

# Antiguos y Nuevos Desafíos para la Seguridad Social en Salud Argentina

Daniel Maceira, Ph.D.<sup>1</sup>

Diciembre 2012

## 1- Introducción

La República Argentina, dentro del contexto de las naciones de América Latina, cuenta con una posición privilegiada en términos del financiamiento y la atención de servicios de su sistema de salud. Con aproximadamente 15 mil dólares internacionales de ingreso per cápita (World Bank, *webpage*), sólo superada a nivel regional por algunas naciones del Caribe Inglés, el país cuenta con aproximadamente un 60% de su población cubierta por seguros sociales en salud y más del 10% con cobertura de seguros privados, según información surgida por la Encuesta de Consumo de los Hogares de 2005 (Maceira, 2012c).

Estos valores, proyectados al 2011 permiten sugerir que aproximadamente tres cuartas partes de la población descansa en seguros formales de salud. De este modo, la población argentina es, dentro del ámbito regional, una de las naciones con mayor estructura de acceso formal al sistema de salud latinoamericano.

Adicionalmente la presencia de una red de hospitales nacionales, provinciales y sub-provinciales y una profusa estructura de centros de atención primaria a lo largo de todo el territorio, proveen a la población sin cobertura formal de una estructura de oferta lo suficientemente amplia para satisfacer, salvo excepciones, las necesidades de toda la población.

Argentina utiliza aproximadamente 1.200 dólares internacionales por persona y por año (World Bank, *webpage*) en el financiamiento de su salud, ubicándola entre las naciones de mayor desembolso sectorial dentro del grupo de países de ingreso medio. A pesar de ello, los resultados de salud alcanzados no necesariamente se condicen

---

<sup>1</sup> Ph.D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e Investigador Independiente del CONICET. Este trabajo fue realizado en el marco de la iniciativa OSIM 40 Aniversario. Se agradece la colaboración de Mariana Specogna en la elaboración de este documento. Las opiniones vertidas en el mismo son de exclusiva responsabilidad del autor, y no compromete a las instituciones financiadoras. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org).

con estos esfuerzos. Ello surge de la comparación de indicadores tradicionales de resultados en sistemas sanitarios, ya sea con sus pares en los países de la región, como con otras naciones con nivel de desarrollo económico similar.

Ello impulsa a la reflexión sobre los mecanismos de organización de sus estructuras de aseguramiento y gestión, identificando brechas de acceso y criterios que permitan no sólo alcanzar indicadores de proceso satisfactorios, sino un mayor impacto en los resultados sanitarios.

Ante la perspectiva cercana de evaluar los logros alcanzados en los compromisos asumidos a partir de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OPS 2007), en todos los países del mundo se observa la intención de desafiar las estrategias sanitarias aplicadas, a fin de poder concretar las metas propuestas, y establecer a futuro un plan de acción que permita alcanzar los compromisos asumidos, satisfaciendo el anhelo de concretar el lema de "salud para todos".

El presente ensayo propone repasar alguna de las fortalezas del sistema de salud argentino y los desafíos que el mismo enfrenta. El análisis de tales desafíos está reflejado no solamente por las tensiones normalmente encontradas en términos de fragmentación en su sistema de aseguramiento, presencia de inequidad en el acceso a ciertos tratamientos y diferencias entre grupos sociales y provincias. También se incorpora la necesidad de discutir la presencia de nuevas demandas sectoriales actuales o que se vislumbran a futuro, de modo de planificar iniciativas que permitan su abordaje sistemático.

La segunda sección de este trabajo propone una breve descripción del sistema de salud argentino en base a investigaciones previas, concentradas particularmente en la organización y funcionamiento del sistema de aseguramiento social del país. Ello permitirá resumir los debates tradicionales que se presentan en el sistema de salud nacional y establecer un marco de análisis sobre el cual asentar la incidencia de las nuevas temáticas a ser discutidas en el acápite siguiente.

La sección tres propone avanzar en una revisión anotada de literatura internacional sobre los nuevos desafíos que enfrenta el sistema de salud, no solamente argentino sino mundial. Ellos surgen a partir de la presencia de algunos elementos que se vuelven recurrentes en la problemática sanitaria, tales como el envejecimiento de la población, la presencia de nuevas patologías o patologías sociales, las tensiones a las que se ve expuesto un sistema de salud asociadas con la transición o acumulación epidemiológica, y la existencia de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento y drogas, que incrementan el umbral de requerimientos financieros del sector.

Todos estos argumentos desafían el diseño de políticas de cobertura social en salud, en la medida en que presentan nuevas necesidades -no solamente en la definición de derecho al acceso a servicios de salud, de promoción, prevención y cuidado-, sino también porque plantean la necesidad de establecer racionalidad en los mecanismos de priorización de acciones sanitarias. Ello es así en la medida que la incorporación de estas nuevas temáticas al sistema sanitario supone un desafío a la capacidad de protección financiera de los sistemas de salud.

