alcance internacional y los reportados por las autoridades nacionales. Como ejemplo, sirva que el MINSAL reportó una razón de mortalidad materna de 42.3 por 100,000 nacidos vivos en 2015 (y 27.4 en 2016), un valor casi una cuarta parte inferior al estimado por el Banco Mundial (MINSAL, 2017).

Dejando de lado estas discrepancias, sí parece claro que los avances en el estado de salud de la población salvadoreña responden en mayor medida a aspectos de organización del sistema que a elementos contextuales. Para poner las cifras en contexto, El Salvador presenta tasas de mortalidad materna y neonatal muy similares a las argentinas con un PIB per cápita (ajustado por PPA) y con un gasto en salud per cápita que no alcanzan ni el 40% del nivel argentino.

Si se compara con República Dominicana, la evidencia es incluso más llamativa. El Salvador gasta en salud una tercera parte menos, pero su razón de mortalidad materna es un 40% más baja que la dominicana, la mortalidad neonatal cerca de un 65% inferior y la infantil se sitúa en el 50%.

Por todo lo anterior, el Salvador aparece como un país del que se pueden extraer conclusiones interesantes. Los mecanismos más destacados de la reforma y el sistema de salud salvadoreño actual se resumen a continuación (Hernández, 2018):

- Establecimiento de la gratuidad y ampliación de la cobertura en el primer nivel en toda la población asegurada
- La reconfiguración del modelo de gestión hacia las RISS ha permitido la reorganización de los servicios y la redefinición de las competencias de los hospitales de segundo y tercer nivel. Las RISS gestionan los cuidados apropiados de los pacientes desde la puerta de entrada en el PNA hacia los hospitales de mayor complejidad e incrementan la efectividad de las estrategias del enfoque territorial y el registro, evaluación y seguimiento individual de toda la población asignada.
- El impulso a la promoción de la salud: la promoción de los estilos de vida saludables, la intersectorialidad y la participación ciudadana son elementos clave que se desarrollan desde la programación anual de actividades hasta la formulación de políticas.
- Un incremento sostenido del financiamiento a la salud
- Transformación del sector salud se enmarca en una transformación del país más amplia. La reducción de la pobreza y la desigualdad tienen también impacto en términos de resultados de salud



## 9 URUGUAY

### 9.1 PERFIL DEL PAÍS

Uruguay es un país situado en la parte oriental del Cono Sur americano. Su superficie territorial se extiende 176,215 km<sup>2</sup>, y en el año 2017 estaba habitada por aproximadamente 3,5 millones de personas (BM, 2019).

En ese mismo año, Uruguay registró un PIB per cápita de US\$ 16,246, que asciende hasta los US\$ 20,551 cuando se ajusta por paridad del poder adquisitivo, cifra que multiplica por más de 1.4 el promedio regional, que es de US\$ 14,412. Acorde al coeficiente de Gini, que ascendió a 39.7 en el año 2016, la distribución del ingreso en Uruguay es la más equitativa de la Región. En términos de pobreza monetaria, el porcentaje de población viviendo con menos de US\$ 3.20 diarios es prácticamente inexistente, de 0.5% el año 2016 (*ibid*).

Desde principios del siglo XXI, la esperanza de vida al nacer de la población uruguaya ha incrementado prácticamente 3 años, situándose en 77.5 años en 2016. Sin embargo, las diferencias por sexo han permanecido prácticamente invariables alrededor de los 7 años, siendo de 73.9 años para la población masculina y de 80.9 años para la femenina en 2016 (*ibid.*). Cuando se ajusta esta variable por morbilidad, resulta en una esperanza de vida saludable general de 68.8 años en 2016, observando también diferencias por sexo, aunque menores en este caso, ya que se sitúa sobre los 65.8 años para la población masculina y los 71.2 años para la femenina (OMS, 2019b).

El Índice de Desarrollo Humano, que combina la esperanza de vida al nacer con variables relacionadas con el nivel educativo y el nivel de ingresos, alcanzó una valoración de 0.804 en 2017, situando al país en la tercera posición sobre el total de 22 países analizados, sólo por detrás de Chile y Argentina (PNUD, 2019).

Por otro lado, el Índice de Capital Humano mide cuánto invierten los países en sus generaciones más jóvenes y se calcula a través del estudio de la cantidad y calidad de la educación ofrecida, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, la tasa de retraso en el crecimiento entre los jóvenes y la tasa de “supervivencia adulta”, que pondera la posibilidad que alguien al cumplir los 15 años pueda vivir hasta los 60. En 2017, el valor para Uruguay fue de 0.60, situándolo en el quinto lugar de los veinte países de la Región para los cuales se dispone de información (BM, 2019).

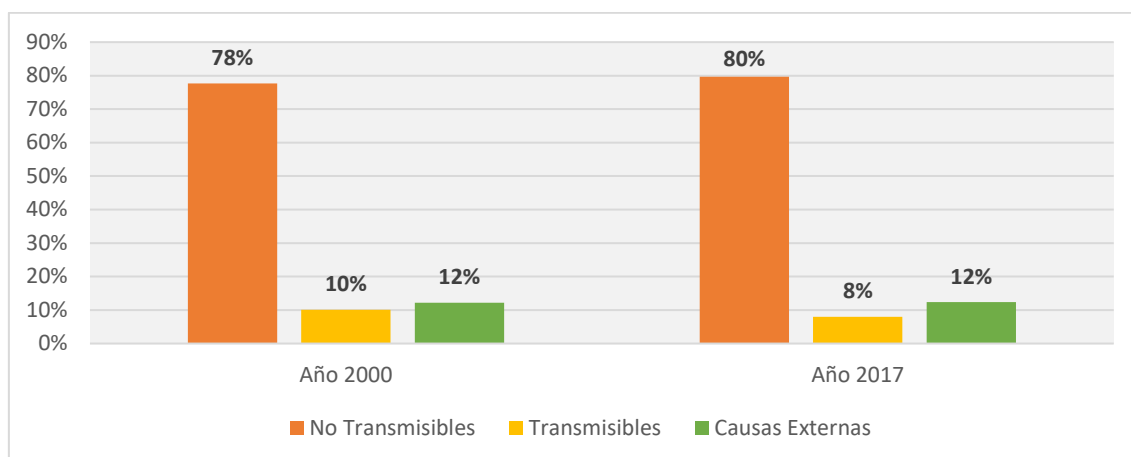
La magnitud de la carga de enfermedad en Uruguay ha permanecido prácticamente invariable durante el periodo 2000- 2017. La misma pasó de 31,050 AVAD por 100,000 habitantes (IC 34,268- 28,287) en el año 2000 a 29,759 en 2017, reducción estadísticamente no significativa (IHME, 2019).

En este caso, la invariabilidad se explicaría por una tendencia estable en la evolución de cada uno de los tres grandes grupos de causas, lo que parece sugerir que Uruguay realizó su evolución demográfica y epidemiológica durante el s. XX, antes del periodo de análisis.

Así, la población uruguaya sufrió una pérdida de 24,118 AVAD por 100,000 (IC 26,853- 21,749) por enfermedades crónicas no transmisibles en el año 2000, que disminuyó hasta los 23,709 en 2017. En la misma línea, la carga de enfermedad por causas externas pasó de 3,794 AVAD por 100,000 (IC 4,143- 3,509) en el año 2000 a 3,684 en 2017 (*ibid.*). Estas disminuciones, además de relativamente pequeñas, son estadísticamente no significativas.

El único grupo de causas cuya modificación fue estadísticamente significativa fue el de las enfermedades transmisibles, que se redujo aproximadamente un 25%, evolucionando de 3,138 AVAD por 100,000 habitantes (IC 3,456- 2,875) a 2,365 en 2017 (*ibid.*).

Figura 38: AVAD por 3 Grandes Grupos de Causas sobre el total. Uruguay. Años 2000 y 2017



Fuente: IHME (2019)

## 9.2 ANTECEDENTES

Uruguay no inició la reforma de su sistema de salud hasta inicios del s. XXI. El propósito fundamental de ésta fue articular los subsectores público y privado, que hasta esa fecha habían seguido caminos diferenciados.

Por un lado, el subsector público se podría afirmar que “nace” en 1934 con la aprobación de la Ley Orgánica de Salud Pública, que crea al Ministerio de Salud Pública (MSP). Más adelante, durante la década de los '40, se pusieron en marcha algunas iniciativas para el control de epidemias y enfermedades infecciosas, como la vigilancia epidemiológica, el control de vectores, la aplicación de antibióticos y la extensión de campañas de vacunación (MSP, 2010).

En 1953 abre el Hospital de Clínicas, de la Universidad de la República, y hacia finales de los setenta el Hospital Policial, dos de los establecimientos públicos de mayor importancia en el país todavía hoy. Así se empezó a fortalecer el enfoque de una medicina asistencial y curativa, con el hospital en el centro de la acción médica (*ibid.*).

También en la órbita pública, en 1979 se crea el Fondo Nacional de Recursos (FNR), garante del acceso a las prestaciones de alto costo y complejidad. Para ello, debía crear y financiar a los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Por último, en 1987 se crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), organismo público responsable de administrar los establecimientos de atención a la salud pertenecientes al MSP, en los cuales se asistía la población de menores recursos que no podía afrontar el pago de la atención de su salud (*ibid.*).

Por otro lado, el subsector privado se empezó a desarrollar a fines del s. XIX con asociaciones de ayuda mutua de los distintos grupos de inmigrantes residentes en el país, una especie de cooperativas de salud que fungían como aseguradoras y prestadoras de servicios para estos grupos. Más tarde, en 1957, se conformó un establecimiento hospitalario privado de importancia, el Hospital Británico, reforzando el enfoque biomédico del sistema (Ríos, 2013).

A partir de los años 70 se expandieron estas instituciones aseguradoras y prestadoras con el objeto de cubrir las brechas de los servicios estatales. Estas fueron las precursoras de las actuales Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) (*ibid.*).

Así, se llega a inicios de siglo XXI con la coexistencia de dos subsistemas con un grado de articulación muy bajo, lo que planteaba serios retos en términos de equidad financiera, universalización de la cobertura y posibilidad de transformación del modelo de atención hacia un enfoque menos curativo y más acorde a las nuevas necesidades de la población, definidas por la transición epidemiológica y demográfica (*ibid.*).

Lo anterior se agudizó por la crisis financiera que sufrió el país en los años 2002-2003, ya que el subsistema público, que arrastraba un déficit de inversiones, debía cubrir a cada vez más gente (aquellos que habían perdido el empleo y los que ya no podían adquirir servicios en el subsector privado) mientras que el subsector privado se había especializado mucho, pero recibía cada vez menos recursos, llevando incluso al cierre de algunas compañías (*ibid.*).

Finalmente, en 2005 se inició un proceso de reforma profunda del sector salud, incluyendo sus bases jurídicas, económicas y sociales. Dicho proceso culminó con la promulgación de la Ley 18211 en diciembre de 2007, por la cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

La articulación entre los subsistemas se debía lograr promoviendo la complementación asistencial mediante el intercambio de tecnología, conocimientos y recursos humanos, fijando obligaciones y metas prestacionales comunes para ambos subsectores, estableciendo un mecanismo de financiación único y un solo fondo para las prestaciones de medicina especializada (*ibid.*)

### 9.3 ESTRUCTURA ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD

La estructura actual del sistema de salud uruguayo se presenta en la **Figura 41**: Estructura del Sistema de Salud de Uruguay. Se caracteriza por tratarse de un sistema basado en cobertura contributiva, con un pagador único. El análisis individualizado de cada una de sus funciones se desarrolla a continuación.

#### 9.3.1 Rectoría

El rector principal del sistema es el Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento de la Ley Orgánica que insta a su creación y la Ley 18221.

Antes de la reforma del 2007, el MSP ejercía el doble rol de rector y prestador de servicios, lo que ponía serias dificultades a su ejercicio como autoridad sanitaria. La descentralización de la ASSE, mediante la Ley 18161 de 2007, generó el contexto necesario para que el Ministerio pudiera centrar sus esfuerzos a orientar, fiscalizar y ordenar el sistema de salud.

Entre sus funciones actuales destacan la elaboración de las políticas y normas que deben regir la organización y funcionamiento del SNIS, el registro y habilitación de los prestadores de servicios, el diseño y aprobación de los paquetes de prestaciones que los usuarios tienen derecho a recibir, la actualización del Sistema Nacional de Información y Vigilancia en Salud, la regulación de medicamentos y tecnología médica y la promoción de la investigación (*ibid.*).

Parte de las atribuciones de la función rectora el MSP las desarrolla a través de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado encargado de la gestión administrativa del SNIS. Su cometido es garantizar que se cumplan las obligaciones asumidas por los prestadores públicos y privados con el MSP, dando seguimiento a los contratos de gestión donde se establecen las intervenciones a prestar, las metas asistenciales y los mecanismos de pago (Sollazo & Berterreche, 2011).

Uruguay posee un sistema de evaluación de tecnologías que es decisivo para las compras de medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos, y que se utiliza siempre en el sector público (ODCE, 2019).

En referencia a los servicios de salud colectiva, la rectoría de las actividades promocionales y preventivas y de áreas como la salud laboral y ambiental son también responsabilidad del MSP. Para fortalecer su presencia en el territorio, el MSP fomentó la creación de Juntas Locales y Departamentales de Salud, que ejecutan acciones como la detección precoz de patologías vinculadas a la salud mental, el fomento de intervenciones intersectoriales, la prevención de la violencia de género, el embarazo adolescente y el consumo problemático de sustancias y la difusión de los derechos de los usuarios, entre otras (OPS, 2018b).

Posee legislación para garantizar la seguridad y para proteger los derechos de los usuarios, incluyendo una legislación sobre bioética, todo lo cual es supervisado por el MSP. (OCDE, 2019).

Uno de los mejores ejemplos para reflejar los esfuerzos en el impulso de la intersectorialidad y la lucha contra el consumo de sustancias nocivas es la estrategia de control del tabaco. Uruguay ha sido un país pionero en la Región en lo que respecta a la implementación de medidas antitabaco, como la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados y lugares de trabajo. El resultado ha sido una disminución progresiva del consumo en mayores de 15 años. En la misma línea, el país también destaca por el diseño de iniciativas orientadas a la reducción del consumo de sodio y grasas trans (Amaro, 2019).

### **9.3.2 Prestación de Servicios Individuales**

El principal prestador público es la ASSE, que cuenta con una red asistencial con presencia en todo el territorio nacional. Se estima que cuenta con más de 400 unidades asistenciales, aproximadamente 60 de las cuales son hospitales que atienden los casos de mediana y alta complejidad y el resto son establecimientos de primer nivel: policlínicas barriales y rurales, consultorios médicos y centros de salud (Ríos, 2013).

También en la esfera del subsector público, los cuerpos policiales y de las fuerzas armadas tienen sus propios prestadores dependientes del Ministerio del Interior y de Defensa, respectivamente. Ambos tienen un hospital de referencia en la capital Montevideo y contratan servicios con ASSE

o el subsector privado para cubrir aquellas zonas del territorio donde no tienen servicios propios (Aran & Laca, 2011)

Por último, el Banco de Previsión Social (BPS), a pesar de fungir como el órgano encargado de gestionar el sistema de seguridad social y tener un rol recaudador y articulador del aseguramiento, también presta servicios relacionados con la salud materno-infantil y las malformaciones congénitas. Para ello cuenta con un sanatorio obstétrico perinatólogo de referencia nacional y cinco centros materno-infantiles (*ibid.*).

Dentro del subsector privado, los prestadores principales son las IAMC, que agrupan las históricas mutuales de inmigrantes. Actualmente, la mayoría son cooperativas médicas y no tienen afán de lucro. Es importante destacar que tienen un doble rol, asegurador y prestador, y que están sometidas a una fuerte regulación del Estado. Se estima que existen aproximadamente 40 IAMC operando en el país, con infraestructura propia en los tres niveles de atención, una canasta de prestaciones amplia y recursos humanos cualificados (*ibid.*).

En este subsector también se encuentran, por un lado, la mayoría de los IMAE, que prestan servicios de alta complejidad financiados por el FNR, como cirugía cardíaca, trasplantes o diálisis y, por otro, el conjunto de consultorios, clínica y hospitales privados que venden servicios a la población con capacidad de pago y a los seguros privados (*ibid.*).

En la actualidad, aproximadamente el 39% de la población usa los servicios proporcionados por los establecimientos públicos de la ASSE, un 58% prefiere atenderse en una IAMC y alrededor de un 3% opta por clínicas y hospitales privados no vinculados al SNIS (MSP, 2019).

La forma de pago en el primer nivel de atención combina los presupuestos globales con la capitación, incluyendo elementos de gestión de riesgo por sexo y por edad en esta última. En el caso de los hospitales públicos los pagos se realizan mediante presupuestos por partidas. Existen incentivos al desempeño, tanto para los médicos de primer nivel como para los especialistas (OCDE, 2019).

En relación con los recursos disponibles, Uruguay disponía en 2014 de 1.2 centros de salud y 17.6 puestos de salud por cada 100,000 habitantes (OMS 2019b). Para la prestación de servicios hospitalarios, existía en el mismo año una ratio de 2,8 camas hospitalarias por 1,000 habitantes, cifra ligeramente superior al promedio regional, de 2,4 ese mismo año (BM, 2019).

Referente a los recursos humanos, en el año 2017 Uruguay contaba con 5 médicos y con 1.9 enfermeras por cada 1,000 habitantes, cifras que muestran una situación curiosa cuando se compara con el promedio regional, que, como ya se ha visto, asciende a 2.2 médicos y 4,6 enfermeras por 1,000 habitantes. Así, el país más que duplica la disponibilidad de médicos respecto al agregado regional, pero, al mismo tiempo, no llega ni a la mitad en términos de disponibilidad de personal de enfermería (OPS, 2018a).

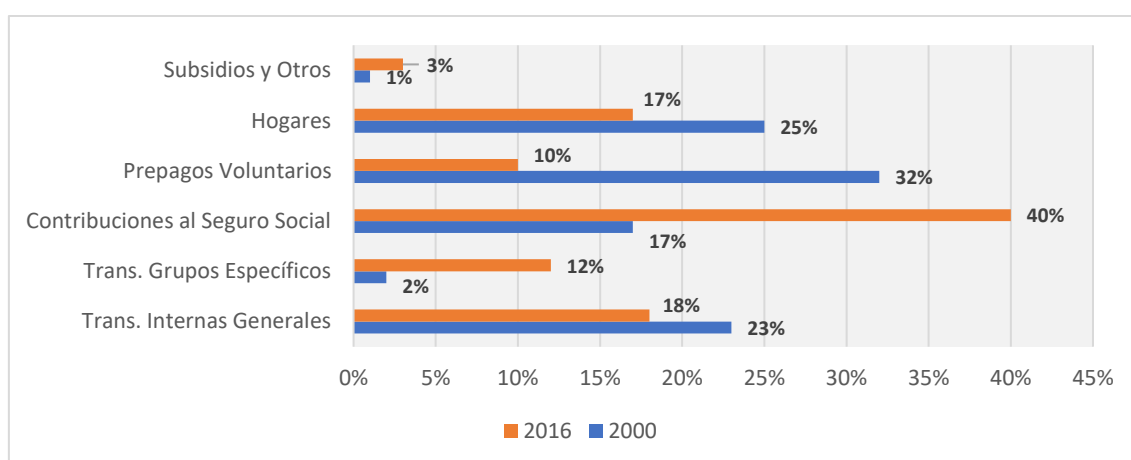
### 9.3.3 Financiamiento

En términos de movilización de recursos, la principal fuente de financiamiento del gasto en salud en Uruguay son las contribuciones a la seguridad social, que representaban el 40% en el año 2016,

seguidas de las transferencias gubernamentales – un 12% para contribuir al seguro social financiando grupos específicos de la población y un 18% para financiar al Ministerio de Salud Pública en sus funciones de rectoría y provisión de servicios de salud colectivos. En ese año los hogares financiaron el 17% con gasto de bolsillo y un 10% en prepagos voluntarios (OMS, 2019a).

La Figura 39 muestra un cambio importante en la estructura del financiamiento, sobre todo por el aumento sustancial de las coberturas al seguro social, lo cual se tradujo en reducciones en la compra de seguros prepagados, así como gasto de bolsillo.

Figura 39: Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud. Uruguay, 2000- 2016



Fuente: OMS (2019a)

El seguro social se financia con los aportes de los empleados y empleadores del sector formal, público y privado, que recauda el BPS. Los trabajadores deben contribuir entre un 3% y un 8% de su salario mensual, mientras que el empleador tiene una cuota fija del 5% del salario del trabajador. En aquellos casos donde la suma de las cuotas patronal y del empleado no alcanza a financiar la cuota promedio, el Estado aporta para cubrir la brecha. Los jubilados deben también aportar entre un 3% y un 6% de su pensión (ISAGS, 2014).

Los fondos que aportan los trabajadores y sus empleadores se mancomunan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es un fondo único, público y obligatorio para toda la población uruguaya. FONASA transfiere mensualmente a los prestadores una “cuota salud”, que es un pago capitado ajustado por riesgo y que toma en cuenta las metas asistenciales establecidas en los contratos de gestión con el MSP.

FONASA también transfiere al FNR, organismo que actúa como un seguro de cobertura universal para patologías que exigen prestaciones de medicina altamente especializada brindadas en los IMAE. Entre las funciones del FNR está la determinación de la elegibilidad de los usuarios para acceder a estas prestaciones, la negociación tarifaria con los IMAE y su habilitación (*ibid.*).

Todos los trabajadores del sector formal tienen derecho a elegir al prestador de su preferencia, que puede ser público (de la red de ASSE, opción que antes de la reforma no existía) o privado

(una IAMC), para que les cubra a él y su núcleo familiar compuesto por los hijos menores de 18 años, hijos discapacitados de cualquier edad y cónyuges. La articulación de esta afiliación es responsabilidad del BPS. Las personas que no están en el sector formal de la economía se pueden atender en los centros públicos gestionados por la ASSE (*ibid.*).

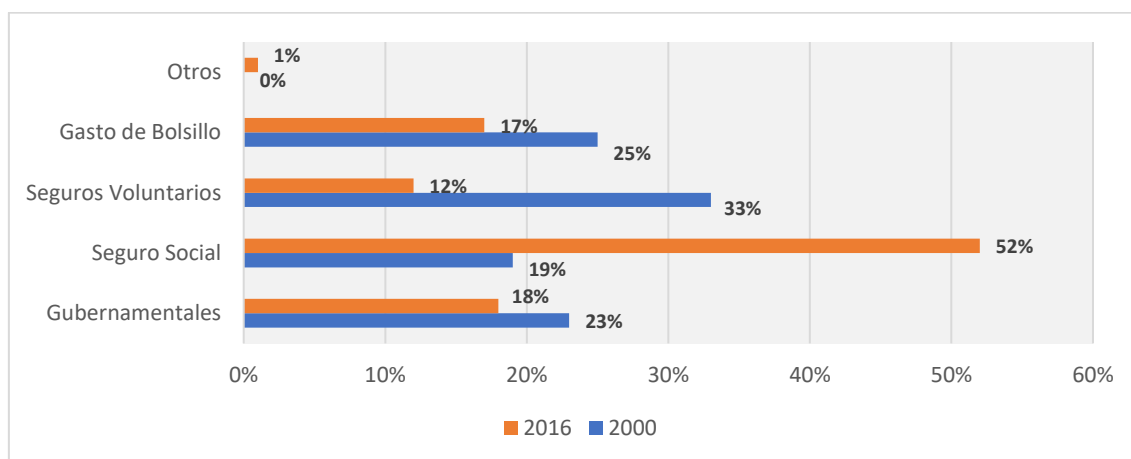
Además de los ingresos que reciben de FONASA en base a los usuarios que los han elegido, los prestadores tienen otras fuentes de financiamiento. Por un lado, los establecimientos públicos de la ASSE reciben rentas obtenidas vía impuestos con cargo al presupuesto del Estado, para poder cubrir los costos de la atención de todas aquellas personas que no están en el sector formal y que tienen derecho a atenderse. Por otro lado, los prestadores privados pueden aplicar ciertos copagos vinculados a la compra de medicamentos, la realización de algunos exámenes diagnósticos y algunas intervenciones específicas (*ibid.*).

Uno de los elementos distintivos del sistema uruguayo es que la función de mancomunación de recursos (o aseguramiento), tanto en el subsector público como en el privado, recae normalmente sobre los mismos prestadores de servicios, con la existencia de muchos agentes que juegan este doble rol. Así, en Uruguay apenas existen compañías que actúen como intermediarios y se dediquen a la administración de riesgos en salud.

Para el año 2016, el gasto corriente en salud en Uruguay fue del 9.1% del PIB, alrededor de US\$1,960 por persona, cifra que doble al promedio regional (US\$ 985) y que se sitúa un 75% por encima del promedio de los cuatros países estudiados (US\$ 1,115). De estos, el gasto movilizado a través de esquemas obligatorios (usualmente denominados como gasto público) fue del 6.5% del PIB, alrededor de US\$1404 por persona. Esto es, el 70% del gasto corriente en 2016 fue movilizado a través de esquemas obligatorios, entre los que destacan el seguro social, con un 52%, y los esquemas gubernamentales, con un 18% (OMS, 2019a).

Esto implica un cambio importante con relación al año 2000, cuando los esquemas públicos representaban un 42% del gasto corriente total y el seguro social sólo un 19%. Como era de esperar, este cambio estructural se reflejó en la reducción del gasto movilizado por los hogares (gasto de bolsillo) y por los seguros privados, que pasaron del 25% del gasto corriente al 17% y del 33% al 12% entre los años 2000 y 2016, respectivamente.

Figura 40: Gasto en Salud por Esquema de Financiamiento. Uruguay, 2000- 2016



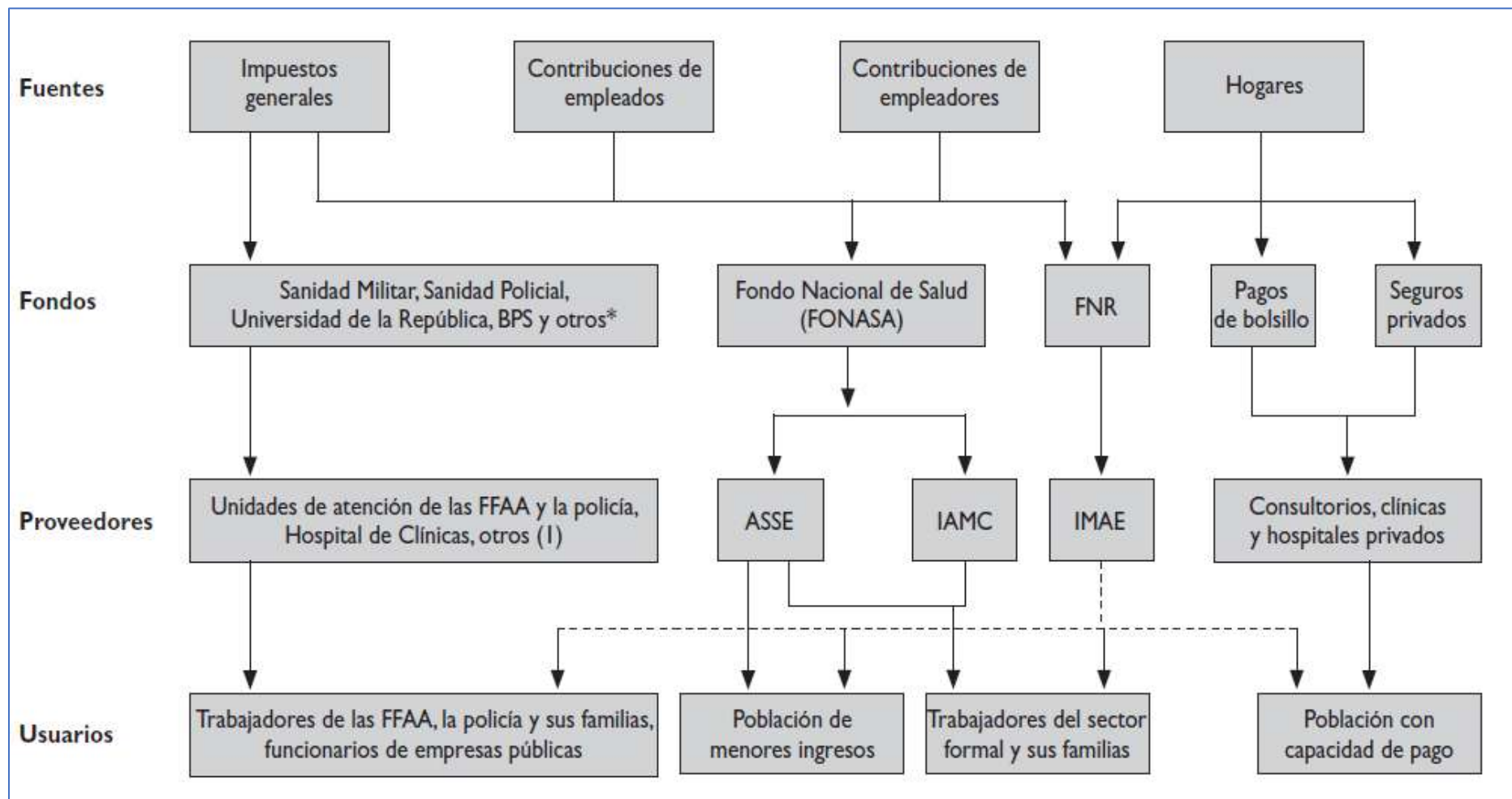
Fuente: OMS (2019a)

Gracias a este modelo, Uruguay ha logrado cubrir a la totalidad de su población dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, donde todas aquellas personas que residan en territorio uruguayo y se registren, de forma espontánea o a través de JUNASA, en algún prestador de salud tienen derecho a usar los servicios del SNIS (Aran & Laca, 2011).

En términos de prestaciones, todos los beneficiarios del SNIS tienen derecho a recibir los servicios incluidos en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), una canasta que incluye diversos servicios como la asistencia ambulatoria y hospitalaria convencional y en diversas especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas, asistencia de emergencia en medicina general, pediatría, cirugía y gineco-tocología y asistencia de urgencia domiciliaria en medicina general y pediatría (Oreggioni, 2012)



Figura 41: Estructura del Sistema de Salud de Uruguay



Fuente: Aran & Laca, 2011.

#### 9.4 EL MODELO ACTUAL DE APS

La estrategia de APS y sus dimensiones fueron una constante en los documentos que conceptualizaron la reforma iniciada en 2007. La Ley 18211 establece explícitamente que el SNIS tendrá como estrategia la APS y reforzará el primer nivel de atención. También afirma que el sistema se debe organizar en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios, subraya el valor de la promoción de la salud, pone de relieve la importancia de los determinantes sociales, destaca la intersectorialidad como elemento clave de las políticas de salud y fija la cobertura universal, en su sentido amplio, como objetivo.

El MSP tiene la capacidad para incentivar a las IAMC, mediante las metas prestacionales que se establecen en los contratos de gestión, cuyo cumplimiento es obligado para recibir el financiamiento del sistema, a la priorización de las actividades preventivas, promocionales y de educación para la salud.

Sin embargo, dada su condición de principal prestador público, es la ASSE la primera responsable de orientar el modelo de atención hacia la estrategia de APS, poniendo en práctica un concepto de atención integral por ciclo de vida que incluya servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos. Para ello, uno de los primeros pasos ha sido la formación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), una estructura interinstitucional que incluye a todos los prestadores públicos con el objeto de optimizar el uso de los recursos y evitar duplicaciones de servicios (ASSE, 2014).

En términos de recursos humanos, los equipos de atención en el primer nivel incluyen médicos de familia o generalistas, pediatras, ginecólogos, personal de enfermería, psicología y odontología y trabajadores sociales. Sin embargo, la presencia de todos los perfiles en todo el territorio nacional no está garantizada, sino sujeta a disponibilidad. En las zonas urbanas los equipos suelen estar completos, mientras que en las rurales una categoría profesional debe desempeñar más de un rol. Cabe señalar que más de dos terceras partes del personal de salud se concentra en la capital Montevideo y sus alrededores (ISAGS, 2015).

Respecto a la organización a lo interno del primer nivel, en la red de la ASSE el centro de salud es el eje alrededor del cual pivotan el resto de las estructuras, como las policlínicas y los consultorios. El centro es también responsable de los procesos de referencia y contrarreferencia con el segundo nivel. En las IAMC no existe una red específica para la prestación de servicios de primer nivel, sino que tienen dispensarios dentro de sus establecimientos donde se prestan los servicios ambulatorios y de consulta externa (*ibid.*).

Sobre el papel, la citada función de referencia y retorno debería servir para cumplir con el atributo de ser la puerta de entrada al sistema, modulando así la demanda del segundo y tercer nivel. Sin embargo, todavía no se garantiza el ejercicio pleno de esta función de filtro en el primer nivel, sino que en la práctica los hospitales, y especialmente sus servicios de emergencia, siguen fungiendo como puerta de entrada en muchos casos. También se observan dificultades para asegurar la continuidad de la atención con el retorno de los usuarios al primer nivel después de haber sido atendidos en el segundo (*ibid.*).

En referencia al fomento de la intersectorialidad, la propia reforma de la salud ya es intersectorial pues se enmarca en esfuerzos más amplios de cambio de la matriz de protección social de la

nación. Así lo demuestra, por ejemplo, la creación del Ministerio de Desarrollo Social y el Gabinete Social o el impulso del proyecto *Uruguay crece contigo*, que combina metas de salud, nutrición y educación en las zonas más desfavorecidas del país.

En una dimensión territorial, en el marco del SNIS se han impulsado movimientos ciudadanos para fomentar la participación en juntas de salud. Entre sus funciones están la recogida de las percepciones de los vecinos, la promoción para el involucramiento en acciones sobre los determinantes sociales y el control sobre el funcionamiento del sistema de prestación de servicios (OPS 2018b)

Otro elemento importante del sistema de APS uruguayo es que no existe adscripción a una unidad de atención primaria por criterios poblacionales, sino que el usuario tiene libertad de elección de su prestador.

Por último, cabe destacar que en Uruguay no hay ningún tipo de copago por los servicios que se brindan en el primer nivel. Por un lado, ASSE no cobra copago en ningún nivel de atención y, por otro, a las IAMC se les exige la exoneración de copagos para las prestaciones relacionadas con las especialidades básicas y la atención del niño y la embarazada, los servicios diagnósticos vinculados a estas prestaciones y la medicación para las enfermedades crónicas no transmisibles (ISAGS, 2015).

## 9.5 DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

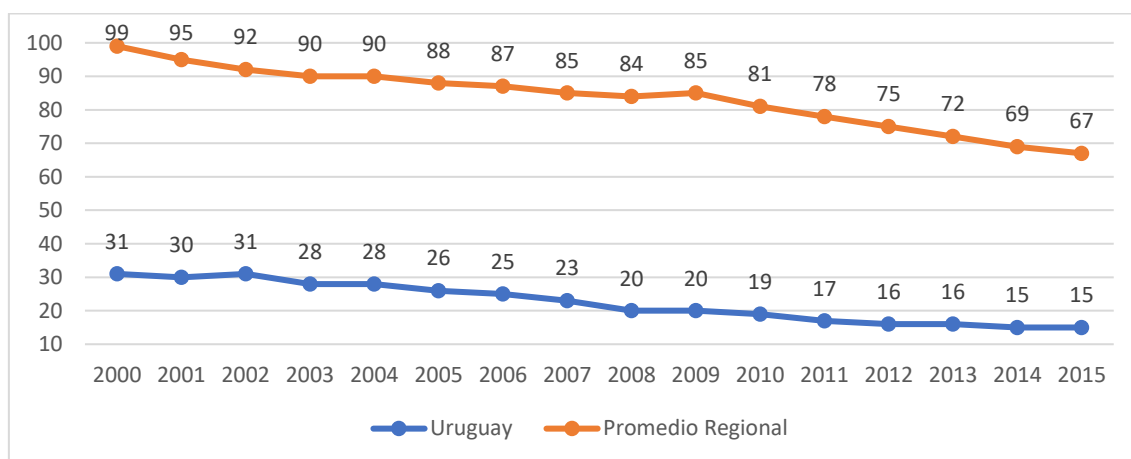
Según el Índice que se presenta en la **Tabla 6**: Índice de Desempeño, se puede observar que Uruguay es el tercer país, sobre el total de veintidós países analizados, con mejor desempeño del sistema de salud de la Región. Poniendo el foco sólo en el componente de resultados de salud, el país ocupa la cuarta posición del ranking, por detrás de Cuba, Costa Rica y Chile, y es el segundo mejor situado de los cinco países analizados en el presente documento.

### 9.5.1 Resultados de Salud

En lo que refiere a resultados de salud, el país ha conseguido reducir a la mitad la razón de mortalidad materna desde principios de siglo, pasando de una razón de 31 muertes por 100,000 nacidos vivos en el año 2000 a 15 defunciones por 100,000 en 2015. Como se puede observar en el gráfico, la tendencia a la reducción se ha sostenido durante el tiempo, sin repuntes en ningún año, alcanzando lo que parece un valor estacionario en el año 2012, ya que Uruguay presenta valores muy similares a los países de la OCDE, cuya razón era de 14 defunciones por 100,000 en el año 2015.

Respecto al promedio regional, los valores uruguayos siempre se han mantenido significativamente por debajo, oscilando entre el 30% y el 20% de éste, y han descendido a un ritmo mayor.

Figura 42: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Uruguay. Años 2000-2015



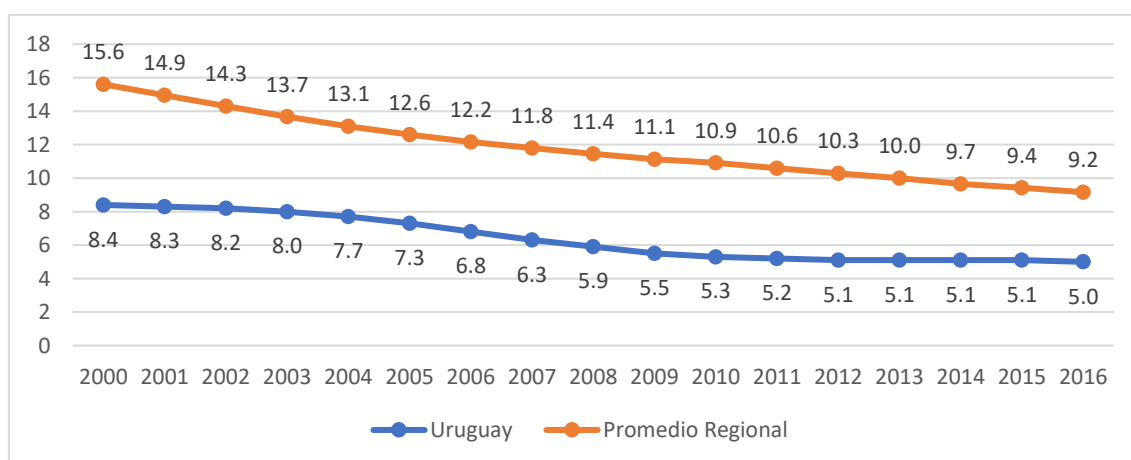
Fuente: Banco Mundial (2019)

En cuanto a mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años, Uruguay ha presentado también una tendencia hacia su reducción durante el periodo 2000-2016.

En el caso de las defunciones ocurridas durante los primeros 28 días de vida, la reducción se sitúa en torno al 40%, pasando de una razón de 8.4 a 5.0 muertes por 1,000 nacidos vivos. En los otros dos indicadores la mejora ha sido incluso mejor, superando el 45%. En el caso de la mortalidad infantil, pasa de 14.8 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos en el año 2000 a 7.9 en 2016. La mortalidad en menores de 5 años disminuye de 17.0 a 9.2 defunciones por 1,000 nacidos vivos en el periodo.

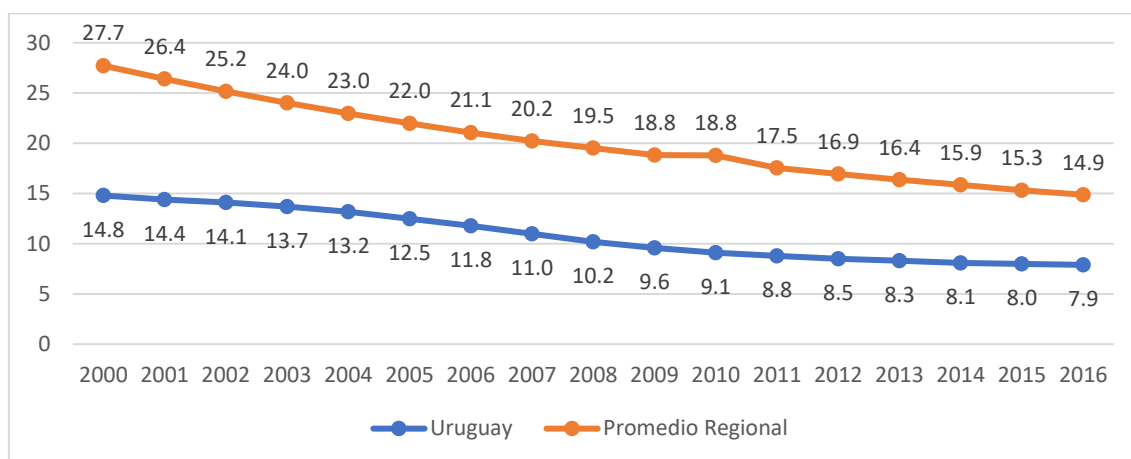
Las diferencias entre los valores uruguayos y los promedios regionales han permanecido prácticamente invariables durante el periodo, lo que indica que el ritmo de mejora ha sido muy parecido. Así, para los 3 indicadores, Uruguay ha venido reportando valores cercanos al 50% del promedio durante toda la serie temporal.

Figura 43: Evolución de la Razón de Mortalidad Neonatal. Uruguay. Años 2000-2016



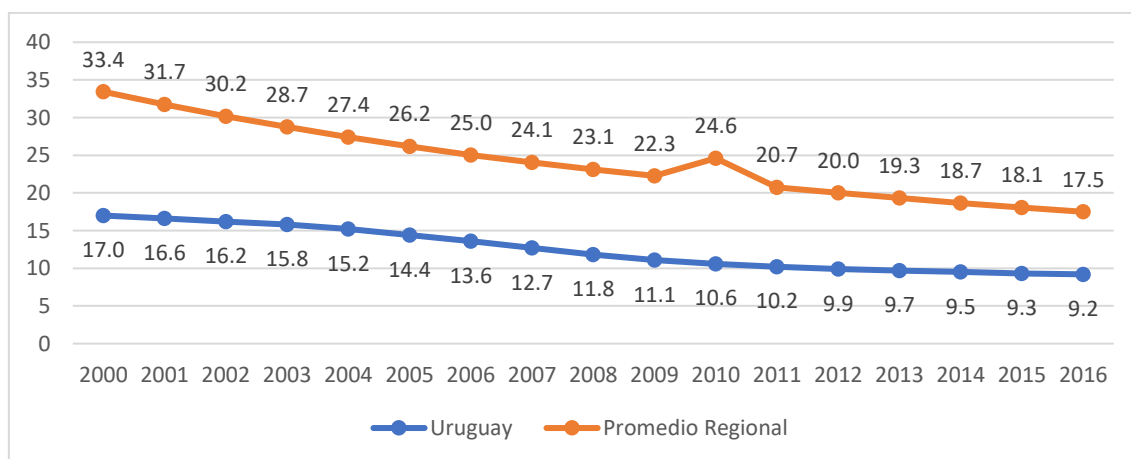
Fuente: Banco Mundial (2019)

Figura 44: Evolución de la Razón de Mortalidad Infantil. Uruguay. Años 2000-2016



Fuente: Banco Mundial (2019)

Figura 45: Evolución de la Razón de Mortalidad en Menores de 5 Años. Uruguay. Años 2000-2016

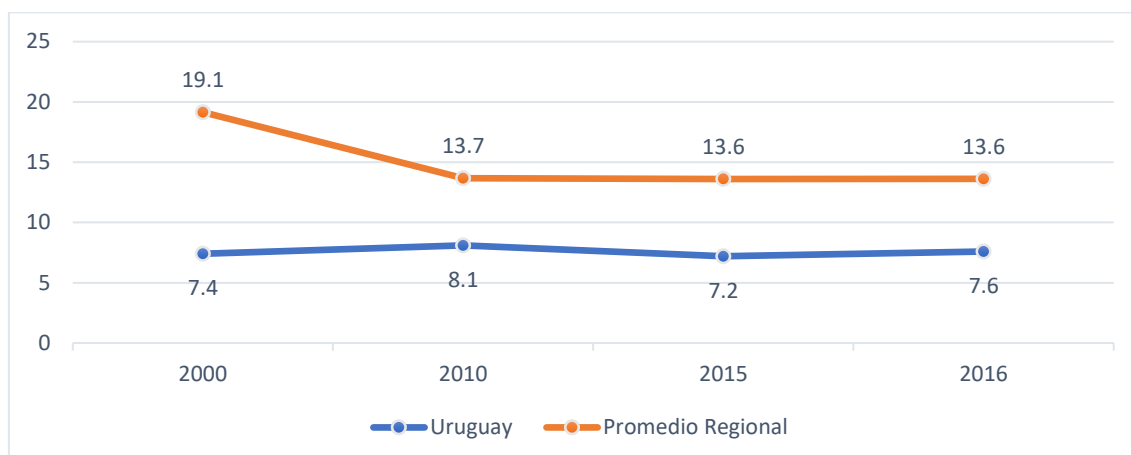


Fuente: Banco Mundial (2019)

En términos de la mortalidad ocasionada por enfermedades transmisibles y aspectos nutricionales, de la maternidad o el periodo perinatal, se observa un estancamiento durante el periodo, incluso un leve empeoramiento de los valores reportados, ya que estas causas pasaron de suponer un 7.4% de la mortalidad a representar un 7.6%, cifras coherentes con la situación presentada en el perfil del país, donde se observó que la carga de enfermedad por este grupo de causas apenas ha variado.

Lo anterior supone una tendencia convergente con el promedio regional, que sí ha ido disminuyendo desde principio de siglo. Por ende, mientras que en el año 2000 la mortalidad originada por estas enfermedades respecto al total de mortalidad en Uruguay no alcanzaba ni el 40% del promedio, en 2016 era superior al 55%.

Figura 46: Evolución de la Mortalidad por Enfermedades Transmisibles sobre el total de Mortalidad. Uruguay. Años 2000-2016

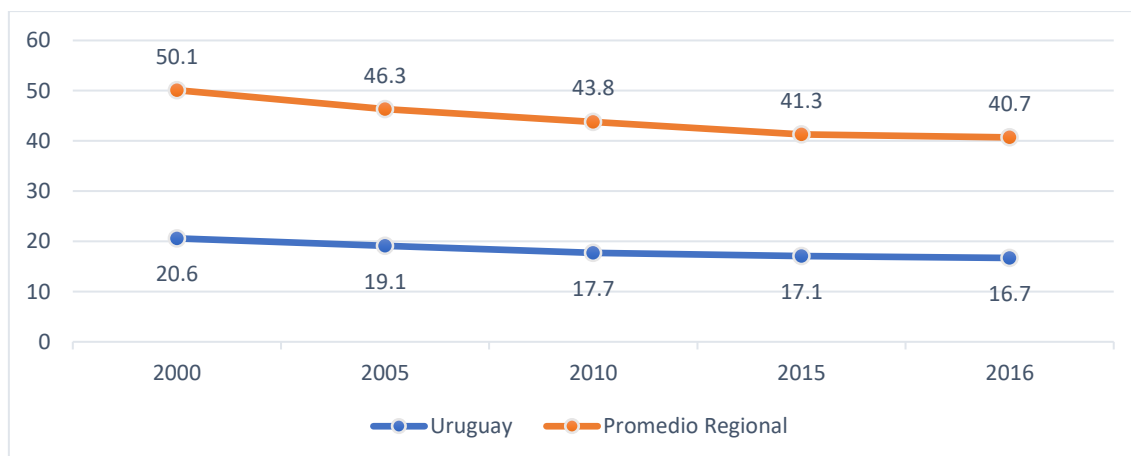


Fuente: Banco Mundial (2019)

Por último, se analiza la probabilidad de morir para la población entre 30 y 70 años por las 4 principales causas relacionadas con enfermedades no transmisibles: accidentes cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. En este sentido, Uruguay reporta una disminución cercana al 20% durante el periodo, transitando de una probabilidad del 20.6 en el año 2000 a 16.7 en 2016. Cabe destacar las diferencias por sexo, ya que mientras en 2016, la probabilidad en la población femenina era de 12.5, en la masculina la misma ascendía hasta los 21.4, un 70% más.

Uruguay ha sido capaz de mantener durante todo el periodo las cifras oscilando alrededor del 40% del promedio regional.

Figura 47: Evolución de la Probabilidad de morir de la Población 30-70 años por 4 ECNT. Uruguay. Años 2000-2016



Fuente: OMS (2019b)

### 9.5.2 Protección Financiera

Tal y como se ha señalado previamente, en esta investigación se mide la protección financiera con tres indicadores: la proporción del gasto de bolsillo con relación al gasto corriente en salud; la proporción de recursos movilizados por los esquemas obligatorios y, finalmente, la prioridad que asigna el gobierno a la salud, medida como el porcentaje de gasto en salud respecto al total del presupuesto público.

Se ha visto previamente que el cambio estructural que fue resultado de la reforma introducida en el 2007 tuvo efectos importantes que sugieren un aumento en la protección financiera de la población uruguaya. En efecto, hubo un aumento sustancial de la proporción de fondos movilizados por esquemas obligatorios de financiamiento a la salud, lo que, a su vez, se tradujo en una reducción de la proporción correspondiente a los seguros voluntarios y al gasto de bolsillo. En cuanto a la denominada prioridad pública, ésta también aumentó, al pasar el gasto gubernamental en salud del 14% del presupuesto público en 2000, al 19% en el 2016. Este último porcentaje es superior al 15% consignado en el Acuerdo de Abuja.

No se dispone de información sobre la carga financiera del gasto en salud para los hogares uruguayos ni tampoco sobre la proporción de gasto catastrófico y empobrecedor, que serían indicadores más adecuados para medir la protección financiera. Sin embargo, los datos mostrados en este trabajo sugieren que, muy probablemente, la misma esté mejorando en el Uruguay.

## 9.6 CONCLUSIONES

Uruguay reformó su sistema de salud durante la primera década del s. XXI. Dicha reforma se ubicó en un contexto de transformaciones sociales, económicas y políticas mucho más amplias e implicaba una serie de cambios en los modelos de gestión, financiamiento y atención en el sistema.

Los cambios en el modelo de gestión pasaban por la integración de los subsistemas público y privado, que hasta ese momento habían evolucionado con un nivel de articulación muy bajo. Así, el Sistema Nacional Integrado de Salud resultante de la reforma promovió el intercambio de tecnología y recursos humanos entre sectores, fijó una serie de metas asistenciales comunes e introdujo la posibilidad de elegir, para los cotizantes del sector formal, a un centro de la ASSE como prestador de referencia, entre otros.

En términos del modelo de financiamiento, la principal novedad fue la mancomunación de todos los fondos de la seguridad social en FONASA, un fondo único, público y obligatorio. Esto, obviamente, ha incrementado el *pool* de recursos disponibles, permitiendo los subsidios cruzados y fomentando la equidad en el sistema.

Por último, el cambio de modelo de atención pasaba por seguir las recomendaciones de la OPS/OMS y adoptar un enfoque de atención integral basado en la estrategia de APS. Algunos elementos de la estrategia, como el fomento de la intersectorialidad y la participación ciudadana, eran inherentes a la reforma dentro del contexto de transformación política y social por el que atravesaba el país. Otros, como la disponibilidad de médicos generales y enfermeras en todo el territorio nacional, siguen constituyendo desafíos para el sistema hoy en día.

En términos de desempeño del sistema, y en especial del estado de salud de la población, Uruguay es uno de los países con mejores resultados de la Región. El país presenta una tendencia positiva en todos los indicadores analizados, excepto el porcentaje de mortalidad atribuible a enfermedades infecciosas, nutricionales y perinatales, lo que bien se puede deber al hecho que fue uno de los primeros países en iniciar la transición epidemiológica y, por tanto, al inicio del periodo analizado esta magnitud ya había alcanzado su valor estacionario.

En la comparativa con los promedios regionales, destaca la razón de mortalidad materna, que el país ha logrado mantener siempre muy por debajo de los agregados promedio para la Región y en valores similares a los de la OCDE. Para los otros indicadores las diferencias son más modestas, pero en todo caso los valores uruguayos apenas llegan al 50% de los valores regionales.

En el caso uruguayo puede ser más difícil, sin embargo, dilucidar qué parte de los buenos resultados en salud puede ser atribuible a aspectos del funcionamiento del sistema y qué parte a elementos que lo trascienden. En efecto, las transformaciones impulsadas por el gobierno saliente de las elecciones presidenciales de 2004 fueron más allá del sector salud. En la actualidad, Uruguay es de los países con mayor desarrollo humano e ingreso per cápita de la Región, y el que presenta menor tasa de pobreza monetaria y una distribución del ingreso más equitativa, aspectos que sin duda influyen en el estado de salud de su población.

Algunos de los ámbitos más destacados, tanto del sistema en su conjunto como de los procesos de implementación de la estrategia de atención primaria, se resumen a continuación:



- La reforma del sector salud se enmarca en una transformación del país más amplia. La reducción de la pobreza y la desigualdad tienen también impacto en términos de resultados de salud
- Dentro del sistema de seguridad social uruguayo, no existen compañías privadas que se dediquen a la administración de riesgos en salud. No obstante, existe un mercado creciente para las aseguradoras privadas que ofrecen planes complementarios voluntarios.
- Lo anterior genera que en el sector existan muchos agentes jugando un doble rol: el aseguramiento y la prestación de servicios individuales.
- Los prestadores privados son responsables de prestar servicios a aproximadamente la mitad de la población uruguaya. Sin embargo, lo destacable es que la gran mayoría de estos prestadores son entidades cooperativas sin ánimo de lucro.
- La reforma introdujo la creación de un fondo único (FONASA) donde se mancomunan todos los recursos del sistema de seguridad social, medida orientada al fomento de la equidad.
- Los ciudadanos tienen libertad de elección de su prestador en el primer nivel de atención, puesto que no hay un mecanismo de adscripción territorial.
- Aunque no es fruto de la reforma, ya que su creación data de 1979, destaca la existencia de un fondo específico (el FNR) para garantizar el acceso de la población a prestaciones de alto costo y complejidad.

## 10 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS DE CASO

### 10.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

Costa Rica, El Salvador y Uruguay son países relativamente pequeños dentro del contexto latinoamericano. Por ende, son también de los países menos poblados dentro de la muestra de 22 países de la Región con la que se ha trabajado.

Curiosamente, a pesar de que El Salvador es, con diferencia, el país más pequeño de los tres, es también el más poblado, lo que necesariamente indica una densidad poblacional mayor. En efecto, la densidad salvadoreña triplica la costarricense y multiplica por más de 15 la uruguaya.

La otra cara de la moneda es Colombia. El país cafetero es uno de los más extensos del continente y, en términos poblacionales, ocupa el tercer lugar sólo superado por Brasil y México.

En lo que respecta al ingreso nacional, las diferencias entre países son significativas, ya que, por ejemplo, mientras el PIB per cápita del año 2017 (medido en USD corrientes) en Uruguay superó los 16,200 USD, en El Salvador no alcanzó los 3,900 USD. Tomando como referencia el promedio regional (9,244 USD), Uruguay y Costa Rica se encuentran por encima y Colombia y El Salvador por debajo. Dentro de las categorías establecidas por el Banco Mundial, El Salvador es un país de ingreso medio-bajo, Costa Rica y Colombia pertenecen al grupo de ingreso medio-alto y Uruguay se sitúa dentro del grupo de ingreso alto.

Cuando se ajusta el PIB por Paridad del Poder Adquisitivo (PPA), todos los países aumentan su ingreso nacional, incluso algunos, como Colombia y El Salvador, lo doblan o están cerca de ello, reduciendo las diferencias relativas entre los cuatro países. A pesar de esto, no se altera su clasificación ordinal, ni el hecho que Costa Rica y Uruguay se encuentren por encima del promedio regional (14,412 USD) y Colombia y El Salvador por debajo.

Analizando la distribución de este ingreso, se observa que es más desigual en Colombia y Costa Rica que en los otros dos países. De hecho, Colombia presentó en 2016 el Coeficiente de Gini más alto (distribución del ingreso más desigual) entre los 22 países de la muestra para los cuales se dispone de información.

Los datos sobre desigualdad de ingreso presentan situaciones curiosas cuando se cruzan con las tasas de pobreza monetaria. Por un lado, Colombia y Uruguay presentan escenarios que se podrían considerar como “normales”, reportando el primero alta desigualdad y un porcentaje alto de población viviendo bajo el umbral de pobreza, y el segundo la situación inversa: baja desigualdad y porcentaje de pobreza cercano a cero.

Sin embargo, Costa Rica y El Salvador muestran datos que merecerían un análisis más detallado. Por un lado, Costa Rica tiene una distribución del ingreso bastante desigual, con valores del Coeficiente de Gini cercanos a los colombianos, pero una tasa de pobreza de las más bajas de la región, sugiriendo que incluso los estratos más vulnerables tienen sus necesidades básicas cubiertas.

Por otro lado, aunque el ingreso esté distribuido de manera bastante equitativa en El Salvador, el porcentaje de población viviendo en condiciones de pobreza monetaria supera el 10%, lo que

sugiere que existe mucha gente viviendo en una situación de vulnerabilidad, poco por encima del umbral de 3,20\$ al día.

En cuanto a los patrones de mortalidad por edad, la población costarricense tiene la esperanza de vida al nacer (EV.0) más alta de los cuatro países, seguida de la uruguaya, la colombiana y la salvadoreña. La diferencia entre la tasa más alta y la más baja alcanza los 6.3 años (73.5 años para El Salvador vs 79.8 para Costa Rica). En la comparativa con el promedio regional (75.6 años), Costa Rica y Uruguay presentan valores superiores, mientras que los correspondientes a Colombia y El Salvador se encuentran por debajo.

Si se analiza la EV.0 desagregada por sexo, se observa que para ambos sexos la clasificación ordinal entre países es la misma que para la población general, aunque varían las diferencias relativas. Para la población masculina, la diferencia entre la tasa más alta y la más baja se sitúa alrededor de los 9 años (77.5 años para Costa Rica vs 68.8 para El Salvador). Contrariamente, en la población femenina la diferencia se estrecha, siendo de escasamente 4,4 años. En la comparativa con los promedios regionales (72,4 para hombres y 78,7 para mujeres), se observa la misma situación que para la población general, ya que Costa Rica y Uruguay se sitúan por encima y Colombia y El Salvador por debajo en ambos sexos.

Los ajustes por morbilidad, reflejados en la esperanza de vida saludable, no suponen prácticamente ningún cambio a lo anterior, más allá de una reducción de la magnitud de las diferencias relativas. La única novedad significativa es que la esperanza de vida saludable de las mujeres colombianas sí se encuentra por encima del promedio regional, el cual asciende a 67,5 años para la población general, 65,5 para la masculina y 69,5 para la femenina.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una variable multidimensional que toma en cuenta la esperanza de vida al nacer y variables relacionadas con el nivel educativo y de ingresos. En este caso, Uruguay se sitúa en primer lugar de los países seleccionados por delante de Costa Rica, lo que sugiere que en la ecuación pesa más el mayor nivel de ingresos uruguayo que la mayor longevidad de la población costarricense. Como en el resto de los parámetros, estos dos países se sitúan por encima del promedio regional, mientras que Colombia y El Salvador se encuentran por debajo.