La sección cuarta define, a partir de lo planteado anteriormente, algunos ejes de análisis para avanzar en un debate de política sanitaria. Este debate no solamente considera una perspectiva de organización y operatoria del sistema de salud y su financiamiento, sino que también rescata el rol que juegan los hábitos sociales, colectivos e individuales, en la definición de prioridades sanitarias.

Ello trae aparejado reconsiderar la definición de acceso físico al sistema de salud, incorporando también dentro del debate de políticas a futuro distintas dimensiones de calidad institucional y de atención.

La última sección invoca el papel que tanto el sector público como el sector privado deben desempeñar en una agenda sanitaria sustentable a futuro. El documento ofrece finalmente una sección de referencias, con una variedad de citas sobre las temáticas cubiertas.

## **2- Rasgos salientes del sistema de salud argentino**

### **2.1.- Organización del Sistema de Salud**

El sistema de salud argentino al igual que otros modelos sanitarios existentes en la región latinoamericana, se basa en dos pilares básicos. El primero de ellos es un sistema público de salud asociado con una estructura de subsidio a la oferta (Maceira, 2001). Esta estructura en el caso argentino muestra una amplia cobertura territorial a partir de la presencia de hospitales y centros de atención primaria descentralizados a nivel provincial y, en algunos casos, municipal en todo el territorio del país. Este subsistema, a diferencia de otros modelos de organización sanitaria, presenta un profundo nivel de descentralización, que lo separa de la norma.

El segundo componente es la cobertura del sistema formal de protección social mediante instituciones tales como las obras sociales provinciales y nacionales, ya sean estas últimas sindicales, de personal de dirección y mixtas. Este segundo bloque de cobertura, que incluye asimismo al PAMI como actor particular, aporta cobertura a aproximadamente el 60% del total de la población del país. Este aspecto diferencia a la Argentina de otros países de la región, donde la cobertura asociada con el empleo formal es marcadamente inferior. Otra particularidad de este sub-sistema en el país es que se encuentra constituido por más de trescientas veinticinco instituciones, afectando la garantía homogénea de derechos entre instituciones y aumentando el riesgo de sustentabilidad financiera de las obras sociales con menor escala y con salarios promedio más bajos (Maceira, 2012c).

Una estructura organizada bajo el financiamiento por impuestos al empleo formal facilita la sustentabilidad financiera del modelo a la vez que estrictamente vincula al sistema de salud a los vaivenes en el mercado laboral. Ello, por tanto, influye directamente sobre los mecanismos de financiamiento de los derechos a la salud de sus trabajadores formales y sus familias.

La estructura cíclica, propia de una economía volátil como la Argentina, ha afectado claramente la cobertura histórica del sistema de salud. A lo largo de la década de los noventa, la flexibilización del mercado laboral y la depresión económica iniciada en el año 1998 se reflejó en una caída de la cobertura formal en salud. Provincias económicamente rezagadas en el Noreste y Noroeste del país vieron aumentar la demanda de sus servicios públicos en porcentajes cercanos al 30% debido a la caída de la cobertura formal en salud, provocando externalidades negativas sobre la calidad del servicio público.

Contrariamente, la cobertura sanitaria formal muestra un incremento significativo a partir de la crisis del 2002, asociado con las tasas de crecimiento cercanas a los dos dígitos. Los valores disponibles analizados (Maceira 2012c) muestran que desde el año 1997 hasta el 2011 la población cubierta por las obras sociales nacionales sindicales y de personal de dirección aumentó más del 50% en promedio.

La estructura de aseguramiento social en Argentina ha mostrado un liderazgo regional en varios aspectos. A pesar de su naturaleza fragmentada, ha posibilitado el diseño de estructuras solidarias de financiamiento entre grupos sociales, ya sea al interior de cada obra social como entre ellas. En el primer caso, la contribución de porcentajes fijos de ingreso para los trabajadores afiliados a cada obra social muestra una

cobertura vinculada con la capacidad de pago, garantizando a todos los beneficiarios de cada institución el mismo paquete de servicios.

Complementariamente, se han generado mecanismos de redistribución entre obras sociales asociado con la garantía de un programa médico obligatorio (PMO), cuyo precio es subsidiado a través del Fondo Solidario de Redistribución en los casos en que las obras sociales no cuenten con recursos suficientes. De este modo, la presencia de mecanismos redistributivos al interior de cada obra social y entre obras sociales propone una estructura solidaria asociada con un paquete único diseñado y regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Sin embargo, y como muestran estudios recientes (Maceira 2012c), se observa que la brecha en los fondos disponibles para garantizar el mismo paquete de servicios entre financiadores es de aproximadamente cinco a uno entre obras sociales relativamente más pobres y obras sociales relativamente más ricas. Ello particularmente pone en riesgo la garantía del derecho a la salud en instituciones de baja escala, que no cuentan con capacidad de negociación de contratos con la oferta prestacional, como tampoco descansan en una escala que facilite mecanismos sustentables de subsidio cruzado entre poblaciones de diferente riesgo relativo.

De este modo, la estructura solidaria encuentra un límite institucional en la presencia de brechas significativas en la estructura de ingreso por rama de actividad, que la fragmentación impide en algunos casos facilitar un acceso equitativo a los servicios de salud.