Otro índice compuesto relevante es el Índice de Capital Humano, que pondera cuánto invierten los países en sus generaciones más jóvenes y se calcula a través del estudio de la cantidad y calidad de la educación ofrecida, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, la tasa de retraso en el crecimiento entre los jóvenes y la tasa de “supervivencia adulta”, que pondera la posibilidad que alguien al cumplir los 15 años pueda vivir hasta los 60. En este punto, el valor más alto lo reporta Costa Rica, seguido de Uruguay, Colombia y El Salvador. No hay datos disponibles sobre el promedio regional.

En lo que refiere a la carga de enfermedad, medida por los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por 100,000 habitantes, aparecen también diferencias significativas entre países.

Para la población general, Costa Rica y Colombia presentan las tasas más bajas, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellas, pero sí significativamente más bajas que las del promedio regional.

Llama la atención el caso de Uruguay, que presenta las tasas de carga de enfermedad más altas de los cuatro países, siendo el único que tiene una carga de enfermedad superior al agregado promedio regional (El Salvador también, pero la diferencia no tiene significación estadística).

Una de las posibles explicaciones para el caso uruguayo es el elevado peso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) sobre el total de carga, que asciende a 79.6%. En efecto, son cifras más parecidas a las de los países de la OCDE que al conjunto de la Región, donde el peso promedio de las ECNT sobre el total de carga es de 68,7% y donde hay países, como El Salvador, donde es de 65,2%.

En cualquier caso, no deja de ser sorprendente que Uruguay, con una esperanza de vida menor que Costa Rica, tenga un peso relativo de las ECNT superior y una carga de enfermedad total casi un 40% mayor que la costarricense (21,432 AVAD por 100,000 vs. 29,759). Aunque las causas de este fenómeno trascienden el ámbito del presente trabajo, sin duda sí es un hallazgo interesante que puede ameritar una investigación y análisis más detallado.

También es destacable el caso de Colombia, que presenta valores modestos en la mayoría de los parámetros analizados, pero sin embargo en términos de carga de enfermedad (cuya reducción se puede considerar el fin último de un sistema de salud) muestra valores positivos, con unas tasas muy parecidas a las costarricenses tanto para población general como desagregada por sexos, y significativamente inferiores a las del promedio regional.

Todos los datos mencionados se compilan en la tabla a continuación.

Tabla 9: Comparativa Características Generales

INDICADORES	PAÍSES				
	Costa Rica	Colombia	El Salvador	Uruguay	Promedio LAC
Superficie territorial (km <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>	51,100	1,141,748	21,041	176,215	-
Población (2017) <sup>1</sup>	4,905,769	49,065,615	6,377,853	3,456,750	-
PIB per cápita US\$ (2017) <sup>1</sup>	11,631	6,302	3,889	16,246	9,244
PIB per cápita US\$ ajustado PPA (2017) <sup>1</sup>	15,525	13,255	7,292	20,551	14,412
Coefficiente de Gini (2016) <sup>1</sup>	48.7	50.8	40.0	39.7	-
Pobreza monetaria % (2016) <sup>1</sup>	3.8	11.8	10.3	0.5	11,3 (2013)
Esperanza de vida al nacer población general (2016) <sup>1</sup>	79.8	74.4	73.5	77.5	75.6
Esperanza de vida al nacer (masculina) <sup>1</sup>	77.5	70.9	68.8	73.9	72.4
Esperanza de vida al nacer (femenina) <sup>1</sup>	82.3	78.0	77.9	80.9	78.7
Esperanza de vida saludable población general (2016) <sup>2</sup>	70.9	67.1	65.5	68.8	67.5
Esperanza de vida saludable (masculina) <sup>2</sup>	69.1	64.4	61.7	65.8	65.5
Esperanza de vida saludable (femenina) <sup>2</sup>	72.7	69.8	69.0	71.2	69.5
Índice de Desarrollo Humano (2017) <sup>3</sup>	0.794	0.747	0.674	0.804	0,758
Índice de Capital Humano (2017) <sup>1</sup>	0.62	0.59	0.50	0.60	-
AVAD por 100,000 habitantes (2017) <sup>4</sup>	21,432 (24,430-18,975)	21,693 (24,548-18,973)	28,276 (32,171-24,799)	29,759 (33,471-26,356)	26,619 (29,570-23,978)
AVAD por 100,000 habitantes (masculina) <sup>4</sup>	24,099 (27,031-21,637)	24,011 (27,113-21,065)	34,428 (39,763-29,686)	32,664 (36,828-28,928)	29,949 (32,682-27,530)
AVAD por 100,000 habitantes (femenina) <sup>4</sup>	18,914 (21,962-16,351)	19,456 (22,570-16,507)	22,857 (26,900-19,452)	27,079 (31,164-23,349)	23,404 (26,518-20,638)
Carga de Enfermedad por ECNT sobre el total (2000-2017) <sup>4</sup>	70.8% - 76.8%	50.7% - 69.1%	53.3% - 65.2%	77.7% - 79.6%	57.4% - 68.7%
Carga de Enfermedad por enfermedades transmisibles sobre el total (2000-2017) <sup>4</sup>	16.4% - 10.9%	22.1% - 14.4%	24.5% - 14.6%	10.1% - 8.0%	27.0% - 16.0%
Carga de Enfermedad por causas externas sobre el total (2000-2017) <sup>4</sup>	12.8% - 12.3%	27.2% - 16.5%	22.2% - 20.2%	12.2% - 12.4%	15.6% - 15.3%

Fuentes: <sup>1</sup>BM (2019), <sup>2</sup>OMS (2019b), <sup>3</sup>PNUD (2018), <sup>4</sup>IHME (2019)

Nota 1: Se ha tomado como umbral de la pobreza el porcentaje de población viviendo con menos de US\$ 3.20 diarios

## 10.2 ESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud de los cuatro países seleccionados para los estudios de caso han seguido caminos diferentes, con resultados variables. El Salvador se organiza siguiendo el modelo que tradicionalmente se llama de sistemas nacionales de salud (al estilo *Beveridge*), donde la cobertura de servicios es eminentemente territorial y el grueso del financiamiento se realiza en base a impuestos generales. No se trata de un sistema puro, sin embargo, dado que hay segmentación de la población, con sistemas especiales como el seguro social para una parte de la población y otros tipos de seguros.

En los demás países, Costa Rica, Uruguay y Colombia, el camino escogido es el popularmente conocido como modelo *Bismarck*, y se orienta por el aseguramiento contributivo (que es predominantemente la seguridad social). Sin embargo, son diferentes entre sí: Costa Rica y Uruguay han escogido un sistema de pagador único (los únicos en la región), mientras que Colombia ha preferido múltiples pagadores. Estas características se compilan en la **Tabla 10**: Sistemas de Salud y Esquemas de Financiamiento

La forma en que los países regulan los mercados privados de aseguradores difiere también entre los países. El caso de Colombia es similar al dominicano: existen múltiples aseguradoras dentro del funcionamiento del seguro público de salud, las cuales deben ofrecer el mismo paquete de servicios y aplicar los mismos copagos. Los seguros privados en Colombia no son complementarios, sino duplicativos. En Uruguay, por el contrario, están prohibidos expresamente los planes complementarios (amplían la cobertura de intervenciones incluidas en el paquete obligatorio) y sólo se permiten los suplementarios (sólo pueden incluir intervenciones excluidas del paquete obligatorio) (*ibid*).

La **Tabla 11**: Sistemas de Prestación de Servicios y Formas de Pago presenta las principales características en lo que concierne a la forma de prestación de los servicios y mecanismos de pago. Los servicios de primer nivel se prestan fundamentalmente en centros ambulatorios, en el caso de Costa Rica y El Salvador se trata principalmente de proveedores públicos, aunque existe presencia de provisión privada que en Costa Rica atiende al 15% de la población. En Colombia y Uruguay son tanto públicos como privados. En el caso de Uruguay, los servicios también se pueden prestar en hospitales.

La forma de pago al primer nivel de atención es definida por un presupuesto global en Costa Rica y El Salvador, mientras que en Colombia y Uruguay esta forma se combina con pagos capitados y pagos por servicios prestados, probablemente dependiendo del tipo de proveedor con el cual se está realizando la transacción. En estos dos países sí se implementan ajustes por riesgos según el tipo de población atendida, pero no lo hacen en los dos primeros. Sólo en Uruguay se pagan incentivos por desempeño, tanto al primer nivel como a los especialistas, siendo éstos obligatorios.

En cuanto a la forma de pago a los hospitales públicos, en Colombia es por servicios o procedimientos prestados, mientras que en los demás países se realiza mediante presupuestos.

En todos los países, el primer nivel es la puerta de entrada al sistema de salud y es obligatorio para poder acceder a los especialistas. Asimismo, en todos los países existe la opción de centros de urgencias para atender necesidades de servicios fuera de las horas laborables. También más

del 75% de los médicos del primer nivel poseen computadoras para llevar los expedientes médicos, hacer citas y referimientos, aunque en El Salvador el porcentaje de médicos es inferior.

La **Tabla 12**: Gobernanza muestra diferencias por países en términos de gobernanza, particularmente, la forma en que se toman las decisiones de compras en el sistema de salud, así como establecimiento de prioridades.

En los cuatro países estudiados se utiliza la evaluación de tecnologías en el proceso de toma de decisiones para asignar los recursos. En Colombia, existe un organismo independiente, encargado de la evaluación de tecnologías, donde participan las universidades, centros de investigación y el gobierno. Esto permite que las compras de medicamentos y dispositivos médicos se realice basada en estos estudios, aunque no existe evidencia, salvo en el caso de Uruguay, de que realmente sea siempre así.

Todos poseen legislación sobre los derechos de los pacientes, supervisada por diversos organismos. Asimismo, en todos ellos existen leyes u otro marco regulatorio sobre la calidad.

*Tabla 10: Sistemas de Salud y Esquemas de Financiamiento*

<b>Característica</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Colombia</b>	<b>El Salvador</b>	<b>Uruguay</b>
<b>Tipo de sistema</b>	Cobertura contributiva	Cobertura contributiva	Cobertura territorial	Cobertura contributiva
<b>Pagador</b>	Único	Múltiples	NA	Único
<b>Regulación de aseguradores privados (países con pagadores múltiples para el paquete básico)</b>	NA	Deben ofrecer el mismo paquete y copagos	NA	NA
<b>Los seguros privados son complementarios o suplementarios</b>	No existen	Ninguno	ND	Suplementario en su mayoría (los complementarios no están permitidos)
<b>Los seguros privados son duplicativos</b>	NA	En su mayoría	ND	No
<b>Seguro subsidiado para la población pobre</b>	ND	Sí	Sí	Sí
<b>% población que recibe ese subsidio</b>	ND	46%	ND	24%
<b>Exención de copagos para ciertas condiciones médicas</b>	ND	Si, total	ND	Sí, total

Fuente: OCDE (2019)



*Tabla 11: Sistemas de Prestación de Servicios y Formas de Pago*

<b>Característica</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Colombia</b>	<b>El Salvador</b>	<b>Uruguay</b>
<b>Lugar principal de prestación de servicios de primer nivel</b>	Centros ambulatorios públicos	Centros ambulatorios públicos y privados	Centros ambulatorios públicos	Centros ambulatorios y hospitales públicos y privados
<b>Modo de pago al primer nivel de atención</b>	Presupuesto global	Capitación, pago por servicio, presupuesto global	Presupuesto global	Capitación, pago por servicio, presupuesto global
<b>Ajuste por riesgo en pagos capitados</b>	ND	Sí	ND	Sí, por edad y sexo
<b>Forma de pago en hospitales públicos</b>	Presupuesto por partidas	Pagos por servicio o procedimiento	Presupuesto global	Presupuesto por partidas
<b>Forma de pago en hospitales privados</b>	ND	Pagos por servicio o procedimiento	Pagos por servicio o procedimiento	ND
<b>Incentivos por desempeño en el primer nivel</b>	No hay	No hay	No hay	Sí, es obligatorio y se paga a los médicos
<b>Pagos por desempeño a especialistas</b>	No hay	No hay	No hay	Sí, es obligatorio y se paga a los médicos
<b>Pagos por desempeño a los hospitales</b>	No hay	No hay	No hay	No hay
<b>Primer nivel como puerta de entrada</b>	Obligatorio para acceder a los especialistas (salvo emergencia)	Obligatorio para acceder a los especialistas (salvo emergencia)	Se necesita referimiento de ECOS (información de otras fuentes)	ND
<b>Legislación sobre calidad</b>	No hay pero se ocupa el MSP	Hay una ley obligatoria de garantía de calidad y supervisa su cumplimiento el MSP	Sí, lineamientos, guías y protocolos para proveedores públicos y privados	Sí, una legislación de bioética y supervisa el colegio médico
<b>Arreglos para la prestación de servicio fuera de las horas laborables</b>	Sí, centros de urgencias	Sí, centros de urgencias	Sí, centros de urgencias	Sí, centros de urgencias
<b>Uso de computadoras por los médicos de primer nivel (más del 75% de éstos)</b>	Sí, llevan records, manejan citas, ordenan laboratorios y medicamentos, guardan resultados de estudios, hacen referimientos, ponen alertas.	Sí, llevan record de consultas y otros	No	Sí, llevan récords, manejan citas, ordenan laboratorios y medicamentos, guardan resultados de estudios.

Fuente: OCDE (2019)

*Tabla 12: Gobernanza*

<b>Característica</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Colombia</b>	<b>El Salvador</b>	<b>Uruguay</b>
<b>Evaluación de tecnología para asignar recursos</b>	Sí	Sí, universidades, centros de investigación, gobierno	Sí	Sí
<b>Existencia de organismo independiente especializado en evaluación de tecnología</b>	ND	Sí	ND	ND
<b>Compras basadas en evaluación de tecnología</b>	Sí, la CCSS	ND	Sí, en el sector público	Sí, en el sector público
<b>Evaluación de tecnología para escoger procedimientos</b>	ND	A veces	No	Siempre
<b>Evaluación de tecnología para medicamentos</b>	A veces	A veces	A veces	Siempre
<b>Evaluación de tecnología para dispositivos médicos implantables</b>	A veces	A veces	No	Siempre
<b>Legislación sobre derechos de los pacientes</b>	Sí, el MSP y la Corte Constitucional supervisan violaciones	Sí, la Superintendencia de Salud supervisa violaciones	Sí, el MSP supervisa violaciones	Sí, el MSP supervisa violaciones

Fuente: OCDE (2019)

### 10.3 IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APS

#### 10.3.1 Antecedentes

Como se verá en la siguiente sección, la estrategia de APS ocupa en la actualidad un papel preponderante dentro de los documentos normativos y técnicos que definen los modelos de atención en cada uno de los países estudiados. Sin embargo, antes de su incorporación formal al accionar de los respectivos sistemas de salud, ya existían iniciativas que incorporaban en mayor o menor medida los principios emanados de la estrategia en cada uno de los países.

El mejor ejemplo de ello lo encontramos en los programas de salud rural y salud comunitaria costarricenses creados durante la década de los '70. Ambos programas fueron pioneros en el desarrollo de elementos que luego se han reproducido en la mayoría de estrategias de extensión de cobertura de servicios de atención primaria en la Región, como el instrumento de la ficha familiar para registrar datos familiares y las condiciones de la vivienda, la definición de áreas de salud como unidades básicas operativas, el establecimiento de visitas domiciliarias como principal mecanismo de seguimiento y control y la definición de las actividades que acabarían constituyendo una cartera de servicios "tipo" (aplicación de vacunas, controles de niño sano, asesoría en planificación familiar, uso de sales de rehidratación oral y fomento de la participación comunitaria en la eliminación de criaderos de vectores de malaria y dengue, entre otras).

En Colombia, también existieron iniciativas de implementación de la APS a lo largo de las décadas de los '70 y '80, ya fuera en forma de atención básica prestada por promotoras de salud para atender las necesidades de los grupos prioritarios o enfoques más estructurados bajo el contexto de participación comunitaria con el apoyo de equipos multidisciplinarios, pero éstas no pudieron nunca institucionalizarse y trascender de la esfera local.

Mención aparte merecen los casos de El Salvador y Uruguay, pues el desarrollo de iniciativas de esta naturaleza se vio condicionada por aspectos sociopolíticos que trascendían el ámbito sectorial, como el conflicto armado salvadoreño que transcurrió entre 1980 y 1992 y la dictadura militar uruguaya que tuvo lugar de 1973 a 1985, respectivamente.

En el caso salvadoreño, surgieron algunas experiencias de base comunitaria como respuesta a la incapacidad del Estado para prestar servicios sanitarios básicos en algunas zonas. Así, en algunas comunidades los habitantes fueron capaces de desarrollar sistemas con un elevado grado de autonomía, a través de la promoción, prevención y educación para la salud, y obtener incluso mejores resultados que el promedio nacional en términos de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de transmisión sexual. Estas iniciativas sin embargo nunca lograron consolidarse como política pública de alcance nacional.

En Uruguay, durante los años que duró la dictadura, las decisiones relacionadas con el desarrollo del sistema de salud y su modelo de atención se adoptaron sin que los principios de Alma-Ata tuvieran un peso determinante en éstas. A partir de 1985, empiezan a surgir espacios de discusión sectorial donde se plantea la necesidad de desarrollar un Sistema Nacional de Salud inspirado en el marco conceptual de la APS, pero estas orientaciones programáticas tardaron casi 20 años en cristalizar. Así, a pesar de la existencia de iniciativas locales basadas en el fomento de actividades promocionales y preventivas, el grado de institucionalización de éstas fue muy bajo.

Así pues, se observa que incluso antes del desarrollo formal de Modelos de Atención articulados en torno a la Estrategia de APS, todos los países habían desarrollado iniciativas siguiendo sus principios en mayor o menor medida. Sin embargo, sólo Costa Rica logró consolidarlas e institucionalizarlas, mientras que en el resto de los países se mantuvieron en el ámbito local y comunitario, sin capacidad para influir en la organización de los sistemas en su conjunto.

### 10.3.2 Marco Estratégico y Normativo: Modelo de Atención

El requerimiento de un cambio en el modelo de atención, orientándolo hacia la estrategia de APS, configura un componente central de los movimientos transformadores de los sistemas y servicios de salud en la Región durante las tres últimas décadas. Esto implica convertir el primer nivel de atención en el escenario principal de la prestación de servicios, dotándolo de capacidad resolutive para lidiar con la mayoría de los problemas de salud de la población y de legitimidad para actuar como puerta de entrada a una red integral e integrada de servicios.

En todos los países estudiados se ha observado la incorporación formal de la Estrategia de APS a los documentos de carácter técnico y normativo que definen los respectivos modelos de atención.

En primer lugar, como se ha visto, Costa Rica ya había institucionalizado en su modelo de atención programas con una clara orientación hacia la APS desde 20 años antes de la reforma de los años '90. De hecho, algunos autores consideran que los ajustes realizados durante la década de los '70 fueron tan determinantes en el devenir posterior del sector salud que han venido a considerar que Costa Rica llevó a cabo dos grandes reformas de su sistema de salud durante el siglo XX: la de los años '70, conducida internamente y que supuso, entre otros, el fortalecimiento de la CCSS y la creación de los programas de salud rural y comunitaria, y la de los años '90, planificada con el apoyo del Banco Mundial y basada en cuatro componentes: rectoría y fortalecimiento del MS, fortalecimiento institucional de la CCSS, nuevo sistema de asignación de recursos financieros y adecuación del Modelo de Atención (OPS, 2004).

En este caso, no existe un enunciado de carácter legal que defina las características del nuevo Modelo de Atención, pero es ampliamente reconocido que el mismo está alineado con el espíritu de Alma-Ata, ya que tiene como principios orientadores aspectos como la integralidad y la continuidad en la atención, el fortalecimiento del primer nivel, el fomento de la participación social o la reorientación del foco de la atención para incluir también a la familia y la comunidad (Vargas, 2006).

En lo que respecta a Colombia, el Modelo de Atención introducido a raíz de la promulgación de la Ley 100 trajo aparejado un deterioro progresivo de las acciones preventivas y promocionales, a causa de la separación formal entre los servicios de atención a las personas y las acciones de salud colectiva, ya que los primeros formaban parte de los Planes Obligatorios de Salud del régimen contributivo y subsidiado (POS y POS-S) y las segundas se limitaban al contenido del Plan de Atención Básica. Esto implica también tener fuentes de financiamiento distintas.

La racionalidad detrás de esta separación es que los servicios individuales pueden ser prestados por entes privados ya que responden de manera eficiente a las leyes del mercado, mientras que los colectivos son bienes que generan una alta externalidad positiva e impacto social y, por ende, el mercado debe ser regulado y/o intervenido pues no es capaz de prestarlos de manera eficiente.

Además, algunas EPS e IPS usaron el primer nivel no como una puerta de entrada con alta capacidad resolutoria, sino como un mecanismo para restringir el acceso a los servicios especializados dentro de una estrategia empresarial orientada a la contención de costos, lo que contravenía los principios de integralidad y continuidad en la atención.

Esta fragmentación operativa se intentó modular con la promulgación de la Ley 1438 de 2011, que tenía como objeto el fortalecimiento del SGSSS a través de la definición de un Modelo de Atención fundamentado en la Estrategia de APS. Las referencias a la Estrategia de APS son recurrentes a lo largo del texto legal, pero se reflejan de manera clara en el artículo doce, donde se explicita “*adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud*” y se define la misma como “*la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud*” (Ley 1438/2011).

En El Salvador las características del Modelo de Atención vienen definidas por la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, que establece en su Artículo 13 que “*El Sistema Nacional de Salud deberá establecer un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar, cuyo principal propósito es el de contribuir a conservar y restablecer de manera integral la salud de la población, teniendo como ejes centrales la prevención y la promoción de la salud, basándose en el perfil epidemiológico y las determinantes locales de la salud, en los aspectos económicos, culturales, demográficos, sociales y ambientales. El modelo facilitará la organización de redes funcionales por niveles para la entrega de los servicios a la población*”.

El mandato legal se operativizó en el “*Modelo de Atención Integral con Enfoque de Salud Familiar*”, que se orienta hacia el ciclo de vida y el ciclo vital familiar, contempla como ejes de intervención la promoción de la salud, las familias saludables, el entorno saludable y el enfoque de riesgo y recoge como principios orientadores los emanados de la declaración de Alma-Ata (Gobierno de El Salvador, 2009).

Por último, en Uruguay la reforma del sector salud iniciada en 2005 se basaba en un cambio del modelo de atención, del modelo de gestión y del modelo de financiamiento.

Las líneas maestras del nuevo Modelo de Atención vienen definidas por la Ley 18211. El artículo cuarto (numeral b) establece que uno de los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud es “*Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos*”. Más adelante, el artículo trigésimo cuarto especifica que “*El SNIS e organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la Atención Primaria en Salud y priorizará el primer nivel de atención*”.

En los documentos técnicos posteriores que operativizan el mandato legal se establece con claridad que el nuevo modelo sigue el enfoque de una APS “renovada” para adaptar los lineamientos de Alma-Ata a los nuevos perfiles sociodemográficos y de morbilidad,

basándose en la Declaración de Montevideo y el documento de posición de la OPS de 2007 ya comentado (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Así, como se puede ver, todos los países incorporaron de manera explícita la Estrategia de APS a las definiciones legales y conceptuales de sus modelos de atención. La única excepción es quizás Colombia, que en un primer momento no otorgó demasiada relevancia a los elementos sustantivos de la Estrategia en el diseño de su reforma, pero que los terminó incorporando unos veinte años después.

### **10.3.3 La Prestación de Servicios en el Primer Nivel de Atención (PNA)**

En Costa Rica, la responsabilidad de prestar servicios en el primer nivel de atención es de la CCSS, que está también a cargo de la prestación de servicios de segundo y tercer nivel. Esta responsabilidad se ejecuta a través de los EBAIS, que, entre otros, llevan a cabo las acciones de consulta externa, planificación familiar, servicios médicos comunitarios y las intervenciones de promoción y prevención.

Los EBAIS están conformados por un médico/a, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico en atención primaria, y normalmente cuentan con personal de apoyo en servicios de farmacia, enfermería, trabajo social, laboratorio u odontología.

Con el fin de extender su cobertura y poder llegar a zonas donde era deficitaria, la CCSS ha establecido contratos de gestión con agentes privados. Actualmente, 5 entidades cooperativas y 2 no cooperativas (entre las que se incluye la Universidad de Costa Rica) atienden aproximadamente al 15% de la población costarricense en el primer nivel y reciben pagos de base capitada por ello (Pesec, Ratcliffe & Bitton, 2017).

En Colombia, se observa un elevado grado de fragmentación en la prestación de servicios de primer nivel, que no ha podido ser superado a pesar de los esfuerzos legislativos realizados con ese fin durante los últimos años. Como ya se ha señalado, desde la introducción de la Ley 100, los servicios de atención a las personas y los de salud colectiva se encuentran comprendidos en paquetes distintos (en la actualidad, el Plan de Beneficios de Salud (PBS) y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), respectivamente).

Por ende, los responsables de prestar las intervenciones comprendidas en estos paquetes también son distintos. Por un lado, el PBS lo prestan las IPS, que pueden ser desde médicos individuales hasta hospitales de referencia nacional tanto públicos como privados. En este caso, destaca el hecho que, a pesar de que la ratio total de entidades operando en el país es de 4.7 IPS privadas por 1 pública, la práctica totalidad de instituciones prestadores del primer nivel son públicas, lo que sugiere que, dado el marco actual de incentivos vigente, la prestación de servicios de primer nivel no es atractiva desde un punto de vista de rentabilidad empresarial. Por otro lado, el PSPIC lo prestan las autoridades de salud departamentales, distritales y municipales en sus territorios de referencia.

Para complementar a las IPS que prestan los servicios del PBS en el primer nivel, se ha dispuesto la conformación de equipos multidisciplinarios de salud, conformados generalmente por promotores, auxiliares y técnicos de salud, aunque algunos tienen médicos y enfermeras generales

que trabajan a tiempo parcial según la disponibilidad de recursos. En algunos casos, los equipos de apoyo pueden incluir incluso odontólogos, nutricionistas y psicólogos.

Como ya se ha explicado, en El Salvador la prestación de servicios se encuentra bastante fragmentada, con una multiplicidad de actores, tanto públicos como privados lucrativos y no lucrativos. En este caso, la responsabilidad de la prestación de servicios en el primer nivel recae sobre el Ministerio de Salud.

Con un espíritu similar a los EBAIS costarricenses, en El Salvador uno de los pilares de la reforma ha sido el despliegue de los Equipos Comunitarios de Salud Familiares y Especializados. Entre 2010 y 2018, se conformaron y desplegaron 576 equipos comunitarios en 186 municipios, 537 de salud familiar y 39 especializados (MINSAL 2018).

Los equipos de salud familiar están conformados por un médico, enfermera, auxiliar de enfermería, tres promotores de salud y un polivalente, mientras que los especializados están formados por médicos especializados como internistas, gineco-obstetras o pediatras (MINSAL 2019).

Para garantizar la disponibilidad de recursos humanos en el conjunto del territorio y, con ello, la universalidad en la cobertura de servicios de atención primaria, se llevó a cabo la contratación de cerca de 7,000 trabajadores de salud y la reorientación, tanto funcional (hacia el primer nivel) como geográfica (hacia departamentos históricamente infradotados), de los que ya formaban parte del sistema.

Por último, en Uruguay la responsabilidad de prestar servicios de primer nivel es del Ministerio de Salud Pública. Esta responsabilidad la puede ejecutar de manera directa, a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que es la entidad encargada de gestionar sus establecimientos, o mediante contratos de gestión firmados con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), organizaciones que fungen como cooperativas médicas, con un doble rol asegurador y prestador, y la mayoría de las cuales no tiene afán de lucro.

En términos de recursos humanos, los equipos de atención en el primer nivel incluyen médicos de familia o generalistas, pediatras, ginecólogos, personal de enfermería, psicología y odontología y trabajadores sociales. Sin embargo, la presencia de todos los perfiles en todo el territorio nacional no está garantizada, sino sujeta a disponibilidad. En las zonas urbanas los equipos suelen estar completos, mientras que en las rurales una categoría profesional debe desempeñar más de un rol.

Así pues, se observa que, salvo excepciones, los servicios del primer nivel son prestados por entes de titularidad pública. Aún a riesgo de caer en una simplificación excesiva, estas excepciones se podrían distinguir entre “*coyunturales*” y “*estructurales*”.

Por un lado, en Costa Rica y Uruguay existen agentes privados prestando servicios de primer nivel, aunque sus sistemas se orientan claramente hacia una prestación pública. Esto se debe, en el primer caso, a que la CCSS ha asumido que no puede llegar a todas las zonas del país y, en el segundo, al hecho que las cooperativas médicas uruguayas vienen operando desde el siglo XIX y poseen cierto reconocimiento social; en este contexto, el estado consideró más eficiente incorporarlas al sistema y regularlas en vez de alejarlas de la prestación, conformando así un sistema plural de prestación en el primer nivel.

Desde un punto de vista estructural, el Modelo de Atención colombiano claramente abre la puerta a la participación de agentes privados. Sin embargo, como se ha visto, estas se mantienen lejos del primer nivel por criterios empresariales.

#### **10.3.4 Libertad de Elección y Mecanismos de Referencia**

En Costa Rica, la ciudadanía no tiene capacidad de elección sobre su prestador de servicios, ya que a los individuos se les asigna un EBAIS en función de su dirección. La conformación de los equipos se realiza en base a criterios de distribución territorial. El país está dividido en 7 Regiones de Salud que, a su vez, se fragmentan en aproximadamente 100 áreas de salud. Cada una de estas áreas cuenta con varios EBAIS, que cubren entre 3,500-4,000 habitantes en función de la densidad poblacional. El número exacto de EBAIS operando en el territorio nacional varía con frecuencia, pero la cifra se sitúa entre 1050 y 1100 equipos (CCSS 2019).

Cada EBAIS trabaja en red con los centros de segundo nivel operando en su área de influencia. Así, no se dispone de acceso directo al segundo nivel, sino que se necesita una referencia del primer nivel (OCDE, 2017).

Por otro lado, en Colombia, después de la Ley 100 los ciudadanos tenían completa libertad para afiliarse a la EPS que quisieran, las cuales eran responsables de conformar su red de servicios, incluyendo a los prestadores de primer nivel, ya fueran de su propiedad o estableciendo convenios de gestión (Paredes, 2000).

Esta situación se ha modificado con la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) del año 2016, que obliga a las IPS a articularse en Redes Integrales de Prestación de Servicios que incluyan un componente a cargo de la prestación de servicios primarios y otro a cargo de los servicios especializados. En cualquier caso, se mantiene la libertad de elección del ciudadano.

Del mismo modo, no están normados los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre el primer nivel y los niveles especializados. Las EPS pueden decidir si para acceder a los especialistas de su red hace falta una derivación del primer nivel o no.

En El Salvador, como en Costa Rica, no existe capacidad de elección del prestador de servicios de primer nivel por parte de la ciudadanía, ya que la adscripción a los ECOS-F y ECOS-E se realiza en base a criterios territoriales. Cada ECOS-F atiende a un promedio de 600 familias en el área rural y 1.800 en el área urbana. Los ECOS-E atienden a un promedio de 6.000 familias en áreas rurales y 8.000 familias en áreas urbanas. Del mismo modo, la referencia de estos equipos operando en el primer nivel es necesaria para poder acceder al segundo.

Por último, en el sistema de salud uruguayo no existe adscripción a una unidad de atención primaria por criterios poblacionales, sino que el ciudadano tiene libertad de elección de su prestador que, como se ha visto, puede ser público a privado.

En el caso que el ciudadano elija a una cooperativa médica de titularidad privada, ésta es libre de decidir los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre sus distintos niveles de atención. Por el contrario, si se elige un prestador público de la red de ASSE, el referimiento desde el primer nivel sí es un requisito para acceder a servicios de segundo nivel.



Tabla 13: Comparativa Grado de Implementación de APS

VARIABLES APS	PAÍSES			
	COSTA RICA	COLOMBIA	EL SALVADOR	URUGUAY
Antecedentes	Programas de salud rural y salud comunitaria: desarrollados durante la década de los '70 se convirtieron en referentes para toda la Región	Existencia de iniciativas aisladas y atomizadas. Nunca lograron ir más allá de la esfera local y convertirse en políticas de alcance nacional	Experiencias de base comunitaria para llenar el vacío dejado por el Estado en algunas zonas a causa del conflicto armado	Iniciativas prácticamente inexistentes durante la dictadura. Luego existen avances en la esfera política pero que no cristalizan por falta de consenso
Marco Estratégico y Normativo	El Modelo de Atención no viene definido por mandato legal	El Modelo de Atención definido por la Ley 100 otorga poca relevancia a la Estrategia de APS. Ley 1438 de 2011 revierte esta situación	Características del Modelo de Atención establecidas por la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (2007). Documentos técnicos recogen los principios de Alma-Ata	Características del Modelo de Atención establecidas por la Ley 18211 (2007). Documentos técnicos definen Modelo de Atención basado en la Estrategia de APS renovada.
Prestación de Servicios en el Primer Nivel	La CSSS a través de los EBAIS. En algunos casos, se establecen contratos de gestión con entes privados, con y sin afán de lucro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios individuales: IPS públicas o privadas (aunque en la práctica casi todas las entidades son públicas)</li> <li>• Servicios colectivos: autoridades locales</li> </ul>	El Ministerio de Salud a través de los ECOS-F y ECOS-E.	La responsabilidad es del Ministerio de Salud Pública. En algunos casos presta directamente, a través de ASSE, y en otros establece contratos de gestión con cooperativas médicas.
Libertad de Elección	Adscripción al EBAIS “obligatoria” bajo criterios territoriales	El ciudadano elige a la EPS e IPS libremente	Adscripción al ECOS-E y ECOS-F “obligatoria” bajo criterios territoriales	El ciudadano elige al prestador libremente, que puede formar parte de la red de ASSE o ser una IAMC.
Referencia y Contra-Referencia	Necesaria referencia del primer nivel para acceder al segundo	No es necesaria referencia del primer nivel, salvo que la EPS lo indique de manera discrecional	Necesaria referencia del primer nivel para acceder al segundo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestadores ASSE: necesaria referencia del primer nivel para acceder al segundo.</li> <li>• Prestadores IAMC: la entidad lo decide de manera discrecional</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

## 10.4 COMPARATIVA DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

### 10.4.1 Razón de Mortalidad Materna

En términos de mortalidad materna, a pesar de que se puede observar una clara tendencia común hacia su disminución en los 4 países analizados, han existido diferencias relevantes en cuanto a la magnitud de esta reducción durante los 15 primeros años del siglo.

En primer lugar, se encuentra el caso uruguayo. El país, además de ser el que empezó el período con la tasa más baja (31 defunciones por 100,000 nv), también ha sido el que ha logrado una disminución relativa mayor durante estos 15 años, superior al 50%. En la actualidad (año 2015), el país reporta 15 muertes por 100,000 nv, situándose exactamente al mismo nivel que el promedio de los países de la OCDE.

Los otros tres países han logrado reducciones absolutas muy cercanas al 35% aunque, como se puede observar en la **Figura 48**: Comparativa de la Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Años 2000-2015, los puntos de partida y la evolución durante el periodo ha sido bastante dispar entre ellos.

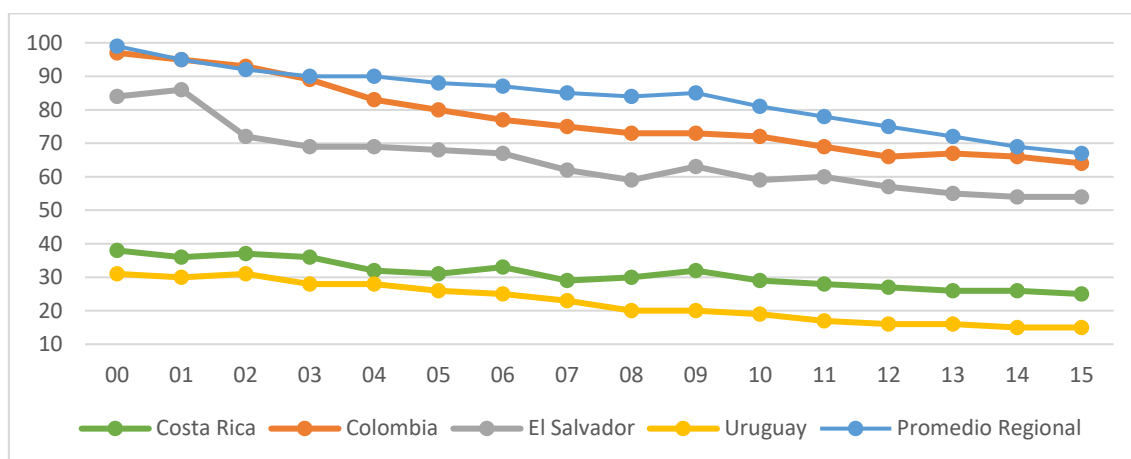
Por un lado, Costa Rica reportaba en el año base una tasa no demasiado alejada de la uruguayo (38 defunciones por 100,000 nv), pero ha sufrido complicaciones para sostener la senda reduccionista a lo largo del período, como lo demuestra el hecho que los valores para el año 2004 y 2009 son los mismos (32 defunciones por 100,000 nv). Estas dificultades han originado que terminara el periodo con unas tasas razonablemente buenas dentro del contexto regional, pero alejadas del promedio OCDE (25 defunciones por 100,000 nv).

Por otro lado, se encuentran los casos de El Salvador y Colombia. Ambos países han logrado una reducción sostenida en el tiempo, pero dadas las altas tasas del año 2000 (84 y 97 muertes por 100,000 nv, respectivamente), la disminución observada se debe catalogar como modesta.

Dos elementos sostienen esta afirmación. Primero, el hecho que para ambos países las diferencias relativas con Costa Rica y Uruguay se han incrementado durante el periodo. Así, por ejemplo, mientras que en el año 2000 la razón de mortalidad materna colombiana era 3,13 veces superior que la uruguayo, en 2015 la misma era 4,26 mayor.

Segundo, en la comparativa con el promedio regional se puede observar que se ha progresado al mismo ritmo que el conjunto de la Región (que, recordemos, incluye países como Haití, cuya tasa en 2015 supera las 350 muertes por 100,000 nv). Es llamativo el caso de Colombia, que empezó el período convergiendo con el agregado regional y durante casi una década logró una reducción más acelerada para terminar volviendo a una práctica convergencia al final de los tres lustros. Esta evolución tan pareja al resto de la Región sugiere que las mejoras experimentadas pueden responder más a elementos contextuales que a causas relacionadas con el accionar del sector salud.

Figura 48: Comparativa de la Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Años 2000-2015



Fuente: Banco Mundial (2019)

#### 10.4.2 Razón de Mortalidad Neonatal

En lo que refiere a mortalidad neonatal, se observa también una tendencia común hacia la disminución en los 4 países, aunque a ritmos distintos durante el periodo.

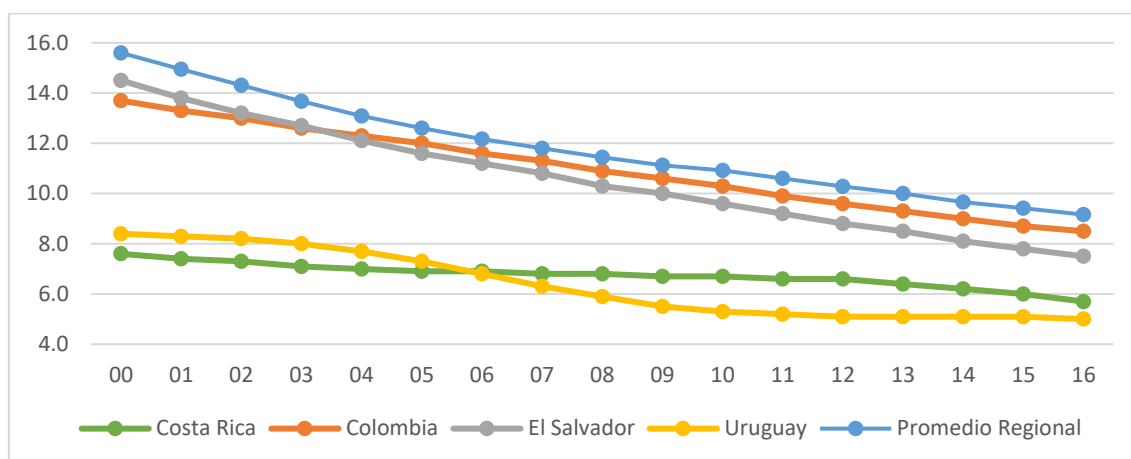
En primer lugar, se describe la evolución de Costa Rica, que ha sido el país con una variabilidad menor, presentando una reducción del 25%, pasando de 7,6 a 5,7 defunciones neonatales por 1,000 nv. Esta disminución relativamente pequeña ha originado un cambio en la clasificación ordinal durante el periodo, ya que el país lo empezó con el valor más bajo y ha terminado en segundo lugar, por detrás de Uruguay.

En este sentido, Uruguay vuelve a ser el país que presenta una tendencia más positiva, ya que ha logrado una disminución del 40% (de 8,4 a 5 defunciones por 1,000 nv), partiendo de una tasa ya relativamente baja. El país se convierte así con el que presenta mejor desempeño en esta variable de entre los estudiados, aunque todavía se encuentra por encima del promedio OCDE, que en 2016 se situaba en 3,8 muertes por 1,000 nv.

También se puede considerar como positiva la evolución observada para El Salvador, que ha logrado el porcentaje de disminución más elevado, cercano al 50%, pasando de 14,5 a 7,5 defunciones por 1,000 nv. Este destacable progreso le ha permitido incrementar sus diferencias respecto al promedio regional, al tiempo que mejoraba las tasas de mortalidad neonatal colombianas.

Precisamente Colombia es, de nuevo, el país cuya tasa presenta una tendencia más desalentadora. Aunque ha logrado reducirla a mayor ritmo que Costa Rica, lo cierto es que el punto de partida era mucho más alto y, además, el país no sale favorecido de la comparativa con el promedio regional, ya que empezó el periodo casi un 13% por debajo y ha terminado prácticamente convergiendo alrededor de las 9 defunciones por 1,000 nv.

Figura 49: Comparativa de la Evolución de la Razón de Mortalidad Neonatal. Años 2000-2015



Fuente: Banco Mundial (2019)

### 10.4.3 Razón de Mortalidad Infantil

Como es de esperar, la razón de mortalidad infantil presenta un comportamiento similar a la de mortalidad neonatal. Así, se aprecia también una tendencia hacia su disminución en todos los casos, pero con patrones distintos.

Igual que en el caso anterior, el país que ha logrado una mayor reducción de la mortalidad en menores de un año es El Salvador, disminuyéndola casi un 54%, desde las 32,5 muertes por 1,000 nv hasta las 15. Esta evolución le ha permitido terminar el periodo prácticamente con los mismos valores que Colombia y el promedio regional, que ascienden a 15,3 y 14,9 muertes por 1,000 nv respectivamente, indicando que la disminución se ha producido a un ritmo mayor.

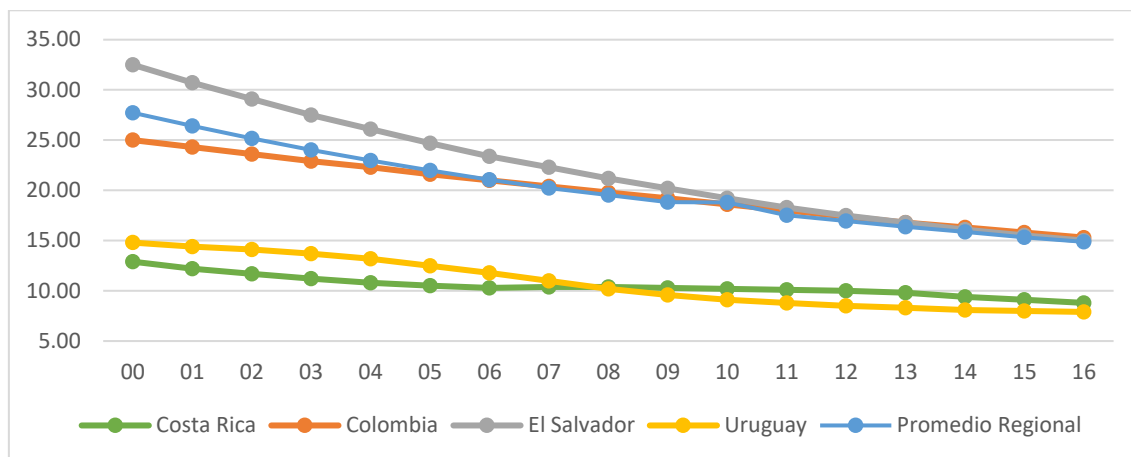
De nuevo, se observa que Colombia ha progresado prácticamente al mismo ritmo, o incluso un poco más lento, que el promedio regional. En este caso, las tasas colombianas han disminuido en un 39%, pasando de 25 a 15,3 muertes por 1,000 nv, mientras que el agregado regional ha pasado de 27,7 a 14,9 defunciones por 1,000 nv, disminuyendo en un 46%. Este hecho refuerza la impresión de que las mejoras observadas pueden responder más a factores contextuales.

Para este indicador, vuelve a ser Uruguay el país que ha finalizado el periodo de estudio con un mejor desempeño, logrando una disminución del 47%, pasando de 14,8 a 7,9 muertes por 1,000 nv. Esto significa que ha logrado una mayor disminución relativa que Colombia (47% vs. 39%) a pesar de tener un valor de línea de base un 40% inferior y una disminución muy similar a la del promedio regional partiendo de un nivel que apenas alcanzaba el 50%. Sin embargo, de manera análoga a la mortalidad neonatal, este buen desempeño no ha sido suficiente para alcanzar el promedio OCDE, que asciende a 5,9 muertes por 1,000 nv.

Por último, Costa Rica ha logrado una disminución ligeramente superior al 31%, pasando de 12,9 a 8,8 muertes por 1,000 nv. Este ha sido el nivel de avance más desacelerado de los cuatro países. Aunque no se puede obviar el hecho que el país empezó el periodo con la tasa más baja y, por ende, es lógico que la disminución se haya producido a un ritmo menor, es también cierto que

durante el periodo se ha visto superado por Uruguay y que se observa cierto estancamiento entre los años 2006 y 2012.

Figura 50: Comparativa de la Evolución de la Razón de Mortalidad Infantil. Años 2000-2015



Fuente: Banco Mundial (2019)

#### 10.4.4 Razón de Mortalidad en Menores de 5 Años

La razón de mortalidad en menores de 5 años presenta tendencias parecidas a las de las anteriores variables, aunque se muestran también algunas situaciones distintas que merece la pena destacar.

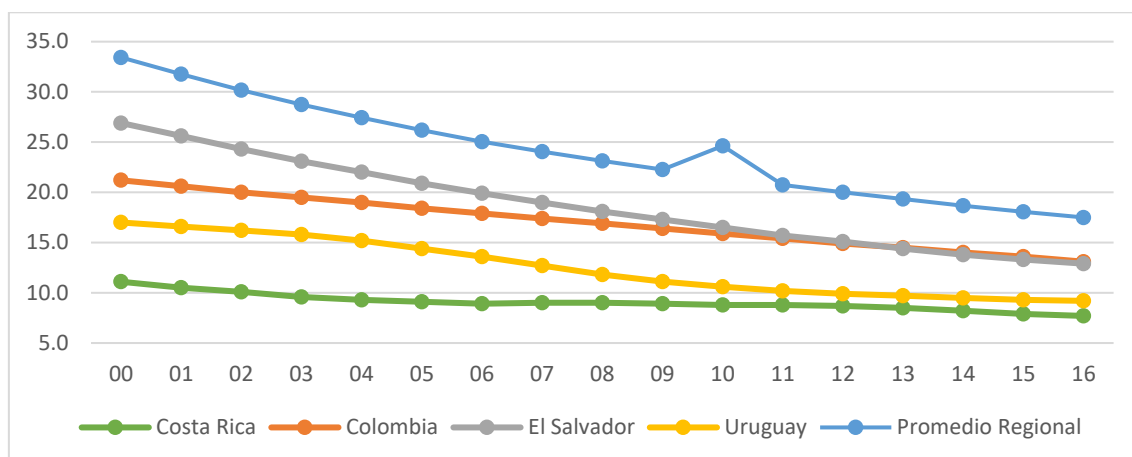
En primer lugar, sobresale el hecho que el país con mejor desempeño es Costa Rica y no Uruguay. Como en el resto de los casos, Costa Rica presentaba la tasa más baja al inicio del periodo y Uruguay ha sido capaz de disminuirla a un ritmo superior. Sin embargo, en este caso, la mayor disminución relativa no ha sido suficiente para cerrar la brecha existente en el año 2000.

Así, la tasa costarricense ha transitado de 11,1 muertes por 1,000 nv en el año 2000 a 7,7 en 2016 (reducción del 31%), mientras que la uruguaya ha pasado de 17 a 9,2 muertes por 1,000 nv (disminución del 46%). En ambos casos, los niveles se encuentran ligeramente por encima del promedio OCDE, que es de 6,9 muertes por 1,000 nv en el año 2016.

De manera análoga a la mortalidad neonatal e infantil, la mayor disminución relativa ha corrido de cuenta de El Salvador, que ha disminuido su tasa en un 52%, de 26,9 a 12,9 defunciones. Esta rápida mejora le ha permitido situarse por delante de Colombia al final del periodo estudiado, a pesar de que lo inició con una tasa un 20% superior.

Al hilo de lo anterior, cabe señalar que de nuevo Colombia muestra los resultados más modestos. Si bien es cierto que ha logrado disminuir la tasa en un 38% acumulado en 16 años, lo es también que la mejora relativa ha sido inferior a la del promedio regional, que ha alcanzado el 48% acumulado a pesar de repuntar en el año 2010.

Figura 51: Comparativa de la Evolución de la Razón de Mortalidad en Menores de 5 Años. Años 2000-2015



Fuente: Banco Mundial (2019)

#### 10.4.5 Proporción de Mortalidad por Enfermedades Transmisibles sobre el Total

En líneas generales, del análisis de la mortalidad por enfermedades transmisibles y aspectos nutricionales, se desprende la idea que la misma se logró disminuir de manera sostenida durante la primera década del siglo y después ha entrado en una fase de cierto estancamiento.

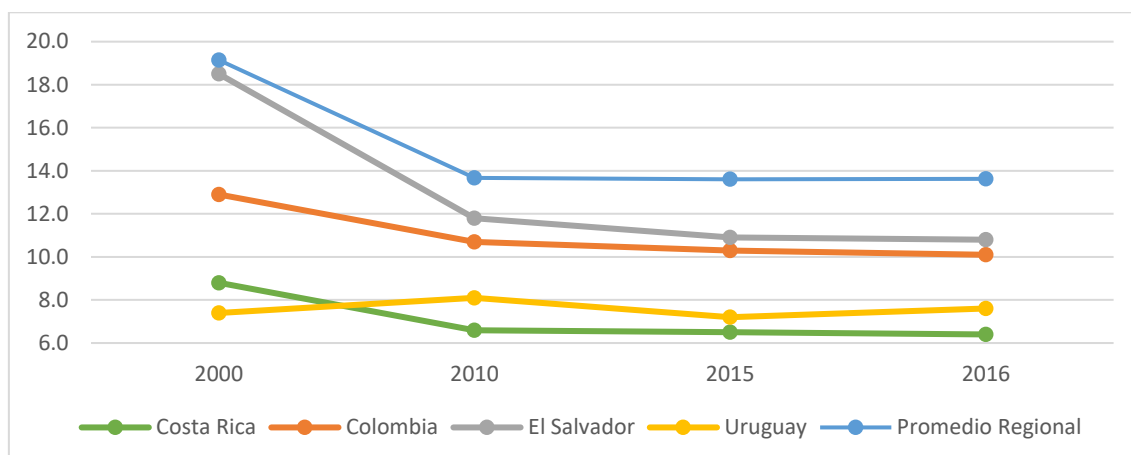
Como en el caso anterior, la tasa más baja es la costarricense. Sin embargo, se observa en este punto una situación contrapuesta a la observada con anterioridad, ya que en este caso fue Uruguay el que empezó el periodo con la tasa más baja, pero se ha visto relegado al segundo lugar por el buen desempeño costarricense. De hecho, la tasa uruguaya ha aumentado ligeramente durante los tres lustros, pasando de representar un 7,4% del total de mortalidad a ser responsable de un 7,6%, sugiriendo que en el año 2000 ya había alcanzado su valor estacionario. Dicho valor es algo superior al de los países miembros de la OCDE, que en 2016 ascendía a 6,7%.

Costa Rica presenta para este indicador valores incluso más bajos que los de la OCDE al final del periodo. Esto se explica por el hecho que el país ha sido capaz de mantener unas tasas de disminución muy similares a las del promedio regional, pero partiendo de un nivel bastante inferior, ya que la mortalidad por enfermedades transmisibles y aspectos nutricionales ha pasado de representar un 8,8% del total a representar un 6,4%.

Como en el resto de las variables analizadas, el país con una reducción relativa más pronunciada ha sido El Salvador, que ha logrado reducir el peso de la mortalidad por enfermedades transmisibles en un 42%. En este caso, sin embargo, la disminución no ha sido suficiente como para relegar a Colombia.

Como ya se ha comentado, para todos los países se aprecia cierta estabilización desde el año 2010, lo que podría sugerir que estos se encuentran ya cerca de sus respectivos valores estacionarios.

Figura 52: Comparativa de la Evolución de la Mortalidad por Enfermedades Transmisibles sobre el total. Años 2000-2016



Fuente: Banco Mundial (2019)

#### 10.4.6 Probabilidad de Morir por ENCT

Por último, se analiza la probabilidad de morir para la población entre 30 y 70 años por las 4 principales causas relacionadas con enfermedades no transmisibles: accidentes cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. En este caso, se aprecia una magnitud de reducción muy parecida para los cuatro países en torno al 20%, aunque la evolución de esta reducción sí presenta algunas divergencias.

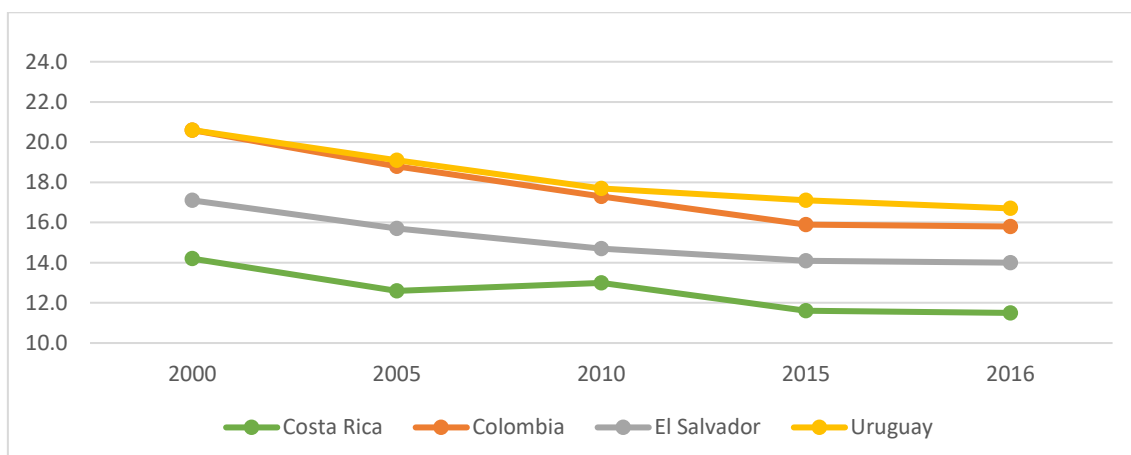
Por un lado, el país con una probabilidad más baja de morir por las 4 ENCT es Costa Rica, aunque, como se puede ver en la **Figura 53**: Comparativa de la Evolución de la Probabilidad de morir de la Población 30-70 años por 4 ECNT. Años 2000-2016, también es el único que ha presentado un repunte dentro del período. En el conjunto, dicha probabilidad ha pasado del 14,2% al 11,5%, reduciéndose en un 19% y logrando situarse por debajo del promedio de la OCDE, que es de 12,4%.

Para este indicador la disminución más pronunciada la presenta Colombia, cuya población de entre 30 y 70 años ha pasado de tener una probabilidad de fallecer por las 4 ECNT de 20,6% a una de 15,8%, disminuyendo un 23,3%. Esta reducción le ha permitido mejorar a los niveles uruguayos que, aunque han disminuido al mismo ritmo que los salvadoreños y el promedio regional (un 19%), termina el periodo con la probabilidad más alta (16,7%).

Por último, El Salvador ha logrado también una disminución cercana al 18%, ya que su probabilidad ha transcurrido del 17,1% al 14%.

Todos los casos se encuentran muy por debajo del promedio regional, que a fines del periodo ascendía a 40,7%.

Figura 53: Comparativa de la Evolución de la Probabilidad de morir de la Población 30-70 años por 4 ECNT. Años 2000-2016



Fuente: Banco Mundial (2019)

Nota: el promedio regional ha sido excluido del gráfico por mostrar valores muy alejados del resto de la mues



## 11 ESTUDIO DE CASO DE REPÚBLICA DOMINICANA

### 11.1 PERFIL DEL PAÍS

República Dominicana es un país situado en la zona central de las Antillas que ocupa los dos tercios orientales de la isla La Española. Su superficie territorial se extiende 48,730 km<sup>2</sup>, y en el año 2017 estaba habitada por cerca de 10,8 millones de personas (BM, 2019).

En el año 2017, República Dominicana registró un PIB per cápita de US\$ 7,052, que asciende hasta los US\$ 14,601 cuando se ajusta por paridad del poder adquisitivo, cifra ligeramente superior al promedio regional, que es de US\$ 14,412. El coeficiente de Gini ascendió a 45.3 en el año 2016, situando al país en una posición intermedia dentro del contexto regional. En términos de pobreza monetaria, en el año 2016 un 6.2% de la población vivía con menos de US\$ 3.20 diarios (*ibid.*).

Desde principios del siglo XXI, la esperanza de vida al nacer de la población dominicana ha incrementado algo más de 3 años, situándose en 73.9 años en 2016. Sin embargo, las diferencias por sexo se han incluso incrementado desde principios de siglo, siendo de 70.8 años para la población masculina y de 77.1 años para la femenina en el año 2016 (*ibid.*). Cuando se ajusta esta variable por morbilidad, resulta en una esperanza de vida saludable general de 65.2 años en 2016, observando también diferencias por sexo, aunque menores en este caso, ya que se sitúa sobre los 63.1 años para la población masculina y los 67.5 años para la femenina (OMS, 2019b).

El Índice de Desarrollo Humano, que combina la esperanza de vida al nacer con variables relacionadas con el nivel educativo y el nivel de ingresos, alcanzó una valoración de 0.736 en 2017, situando al país en la decimocuarta posición sobre el total de 22 países analizados (PNUD, 2019).

Por otro lado, el Índice de Capital Humano mide cuánto invierten los países en sus generaciones más jóvenes y se calcula a través del estudio de la cantidad y calidad de la educación ofrecida, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, la tasa de retraso en el crecimiento entre los jóvenes y la tasa de “supervivencia adulta”, que pondera la posibilidad que alguien al cumplir los 15 años pueda vivir hasta los 60. En el año 2017, el valor para República Dominicana fue de 0.49, uno de los más bajos de la Región (BM, 2019).