Por su parte el subsistema público muestra una red amplia de cobertura con acceso físico a la mayor parte de la población que no cuenta con una cobertura formal. Más allá de eso, se ha avanzado recientemente en la búsqueda de una nominalización de los grupos poblacionales de menores recursos que se atienden en los establecimientos de este subsistema, facilitando a futuro una cobertura específica en sociedad con sus necesidades. Sin embargo, actualmente la brecha existente entre los recursos disponibles por cada provincia para solventar los servicios de salud es extremadamente amplia, de aproximadamente nueve a uno entre provincias como Santa Cruz y Tierra del Fuego y provincias como Corrientes y Misiones (Maceira, 2012c). Esta brecha de financiamiento no se encuentra vinculada con diferentes necesidades, sino con diferentes capacidades económicas provinciales para hacer frente a las necesidades de salud de su población.

Encontramos así que la estructura del sistema de salud argentino encuentra algunos desafíos que han sido abordados y resueltos exitosamente y una agenda pendiente vinculada con la fragmentación en la organización de aseguramiento y gestión de recursos.

Ello no ha impedido que el sistema sanitario encontrara una cobertura satisfactoria para grupos poblacionales específicos o necesidades particulares de la población. Es el caso de la política de medicamentos, iniciada a partir del 2003, que muestra un éxito en la reducción de gastos de bolsillo de las familias asociadas con este ítem. Dentro de la estrategia pública se identifican políticas específicas asociadas por tipo de enfermedad, como programas generales tales como la Ley de Prescripción de Genéricos y el programa REMEDIAR.

En conjunto, estas iniciativas garantizan a toda la población entre 40% y 100% de la cobertura en medicamentos asociados con la atención primaria en salud, el 100% de los medicamentos vinculados con enfermedades crónicas oncológicas, como también la totalidad de cobertura para las personas viviendo con HIV-SIDA.

Asimismo, la presencia del PAMI como programa que brinda cobertura a la tercera edad, conceptualmente establece un parangón regional que refiere a una iniciativa

consistentemente sostenida a lo largo de los años cuya intencionalidad es cubrir a aquellas personas con mayores necesidades relativas de atención y de gastos del sistema de salud a partir de un mecanismo unificado a nivel nacional.

A lo largo de esta sección se han mencionado una serie de iniciativas, programas e instrumentos normativos que permiten delinear un plan de acción hacia la cobertura sanitaria. Más allá del éxito relativo de cada uno de estos instrumentos, y las diferentes capacidades de gestión desplegadas por sus administraciones a lo largo de los años, los mismos “hablan” de una dirección estratégica en términos de la cobertura física y acceso de la población. Estos instrumentos, asimismo, reflejan la necesidad de ser complementados con otras acciones aún no desplegadas, que aporten mayor equidad y eficiencia en la asignación de recursos.

## **2.2.- Cobertura Universal y Protección Financiera**

A partir de este sucinto diagnóstico surge la necesidad de volver a la literatura internacional y analizar cuáles son los desafíos en debate en términos de cobertura, y cuáles son las lecciones a ser incorporadas desde la Argentina para un debate estratégico a futuro sobre el sistema de salud en general y el sistema de aseguramiento social en particular.

En primer lugar, dos conceptos ganan nuevamente el centro de la escena de política sanitaria, con debates acerca de su definición de trabajo, los mecanismos de medición necesarios para el análisis temporal y comparativo entre países, y la articulación entre ellos: cobertura universal en salud y protección financiera de la población.

El primero, cobertura universal, refiere a la necesidad de garantizar una base de derechos para toda la población, independientemente de su condición social, étnica, física, y de ingreso. Los mecanismos que las sociedades mundiales han dado para garantizar o avanzar en la dirección de garantizar el derecho a la cobertura universal son muy variados, incluyendo estructuras únicas gestionadas desde el Estado como el sistema inglés, a estructuras más descentralizadas como el caso español, hasta modelos con mayor cooperación entre prestadores y financiadores públicos y privados, como los casos de Francia o Canadá.

América Latina ha explorado, a pesar de su impronta fragmentada, la articulación de sistemas de cobertura universal, con soluciones organizacionales diferentes y homogeneidad de acceso variado. Esfuerzos recientes en la región, con mecanismos claramente diferenciados, son los casos del Seguro Popular en México y la reforma de aseguramiento social de Uruguay. Más alejados de la mirada latinoamericana, los casos de China y Tailandia ofrecen modelos de cobertura universal con desarrollos valiosos para incorporar en la agenda de debate.

La estructura de aseguramiento universal no necesariamente refiere a los mecanismos de financiamiento del sistema de salud, sino a las formas en que se diseña la estrategia de cobertura y se gestionan recursos para garantizar los derechos a la salud. Complementariamente a ello, los mecanismos de protección financiera vinculan la estrategia de cobertura universal con los mecanismos de financiamiento desplegados para garantizar esa cobertura. Surgen así combinaciones alternativas de cobertura con financiamiento a partir de impuestos generales, directos e indirectos, o utilizando recursos provenientes del mercado laboral.