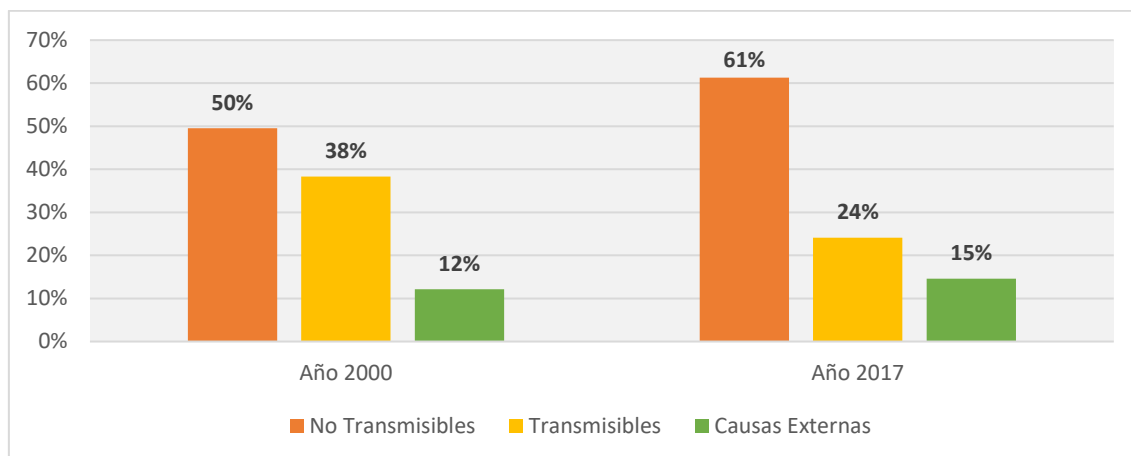
La magnitud de la carga de enfermedad en República Dominicana ha permanecido prácticamente invariable durante el periodo 2000- 2017. La misma pasó de 30,199 AVAD por 100,000 habitantes (IC 33,310- 27,384) en el año 2000 a 29,738 AVAD en 2017, reducción estadísticamente no significativa. Esta invariabilidad se explica por una evolución creciente de la carga por enfermedades crónicas no transmisibles y las causas externas, que ha absorbido la reducción en términos de enfermedades transmisibles (IHME, 2019).

Por un lado, la población dominicana sufrió una pérdida de 14,971 AVAD por 100,000 (IC 17,031- 13,120) por enfermedades crónicas no transmisibles en el año 2000, que aumentó hasta los 18,237 AVAD por 100,000 en el año 2017. Este aumento, superior al 20%, es estadísticamente significativo. La carga de enfermedad por causas externas también aumentó de manera significativa durante el periodo, aunque en menor medida, alrededor de un 18%, pasando de 3,659 AVAD por 100,000 (IC 3,983- 3,374) en el año 2000 a 4,334 AVAD por 100,000 en 2017 (*ibid.*).

Por otro lado, en el año 2000, República Dominicana sufrió una pérdida de 11,569 AVAD por 100,000 habitantes (IC 12,984- 10,338) debido a enfermedades transmisibles, cifra que disminuyó más de un 38%, para situarse en 7,166 AVAD por 100,000 en 2017 (*ibid*).

El peso de cada grupo de causas sobre el total se muestra en la siguiente figura.

*Figura 54 AVAD por 3 Grandes Grupos de Causas sobre el total. República Dominicana. Años 2000 y 2017*



Fuente: IHME (2019)

## 11.2 ANTECEDENTES

El sistema dominicano de salud, antes de entrar en vigor las leyes que sustentan la reforma que, aunque datan del 2001, comenzaron verdaderamente a implementarse más adelante, era un sistema abierto, similar a muchos países latinoamericanos. Se financiaba en su mayor parte con impuestos generales y, aunque existía el seguro social para la población trabajadora del sector informal, éste apenas afiliaba un 6% de la población. La razón principal de esto es que existían topes de salario que estaban desfasados, por lo que las empresas más grandes del sector formal empezaron a ofrecer a sus empleados el beneficio de los seguros privados, con lo cual estas empresas estaban pagando una doble cotización. (Rathe, 2017).

El financiamiento del gobierno al sistema de salud era muy bajo para atender las necesidades de la población, lo que se manifestaba en una baja calidad de los servicios, fomentando la privatización de los mismos, tanto al crecer la oferta de proveedores privados como por la importancia que, desde hace décadas, comenzaron también a tener los aseguradores privados los cuales, como se expresa en el párrafo anterior, no sólo servían a la población de altos ingresos, sino también a las empresas formales para sus empleados, llegando a afiliar alrededor de un 12% de la población (Rathe y Moliné, 2011).

El sistema dominicano de salud previo a la reforma se caracterizaba por su ineficacia (pobres indicadores de salud), inequidad (no garantizaba servicios de calidad para todas las personas y se experimentaban altas proporciones de gasto catastrófico y empobrecedor), con elevados niveles de insatisfacción (medidas encuestas de satisfacción de los usuarios en el año 1996), con notoria

insatisfacción del personal de salud (huelgas del personal y falta de gobernabilidad), ineficiencia (fragmentación, ausencia de coordinación y articulación) y aumento indiscriminado de los costos por la inexistencia de mecanismos de priorización (CNS, 1996; Rathe y Suero, 2017).

Todo lo anterior impulsó un movimiento hacia la reforma del sistema de salud que culminó en el marco legal y estructura institucional que se presenta a continuación.

### 11.3 ESTRUCTURA ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD

La República Dominicana aprobó en el año 2001 una reforma estructural profunda de su sistema de salud, a través de las leyes 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y, dentro de éste, el Seguro Familiar de Salud, y la Ley General de Salud, 42-01.

La reforma se fundamentó en los principios de competencia regulada, dado que ya existía en el país un sector privado importante participando tanto en la provisión como en el aseguramiento. De esta forma, se establecen los principios de separación y descentralización de las cuatro funciones básicas de los sistemas de salud: rectoría, financiación, aseguramiento y provisión. Tal como se verá más adelante, la rectoría del sistema es pública y tanto la provisión de servicios como el aseguramiento es plural. La población asalariada tiene acceso a proveedores y aseguradores privados, con y sin fines de lucro, que compiten por los afiliados. La población pobre sin empleo está asegurada al Seguro Nacional de Salud (SENASA), única aseguradora pública y recibe sus servicios principalmente en los proveedores del estado, aunque en los últimos años se ha incrementado mucho la contratación de proveedores públicos.

En el año 2015 se introdujo un cambio en el modelo, creándose el Servicio Nacional de Salud (SNS), que integra todos los proveedores públicos que antes dependían del Ministerio de Salud Pública (MSP) y del antiguo Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). Esta nueva entidad tiene el mandato de fortalecer una prestación de servicios en redes integradas de carácter regional.

La reforma de salud, cuya implementación se acelera a finales del 2007, cuando entra a operar el régimen contributivo, tiene éxito en lograr la afiliación de la población al Seguro Familiar de Salud, hasta alcanzar el 80% en el año 2019. Aun así, esto implica que todavía hay unos dos millones de personas sin afiliar, muchas de las cuales son difíciles de alcanzar con el actual orden institucional, pues se encuentran en su mayor parte en el sector informal.

La organización institucional del sistema dominicano de salud es el resultado de la aplicación de las leyes indicadas correspondientes al año 2001 y puede verse en la **Figura 59**: Estructura del Sistema de Salud de República Dominicana. A continuación, se resumen algunas de las características del sistema de salud en términos de sus funciones básicas.

#### 11.3.1 Rectoría

La rectoría del sistema de salud corresponde al Ministerio de Salud Pública, que es quien debe trazar la visión estratégica de largo plazo de todo el sistema, así como su camino hacia el logro de la salud y el cumplimiento de las metas de desarrollo sostenible. Asimismo, formular las normas de comportamiento de todos los actores y asegurarse de que las mismas son cumplidas.

Para lograrlo, necesita información de calidad, que le sirva para la toma de decisiones, es decir, ser capaz de llevar a cabo y utilizar la inteligencia sanitaria. Estas funciones son muy débiles en la República Dominicana; si bien es cierto ya en la actualidad el MSP no tiene a su cargo la provisión de los servicios individuales, tampoco ha desarrollado las capacidades que le permitan la toma de decisiones bien fundamentadas, particularmente en las funciones esenciales relacionadas con la garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública. (Sánchez Cárdenas, 2019).

La rectoría de las acciones de Salud Colectiva es también responsabilidad del MSP, que las ejecuta a través de sus entes desconcentrados en el territorio, las Direcciones Provinciales de Salud (DPS/DAS). El MSP lleva años inmerso en un proceso orientado a romper con el enfoque programático vertical para dirigir el subsistema de salud colectiva hacia una lógica de redes programáticas que funcionen a nivel local y se focalicen en dar respuestas a las necesidades de la población desde diversas estrategias de salud pública. Este cambio debe implicar necesariamente procesos de reorganización institucional, tanto a nivel central como territorial.

Un instrumento clave para el impulso de esta reorganización es el catálogo de servicios de salud colectiva, denominado Plan de Servicios Preventivos de Carácter General (PSPCG). Sin embargo, aunque existe un borrador de dicho Plan disponible desde 2016, la institución no lo ha aprobado y oficializado todavía.

En lo que respecta al Seguro Familiar de Salud, la rectoría del sistema está a cargo del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) tiene a su cargo realizar los estudios y hacer las recomendaciones sobre el paquete de prestaciones. Esto le da una influencia fundamental a la hora de tomar las decisiones sobre lo que financia o no el sistema público. No obstante, estas tareas deberían realizarse en consonancia con el MSP, rector último del sistema y vicepresidente del CNSS, pero su papel sigue siendo relativamente débil. De hecho, es el MSP quien debería estar a cargo de definir las prioridades de salud de la población y de ordenar lo que debería o no debería estar incluido en el paquete de prestaciones de la seguridad social, tanto en el régimen contributivo como subsidiado, pero esto no opera de tal manera.

A este respecto interesa destacar que en el país no hay un sistema de evaluación de tecnologías de salud ni en medicamentos ni en dispositivos médicos. De esta manera, las compras no obedecen a un criterio racional de priorización y se encuentran amenazadas por las influencias de la industria o de otros grupos interesados.

El MSP es también responsable de la calidad de la atención, pero su capacidad para habilitar los establecimientos de salud y realizar un monitoreo de la calidad en los establecimientos, ya sean públicos o privados, sigue siendo limitada. No existe una legislación sobre calidad de la atención ni sobre derechos de los usuarios, ni tampoco un efectivo sistema de monitoreo.

### **11.3.2 Prestación de Servicios Individuales**

El marco legal emanado de las Leyes 87-01 y 42-01 obligaba a separar las funciones de rectoría y prestación de servicios de atención a las personas. Sin embargo, el proceso de separación no

inició de manera formal hasta el año 2014, con la promulgación del Decreto 379-14, que crea la Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud (DGCSS), entidad que antecede al Servicio Nacional de Salud (SNS), creado mediante la Ley 123-15.

En la actualidad, el SNS es el responsable de la prestación de servicios en el sector público, que articula a través de sus entes descentralizados, los Servicios Regionales de Salud (SRS). La Ley 123-15 también contemplaba la unificación de todos los establecimientos públicos bajo el paraguas del SNS, incluyendo los que pertenecían al antiguo Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS)

Este mismo marco legal establece cómo fluyen los fondos para financiar la atención a las personas dentro del sistema de salud. *“Estas leyes, juntamente con los reglamentos, normas y disposiciones administrativas que las acompañan, forman un complejo entramado institucional para el desempeño de las diferentes funciones dentro del sistema de salud – con un mandato claro y específico de separación de las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Con la Ley 123 del año 2015 se completa el proceso de separación de funciones.”* (Rathe y Suero, 2017).

Según el marco legal vigente, la estrategia del país es implementar un modelo de atención fundamentado en la atención primaria en salud, donde los proveedores públicos y privados estén adecuadamente articulados en redes integradas y descentralizadas, funcionando el primer nivel como puerta de entrada, dando respuesta a la mayor parte de las necesidades de la población dominicana. Esto está consignado en las dos leyes básicas y se ha insistido sobre ello en el marco regulatorio sobre el modelo de atención. Sin embargo, esto no se cumple ni en el sistema de provisión público ni tampoco en el privado.

Los recursos disponibles por la red pública del Servicio Nacional de Salud se estructuran en oferta física, oferta de recursos humanos y recursos económicos. De acuerdo con la Memoria 2018 del SNS, la red pública cuenta con los siguientes recursos físicos.

*Tabla 14: Recursos Físicos Existentes en República Dominicana. Año 2018*

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Centros Especializados de Atención en Salud</b>	
Hospitales generales	157
Hospitales de alta especialidad	14
Hospitales especializados	15
Centros de diagnóstico	43
Consultorios médicos	189
Número de camas	8470
<b>Centros de atención primaria</b>	
Centros de primer nivel	1359
Centros de zona	30
UNAP	1929
Unidades odontológicas	214
Bancos de sangre	10

Fuente: Memoria Institucional SNS 2018

A partir de la tabla anterior, se observa que República Dominicana disponía en el año 2018 de 1,359 centros de primer nivel y 30 centros de zona. En dichos centros se ubicaban 1,929 UNAP.

En el caso de los servicios hospitalarios, en el año 2018 existían 157 hospitales generales más 29 especializados dentro del sistema público, para un total de 8,470 camas, lo que implica una ratio de 0,8 camas hospitalarias por 1,000 habitantes, cifra inferior a la mitad del promedio regional, de 2,4 (BM, 2019).

Referente a los recursos humanos, en el año 2017 el país contaba con 1.6 médicos y 3.1 enfermeras por cada 1,000 habitantes. En la comparativa con el promedio regional, se puede observar que ambos valores se encuentran por debajo del promedio regional que, como se ha visto, asciende a 2,2 médicos y 4,6 enfermeras por 1,000 habitantes (OMS 2019b).

La forma de pago predominante en el servicio público es la de presupuestos históricos. Pese a que la reforma manda a que sea vía la demanda, a través de contratos con el SENASA y otras ARS; esto todavía sigue siendo marginal. Estas entidades contratan algunos proveedores públicos de alta complejidad y los pagos son, generalmente, por servicios prestados, lo mismo que en sus contratos con el sector privado, lucrativo o sin fines de lucro.

Aunque recientemente se han hecho inversiones en el primer nivel de atención, la tendencia en la inversión, tanto pública como privada parecieran ser los niveles especializados y de alta complejidad.

En cuanto a los recursos correspondientes a la prestación privada, tocaría al MSP llevar estadísticas de capacidad instaladas, recursos, inversiones y otros, así como hemos dicho, monitorear la calidad de los servicios, pero no lo hace. Es evidente que en la República Dominicana el sector privado proveedor de servicios de salud tiene una importancia considerable. De hecho, allí es que se atiende toda la población del régimen contributivo, que asciende a 4.3 millones de personas, más muchas otras que utilizan servicios privados, aun estando en el régimen subsidiado o sin tener ningún seguro.

Un estudio reciente sobre turismo de salud identificó 19 centros – en la gama alta de provisión de la prestación – que actualmente brindan estos servicios, entre los que se encuentran el Hospital General Plaza de la Salud, el Centro de Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), el Centro Cardiovascular de CEDIMAT, el Instituto Espailat Cabral, Hospiten, la Clínica Abreu, la Clínica Abel González, varios centros de cirugía estética y otros en el interior del país, sobre todo en las zonas turísticas, todos ellos con tecnología de alta complejidad, con departamentos internacionales y en proceso de obtener acreditación internacional, con más de 1,000 médicos especialistas. Según este estudio, en el año 2017 se atendieron más de 90 mil pacientes internacionales, generando el turismo de salud alrededor de 247 millones de dólares en el 2017, equivalentes a más de 12 mil millones de pesos dominicanos. Esto ha motivado nuevas inversiones en el sector a partir de esa fecha, que rondan los 500 millones de dólares (Russa, 2019).

### 11.3.3 Financiamiento

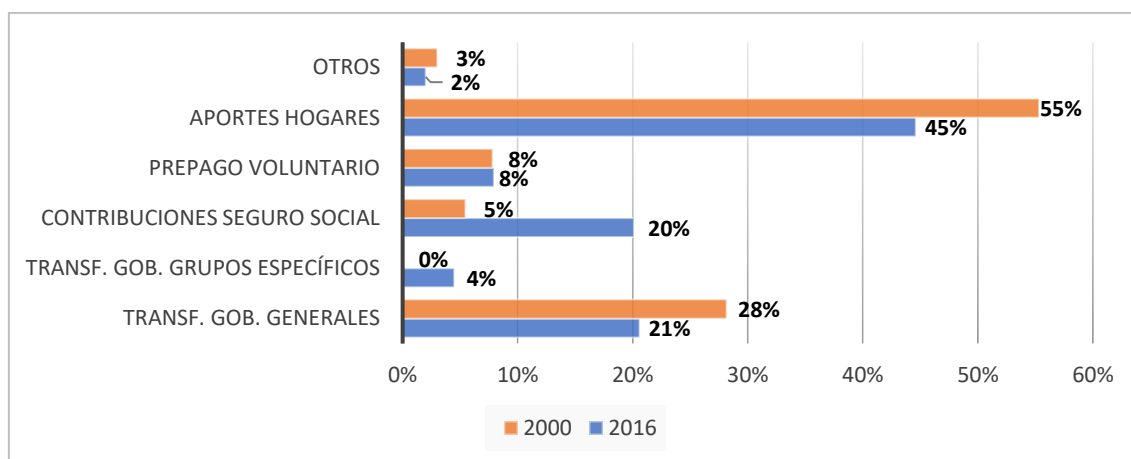
La República Dominicana dedica un 6% del PIB a atender la salud de su población, asignando unos US\$937 PPA por persona en el 2016, cifra ligeramente inferior al promedio regional (US\$ 985) y que se sitúa en el 85% del promedio de los cinco países estudiados (US\$ 1,160). Del total de fondos asignados, un 46% fueron movilizados por esquemas de financiamiento público, equivalentes a un 2.8% del PIB.

El Seguro Familiar de Salud (SFS) posee tres regímenes de financiamiento: el régimen contributivo, para los trabajadores asalariados, el régimen subsidiado para la población pobre e indigente desempleada y el régimen contributivo subsidiado para los trabajadores independientes. Este último nunca se ha implementado. El régimen contributivo se financia con cotizaciones de un 10% sobre el salario (hasta un máximo de 10 salarios mínimos), el cual es pagado en un 70% por el empleador y un 30% por el empleado. El régimen subsidiado es financiado enteramente con recursos fiscales, que el gobierno transfiere a la Tesorería de la Seguridad Social para pagar por las personas identificadas como pobres, según el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales (SIUBEN).

La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) recauda el dinero de las empresas y del gobierno y lo transfiere a las Administradoras de Riesgos de Salud, quienes contratan a los proveedores de servicios.

A pesar de que el sistema está fundamentado en la separación de funciones y de que se tenía la intención de que el grueso del financiamiento fuera vía la demanda, esto todavía no ha ocurrido. La mayor parte de los fondos que financian los proveedores públicos sigue siendo vía la oferta, a través de presupuestos históricos.

*Figura 55: Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud. República Dominicana, 2000- 2016*



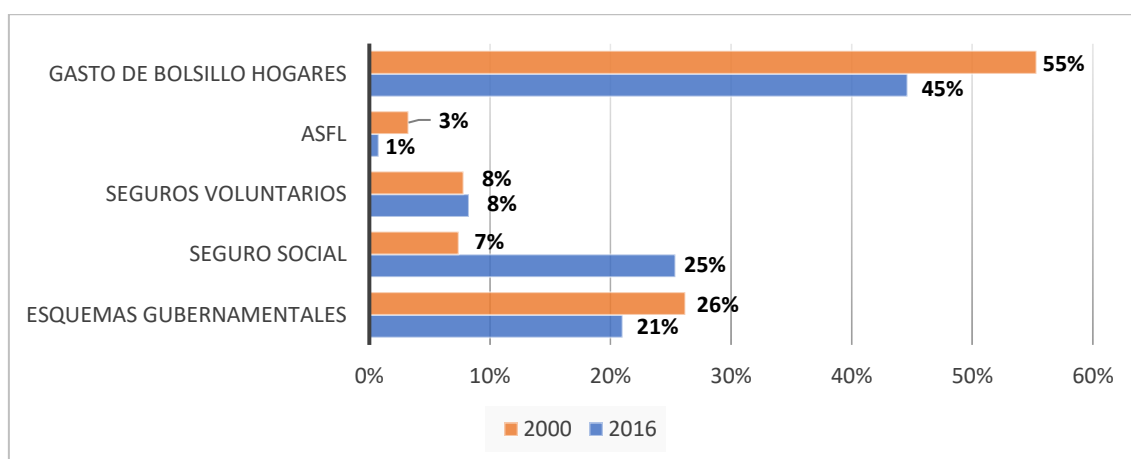
Fuente: OMS (2019a)

La figura anterior muestra las fuentes de financiamiento del gasto en salud en la República Dominicana, para los años 2000 y 2016, que revelan ciertos cambios importantes en la estructura del mismo, motivados por la reforma del sistema de salud iniciada a principios del nuevo siglo.

El cambio más importante es el aumento sustancial de las contribuciones a la seguridad social como vías de financiar el gasto en salud, que pasaron de un 5% en 2000 a un 20% en 2016. Las transferencias generales del gobierno (fondos de impuestos para financiar directamente al Ministerio de Salud para las acciones de carácter colectivo y al Servicio Nacional de Salud para las prestaciones individuales), se redujeron apenas de un 28% a un 21%, lo que indica que siguen siendo elevadas – a pesar de que uno de los principios básicos del sistema es la separación de la prestación y el financiamiento. Otro aspecto importante a destacar es la reducción de la proporción del financiamiento de los hogares, que representaba un 55% en el 2000 y pasa a un 45% en el 2016, aunque sigue siendo muy elevada en cualquier contexto.

Si vemos el gasto en salud desde la perspectiva de los esquemas de financiamiento, podemos observar un patrón similar al descrito. El cambio fundamental lo constituye el aumento importante del esquema de seguro social, que pasó de representar un 7% del gasto en el 2000 a un 25% en el 2016. Se observa de igual modo que la reducción de los esquemas gubernamentales no es mucha en el período y sí hay una reducción proporcional del gasto de hogares, aunque permanece alto. Los seguros voluntarios permanecen a un nivel similar en ambos años de la serie – hay que decir que esta categoría engloba seguros tanto complementarios al plan básico de salud como seguros sustitutivos.

*Figura 56: Gasto en Salud por Esquema de Financiamiento. República Dominicana, 2000- 2016*

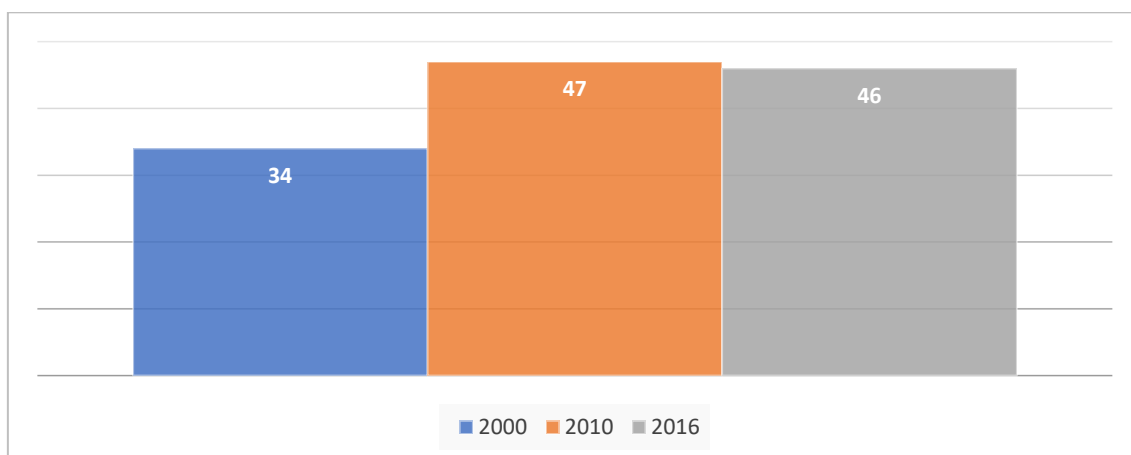


Fuente: OMS (2019a)

Los fondos correspondientes al plan básico obligatorio se encuentran dentro de la categoría del seguro social. Estos, conjuntamente con los esquemas gubernamentales, conforman lo que podría llamarse “esquemas obligatorios” o “gasto público en salud”. Como se observa en el gráfico, estos aumentaron sustancialmente entre el 2000 y el 2010, pero allí parecen haberse estancado. Esto es coincidente con la resistencia del gasto de hogares a reducir su participación.



Figura 57: Evolución de los Esquemas de Financiamiento Obligatorio a la Salud. República Dominicana. Años 2000-2016

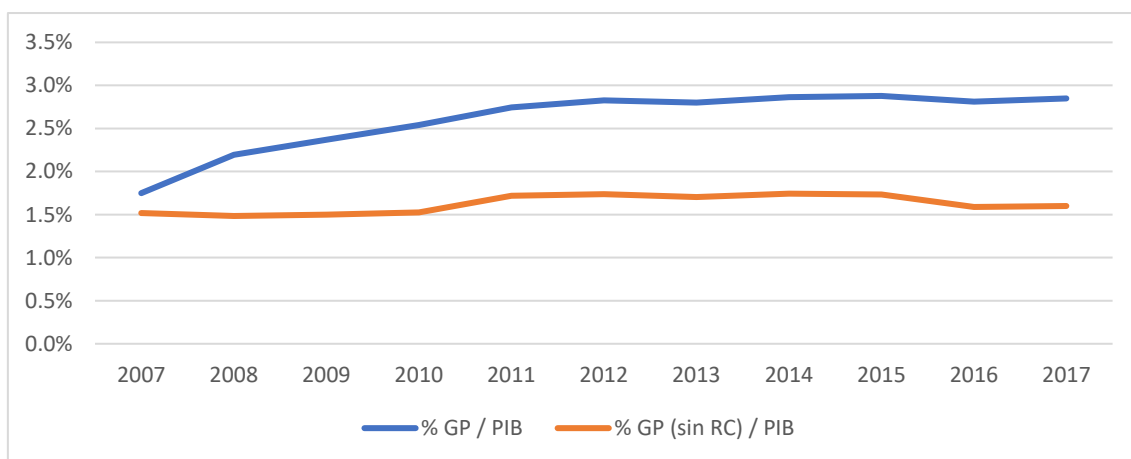


Fuente: OMS (2019a)

Es importante recalcar que el 2.8% del PIB que representan los esquemas de financiamiento público, resulta, de agregar las cotizaciones a la seguridad social como parte del financiamiento público, por tratarse de contribuciones obligatorias.

El gráfico que sigue muestra que el gasto público destinado a financiar la red pública más el que se transfiere para el régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud, no se ha modificado desde que comenzó a operar la reforma en el año 2007, para representar un 1.6% del PIB en el 2017, frente a un 1.5% que representaba en el 2007. Puede verse que todo el incremento del financiamiento público se ha debido al papel del régimen contributivo.

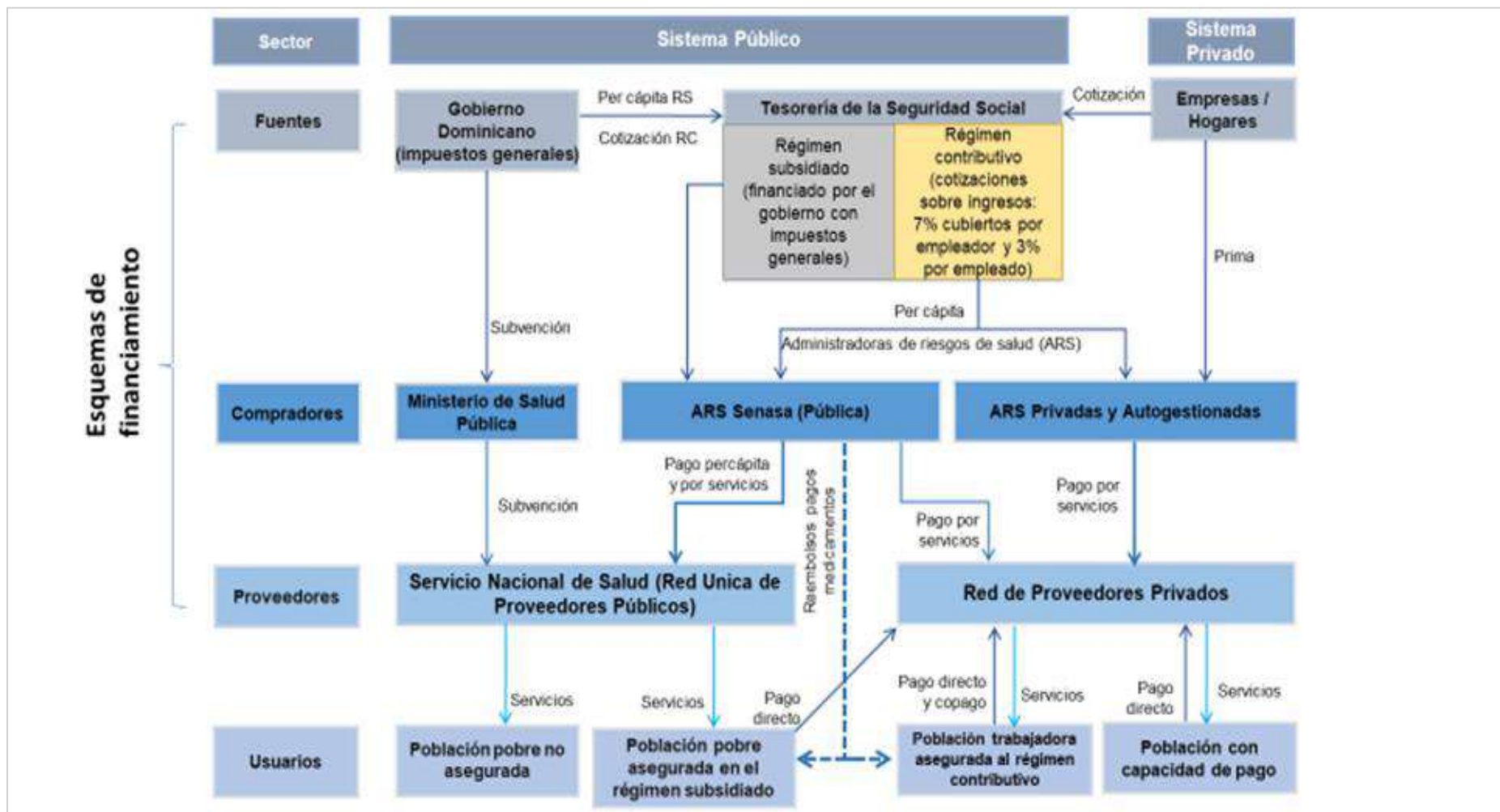
Figura 58: Gasto Público Corriente en Salud



En el caso de los esquemas de financiamiento privado, el gasto de los hogares, aunque tuvo una cierta reducción en su proporción entre el 2000 y el 2010, sigue representando casi la mitad del

financiamiento a la salud en la República Dominicana. Esto abre un cuestionamiento sobre la real protección financiera a la población.