Más allá de los efectos distorsivos que pueda tener el mercado laboral sobre el sistema de salud, la capacidad de recolectar fondos a partir de un impuesto al trabajo facilita una mayor cobertura de la población y complementa aquellos recursos que el Estado directamente puede invertir para garantizar la salud de su población.

En la medida en que un sistema de protección financiera resulte exitoso, se reduce la posibilidad de generar gastos financieramente catastróficos o aumentar la posibilidad de un gasto empobrecedor que coloca a las familias, debido a un gasto de salud, por debajo de la línea de pobreza. La literatura reciente sobre protección financiera, gasto catastrófico y empobrecedor es amplia y variada, con referencias internacionales (Xu et al, 2003, Wagstaff et al, 2002, Lustig, 2001) y regionales (Baeza y Packard, 2006, y Knaul et al, 2012).

Un indicador tradicional para evaluar mecanismos de protección financiera en un sistema de salud es el porcentaje del gasto sanitario sostenido mediante desembolsos directos por parte de los hogares. Claramente, mayor incidencia del gasto privado refleja menor capacidad del Estado para satisfacer las necesidades de salud de la población, dejando a las familias la responsabilidad de cubrir sus demandas sanitarias, ajustadas a su restricción presupuestaria. En ese caso, Argentina muestra un porcentaje relativamente reducido, cercano al tercio de las erogaciones totales, que contrasta con el desempeño de alguno de los otros países de la región.

De este modo, una estrategia de cobertura universal exitosa puede ser complementada con acciones de protección financieras adecuadas. Sin embargo, no necesariamente existe una correlación unívoca entre cobertura universal y mecanismos de protección financiera. En Argentina, la presencia de un plan de cobertura universal que se encuentra segmentado en la definición de objetivos ya sea a nivel de subsistemas o al interior de ellos, atenta contra la capacidad de utilizar los recursos que los mecanismos de protección financiera han permitido volcar al sistema sanitario.

La cuestión central en gran parte de esta literatura es la necesidad de identificar a la función de aseguramiento, y particularmente de aseguramiento social en el sistema de salud, como el mecanismo que articula el financiamiento con las necesidades, buscando distribuir el riesgo de los gastos en salud a través de individuos o familias, más allá de la naturaleza de la administración financiera (Arhin-Tenkorang: 2001). Desde esta perspectiva, el gran desafío latinoamericano parte de considerar que en la mayoría de los modelos nacionales de salud se presentan características segmentadas o mixtas en la constitución de sus sistemas de aseguramiento social (Suárez-Berenguela: 2000, Maceira: 2001, y Carrin y James: 2004). Ello reduce la capacidad de asumir compromisos financieros y ampliar la capacidad, calidad y equidad de los derechos garantizados a la población. En esta dirección, Frenk y Londoño (1997) avanzan en una propuesta de reforma que ordene por funciones, y no por grupos sociales, la distribución de tareas en el sector salud.

El problema de la fragmentación, tópico tradicional en la discusión de economía de la salud en Argentina, se encuentra en el centro de la escena en el diseño de una agenda futura, particularmente a la luz del surgimiento de nuevos elementos a tomar en cuenta en la operatoria de las estructuras de aseguramiento, gestión y prestación de servicios en el sistema de salud.

### **2.3.- Parámetros Internacionales**

El análisis de gasto en salud y el producto bruto per-capita en América Latina muestra un vínculo positivo y significativo entre la generación de riqueza regional y la prioridad asignada al sector sanitario, medido en USD internacionales por persona y por año. Este vínculo muestra también una asociación intuitiva entre la generación de mayor riqueza y mejores indicadores de tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad al 5º año como dos de los *outputs* tradicionales del sistema de salud, aunque la correlación entre ambos no muestra ser tan estricta.

A su vez, el vínculo entre riqueza, gasto en salud y mejores resultados sanitarios, tiene un correlato con un menor gasto de bolsillo de las familias y una mayor participación del gasto público en salud como porcentaje del total.

Dicho de otro modo, países relativamente más ricos no solamente invierten más en salud sino que cuentan con un Estado más presente en el financiamiento, y regulación del sistema sanitario, reduciendo la participación de las familias en el gasto total y generando mejores resultados del sistema de salud como un todo (Maceira, 2012b).

Este vínculo también puede observarse en términos de la distribución del ingreso: menor desigualdad en la distribución del ingreso (índices de Gini relativamente más bajos) conllevan a una relación entre gasto de bolsillo del primer y el quinto quintil (la proporción más pobre y el 20% más rico de la misma) relativamente más igualitaria.

Las Figuras siguientes muestran los vínculos entre las variables seleccionadas, donde la Argentina se ubica en una posición relativamente ventajosa. A pesar de ello, y como fuera mencionado previamente, surgen problemas sistémicos a ser abordados.

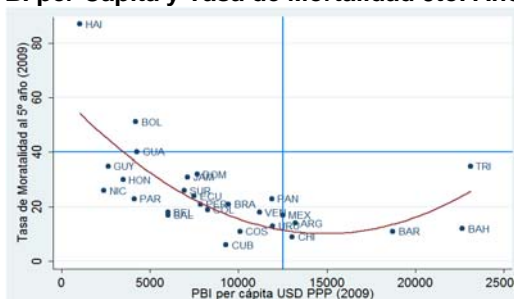
Por un lado la descentralización, no solamente en la gestión de recursos a nivel provincial y municipal, sino también en términos de financiamiento y –particularmente- en aseguramiento, facilita la existencia de jurisdicciones con distintos montos de recursos disponibles para satisfacer iguales necesidades, lo que constituye un indicador de inequidad horizontal.

Al mismo tiempo, la atomización en el financiamiento de la seguridad social genera, que distintos ingresos per cápita (provenientes de aportes patronales y contribuciones salariales) se encuentren asociados con el financiamiento de necesidades similares, que reproduce el problema de inequidad horizontal al interior de la estructura de aseguramiento social.

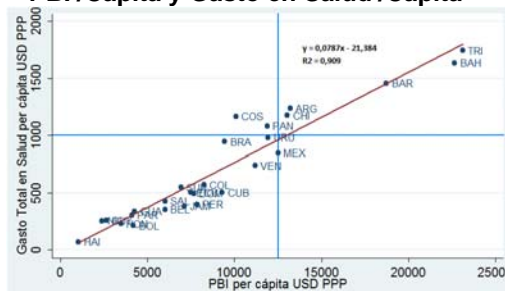
La presencia de marcos regulatorios vinculados con un programa médico obligatorio reduce la inequidad en el sistema de seguridad social, mediante el establecimiento de un umbral o piso mínimo a partir del cual se generan las brechas.

Las diferencias que existen entre los paquetes regulados por la Superintendencia y la brecha en la asignación de recursos y su eficiencia implica la necesidad de avanzar en una búsqueda por mayor equidad. Este constituye un desafío sistémico que implica una mayor demanda por mayor y mejor regulación.

**Figura 1**  
PBI per Capita y Tasa de Mortalidad 5to. Año



**Figura 2**  
PBI /Capita y Gasto en Salud /Capita



**Figura 3**  
% Pública en el Gasto en Salud y Tasa de Mortalidad 5to. Año



Fuente: World Development Indicators- World Bank.

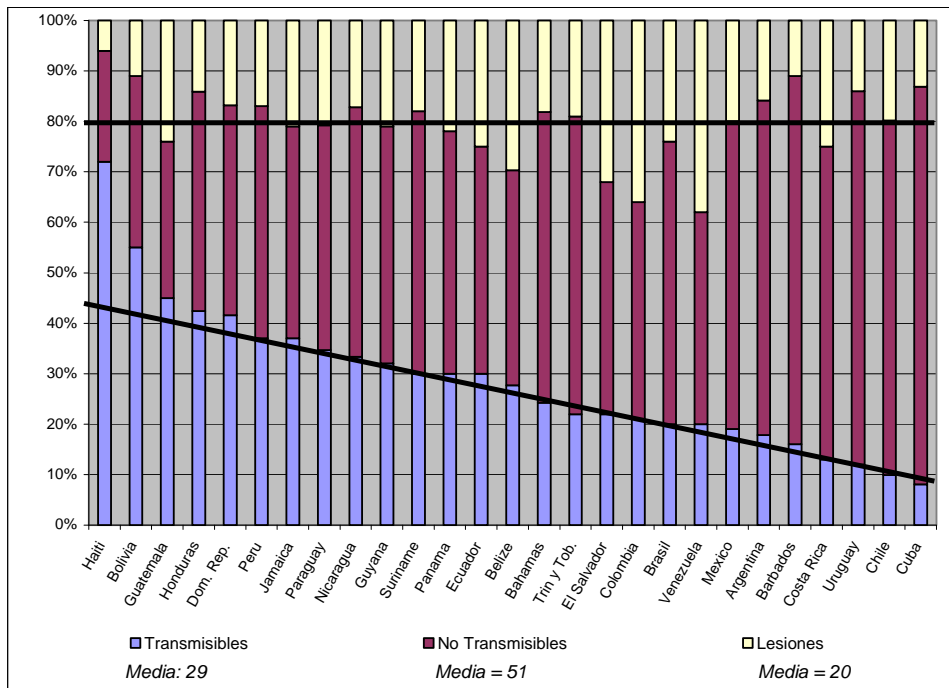
### 3- Nuevos desafíos de la seguridad social

#### 3.1.- Marco de Análisis

El avance de la humanidad en términos del tratamiento y atención de la salud ha llevado sistemáticamente a correr los umbrales de esperanza de vida, reduciendo los niveles de morbilidad. Ello ha generado, por un lado, el crecimiento de la prevalencia de patologías asociadas con la tercera edad, y un mayor peso relativo de las mismas en la proporción de años de vida perdidos corregidos por morbilidad (DALYS). Ello, a su vez, involucra un crecimiento de los gastos en salud de los estados y las familias.