Figura 59: Estructura del Sistema de Salud de República Dominicana



Fuente: Fundación Plenitud, adaptado de Rathe y Moliné (2011).

#### 11.4 EL MODELO ACTUAL DE APS

Las leyes que conforman el sistema de salud en la República Dominicana consagran la atención primaria en salud como el eje central de articulación del sistema, con la adopción de un enfoque de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, estableciendo el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud. En el año 2017, el Ministerio de Salud Pública (MSP) publicó el Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud, el cual está basado en la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y en el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), impulsados por la Organización Panamericana de la Salud.

Según el modelo de atención (y toda la legislación vigente), el MSP tiene la función de rectoría para el desarrollo del marco jurídico, la regulación sanitaria, el desarrollo y evaluación de la normativa de garantía de calidad de establecimientos y profesionales. También garantiza la salud colectiva a través de sus unidades desconcentradas en las provincias y su articulación con las comunidades.

En el régimen contributivo corresponde a las ARS garantizar a sus asegurados una oferta de primer nivel de atención, articulada al resto de su red contratada para proveer servicios individuales. A su vez, la SISALRIL tiene a su cargo asegurar que las ARS ejerzan esta función. Sin embargo, esto aún no ha ocurrido: cada persona asegurada que necesita un servicio se dirige al especialista de su preferencia. En el año 2018 la SISALRIL entregó una propuesta de implementación del primer nivel como puerta de entrada en el régimen contributivo, la cual, después de más de un año transcurrido, no ha podido aún ser conocida por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) por las diferencias que existen entre los distintos actores, representantes de intereses, que actúan dentro de dicho Consejo.

Según el modelo de atención vigente, cada ciudadano está obligado a adscribirse a una Unidad de Atención Primaria, independientemente del régimen de aseguramiento que le corresponda. Si está en el régimen contributivo puede escoger la de su preferencia y si está en el régimen subsidiado se adscribirá a la más cercana a su domicilio. La UNAP es un servicio constituido por un equipo multidisciplinario, que cuenta con personal médico, de enfermería, promotores de salud y otros.

Las UNAP tienen a su cargo atender y mantener saludables a un grupo de entre 500-700 familias. En el 2019 ha aumentado su número a 2032 UNAP ubicadas en 1,675 Centros de Primer Nivel (CPN). Sin embargo, si suponemos que los centros públicos de primer nivel adscribirían la población sólo del régimen subsidiado de manera territorial, es evidente que esta dotación es insuficiente, pues se requeriría una cantidad muy superior, estimada en al menos 4,500 UNAP.

Pero, además, la capacidad instalada existente deja mucho que desear. Una investigación realizada recientemente, señala que el 30% de los establecimientos están deshabilitados por cierre temporal o definitivo, así como falta de personal. De los restantes, un 13% no tiene las condiciones mínimas para prestar servicios y un 30% apenas cumple con las condiciones mínimas.

Por ejemplo, se observó que casi el 60% de las UNAP son dirigidas por médicos pasantes, que no tienen todavía autorización para ejercer la medicina y sólo en un 5% hay médicos familiares. También se evidencia una alta rotación, pues más de un 40% del personal tiene menos de un año de servicio. Asimismo, un dato relevante es que ninguna de las UNAP cuenta con el equipamiento

necesario para prestar buenos servicios; también se observaron fallas graves en la cadena de frío y en los suministros (ADESA, 2019).

Pero, además, las prioridades en la asignación de recursos públicos se observan claramente en cuadro sobre los fondos asignados al primer nivel y a los niveles especializados por parte del SNS. En el 2017, un 19% del presupuesto fue asignado al primer nivel, un 12% a las actividades centrales y un 69% al nivel especializado.

*Tabla 15: Ejecución Presupuestaria del SNS por tipo de Establecimiento y Forma de Gestión*

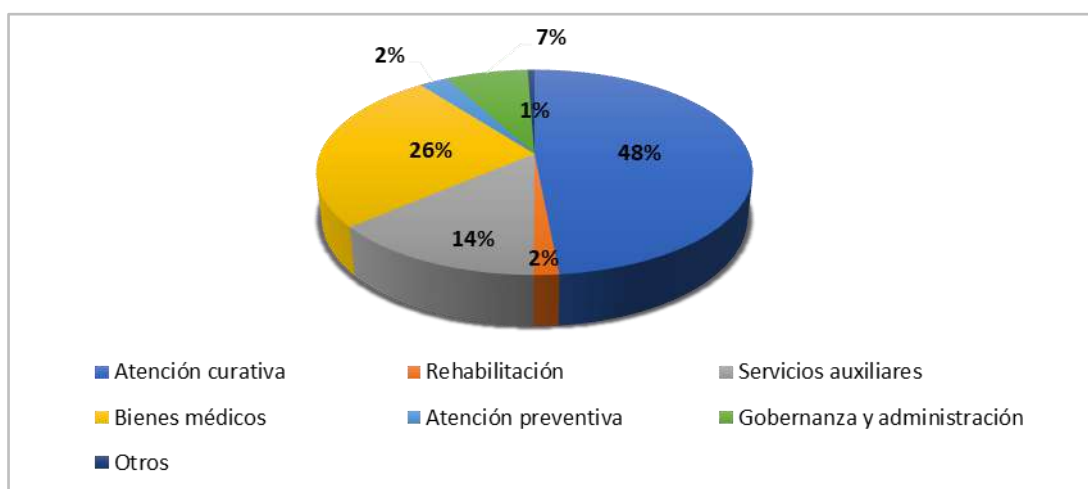
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	2016		2017	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
Actividades Centrales	2.102	9%	3.560	12%
Primer Nivel	4.231	18%	5.680	19%
Niveles Especializados (total)	17.728	74%	21.047	69%
Red Centralizada	15.127	63%	18.298	60%
Hospitales autogestionados	2.601	11%	2.749	9%
<b>TOTAL</b>	<b>24.061</b>	<b>100%</b>	<b>30.287</b>	<b>100%</b>

Fuente: SNS (2019)

En el sistema de salud en su conjunto, puede observarse esta misma tendencia. Según las cuentas de salud (MSP, 2017), el 48% del gasto en salud del país se destina a la atención curativa, dentro de la cual más de la mitad corresponde a los pacientes internados y el resto es atención ambulatoria (dentro de la cual se encuentra tanto el primer nivel como la atención especializada).

El segundo componente son los bienes médicos que, en su casi totalidad, se refieren a medicamentos, los cuales están relacionados con la atención curativa. Un 14% corresponde a servicios auxiliares, dentro de los cuales la mitad son laboratorios y un 40% son imágenes diagnósticas. Un 7% corresponde a rectoría y administración del financiamiento, siendo esta última un 67% de esta función. Destaca por los bajos montos asignados la función de prevención, sólo un 2.6% del gasto corriente en salud.

Figura 60: Gasto en Salud por Funciones. Año 2017



Fuente: MSP (2017)

Si nos vamos a la situación del régimen contributivo, con otra clasificación, podemos ver más claramente que más de la mitad del gasto corresponde a pacientes internados, cirugías y alto costo. Esto, unido a los medicamentos y medios de diagnóstico, muestran la orientación claramente curativa del modelo de atención predominante en la práctica.

Tabla 16: Composición porcentual del gasto del Seguro Familiar de Salud, Régimen contributivo, 2008-2016

	COMPOSICIÓN (%)									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Prevención y promoción	8,3	6	2,7	2,3	2,2	2,5	1,9	2,1	2	
Atención ambulatoria	9,8	7,9	8,7	7,2	6,9	6,8	6	6	5,9	
Servicios Odontológicos	0,2	0,3	0,6	1,7	1,5	1,8	1,45	1,7	1,6	
Emergencia	9,7	8,4	8,1	7,5	7,6	8,2	8,5	8,2	8,8	
Hospitalización	24,3	21,4	26,7	23	20	18,6	16,6	17,4	15,1	
Partos	7	8,3	7,6	6,9	6,3	6	6	6	5,2	
Cirugía	12,6	17,5	15,3	18,1	18,7	17,1	18,4	17,1	16,6	
Apoyo Diagnóstico (Dx)	19,3	18,9	18,5	19,6	19,5	20,7	20	20,6	20	
Atenciones de alto costo	3	4,3	4,8	7,4	10,4	10,1	13,1	13,9	14,3	
Rehabilitación	0,5	0,4	0,5	0,7	1	1,1	1,1	1,1	1,3	
Hemoterapia	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1	
Medicamentos ambulatorios	5,3	6,6	6,5	5,6	5,9	7,1	6,8	5,8	9,1	
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

Fuente: SISALRIL (2019)

No se dispone de información actualizada sobre la cantidad y tipo de personal que labora en cada nivel de atención ni sobre su producción, comparada con el resto del sistema. Según datos del 2014, alrededor del 30% del personal trabajaba en el primer nivel de atención, de los cuales la mayoría eran pasantes y prácticamente no existían médicos especializados en medicina familiar. El estudio de ADESA, publicado en el 2019, confirma que esta situación sigue siendo cierta, unos siete años después.

A pesar de que la legislación vigente y el modelo de atención consagran el primer nivel como puerta de entrada y la necesidad de un referimiento para pasar al nivel especializado y que funcione el sistema de referencia y contra referencia, dentro de una estrategia coordinada de atención integral a todo lo largo de la vida de las personas, esto no ha sido implementado. La práctica usual es que los pacientes vayan directamente al especialista, con lo cual recargan los hospitales, con elevados gastos de transporte y tiempo para ellos y reduciendo la eficiencia y la eficacia de los proveedores. Del mismo modo, existe un uso excesivo de las emergencias, mientras los centros de primer nivel se encuentran subutilizados, probablemente porque están cerrados o no disponen del personal adecuado. Aunque ha comenzado a implementarse un sistema de pago según resultados en el primer nivel, todavía no es generalizado. La mayor parte de los pagos se realizan por presupuestos globales y hay una pequeña parte que el SENASA aporta en base capitada.

Hay en la actualidad una intención a nivel de las autoridades de cambiar esta situación que se ha descrito. En efecto, tal como habíamos indicado previamente, el CNSS solicitó a la SISALRIL una propuesta para dar inicio al primer nivel como puerta de entrada, la cual fue entregada en octubre del 2018, pero todavía no ha podido ser conocida. Las justificaciones a dicha propuesta son básicamente dos: la primera se refiere en que se trata de un camino esencial para el logro de la cobertura universal y la necesidad de ofrecer a la población cobertura garantizada de los problemas de salud crónicos prioritarios, con énfasis en la prevención primaria, secundaria y terciaria; y la segunda es la necesidad de reducir el gasto de bolsillo como barrera de acceso a los servicios de salud.

En resumen, la iniciativa de la SISALRIL se propone lo siguiente:

- Aclarar conceptualmente la Atención Primaria en Salud como estrategia global del sistema de salud, cuya aplicación involucra servicios de diferentes niveles de atención, por un lado; y, por el otro, el Primer Nivel de Atención como los establecimientos que actúan como puerta de entrada a las redes de PSS y fortalecen la prevención primaria.
- Modificar el catálogo de prestaciones del plan básico de salud para que las redes de prestadores que contratan las ARS sean capaces de ofrecer los servicios de prevención secundaria y terciaria para problemas prioritarios, basados en la estrategia de atención primaria.
- Para estos mismos fines, actualizar las normativas de los acuerdos de gestión entre ARS y PSS que establezcan reglas claras de acceso para prestaciones claras.
- Modificar el contenido del Grupo 1 del catálogo de prestaciones para ser denominado “Atención primaria, promoción y prevención”, organizándolo en tres subgrupos: uno sobre las coberturas en el Primer Nivel de Atención, uno sobre coberturas de Prevención Secundaria y Terciaria mediante atención continuada garantizada, y uno transitorio para

proteger las actuales iniciativas de P y P mientras migran progresivamente al nuevo modelo de prestaciones.

- Describir la Cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención, por etapas del ciclo de vida, incluyendo los servicios de prevención secundaria y terciaria de diabetes e hipertensión como primer paso.
- Justificar la selección de dos patologías (diabetes e hipertensión) por su elevada carga de enfermedad (tanto en prevalencia como incidencia) y su importancia en el desarrollo potencial de complicaciones de alto costo y daños irreversibles para ofrecer servicios de atención garantizada, libre de copagos, como un paso de inicio para establecer paulatinamente un sistema de atención garantizada.
- Costear dicha cobertura y establecer un proceso permanente de revisión, así como su impacto en la sostenibilidad financiera del sistema.
- Promover un PBS más integral que se iría ampliando a medida que se adquiriera experiencia en el manejo de estas coberturas garantizadas, estableciéndose reglas de acceso, incentivos para el cumplimiento de indicadores, contratación y pago.

## 11.5 DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

### 11.5.1 Resultados de Salud

Según el Índice de Desempeño presentado en la **Tabla 6: Índice de Desempeño**, se puede observar que República Dominicana es uno de los países con peor desempeño del sistema de salud de la Región, sólo por delante de Haití. Apreciando el componente de resultados de salud, el país sube un peldaño en el ranking, y ocupa la antepenúltima posición, por delante de Haití y Bolivia. En cualquier caso, los resultados de salud en el país durante los últimos 20 años no pueden calificarse sino de decepcionantes y muestran claramente la necesidad de llevar a cabo reformas profundas en el accionar del sistema de salud para tratar de revertirlos.

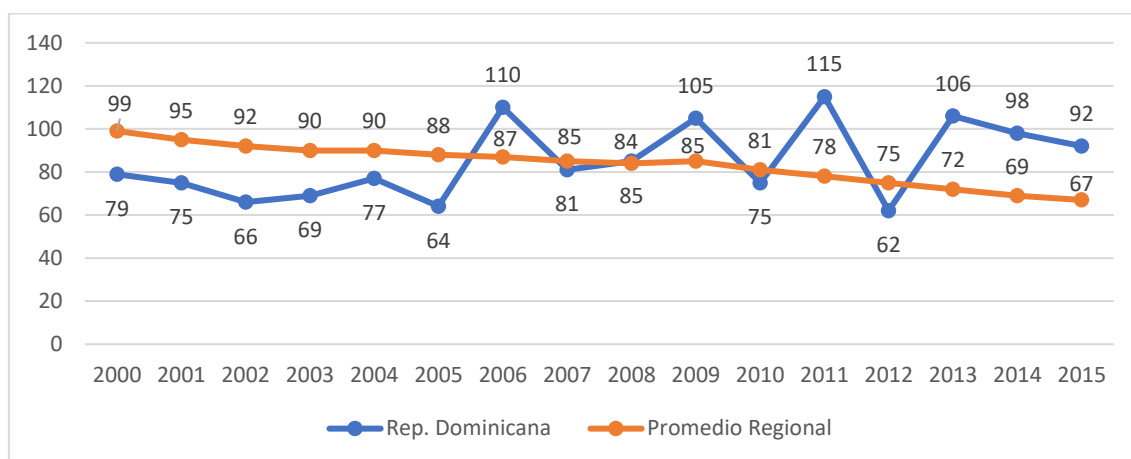
En términos de mortalidad materna, el gráfico a continuación presenta tres situaciones que merece la pena destacar. En primer lugar, la tasa al final del período es más alta que al inicio, mostrando una tendencia ascendente; concretamente, el valor ha transitado de 79 a 92 muertes por 100,000 nacidos vivos, lo que representa un incremento del 16%. Esto convierte a República Dominicana en el país que ha sufrido un deterioro más severo de su tasa de mortalidad materna durante los últimos 15 años de entre los 22 países analizados.

En segundo lugar, y relacionado con lo anterior, es el único país de los cinco estudiados en el documento cuya tasa es superior al promedio regional (en concreto, un 27%), lo que llama la atención si se toma en cuenta que al inicio del período era un 20% inferior.

Por último, cabe destacar la variabilidad mostrada durante el período. En República Dominicana se pueden observar variaciones interanuales superiores al 70% (años 2005-2006 y 2012-2013). Esta situación se debe valorar con prudencia, pues las variaciones son tan pronunciadas que pueden responder más a problemas en el registro del dato que a cambios reales de los patrones de mortalidad. De ser así, estaría apuntando igualmente a una falencia grave del sistema, pues sin información fiable es muy difícil tomar decisiones correctas y oportunas.



Figura 61: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. República Dominicana. Años 2000-2015



Fuente: Banco Mundial (2019)

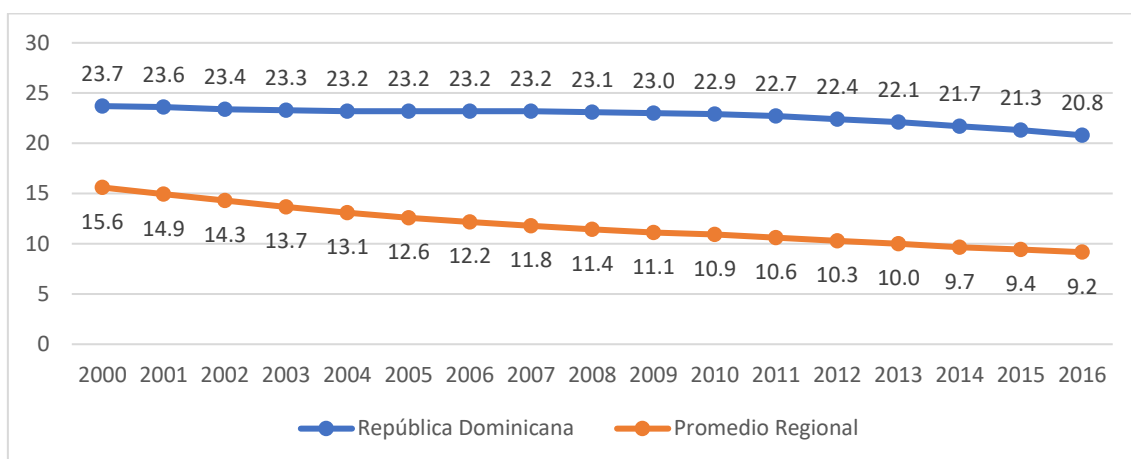
Al contrario que en el caso anterior, el país sí ha logrado reducir las tasas de mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años durante el periodo 2000-2016.

La reducción más pronunciada se observa en la tasa de mortalidad en menores de 5 años, ya que la misma ha pasado de 41 a 30,7 defunciones por 1,000 nacidos vivos en el periodo, logrando una disminución del 25%. Le sigue de cerca la tasa de mortalidad infantil, que se ha reducido en prácticamente un 23%, pasando de 33,1 a 25,5 defunciones por 1000 nacidos vivos. La disminución más moderada se aprecia en la tasa de mortalidad neonatal, que ha transitado desde las 23,7 hasta las 20,8 muertes por 1,000 nacidos vivos, lo que implica una caída de aproximadamente el 12%.

En la comparativa con el promedio regional, se aprecia que para todos los casos el ritmo de mejora de las tasas dominicanas ha sido más lento que el de los agregados promedio regionales, mostrado una divergencia durante el periodo. Así, en el año 2000 la tasa de mortalidad neonatal dominicana era un 52% superior al promedio regional, mientras que en 2016 la diferencia es del 127%. En lo que respecta a la razón de mortalidad infantil y en menores de 5 años, las diferencias no han sido tan acentuadas; en el primer caso, la tasa dominicana ha pasado de ser un 19% superior a ser un 71% más y, en el segundo, ha transcurrido de un 23% a un 75%.

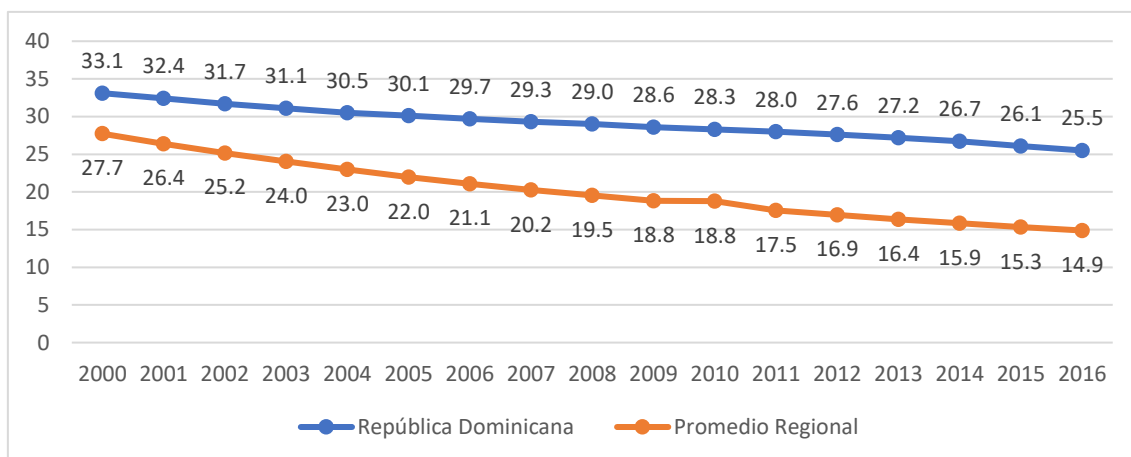
Lo anterior sugiere que la tendencia reduccionista de las tres variables puede ser más atribuible a factores contextuales que a mejoras del sistema de salud. En cualquier caso, lo que sí parece claro es que su evolución no se puede catalogar como positiva, ya que República Dominicana ha mejorado a un ritmo más lento que el conjunto de la Región a pesar de partir valores sensiblemente más altos.

Figura 62: Evolución de la Razón de Mortalidad Neonatal. República Dominicana. Años 2000-2016



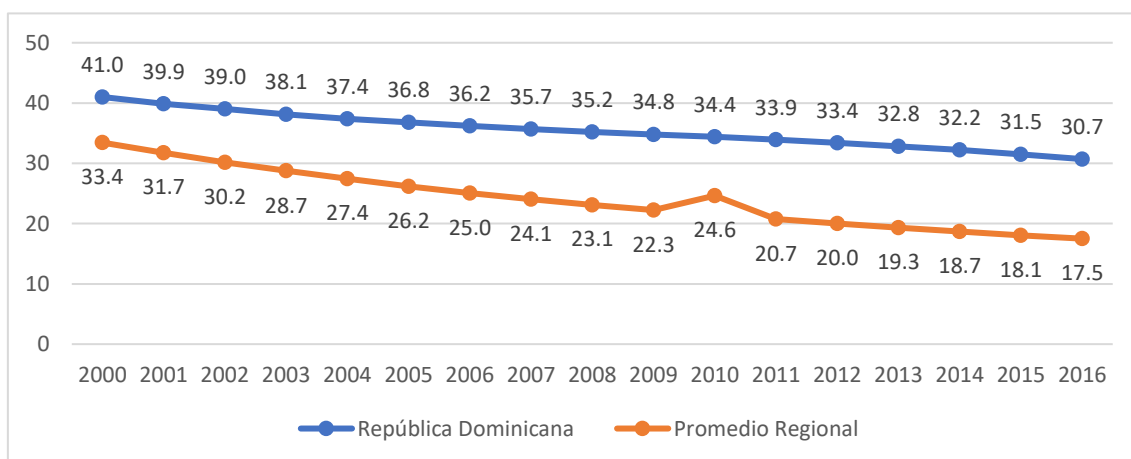
Fuente: Banco Mundial (2019)

Figura 63: Evolución de la Razón de Mortalidad Infantil. República Dominicana. Años 2000-2016



Fuente: Banco Mundial (2019)

Figura 64: Evolución de la Razón de Mortalidad en Menores de 5 Años. República Dominicana. Años 2000-2016

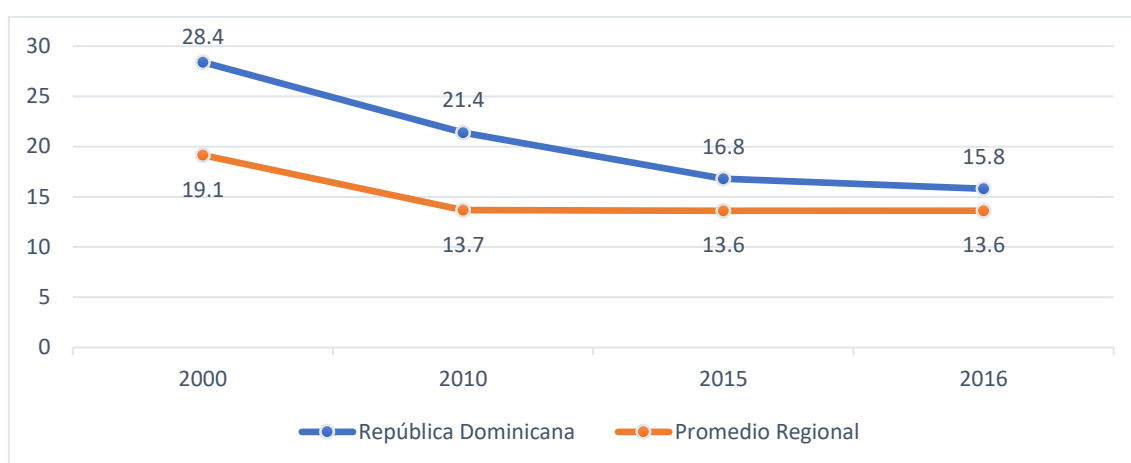


Fuente: Banco Mundial (2019)

El indicador que refleja la mortalidad por enfermedades transmisibles y aspectos nutricionales, de la maternidad o el periodo perinatal sobre el total de mortalidad, es el que ha experimentado una reducción mayor durante el periodo. Estas condiciones han pasado de representar el 28.4% de la mortalidad en el año 2000 a ser responsables del 15.8% en 2016, lo que refleja una disminución del 44%.

Consecuentemente, es también este indicador el que presenta una mejor evolución respecto al promedio regional, ya que su valor final prácticamente coincide a pesar de que en el año 2000 era un 48% mayor.

*Figura 65: Evolución de la Mortalidad por Enfermedades Transmisibles sobre el total de Mortalidad. República Dominicana. Años 2000-2016*

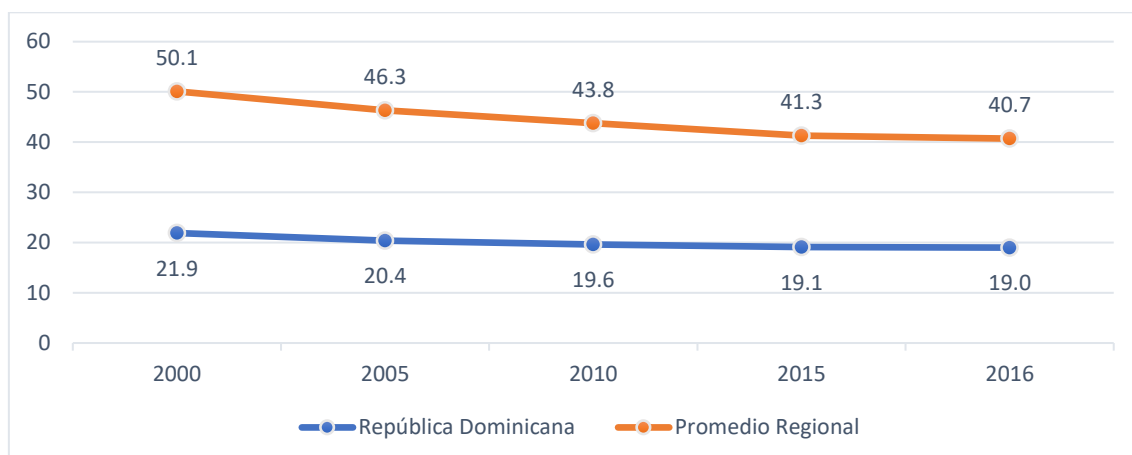


Fuente: Banco Mundial (2019)

Por último, se analiza la probabilidad de morir para la población entre 30 y 70 años por las 4 principales causas relacionadas con enfermedades no transmisibles: accidentes cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Lo primero que llama la atención es que este es el único indicador para el cual los valores dominicanos son inferiores a los del agregado promedio de la Región y, además, la diferencia es significativa pues en ningún momento del periodo han llegado ni siquiera a la mitad. Esto pudiera ser resultado de que el país se encuentra menos avanzado que el promedio en el proceso de transición demográfica y epidemiológica.

También destaca la relativa estabilidad, ya que la variabilidad durante el periodo ha sido de sólo el 13%. De hecho, el ritmo de reducción del agregado regional ha sido superior al nacional, aunque esta situación puede considerarse como lógica ya que partía de un nivel más alto.