La Figura siguiente muestra como la transición epidemiológica en América Latina ha avanzado, revelando un mayor peso relativo de años de vida perdidos está asociado con enfermedades no transmisibles, aunque con una gran dispersión al interior de la región.

**Figura 1**  
**Perfiles Epidemiológicos**



Fuente: World Health Organization - Global health Observatory año 2008

En el caso particular de la Argentina, aproximadamente un 75% de los años de vida perdidos se encuentra asociado con enfermedades no transmisibles (crónicas, cáncer y cardiovasculares), en tanto subsiste la presencia de aproximadamente un 17% de los años de vida perdidos asociados con enfermedades transmisibles.

Esta instancia de acumulación epidemiológica (contar con un peso sistemáticamente mayor de enfermedades no transmisibles a la carga de enfermedades, pero manteniendo un volumen significativo de enfermedades transmisibles) genera un desafío a la planificación de políticas sanitarias en la medida que reviste un debate sobre la asignación de recursos y la definición de prioridades.



Perfiles epidemiológicos avanzados y mayor peso de la tercera edad en la composición de la pirámide poblacional se asocian con la presencia de nuevas tecnologías y drogas que procuran asistir a la población en el tratamiento de las enfermedades asociadas con el envejecimiento, el mayor peso de las enfermedades no transmisibles como también la presencia de las llamadas nuevas enfermedades.

Estas nuevas enfermedades, a su vez, son producto particularmente de cambios en el comportamiento de los individuos, encontrando entre ellos problemas asociados con la alimentación, con adicciones (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción), como también enfermedades vinculadas con polución, mal tratamiento del medio ambiente, etc.

El peso relativo de estas nuevas enfermedades con respecto al total va en aumento y representa un desafío nuevo, no solamente al sistema de salud sino también a los criterios a partir de los cuales se forman los recursos humanos sanitarios. El sistema de salud encuentra en estas nuevas patologías demandas adicionales a las que se enfrentaba previamente, para cuyo abordaje no necesariamente el sistema formal de educación ofrece herramientas de abordaje.

La literatura sobre estas temáticas, permite observar como estos fenómenos se incorporan a las demandas sociales para ser incluidas en la organización de programas y en los planes de cobertura de los sistemas de salud.

Dentro de este marco, las siguientes páginas muestran en forma resumida algunos de estos fenómenos observados desde la literatura.

### **3.2.- Envejecimiento como un fenómeno global**

“El envejecimiento de la población es un tema de alcance mundial, que afecta o pronto afectará virtualmente a todos los países del mundo. Cambios en la pirámide poblacional son impulsados en primer lugar por la caída en las tasas de natalidad y mortalidad infantil, que caracteriza la transición epidemiológica, lo que lleva a un aumento de los niños como porcentaje de la población total” (Lee, Mason and Cotlear, 2010). Con el tiempo, este proceso acompañado por subsecuentes caídas en las tasas de natalidad aumenta la proporción de adultos mayores en el total. El proceso es reforzado por la mejora de la calidad de vida y el incremento en la tasa de supervivencia que desplaza la esperanza de vida.

“En los países en desarrollo, el 42% de las muertes de adultos tienen lugar después de los 60 años, mientras que en los países desarrollados ese porcentaje asciende al 78%. En términos mundiales, las personas de 60 años tienen un 55% de posibilidades de morir antes de cumplir los ochenta. En lo que respecta a las edades más avanzadas, las variaciones regionales en cuanto al riesgo de defunción son menos pronunciadas y oscilan entre el 40% para la mayoría de los países desarrollados de Europa occidental, el 60% para la mayoría de las regiones en desarrollo, y el 70% para el continente africano. Los datos históricos correspondientes a países como Australia o Suecia muestran una lenta evolución de la esperanza de vida restante a los 60 años durante los primeros seis o siete decenios del siglo XX, seguida de un incremento sustancial a partir de 1970 aproximadamente. En el Japón, la esperanza de vida restante a los 60 asciende ya a 25 años. A partir de 1990, algunos países de Europa oriental, como Hungría o Polonia, empezaron a experimentar mejoras similares en lo que respecta a la mortalidad de las personas de edad avanzada, aunque otros, como la Federación de Rusia, no han corrido la misma suerte y están registrando tendencias de empeoramiento de esas tasas. Las principales causas que conforman la carga de mortalidad y morbilidad en personas de edad avanzada no han variado significativamente a lo largo de la última década” (OMS, 2003).

Entre 1950 y 2005 la expectativa de vida en naciones desarrolladas aumentó once años, siendo este crecimiento mayor en países de menores ingresos, alcanzando 19,5

años. Según Lee, Mason y Cotlear, el incremento en la población en edad activa (entre 25 y 59 años) ha sido el elemento demográfico predominante entre 1975 y el 2015. A partir de entonces, se prevé un crecimiento sin precedentes en la proporción de la población mayor de sesenta años.