Figura 66: Evolución de la Probabilidad de morir de la Población 30-70 años por 4 ECNT. República Dominicana. Años 2000-2016



Fuente: OMS (2019b)

### 11.5.2 Protección Financiera

Se ha visto que la proporción del gasto de bolsillo se ha reducido de manera importante entre 2000 y 2016, a la vez que aumentaban los fondos correspondientes a los esquemas obligatorios. No obstante, en términos absolutos no se observa una reducción del gasto de bolsillo y en términos relativos sigue siendo elevado, casi la mitad del financiamiento a la salud. No tenemos información sobre la prevalencia del gasto catastrófico y empobrecedor ni de la carga financiera que implica el gasto en salud para las familias para fechas recientes, ya que la última encuesta que permitía medirlo corresponde a los años 2006-2007, antes de la generalización de la reforma, razón por la cual no podemos saber todavía si ha tenido o no impacto en los presupuestos familiares.

## 11.6 CONCLUSIONES

La República Dominicana es el país que ha experimentado, junto a Panamá, las tasas de crecimiento más altas de la región latinoamericana y del Caribe, durante varias décadas. Este crecimiento debió haber tenido mayor impacto en la reducción de la pobreza y la indigencia, lo cual ha ocurrido, pero de manera limitada. Como consecuencia de ello, los indicadores básicos de salud del país se encuentran muy rezagados en el contexto latinoamericano, incluso si se compara con países de ingreso per-cápita muy inferior.

El bajo desempeño del sistema de salud de la República Dominicana podría explicarse en parte por el bajo presupuesto asignado por el gobierno a los sectores sociales y, en particular, al sistema de salud pública. Este presupuesto promedió 1.7 por ciento del PIB de 1995 a 2006, antes de la implementación del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, que se estableció como parte de la reforma de salud aprobada en 2001 pero que empezó a funcionar en el 2007. Debido a que las contribuciones a la seguridad social son obligatorias, este esquema de financiamiento se considera público y, en la actualidad, el gasto público se estima en un 2,8% del PIB. Pero los fondos destinados a financiar la red pública y el régimen subsidiado de la seguridad social, han permanecido estancados en la misma proporción que tenían antes de la reforma.

El problema fundamental, entonces, ha sido la baja prioridad asignada al gasto social por los diversos gobiernos dominicanos que, además de las reducidas asignaciones para financiar la salud de los grupos menos favorecidos, se manifiesta en coberturas limitadas de agua y saneamiento básico – lo cual impacta de manera decisiva los indicadores de salud.

La reforma de salud pretendía resolver esta situación y alcanzar la cobertura universal con un mismo paquete de prestaciones para todo el mundo, independientemente de su forma de financiarlo. Pretendía también orientar el financiamiento vía la demanda, para hacerlo más eficiente y efectivo. Lamentablemente, la voluntad política no funcionó de la manera esperada: la red pública no fue suficientemente fortalecida y reestructurada para ser capaz de mantenerse con las contrataciones del SENASA, continuó plagando el sistema público la falta de cumplimiento, gobernabilidad y ausencia de régimen de consecuencias, las diferencias entre la cápita del SENASA y de las demás ARS continuó haciéndose más y más grande, poniendo en peligro la sostenibilidad de esa institución y la atención de calidad a la población de menores ingresos.

Pero, sobre todo, esta falta de voluntad política se ha reflejado en la dificultad que ha tenido el país para implementar el primer nivel como puerta de entrada, dentro de una estrategia de atención primaria y redes integradas – tal como figura reiterativamente en el marco legal vigente y en todos los planes gubernamentales. Al tiempo que se realizan inversiones millonarias en nuevos hospitales (lo cual pudiera estar, en parte justificado) no se invierte en el primer nivel de atención ni tampoco se toman las decisiones para establecer acuerdos de colaboración público-privados que permitan extender la cobertura. La propuesta de la SISALRIL ha sido un gran paso en la dirección correcta. Pero, hasta ahora, no se ha encontrado la forma de hacerla realidad. Esa es una tarea pendiente.

## 12 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como se comentó en la sección introductoria de este mismo documento, a nivel conceptual el hecho más destacado durante la última década ha sido la consideración de la estrategia de APS como punto clave para el logro de la Cobertura Universal en Salud y su incorporación explícita en los ODS.

A partir de este nuevo marco conceptual, en los últimos años se ha observado un renovado interés en la Estrategia y en las redes integradas de servicios de salud como herramientas capitales para la superación de los desafíos que enfrentan los sistemas de salud.

El documento ha presentado también que los argumentos para fortalecer la APS son cada vez más numerosos. Ya a principios de siglo se encontró que los sistemas con una fuerte orientación de sus redes de atención hacia ésta logran menores índices de mortalidad prematura y un mejor estado de salud. Más recientemente, se demostró que problemas de salud complejos como la diabetes, hipertensión o enfermedades coronarias pueden ser manejados mejor en el nivel primario, a través de un enfoque resolutivo y costo-efectivo, que por un médico especialista.

También se ha probado la vinculación entre un sistema de salud basado en la estrategia de APS y una mayor utilización de servicios preventivos y promocionales (pruebas diagnósticas de cáncer de cuello uterino y seno, uso de anticonceptivos o controles prenatales) y un impacto positivo en indicadores que miden la eficiencia del sistema, ya que cuando las personas tienen acceso a un cuidado longitudinal y coordinado requieren de un menor número de consultas con especialistas, hospitalizaciones y visitas a los servicios de emergencias para atención de rutina.

Sin embargo, a pesar de la evidencia que apunta hacia la configuración de modelos de atención basados en la APS como la mejor herramienta para resolver las demandas de salud de la población, y hacerlo además optimizando los recursos disponibles, su grado efectivo de implementación no ha sido homogéneo hasta la fecha. Así, el modelo de atención predominante en la Región de América Latina y Caribe está todavía basado en la atención episódica de condiciones agudas en centros hospitalarios, a menudo con uso excesivo de tecnologías y médicos especialistas. Por ende, la capacidad resolutiva y la articulación de los servicios del primer nivel de atención son limitadas y no responden a las necesidades emergentes, en especial las resultantes de la transición demográfica, fenómeno que genera un aumento de la carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles.

Buena prueba de ello es el caso dominicano que, a pesar de los esfuerzos en materia de reforma del sistema sanitario desde el año 2001, todavía no ha logrado implementar con éxito las directrices que emitía la OMS en 2008.

Hoy en día, el sistema tiene como uno de los principales retos completar el proceso de afiliación del 20% de la población que todavía no posee los beneficios del Seguro Familiar de Salud. Del mismo modo, y a pesar de que el país posee unas directrices para implementar un Modelo de Atención basado en las estrategias de APS y RISS, todavía no se ha logrado organizar la prestación de servicios para que el primer nivel sea la puerta de entrada, con alta capacidad de absorción y resolución de la demanda, ni organizar los distintos niveles asistenciales en forma de redes

La presente investigación, tomando en cuenta los anteriores argumentos, se ha propuesto averiguar qué países han sido exitosos en la región latinoamericana en términos de lograr buenos

resultados de salud con adecuados niveles de protección financiera. Luego, ha pretendido saber si la implementación de la APS en esos países ha tenido influencia en el logro de tales resultados y, finalmente, qué lecciones se pueden aprender de esos países para el caso dominicano. A continuación, resumimos los hallazgos encontrados para dar respuesta a tales preguntas.

### **¿Cuáles son los países con mejor desempeño de sus sistemas de salud en términos de resultados y protección financiera?**

Para seleccionar los países con mejor desempeño de sus sistemas de salud, se elaboró un *Índice de Desempeño*, siguiendo una metodología diseñada *ad hoc*, basado en un conjunto de indicadores para medir el estado de la salud y la protección financiera frente a la enfermedad de la población de los países de América Latina y el Caribe con población superior al millón de habitantes. Los 10 países con mejor desempeño en este índice son (en este orden): Costa Rica, Cuba, Uruguay, Chile, El Salvador, Argentina, Colombia, Perú, México y Panamá.

Luego se elaboró un *Índice de Contexto* para incluir aquellos elementos que, aunque no directamente relacionados con el sistema de salud, sí pueden tener un impacto en el estado de salud de una población, como el nivel de ingreso y su distribución, su nivel educativo o incluso el nivel de acceso a las nuevas tecnologías. Los 10 países con mejores resultados en el *Índice de Contexto* son: Chile, Uruguay, Argentina, Costa Rica, México, Panamá, Trinidad y Tobago, Ecuador, Perú y Brasil.

Finalmente, se elaboró un tercer índice, denominado *Índice de Fortalezas de APS*, utilizando el marco conceptual propuesto por la *Primary Health Care Performace Initiative*, el cual se aplicó a los siete países con mejor desempeño más República Dominicana. No fue aplicado a todos porque muchos de los indicadores planteados por PHCPI no están todavía disponibles de manera generalizada y fue necesario descartar algunos o buscar otros pudieran servir como *proxy*. El orden en que quedaron los países seleccionados fue el siguiente: Cuba, Uruguay, Argentina, Costa Rica, Chile, El Salvador, Colombia y República Dominicana.

Finalmente, procedimos a escoger los países en los cuales haríamos los estudios de caso: Costa Rica, Uruguay, Colombia y El Salvador. Fue una decisión difícil pues debimos dejar de lado Argentina, Chile y Cuba – con desempeño mejor que Colombia y El Salvador. Pero decidimos escoger estos dos últimos, el primero, por la similitud de su sistema de salud con el dominicano y, el segundo, por tratarse de un país pequeño, con una inversión muy baja que ha logrado buenos resultados, al punto de aparecer consistentemente entre los mejores. A continuación, las lecciones aprendidas de los estudios de caso.

### **¿Cuál ha sido la experiencia en esos países en la implementación de la atención primaria en salud?**

#### ***Costa Rica***

Costa Rica es el país con mejor desempeño de su sistema de salud en la región de Latinoamérica y Caribe. Este país posee un sistema de salud basado en la seguridad social, con cobertura universal y financiado por contribuciones de los empleados, empresas y el estado. La CCSS opera como un pagador único y, en general, posee sus propios proveedores de servicios. Se trata de un sistema eminentemente público.

Dio prioridad al primer nivel de atención y a la estrategia de atención primaria desde fechas muy anteriores a la Declaración de Alma Ata. En efecto, antes de los años 70 del siglo pasado, ya llevaba a cabo una estrategia de salud rural y comunitaria con enfoque preventivo que denominaron el “hospital sin paredes”, llevando los servicios de salud a donde estuviera la gente. Así se conformaron los primeros Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) con adscripción territorial de la población. Luego, en los años 90 del siglo pasado, fueron articulados por la Caja de Seguridad Social, que afilia en la actualidad a casi toda la población. Ofrecen servicios de consulta externa, planificación familiar, manejo integral de agudos y condiciones crónicas a lo largo del ciclo de vida, servicios médicos comunitarios e intervenciones de promoción y prevención.

La mayor parte de los problemas de salud se resuelven en el primer nivel de atención. En el año 2008, los EBAIS cubrían al 88% de la población. Según la OCDE, en el 2014 el 72% de las visitas médicas se realizaron en el primer nivel y de éstas, el 80% de éstas se pudo resolver sin necesidad de referir a un nivel superior. Los EBAIS funcionan como puerta de entrada: no hay elección de proveedor, sino que a los ciudadanos se les asigna un EBAIS según su dirección y éste trabaja en red con centros de segundo nivel en su área de influencia, para lo cual es obligatorio contar con una referencia del primer nivel. Esto indica que en Costa Rica funciona un modelo de provisión de servicios con redes integradas y opera adecuadamente el sistema de referencia y contrarreferencia.

Otra importante innovación que hace posible la APS es el Expediente Digital Único de Salud (EDUS), el cual fue aprobado por ley en el año 2012, haciéndose obligatorio en todos los proveedores. Mediante éste es posible dar seguimiento al paciente a todo lo largo de su vida y es una herramienta vital para navegar dentro del sistema de salud, al permitir el acceso a la información clínica de cada persona en cualquier punto del país, desde cualquier servicio y en tiempo real. Esto hace posible la implementación del enfoque centrado en el paciente, permite el manejo eficiente de las enfermedades crónicas y contribuye a la adherencia a los tratamientos.

El expediente digital fomenta la prevención y evita que los problemas se compliquen. Todos los usuarios pueden tener acceso a una app en su celular con sus datos de salud, su historia clínica, medicamentos, solicitar citas, etc. Además, el EDUS contribuye a mejorar el sistema de salud pues genera elevados volúmenes de información lo que permite desarrollar algoritmos preventivos. Esto mejora la salud de las personas, promueve su bienestar y ahorra costos al sistema, generando información para mejorar la eficiencia, la equidad y las políticas de salud.

### ***Colombia***

Como hemos indicado, una de las razones principales de haber escogido a Colombia es el parecido de su sistema con el dominicano, ambos basados en la competencia regulada de proveedores y aseguradores. Se trata de sistemas fundamentados en la seguridad social, con aspiración de cobertura universal, a través de un sistema de pagadores múltiples y proveedores tanto públicos como privados. Sin embargo, mientras en el caso dominicano la Ley 87-01 de seguridad social incluye específicamente la adopción de la estrategia de atención primaria como base del sistema de salud y el primer nivel de atención como puerta de entrada, la Ley 100 de la reforma colombiana no contemplaba La Atención Primaria en Salud como prioridad.

Un problema de la reforma colombiana es que la Ley 100 separa las prestaciones de salud individual de baja complejidad de las intervenciones de salud colectiva (paquetes distintos), haciendo más difícil la implementación de estas últimas, las cuales son adoptadas por las



entidades correspondientes de una manera selectiva, como mecanismo de contención de costos, sin atención a la necesidad de integralidad en la atención. Debe resaltarse el hecho de que los proveedores de primer nivel son, en su mayoría públicos. Pareciera que no existen incentivos suficientes que alienten la inversión del sector privado en esta forma de atención. Como resultado de todo esto se produce una fragmentación operativa que, finalmente, han llevado a lograr resultados de salud modestos.

En el 2011 se promulga la Ley 1438 como mecanismo de contra reforma, con la intención de fortalecer el sistema de salud mediante la definición de un modelo de atención fundamentado en la APS que incorpora los principios de Alma-Ata: organización en redes, intersectorialidad y participación social, la creación de equipos para realización actividades extramurales, el referimiento obligatorio en el caso de los prestadores públicos con libre elección de prestador en el régimen contributivo. Sin embargo, continúa la fragmentación entre intervenciones de salud individual y colectiva.

Los resultados de la aplicación de esta última ley no han sido evaluados todavía y algunos autores dudan de sus efectos, sobre todo por la experiencia de otros países donde el establecimiento de marcos legales, sin una reforma estructural, no logran los beneficios deseados (Moreno, 2016).

### ***El Salvador***

Este país posee un sistema de salud fragmentado, como solía ser el dominicano antes de la Ley 87-01, con una orientación tipo Beveridge para la mayor parte de la población, sobre todo de ingresos bajos, pero con la existencia paralela de población asegurada por la seguridad social y seguros privados, con niveles menores de cobertura. Además, se trata de un país pequeño, de ingreso medio-bajo, con una inversión en salud per-cápita bastante por debajo del promedio de la región latinoamericana. Sin embargo, ha logrado una muy buena evolución de sus resultados de salud, con una baja inversión.

En el año 2009 trazan una reforma del sistema de salud definiendo un modelo de atención basado en APS. En lugar de procurar una reforma de todo el sistema de salud, cambiando la estructura del financiamiento, como sucedió en otros países, prefirieron concentrarse en el primer nivel de atención de provisión pública (debe aclararse que las mayores tasas de utilización de servicios en El Salvador correspondían al sector público, con poco grado de desarrollo del sector privado).

La reforma de El Salvador nos hace pensar que este país es, posiblemente, además de Cuba y Costa Rica, el que sigue los principios de Alma-Ata con mayor apego: eliminación de copagos, organización en redes de servicios que promueven la integralidad de la atención, fomento de la intersectorialidad y papel preponderante otorgado a los determinantes sociales. Se fortalecen los Equipos Comunitarios como piedra angular y se contrata masivamente recursos humanos y redistribución de los existentes con la finalidad de fortalecer el primer nivel de atención.

El Salvador combina las actividades que se realizan dentro de los centros de salud con las de carácter extramural. Un elemento fundamental es que, para fortalecer el primer nivel de atención, se elimina la libertad de elección, haciendo obligatoria la adscripción en base a criterios territoriales, necesitándose de referimiento del ECOS para acceder al nivel especializado. Asimismo, se fomenta el regreso al primer nivel para fines de seguimiento – procurando que funcionen las redes integradas.

## **Uruguay**

El sistema de salud de Uruguay está basado en las contribuciones obligatorias según los salarios e ingresos, con un pagador único. Antes de la reforma del 2007 era un sistema fragmentado, compuesto por un sector público y otro privado con escasa articulación, centrado en la atención especializada y curativa, con el hospital en el centro del modelo y con poca relevancia de la APS. El sector privado estaba dominado por mutualidades sin afán de lucro que juegan doble rol: asegurador y prestador. Ley 18211 de 2007 pretende romper con la fragmentación existente.

Esta ley pone de relieve la Estrategia de APS: organización del modelo de atención en redes, fomento de la promoción e intersectorialidad y cobertura universal. Creación de RIEPS (2014) para optimizar recursos, eliminación de copagos en el primer nivel. Aunque el usuario tiene libertad de escoger su prestador de primer nivel (salvo en el subsistema público) existe obligatoriedad de referimiento para acceder al nivel especializado.

En este país, la principal responsabilidad de prestar servicios de primer nivel es del Ministerio de Salud Pública, la cual ejecuta de manera directa a través de y mediante contratos firmados con las IAMC – cooperativas médicas sin fines de lucro, integradas verticalmente, es decir, con funciones de aseguramiento y provisión.

En términos de recursos humanos, los equipos de atención en el primer nivel incluyen médicos de familia o generalistas, pediatras, ginecólogos, personal de enfermería, psicología y odontología y trabajadores sociales, aunque su presencia es variable según zonas territoriales. Debe señalarse, además, que en Uruguay se otorgan incentivos monetarios al desempeño tanto a los médicos de primer nivel como a los especialistas.

## **¿Qué lecciones puede obtener la República Dominicana de los países más exitosos?**

El caso de República Dominicana es paradójico por el hecho de haber experimentado, junto a Panamá, las tasas de crecimiento más altas de la región latinoamericana y del Caribe durante varias décadas. Este crecimiento debió haber tenido mayor impacto en la reducción de la pobreza y la indigencia, lo cual ha ocurrido, pero de manera limitada. Como consecuencia de ello, los indicadores básicos de salud del país se encuentran muy rezagados en el contexto latinoamericano, incluso si se compara con países de ingreso per-cápita muy inferior.

El bajo desempeño del sistema de salud de la República Dominicana podría explicarse, en parte, por la inversión limitada que ha asignado el gobierno durante décadas a los sectores sociales y, en particular, al sistema de salud pública. El problema fundamental, entonces, ha sido la ausencia de prioridad al sistema de salud por los diversos gobiernos dominicanos que, además de las reducidas asignaciones para financiar la salud de los grupos menos favorecidos, se manifiesta en coberturas limitadas de agua y saneamiento básico – lo cual impacta de manera decisiva los indicadores de salud.

Esta falta de voluntad política se ha reflejado en la dificultad que ha tenido el país para implementar el primer nivel como puerta de entrada, dentro de una estrategia de atención primaria y redes integradas – tal como figura reiterativamente en el marco legal vigente y en todos los

planes gubernamentales. La propuesta de la SISALRIL ha sido un gran paso en la dirección correcta. Pero, hasta ahora, no se ha encontrado la forma de hacerla realidad.

A continuación, se resumen las principales lecciones que es posible aprender de los países estudiados y su posible aplicación al caso dominicano.

### **Lección No 1**

Nos preguntamos si el tipo de organización y financiamiento del sistema de salud guardaba relación con los resultados obtenidos y con la implementación de un modelo basado en APS. Como se ha visto, sólo El Salvador organiza su sistema de salud al estilo Beveridge, financiándolo básicamente a través de impuestos generales. El resto de los países se sustentan en contribuciones sobre la nómina de los empleados y empleadores. Más allá de que cuando los ingresos están ligados al empleo son más vulnerables a los vaivenes del ciclo económico, además del tema de la informalidad laboral que hace más difícil evitar la evasión y elusión, estos aspectos no parecen guardar relación con los resultados de salud, pues se pueden poner en práctica mecanismos compensatorios cuando se produce la caída de la recaudación y mejorar las prácticas recaudatorias.

Sí lo puede guardar, sin embargo, la adopción de un modelo de pagadores múltiples, como en el caso de Colombia. Se ha visto que este es el país con peor evolución en términos de resultados de salud. Pareciera que la mancomunación de recursos en un solo fondo – como en Costa Rica y Uruguay -- funciona de una manera más eficiente y equitativa de distribuir el riesgo entre la población asegurada.

En el caso de República Dominicana, ya se optó por un modelo de competencia regulada para el régimen contributivo, con administradoras de riesgo públicas y privadas (sistema de pagadores múltiples, como Colombia), con avances respecto al modelo colombiano por el sistema de recaudación y distribución de fondos unificada. Sin embargo, no lo adoptó para todo el sistema, sino que prefirió fragmentarlo. En efecto, en el régimen subsidiado, que afilia a casi la mitad de la población, existe un pagador único. Podría deducirse que, en dicho régimen, hubiera sido relativamente más fácil implementar el primer nivel como puerta de entrada y las redes integradas. Sin embargo, no ha sido posible hacerlo en ninguno de ambos regímenes, a pesar de que así lo ordenan las leyes (cosa que sólo recientemente se incluyó en Colombia).

En consecuencia, no pareciera que el tipo de sistema de financiamiento ni, incluso, el de mancomunación de los fondos, sea lo determinante en este aspecto, sino más bien la voluntad política de hacerlo funcionar, la asignación adecuada de recursos, la eficiencia y calidad con que estos se administran, la forma en que se diseña el paquete de prestaciones y la supervisión que se realice a los aseguradores y proveedores.

### **Lección No. 2**

Nos preguntábamos al inicio de la investigación si era o no importante la inclusión formal de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en los documentos normativos que definen el Modelo

de Atención. En la actualidad, todos los países tienen por Ley el mandato de implementar un Modelo de Atención basado en la estrategia de APS. La única excepción es Costa Rica, que no define las características de su modelo de atención en un texto legal, sino en directrices de carácter técnico y político. En cualquier caso, y tal como se puede observar en sus sucesivas Políticas Nacionales de Salud, no hay duda de que el modelo tico se basa en la Estrategia de APS. Es más, Costa Rica es el único país de la región que ya había institucionalizado prácticas vinculadas con la Estrategia incluso antes de la Declaración de Alma-Ata.

Sin embargo, algunos países, como Colombia, no incluyeron la APS en el Modelo de Atención en primera instancia. Esto trajo aparejada la implementación de un modelo de atención segmentado, fragmentado, que otorgaba poca relevancia a las actividades preventivas y promocionales y donde el acceso al cuidado especializado no requería de un referimiento del primer nivel, originando una escalada de costos y un aumento del peso de los mecanismos de financiamiento regresivos. Lo anterior se intentó paliar con la promulgación de la Ley 1438 de 2011, que explicitó la necesidad de conformar un Modelo de Atención basado en la estrategia de APS. Han pasado ya nueve años desde la aprobación de esta ley; no hay mucha literatura que evidencie su aplicación y algunos autores consultados dudan de que se haya reformado profundamente el modelo de atención (Moreno, 2016).

En resumen, no hay evidencias de que la inclusión de la estrategia de APS en la legislación sea fundamental para su aplicación. Los casos extremos son, de un lado, Costa Rica y, del otro, la República Dominicana. En nuestro país existe el mandato legal lo cual no implica necesariamente que exista también la voluntad de los agentes del sistema de implementarlo (o ni tan siquiera de respetarlo). Por lo tanto, dicho mandato se puede considerar una condición deseable, pero ni siquiera necesaria y definitivamente no suficiente, para la correcta implementación de la Estrategia.

### **Lección No. 3**

Dados los estrechos vínculos entre la prestación de servicios en el primer nivel de atención y el logro de la Cobertura Universal en Salud, la titularidad de los agentes encargados de dicha prestación merece ser analizada de manera individualizada.

En Colombia, después de la Ley 100, la responsabilidad de prestar servicios en el primer nivel recayó sobre las IPS, que pueden ser públicas o privadas. Sin embargo, la práctica totalidad de entidades operando en el primer nivel son públicas, lo que señala que las autoridades competentes no han sido capaces de ofrecer los incentivos económicos necesarios para atraer a las empresas privadas.

En el resto de los países, la responsabilidad recae sobre entes públicos gubernamentales, ya sean entidades de ámbito nacional o sus representantes descentralizados en el territorio (los servicios regionales).

En la mayoría de los casos, son estos mismos entes los que prestan los servicios directamente, aunque también se aprecia la participación de agentes privados en la provisión de servicios de primer nivel, con y sin afán de lucro, que ocupan aquellas zonas del territorio donde el sector público no tiene la capacidad de llegar o se dirigen hacia sectores de población con capacidad de

pago. En estos casos, se suelen establecer contratos de gestión con los prestadores privados donde se explicitan una serie de metas de cobertura y calidad y mecanismos de pago ligados a su cumplimiento.

En líneas generales, no se observa una relación directa entre el mero carácter público o privado del agente prestador y la calidad y eficiencia de los servicios prestados. Por ende, cada país debe decidir qué peso otorga a la prestación pública y privada en el primer nivel en función de su contexto, sus valores, la capacidad para establecer mecanismos reguladores y un sistema de incentivos apropiado.

La clave se encuentra en la capacidad de la autoridad del sistema de salud para garantizar que los agentes privados ofrezcan a la ciudadanía una cartera de servicios completa, incluyendo las acciones de prevención, promoción y atención de baja complejidad, con unos niveles de calidad y acceso efectivo razonables. En muchos casos, la prestación privada puede generar mejoras de eficiencia en el sistema.

En ciertas zonas del país, donde hay pocos incentivos para la operación del sector privado, es importante que sea el sector público quien preste servicios directamente. En todos los casos, se debe garantizar la capacidad resolutoria de los centros y equipos de salud de primer nivel para que la ciudadanía no sólo tenga cobertura, sino acceso efectivo a servicios de calidad. Esto implica garantizar la disponibilidad y el manejo eficiente de recursos financieros y humanos en el primer nivel, muchas veces en detrimento de los servicios especializados, lo que puede ser fuente de conflictos con los gremios profesionales y otros agentes del sector.

En el caso dominicano no existe un primer nivel de atención público con capacidad resolutoria adecuada y capaz de adscribir toda la población al mismo, ni siquiera la del régimen subsidiado. En consecuencia, parece aconsejable fomentar alianzas público-privadas en ambos regímenes, fortaleciendo la capacidad de regulación y de hacer cumplir los mandatos de la autoridad sanitaria.

#### **Lección No. 4**

Otro de los elementos que determina la efectividad en la implementación de la estrategia es la amplitud de la cartera de servicios que se ofrece en el primer nivel y, dentro de ésta, el grado de articulación entre los servicios de salud colectiva (básicamente, actividades preventivas y promocionales, aunque también aspectos relacionados con la salud ambiental y el saneamiento) y los de atención a los eventos de baja complejidad.

De nuevo, Colombia proporciona un ejemplo interesante. A partir de la reforma de los años '90, se diseñaron tres paquetes de prestaciones. Por un lado, dos paquetes de servicios individuales, uno para cada régimen de aseguramiento, bajo criterios de costo-efectividad, donde se incluían explícitamente aquellas intervenciones que los afiliados tenían derecho a recibir. Para recibir aquello que no estaba contemplado en el POS y POS-S, se debía recurrir a gastos de bolsillo. Además, los beneficios en el régimen subsidiado eran más limitados que en el contributivo, pues nunca llegaron a alcanzar el 70% de éste. Por otro lado, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), que comprende las actividades preventivas, promocionales y demás intervenciones de salud colectiva.

El resultado de este modelo fue una cartera de servicios fragmentada, que planteó problemas de equidad, al fomentar el uso de los gastos de bolsillo e institucionalizar la desigualdad entre los afiliados a distintos regímenes, y de eficiencia, al separar en planes distintos y, por ende, otorgar fuentes de financiamiento distintas, a intervenciones que, aunque difieren en su naturaleza, pueden ser prestadas en el primer nivel por los mismos equipos. Como ya se ha visto, este modelo de prestación coincidió con una evolución de los resultados de salud muy modesta, con un desempeño de muchos indicadores incluso peor que el promedio regional.

La Ley Estatutaria de 2015 procuró modificar algunos de estos rasgos, estableciendo igualdad de acceso a las intervenciones con independencia del régimen de afiliación y universalizando el catálogo de prestaciones de atención a las personas, incluyendo todos los servicios excepto aquellos con una finalidad cosmética o cuya efectividad o seguridad todavía no ha sido probada.

Por otro lado, en el resto de los países se observa una tendencia hacia la integración desde las respectivas reformas. El Salvador y Costa Rica no tienen definido un conjunto explícito de prestaciones al que sus ciudadanos tienen derecho. En el primer nivel, los responsables de la prestación (ECOS y EBAIS, respectivamente) adoptan un enfoque integral y prestan tanto intervenciones individuales como colectivas.

Uruguay sí tiene un paquete de servicios definido, el Plan Integral de Atención a la Salud, pero el mismo tiene un carácter inclusivo, basado en la integralidad de la atención. Los servicios de alto costo se financian en un fondo separado, diseñado específicamente para tales fines. Además, no se aprecia una separación formal entre las intervenciones de salud colectiva y los servicios individuales.