El trabajo citado presenta un interrogante crucial en naciones en desarrollo: ¿los países se vuelven mayores antes de volverse ricos? El argumento de conflicto es que naciones con porcentajes de su población en edad anciana cuentan con menores capacidades para generar riqueza, y por el contrario, demandan mayores recursos para atender un grupo etáreo normalmente muy demandante de servicios sanitarios. Con razón, y asociando con un argumento presentado en la sección anterior, el problema no solamente se vincula con un tema de ingresos monetarios, sino con la construcción de instituciones que se muestren sustentables en garantizar protección social a su población, y una estructura adecuada de manejo del riesgo sanitario, planificando transferencias de ingresos entre poblaciones de menores necesidades relativas a otras con mayores requerimientos sanitarios.

Más allá de contar con argumentos que mitiguen la línea argumental presentada en párrafo anterior, a partir de argumentos vinculados con la productividad de los ancianos en la economía familiar (cuidado de nietos, facilitadores en las tareas del hogar), o social (conocimiento y experiencia volcada a problemáticas cotidianas), la necesidad de contar con un sistema de protección social con capacidad real de respuesta es crítico, particularmente en sociedades jóvenes.

El incremento del gasto en salud asociado con el envejecimiento de la población tiene dos componentes diferenciados. El primero se vincula con la presencia de una mayor proporción de la población en tercera edad, debido a la caída de las tasas de natalidad. De este modo, los fondos totales recaudados de un sistema de salud se reducen, en tanto que aumenta la demanda de servicios. El segundo componente tiene su origen en la posibilidad de desplazar la esperanza de vida, que tiene su origen tanto en conductas y ambientes más saludables, como en el desarrollo de tecnologías y medicamentos que requieren de mayor presupuesto y mejor gerenciamiento de fondos a nivel sectorial.

La literatura sobre gastos financieramente catastróficos abona esta necesidad de respuesta institucional. Familias cuyos miembros se acercan a la edad de retiro deben planear estrategias de ahorro para protegerse de shocks sanitarios ante instituciones débiles, en muchos casos agravados cuando en ciertas sociedades las mujeres sobreviven a sus esposos y no cuentan con jubilaciones o pensiones.

Este caso no se ajusta a las características del sistema argentino, con cobertura de pensiones para el cónyuge supérstite y una institución como PAMI que garantiza la cobertura del adulto mayor de no haber otro mecanismo de protección, lo que constituye un indicador de éxito del sistema de protección social nacional. Sin embargo, subsisten desafíos a ser abordados en esta dirección, vinculados particularmente con la calidad y el acceso de la cobertura, ya sea ello asociado a limitaciones sistémicas (fragmentación, descentralización en aseguramiento social provincial) como en hábitos de conducta sanitaria, no sólo en la tercera edad, sino a lo largo del ciclo de vida.

Aún así, las estructuras existentes serán desafiadas constantemente en la medida que las tasas de natalidad son menores y la esperanza de vida se incrementa. Los mismos servicios prestados a la fecha deberán garantizarse para un número mayor de individuos, aumentando el riesgo financiero de las instituciones existentes, y por tanto incrementando el riesgo de transferir tales riesgos a las familias. En esos casos la capacidad de resolución se desplaza de las instituciones sociales a las familiares, impactando sobre la equidad del conjunto, reduciendo la tasa de ahorro de las familias de mayores ingresos relativos y de economía, y desplazando a la pobreza a otros

hogares. Más allá de este argumento, la temática del envejecimiento refleja también la necesidad de analizar el fenómeno de calidad de vida, y su relación con la calidad de los servicios de salud.

De acuerdo a las revisiones teóricas, la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores se ha estudiado utilizando medidas de resultado y estadísticas correspondientes a la morbi-mortalidad y la expectativa de vida, no obstante, se desconocen otros aspectos involucrados en ésta, como la percepción sobre su salud, el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social y los servicios de salud.

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo y de las circunstancias externas estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política que interactúan con él (Botero de Mejía, et al, 2007). Particularmente, en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación entre calidad y discapacidad.

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. A pesar del componente subjetivo en la valoración de cada determinante, disponer de buena salud y que su cuidado no involucre gastos empobrecedores se encuentran necesariamente entre las prioridades de cualquier individuo.

Según Botero de Mejía et al, 2007, el estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud y funcional, y la determinación de factores de riesgo, entendiendo por salud funcional a la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causas de enfermedad y tratamiento. En base a estos elementos, es necesario, tanto desde la autoridad sanitaria como desde las instituciones de seguridad social, planificar programas preventivos y programas de servicios sociales y de salud, que tengan como grupo objetivo a toda la población, no sólo al grupo de adultos mayores.

Si bien la esencia del concepto de "calidad de vida" reside en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal, existe una responsabilidad institucional y social en valorar y facilitar su alcance. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud definió una posición pionera al incorporar el bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad, en su definición clásica.