Por todo ello, una lección a aprender para el caso dominicano es la importancia de la integralidad de los paquetes de atención y que, en la medida de lo posible, los servicios individuales y al menos parte de los servicios colectivos sean prestados por los mismos agentes, con la finalidad de obtener mejores resultados.

En la República Dominicana existe (teóricamente) un solo paquete de prestaciones individuales, el PBS/PDSS, pero está basado en intervenciones en lugar de condiciones de salud, por lo que existe una gran fragmentación y dificultades para el logro de una atención integral. Además, la diferencia de capitales entre ambos regímenes dificulta la prestación de servicios de la misma calidad. La propuesta elaborada por la SISALRIL avanza hacia la integralidad, al establecer un financiamiento explícito para el primer nivel de atención y ofrecer coberturas garantizadas para ciertas condiciones, comenzando por hipertensión y diabetes. Al mismo tiempo, también existe una propuesta para implementar un Plan de Servicios Preventivos de Carácter General (PSPCG)<sup>1</sup>, el cual no se ha puesto en marcha todavía. Los servicios individuales son provistos por proveedores públicos y privados; el PSPCG probablemente lo implementarían sólo los públicos, dados los pocos incentivos que tendrían para ellos los privados, lo cual resulta en una fragmentación operativa, dado que el PSPCG incluye servicios de promoción y educación así como de prevención de enfermedades.

---

<sup>1</sup> Existe un mandato de implementar este paquete en el Reglamento sobre el SFS y en una resolución del CNSS (No.48-13, artículos 3 y 5).

### **Lección No. 5**

Para disponer de la capacidad para ofrecer una cartera de servicios lo más completa e integral posible, tanto en el nivel primario como en el especializado, se requiere, obviamente, destinar una cantidad de recursos suficiente. A continuación, se muestra la disponibilidad de recursos en el sistema público en los países estudiados, dado que no existen estadísticas sobre el sector privado.

Uruguay es el país con una mayor capacidad instalada en ambos niveles. Por un lado, contaba en 2014 con una ratio de 2,8 camas hospitalarias por 1,000 habitantes, único país de los cinco analizados cuya cifra era superior al promedio regional, de 2,4 ese mismo año. Por otro, disponía de un total de 18.8 centros y puestos de salud por cada 100,000 habitantes.

Prácticamente en el otro extremo de la balanza se sitúa Costa Rica, que presenta el cuarto valor para ambos casos. Así, para la atención hospitalaria, la CCSS cuenta con una ratio de 1,2 camas por 1,000 habitantes, la mitad que el promedio regional, mientras que para la atención en el primer nivel disponía en 2014 de 2.71 centros y puestos de salud cada 100,000 habitantes. Sin embargo, cabe señalar que cada área de salud dispone de al menos un establecimiento ambulatorio y que existen cerca de 1,800 consultorios de visita periódica para zonas alejadas y poco pobladas donde no se ha establecido un centro de salud.

El Salvador y República Dominicana muestran una situación parecida entre ellos, ya que ambos presentan una dotación de recursos físicos de primer nivel significativa y una ratio de camas hospitalarias relativamente baja.

Así, la Red Nacional salvadoreña disponía en 2017 de 30 hospitales, clasificados entre 11 hospitales básicos, 14 departamentales, 2 regionales y 3 de referencia nacional, logrando una ratio de 1.3 camas hospitalarias por 100,000 habitantes, cifra inferior. En la República Dominicana, existían 157 hospitales generales más 29 especializados dentro del sistema público, para un total de 8,470 camas, lo que implica una ratio de 0,8 camas hospitalarias por 1,000 habitantes en 2018, cifra inferior incluso a la mitad del promedio regional.

En el primer nivel, El Salvador disponía en el año 2017 de 752 centros y puestos de salud de primer nivel, ascendiendo a un gran total de 11.8 por 100,000 habitantes, mientras que República Dominicana contaba con 1,359 centros de primer nivel y 30 centros de zona, ascendiendo a una ratio de 12,6 por 100,000 habitantes.

Por último, se presenta el caso de Colombia. En línea de lo expuesto en los apartados anteriores, es el país con menor capacidad instalada en el primer nivel, pues el país disponía en 2014 de 0.61 centros y puestos de salud de primer nivel por 100,000 habitantes, pero en términos de camas hospitalarias se sitúa en segundo lugar de los cinco países analizados, con una ratio de 1,5 camas hospitalarias por 1,000 habitantes.

Referente a los recursos humanos, en el año 2015 Costa Rica contaba con 2.1 médicos y con 3.1 enfermeras por cada 1,000 habitantes. En la comparativa con los promedios regionales, que ascienden a 2,1 médicos y 4,6 enfermeras por 1,000 habitantes, se puede observar que el número de médicos coincide con el resto de la Región, mientras que la disponibilidad de enfermeras se sitúa en dos terceras partes del valor regional.

Colombia contaba en el año 2017 con la misma ratio de médicos por habitantes que Costa Rica, igualando de este modo también el promedio regional. En términos de personal de enfermería, sin embargo, su disponibilidad no alcanza ni el 30% del valor regional, ascendiendo a 1.3 enfermeras por cada 1,000 habitantes, mostrando una escasez de esta categoría profesional.

El Salvador contaba en 2017 con 1.3 médicos y con 0.8 enfermeras por cada 1,000 habitantes, lejos de los valores agregados de la Región para ambas categorías profesionales. En concreto, su disponibilidad se sitúa alrededor del 60% del valor regional para el personal de medicina y del 18% para el personal de enfermería.

Uruguay presenta una situación curiosa, ya que más que duplica la disponibilidad de médicos respecto al agregado regional, pero, al mismo tiempo, no llega ni a la mitad en términos de disponibilidad de personal de enfermería. Las cifras para 2017 eran de 5 médicos y 1.9 enfermeras por cada 1,000 habitantes.

Por último, en República Dominicana los valores para ambas categorías también se encuentran por debajo del promedio regional. Específicamente, el país contaba con 1.6 médicos y 3.1 enfermeras por cada 1,000 habitantes, un 77% del valor regional en el primer caso y 68% en el segundo.

Los datos anteriores sugieren varias conclusiones. En primer lugar, tal y como demuestra el caso uruguayo, lo normal es que una mayor cantidad de recursos destinados a salud traigan aparejados mejores resultados.

Sin embargo, como prueba el ejemplo costarricense, la capacidad instalada en el primer nivel no es condición *sine qua non* para su correcto funcionamiento. De hecho, la CCSS cuenta con una dotación de recursos físicos de primer nivel relativamente baja en el contexto regional, ya que desde hace más de 50 años ha optado por mover el foco de la prestación mediante la conformación de equipos que ofrecen servicios extramurales.

En República Dominicana, la dotación de Centros de Primer Nivel CPN del SNS es muy superior a la de la Caja Costarricense, pero estos no están en condiciones de prestar servicios de calidad a la población, como demuestra el bajo porcentaje de establecimientos habilitados.

En este contexto, la lección aprendida versa en torno a la conveniencia de mover el foco de la inversión desde la construcción de planta física hacia la organización de equipos capaces de prestar servicios fuera de los centros, contribuyendo también de este modo a escalar el foco de la intervención desde el individuo hacia la comunidad.

En esta línea, un claro ejemplo de buenas prácticas sería El Salvador, donde entre los años 2010 y 2018 se contrataron más de 7.000 profesionales, logrando desplegar y poner en funcionamiento cerca de 600 equipos comunitarios. Además, dicha contratación se realizó siguiendo criterios de ordenación territorial, de manera que quedasen cubiertas aquellas zonas donde tradicionalmente el Estado no llegaba.



## **Lección No. 6**

La última de las lecciones aprendidas versa sobre dos aspectos técnicos relativos a la organización del sistema: la capacidad de elección de la ciudadanía de su prestador de primer nivel y la necesidad de referencia del primer nivel para poder acceder al nivel especializado.

Respecto a la capacidad de elección, en Costa Rica y el Salvador los ciudadanos son adscritos a una unidad de atención primaria en función de su domicilio y no pueden elegir el prestador de su preferencia. Este elemento es clave para mover el foco de la intervención desde el individuo hacia la familia y la comunidad (ya que todos los miembros son atendidos por el mismo equipo de profesionales), facilitando así la integración de los servicios colectivos y los individuales, el fomento de la intersectorialidad y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

En Uruguay y Colombia, en cambio, los ciudadanos sí tienen capacidad de elección. Esto puede generar distorsiones, ya que muchas veces la elección del prestador de primer nivel viene condicionada *de facto* por los prestadores de segundo y tercer nivel disponibles en la red del asegurador (por ejemplo, una mujer puede elegir un prestador de primer nivel distinto al de su núcleo familiar porque no le garantiza acceso al ginecólogo de su confianza). Lo anterior, unido al bajo nivel de interoperabilidad entre datos registrados en prestadores distintos, puede dar lugar a situaciones donde sea muy difícil mover el foco de la prestación individual hacia la comunitaria.

En lo que refiere a la necesidad de referimiento desde el primer nivel, si no existiesen regulaciones generales sobre el tema, se observa que el mismo está muy ligado a la titularidad del agente prestador. Si es un agente público, el referimiento es necesario; si no lo es, depende de la política de la empresa en cuestión. No obstante, si el marco regulatorio define las reglas del juego y establece las políticas de adscripción, afiliación y referimiento, no tendría importancia la titularidad del prestador.

De los países estudiados, el único donde no existía dicho requisito es Colombia y ya se ha observado que su grado de implementación de la estrategia de APS ha sido relativamente bajo, lo mismo que su desempeño en términos de resultados de salud y de protección financiera.

Por ende, siempre y cuando que se dote al primer nivel de las herramientas necesarias para garantizar su capacidad resolutoria y no se use el referimiento a niveles superiores como un mecanismo de contención de costos, la conclusión es que la necesidad de acceder al nivel especializado referido por el primario se vincula a mejores resultados de salud. La lección para el caso dominicano es establecer claramente las reglas mediante las cuales se realiza este proceso lo mismo que el paquete de prestaciones y el financiamiento para llevarlo a cabo.

## **Recomendaciones**

Las principales lecciones aprendidas de los países estudiados y su aplicación al caso dominicano se resumen a continuación:

- Pareciera que la organización del sistema de salud, incluyendo la forma de mancomunación de los fondos, no constituye el elemento clave en la puesta en marcha de la atención primaria en salud ni en la implementación del primer nivel como puerta de entrada. Hay literatura que sugiere que los sistemas con un fondo único obtienen mejores resultados. No obstante, en el caso dominicano casi la mitad de la población se encuentra

afiliada a un mismo fondo y no ha sido posible implementar el modelo de atención basado en redes integradas con el primer nivel como puerta de entrada, ni siquiera en el régimen subsidiado.

- Lo mismo puede decirse de que la definición de un modelo de atención que tenga como base la estrategia de APS figure en las leyes. Si bien esto es deseable, en la práctica no es determinante. Su implementación dependerá de la voluntad política de las autoridades.
- Una importante lección de los países exitosos es que no han basado su prestación de servicios de primer nivel a los que se entregan en establecimientos de salud, sino que han establecido equipos de trabajo que trabajan fuera de los muros, en la propia comunidad, buscando activamente a las personas que necesitan ya sea educación en salud y/o algún servicio preventivo.
- La adscripción territorial de la población al primer nivel de atención parece mejor que la libertad de elección. Esto requiere que exista la capacidad resolutive en los territorios. En la República Dominicana podría lograrse en el régimen subsidiado, con adecuadas inversiones sobre todo en equipos humanos capaces de prestar los servicios necesarios y mediante alianzas con proveedores con y sin fines de lucro. La adscripción territorial tiene la ventaja de que integra las intervenciones individuales con las colectivas y permite un trabajo coordinado en lo concerniente a los determinantes sociales de la salud.
- En el caso del régimen contributivo, en la República Dominicana, no parece viable la adscripción territorial y, probablemente, debería considerarse la libertad de elección del proveedor de primer nivel, con reglas claras en caso de cambios.
- Un tema que parece clave en los países estudiados es la importancia del referimiento obligatorio desde el primer nivel hacia los niveles especializados. Esto requerirá que se conformen paquetes de servicios integrales, que garanticen la atención necesaria por las personas y que estos referimientos no se conviertan simplemente en mecanismos de contención de costos.
- En el caso dominicano, está claro que no será factible ofrecer servicios adecuados de primer nivel a toda la población solamente en base a la provisión pública, por lo que se sugiere la realización de alianzas público-privadas, fortaleciendo la regulación y supervisión, así como ofreciendo los incentivos adecuados.
- Finalmente, con la finalidad de avanzar en el proceso de implementación de la estrategia de atención primaria y de puesta en marcha del modelo de atención propuesto por la legislación vigente, valdría la pena, por un lado, aprender de la experiencia de otros países de la región que no pudieron ser incluidos en este estudio. Y, por el otro, iniciar un proceso nacional de consultas para lograr un acuerdo nacional que permita, finalmente, hacerla realidad.

### 13 REFERENCIAS

- Acosta, M., Sáenz, M., Gutiérrez, M. & Bermúdez, JL. (2011), 'Sistema de Salud de El Salvador', *Salud Pública de México*, vol. 53 (2), pp. 188-96.
- ADESA. 2019. *Atención Primaria en Salud: Situación y Retos en la República Dominicana*. Santo Domingo, Rep. Dominicana.
- Alcaldía de Bogotá (2018), 'Política de Atención Integral en Salud. Modelo Integral de Atención en Salud', Bogotá (Colombia).
- Almeida, A., Parra, M. & Romero, C. (2007), 'Mecanismos de Financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud antes, durante y después de la Reforma a la Ley 100 (Ley 1122 de 2007)', Monografía para optar al título de Especialista en Gerencia de la Seguridad Social, Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia)
- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N. & Fabrega, R. (2018), 'La Atención Primaria de Salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata', *Revista Panamericana de Salud Pública* 42
- Alvis-Kakzuk, J. et al (2018), 'Gasto de Bolsillo y Gasto Catastrófico en Salud de los Hogares de Cartagena, Colombia', *Revista de Salud Pública*, vol. 20 (5), pp. 591-8
- Amaro, C. (2019), Re: Segundo Informe Investigación OSES, Email para Magdalena Rathe [Online], 21 octubre 2019
- Aran, D. & Laca, H. (2011), 'Sistema de Salud de Uruguay', *Salud Pública de México*, vol. 53 (2), pp. 265-74
- Así Vamos en Salud (2014), 'Atención Primaria en Salud: Avances y Retos en Colombia', Informe Anual 2014, Bogotá (Colombia).
- ASSE (2014), 'Libro de Relevamiento de Prestaciones', Administración de Servicios de Salud del Estado, Montevideo (Uruguay)
- Banco Mundial (2019), *World Development Indicators*, Accesible en: <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>
- Bernal, O. & Barbosa, S. (2015), 'La Nueva Reforma a la Salud en Colombia: el Derecho, el Aseguramiento y el Sistema de Salud', *Salud Pública de México*, vol. 57 (5), pp. 433-40
- BID (2018), 'Desde el Paciente: Experiencias de la Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe', Banco Inter Americano de Desarrollo Washington DC (Estados Unidos de América)
- Bonilla, M. E. y Rathe, M. UNICO: Demand Side Strategies for Universal Health Coverage (UHC). *World Hospitals and Health Services - Universal Health Coverage (UHC): Making progress towards the 2030 targets* Vol. 54 No. 1.

- CCSS (2001), Reglamento del Seguro de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, San José (Costa Rica)
- CCSS (2019), Accesible en: <https://www.ccss.sa.cr/>
- Clark, M. (2002), 'Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System', in Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms, Washington DC (Estados Unidos de América).
- Dubón, M., Menjívar, D., Espinoza, E. & Baatz, C. (2017), 'Constructing a Comprehensive Primary Health Care System in Guarjila, El Salvador: 1987-2007', en *Revitalizing Health for All: Case Studies of the Struggle for Comprehensive Primary Health Care*, editado por Labonté, Sanders, Packer & Schaay
- Florez, L. (2016), 'Rectoría del Sistema de Salud en Colombia', Disponible en [https://prezi.com/pm-9e4lc\\_onm/rectoria-del-sistema-de-salud-en-colombia/](https://prezi.com/pm-9e4lc_onm/rectoria-del-sistema-de-salud-en-colombia/)
- Fortin, M. et al (2016), 'Integration of Chronic Disease Prevention and Management Services into Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial (PR1MaC)' *CMAJ Open* 4 (4)
- Gibert, M. (2012), 'Impacts of Healthcare Reform on Access to Health Services. The Case of Colombia', Tesina presentada para la obtención del MSc en Globalisation and Development por la University of Manchester (Reino Unido), [Disponible bajo petición: [marcgibertguilera@gmail.com](mailto:marcgibertguilera@gmail.com)]
- Giraldo, A. (2019), 'Experiencia de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Colombia', presentación en el Foro Nacional sobre la Estrategia de Atención Primaria Integral de Salud hacia la Salud Universal, Punta Cana (República Dominicana), Junio 2019
- Gobierno de El Salvador (2009), 'Modelo de Atención Integral con Enfoque de Salud Familiar', San Salvador
- Gómez Camelo, D. (2005), 'Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y el Caribe', *Rev. Salud Pública*. 7 (3):305-316.
- González Pons, S. (2011), 'Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud', Informe Final de Consultoría Presentado a la Fundación Plenitud. Observatorio de la Salud (No. ATN/OC-11929-DR).
- Guanais, F., Gómez-Suárez, R., Pinzón, L. (2012), 'Primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean', en *Series of Avoidable Hospitalizations and strengthening Primary Health Care*. Banco Inter Americano de Desarrollo Washington DC (Estados Unidos de América).
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011), 'Sistema de Salud de Colombia', *Salud Pública de México*, vol. 53 (2), pp. 144-55

- Hernández, A. (2018), 'La Atención Primaria de Salud como Fundamento de la Reforma de Salud Salvadoreña', *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 42
- Hernández, M. (2002) 'Reforma Sanitaria, Equidad y Derecho a la Salud en Colombia', *Cadernos Saúde Pública*, vol. 18, no. 4, pp. 991-1001
- IHME (2019), *Global Burden of Disease Results Tool*, Accesible en:  
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- INE (2018), 'Anuario Estadístico 2017', Instituto Nacional de Estadística, Montevideo (Uruguay)
- ISAGS (2014), 'Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Uruguay', Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Rio de Janeiro (Brasil)
- ISAGS (2015), 'Atención Primaria de Salud en Suramérica', Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Rio de Janeiro (Brasil)
- ISSS (2019), 'Las Cotizaciones del Régimen de Salud del ISSS no han Sufrido Variación', Disponible en:  
[http://www.issv.gov.sv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1642:las-cotizaciones-del-regimen-de-salud-del-issv-no-han-sufrido-variacion&catid=25:avisos-ciudadano&Itemid=76](http://www.issv.gov.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=1642:las-cotizaciones-del-regimen-de-salud-del-issv-no-han-sufrido-variacion&catid=25:avisos-ciudadano&Itemid=76)
- Knaul, F., Wong, R. & Arreola-Orneas, H. (2012), 'Gasto de los Hogares y Empobrecimiento', *Serie Financiando la Salud en América Latina*, vol. 1, Harvard Global Equity Initiative, en colaboración con la Fundación Mexicana de la Salud y el Centro Internacional de Investigación de Desarrollo; Harvard University Press, Cambridge (Estados Unidos de América)
- Ley 100/1993, de 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones
- Ley 1122/2007, de 9 de enero de 2007, Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 1438/2011, de 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
- Ley 18161 de 2007, Ley de descentralización de Administración de Servicios de Salud del Estado
- Ley 18221, de 5 de diciembre de 2007. Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación
- Ley 9202 de enero de 1934, Ley Orgánica de Salud Pública
- Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, de 16 de noviembre de 2007
- Ley de Medicamentos, del 2 de marzo de 2012

- Ley Estatutaria 1751/2015, de 16 de febrero de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
- Ley General de Salud, N° 42-01, del 8 de marzo de 2001
- Ley que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N° 87-01, del 9 de mayo de 2001
- Lorenzoni, L., Pinto, D., Guanais, F., Plaza, T., Daniel, F. y Auaraaen, A. 2019. Health Systems Characteristics: A Survey of 21 Latin-American and Caribbean Countries. OECD Health Working Paper No. 111. Paris, France: OECD. August 2019.
- McGuire, JW. (2010), 'Politics, Policy and Mortality Decline in Costa Rica', in: Politics, Policy and Mortality Decline in East Asia and Latin America. Cambridge University Press (Estados Unidos de América)
- MINSAL (2016), 'Política Nacional de Salud', Ministerio de Salud, San Salvador (El Salvador)
- MINSAL (2017), 'Informe de Labores 2016-2017', Ministerio de Salud, San Salvador (El Salvador)
- MINSAL (2018), 'ECOS Familiares y Especializados nacen con la Reforma de Salud', Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/18-06-2018-ecos-familiares-y-especializados-nacen-con-la-reforma-de-salud/>
- MINSAL (2019), 'Reforma de Salud: Más allá de los Servicios de Salud', Ministerio de Salud, San Salvador (El Salvador)
- Montenegro, F. (2013), 'Costa Rica: Logros y Dificultades de la Atención Primaria de Salud dentro del Marco del Seguro Social de Salud', Serie de Estudios UNICO, vol. 14, Banco Mundial, Washington DC (Estados Unidos de América).
- Moreno, Gómez, Germán Alberto. 2016. El nuevo modelo de atención integral en salud – MIAS – para Colombia: ¿La solución a los problemas del sistema? Editorial. Revista Médica Risaralda, Vol 22, No. 2. Pereira. Julio-diciembre 2016.
- MS (1994), 'La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Antecedentes y Resultados', Ministerio de Salud, Bogotá (Colombia).
- MSP (2010), 'La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009', Ministerio de Salud Pública, Montevideo (Uruguay)
- MSP (2014), 'Cambio del Modelo de Atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud', Ministerio de Salud Pública, Montevideo (Uruguay).
- MSP (2017), Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, Santo Domingo (República Dominicana)
- MSP (2019), Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>

- MSPS (2016), 'Política de Atención Integral en Salud', Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá (Colombia).
- MSPS (2019), 'Cifras del Aseguramiento en Salud con corte Abril de 2019', Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Múñoz, E. et al (2012), 'Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el Enfoque de Determinantes Orientados a la Reducción de las Inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano', Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública & Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá (Colombia).
- Observatorio de Recursos Humanos de Salud de El Salvador (2019), Datos Sistema Nacional, Disponible en: <http://rrhh.salud.gob.sv/node/90>
- OCDE (2017), 'Costa Rica: Evaluación y Recomendaciones', Estudios de la OCDE sobre Sistemas de Salud, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, París (Francia).
- OCDE (2018). 'Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 Framework'. DELSA/HEA/HS(2018)3. Paris, France.
- OMS & UNICEF (1978), 'Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud', Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ginebra (Suiza)
- OMS (2000), 'Informe sobre la Salud en el Mundo: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud', Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)
- OMS (2007), 'Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO' Framework for Action', Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)
- OMS (2008a), 'Informe sobre la Salud en el Mundo: la Atención Primaria en Salud. Más Necesaria que nunca', Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)
- OMS (2008b), 'Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects', Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)
- OMS (2009), 'La Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Sistemas de Salud', Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)
- OMS (2019a), Global Health Expenditures Database, Accesible en: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- OMS (2019b), Observatorio de Salud Global, Accesible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr>

- OPS & MINSAL (2013), 'Aportes de la Reforma de Salud en El Salvador al Desarrollo del Sistema de Salud y los Objetivos de la Cobertura Universal y Diálogo Político para la Sostenibilidad de los Logros', Organización Panamericana de Salud & Ministerio de Salud, San Salvador (El Salvador)
- OPS (2004), 'Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica', Organización Panamericana de Salud, San José (Costa Rica)
- OPS (2005), 'Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo)', 46º Consejo Directivo, 57ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Organización Panamericana de Salud, Washington DC (Estados Unidos de América)
- OPS (2007), 'La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas', Organización Panamericana de Salud, Washington DC (Estados Unidos de América)
- OPS (2014), 'Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud', 53º Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Organización Panamericana de Salud, Washington DC (Estados Unidos de América)
- OPS (2018a), 'Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas 2018', Organización Panamericana de Salud
- OPS (2018b), 'Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el Contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Uruguay: Aportes para la Construcción de una Estrategia Regional de Promoción de la Salud', Organización Panamericana de Salud, Montevideo (Uruguay)
- Oreggioni, I. (2012), 'El Camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay: Cobertura Poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud', Ministerio de Salud Pública, Montevideo (Uruguay)
- Orozco, J.M. (2006), '¿Por Qué Reformar la Reforma?', Edición Electrónica, Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006a/jmo/jmoa.pdf>
- Osorio, E. (2018), 'Modelo de Gestión de la Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas', Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá (Colombia).
- Paredes, N. (2000), 'El Deterioro de los Derechos Económicos y Sociales a Finales de los Noventa en Colombia'. *Controversia*, n 176, pp. 105-29
- Pesec, M., Ratcliffe, H. & Bitton, A. (2017), 'Building a Thriving Primary Health Care System: The Story of Costa Rica', Ariadne Labs, Boston (Estados Unidos de América).
- PHCPI (2015), 'Methodology Note', Primary Health Care Performance Initiative.
- PHCPI (2019), Base de Datos, Accesible en: <https://improvingphc.org/explore-country-data>



- Pichardo, A. (2019), Re: Retroalimentación Informe, Email para Magdalena Rathe [Online], 9 septiembre 2019
- PNUD (2009), 'Informe de Desarrollo Humano. El Salvador 2007-2008', Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, San Salvador (El Salvador)
- PNUD (2018), 'Índices e Indicadores de Desarrollo Humano, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York (Estados Unidos de América).
- PNUD (2019), 'Objetivos de Desarrollo Sostenible', Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Disponible en:  
<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Rathe, M. & Suero, P. (2017), 'Salud: Visión de Futuro 20 años después'. Santo Domingo, República Dominicana: INTEC / Fundación Plenitud.
- Rathe, M. (2018), 'Salud y complejidad: Dinámicas sistémicas que afectan el gasto de bolsillo en salud en la República Dominicana', Tesis para la obtención del MSc por el Instituto Global de Altos Estudios Sociales (IGLOBAL), Santo Domingo (República Dominicana)
- Resolución 000244/2019, de 31 de enero de 2019, por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud
- Resolución 005858/2018, de 26 de diciembre de 2018, por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación- UPC que financia los servicios y las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2019 y se dictan otras disposiciones
- Resolución 431-02 de 2017, que Instruye a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) someter al Consejo Nacional de Seguridad Social, en un plazo de tres (3) meses, una propuesta para la implementación de estrategias de Atención Primaria y del Primer Nivel de Atención, como puerta de entrada a los servicios del Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud en sus diferentes Regímenes, de acuerdo con lo previsto por el Artículo 152 de la Ley No. 87-01
- Ríos, G. (2013), 'Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del MERCOSUR. República Oriental del Uruguay', Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, Montevideo (Uruguay)
- Rodríguez, M. (2009), 'Construyendo la Esperanza. Estrategias y Recomendaciones en Salud',  
Disponible:[http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=658-politica-nacional-de-salud-construyendo-la-esperanza&category\\_slug=documentacion-tecnica-1&Itemid=364](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=658-politica-nacional-de-salud-construyendo-la-esperanza&category_slug=documentacion-tecnica-1&Itemid=364)

- Rodríguez, M. et al (2017), 'Voces de la Academia y los Tomadores de Decisiones del Oriente Colombiano ante la Implementación del Modelo Integral de Atención en Salud', *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(2): 320-329
- Sáenz, M. et al (2019), 'Atención Primaria en Salud: Perspectivas para el 2040 en el Escenario Costarricense. Reflexiones sobre el Camino Recorrido y los Retos Futuros', *News*
- Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J. & Bermúdez, JL. (2011), 'Sistema de Salud de Costa Rica', *Salud Pública de México*, vol. 53 (2), pp. 156-67
- Sáenz, M., Bermúdez, JL. & Acosta, M. (2010), 'Universal Coverage in Costa Rica: Lessons and Challenges from a Middle Income Country', *Organización Mundial de la Salud*, Ginebra (Suiza)
- Sánchez Cárdenas, Rafael. 2019. *Las funciones esenciales de salud pública en la República Dominicana*. Presentación en el Foro de Atención Primaria. Punta Cana: Ministerio de Salud Pública.
- SESPAS (2006), 'Plan Decenal de Salud 2006-2015', Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Santo Domingo (República Dominicana)
- SISALRIL (2018), 'Propuesta para la Implementación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud en el Seguro Familiar de Salud. Versión 2.0', Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, Santo Domingo (República Dominicana)
- Sollazzo, A. & Berterretche, R. (2011), 'El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los Desafíos para la Atención Primaria', *Ciencia & Saude Colectiva*, vol 16 (6), pp. 2829-40
- Starfield, B. (1998), 'Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology'. New York, NY: Oxford University Press.
- Starfield, B., Leiyi, S. & Macinko, J. (2005), 'Contribution of Primary Care to Health Systems and Health' *The Milbank Quarterly* 83 (3): 457-502
- Unger, JP., De Paepe, P., Buitron, R. & Soors, W. (2008), 'Costa Rica: Achievements of a Heterodox Health Policy', *American Journal of Public Health*, vol. 98(4), pp. 636-43
- Van de Maele N, et al. (2019), *Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries*. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001497. doi:10.1136/bmjgh-2019-001497.
- Vargas (2006), 'Atención Primaria de Salud en Acción. Su Contexto Histórico, Naturaleza y Organización en Costa Rica', *Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social*
- Vargas, JR. & Muiser, J. (2013), 'Promoting Universal Financial Protection: a Policy Analysis of Universal Health Coverage in Costa Rica (1940-2000)', *Health Research Policy and Systems*; 11:28

- Watkins, D. et al. (2018), 'Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health Alma-Ata at 40 years', *The Lancet*, Vol 392.
- White, E (2016), 'Fifty Years of Longitudinal Continuity in General Practice: A Retrospective Observational Study'. *Family Practice* 33 (2): 148–53