Para el caso particular de América Latina, Todd et al. (2007), haciendo uso de encuestas de hogares en cinco países de la región, analiza el estado de salud de las personas mayores a 60 años. Un estilo de vida activo, mayor educación y particularmente el estado nutricional constituyen, según el estudio, los determinantes más significativos en la auto-percepción de la salud. Estos elementos, como es posible conjeturar, se encuentran altamente correlacionados con el nivel de ingreso, que no sólo afectan indirectamente la percepción de la salud, sino también la calidad de vida e indicadores tradicionales como la esperanza de vida al nacer. Remitiéndose a uno de los estudios fundacionales de la economía de la salud, Grossman (1972), la reducción en la depreciación del stock de salud y el aumento de productividad operan directamente sobre el estado de salud. De este modo, el diseño de políticas sanitarias

para la tercera edad necesariamente deben contar con intervenciones que minimicen las brechas entre grupos de ingreso y favorezcan conductas de prevención, adecuada nutrición y ejercicio, minimizando los costos de mantenimiento de una calidad de vida adecuada y aumentando la probabilidad de tener un buen estado de salud.

Más allá del factor económico, a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas. A pesar de que la mayoría de las personas de edad con enfermedades no transmisibles mantienen su capacidad funcional, el grado de discapacidad aumenta con la edad. En general, la depresión, la artrosis, la cardiopatía isquémica y la fractura de la cadera producen el mayor número de casos con discapacidad física en personas de edad avanzada que no están recluidas en instituciones (Menéndez et al, 2005, para un estudio en ciudades latinoamericanas). La elevada prevalencia de estas enfermedades en adultos mayores constituye un importante desafío para los aseguradores de servicios de salud, ya que elevan los costos sanitarios y aumentan la discapacidad, afectando negativamente la calidad de vida percibida.

Coincidente con el argumento planteado sobre percepción de calidad e ingreso, en ciudades de ingresos medios y medios altos, como Buenos Aires y Montevideo, Menéndez et al. (2005) encontraron que más de la tercera parte de los encuestados consideraron que su salud no era buena. Ello que refuerza la necesidad de avanzar en políticas que definan trazadoras objetivas y medibles de calidad, a fin de converger a una estrategia efectiva de atención, particularmente para el adulto mayor. Estos hallazgos se muestran en la misma dirección que aquellos resumidos por Peláez (2005) en base a otros estudios previos.

Ayudar a la gente a mantenerse sana y a asegurarse una buena calidad de vida para sus últimos años de vida constituye uno de los mayores retos para el sector sanitario de los países tanto desarrollados como en desarrollo.

La carga total de afecciones discapacitantes con consecuencias no mortales está dominada por un grupo relativamente reducido de causas. En todas las regiones, los trastornos neuropsiquiátricos, principalmente la depresión, constituyen la causa de discapacidad más importante. La carga de discapacidad a ellos asociada es prácticamente la misma para hombres y mujeres, aunque la carga atribuible a la depresión es un 50% más elevada para las mujeres que para los varones; lo mismo ocurre también con los síndromes de ansiedad, la jaqueca y la demencia senil. En cambio, la carga atribuible a los trastornos asociados al abuso de alcohol y de drogas es casi seis veces superior en los varones que en las mujeres y representa una cuarta parte de la carga de morbilidad masculina causada por trastornos neuropsiquiátricos (OMS, 2003).

Finalmente, y en la dirección presentada, la Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento en Países de América del Sur, llevada a cabo en Buenos Aires en noviembre del 2005, concluye muestra como preocupaciones más significativas: la necesidad de aumentar la visibilidad de la población mayor en la agenda pública y los medios, ampliar los grupos de interés asociados con la defensa de los adultos mayores, y fortalecer las áreas de gobierno y los presupuestos dedicados a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores. Como una de las conclusiones más relevantes, particularmente en el caso argentino, se encuentra la de articular las políticas orientadas a los adultos mayores entre el gobierno, las organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas y sector empresarial. En la medida que la organización, el financiamiento y la prestación de servicios de salud en el país constituye una empresa de acción colectiva, con amplia participación multisectorial, es

significativo el llamado a una responsabilidad compartida, bajo un marco regulatorio y de derechos emanado desde la autoridad pública.

### **3.3.- Enfermedades no Transmisibles y Conductas Saludables**

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas generó un incremento de las llamadas enfermedades no transmisibles (ENT) principalmente de la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, la enfermedad crónica respiratoria y las lesiones de causas externas. En total estas ENT representan más del 70 % de las muertes en nuestro país. A las mismas debe sumarse el impacto creciente de la enfermedad renal. El crecimiento sostenido de estas enfermedades en todo el mundo amenaza a futuro la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Nuestro país no escapa a esta realidad, la cual sumada a las enfermedades infectocontagiosas, enfrenta a nuestro sistema sanitario a importantes desafíos producto de esta “doble carga” de enfermedad.

Desde el Ministerio de Salud de Argentina se aprobó y puso en marcha la “Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles” (ECNT) mediante resolución ministerial 1083/09. Ésta se basa en la estrategia regional formulada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y contiene como sus líneas de acción políticas públicas y abogacía, promoción de la salud a través de acciones de base poblacional, manejo integrado de las ECNT en los servicios de salud y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

La estrategia global tiene 3 objetivos principales:

- Monitorear la epidemia y analizar sus determinantes conductuales, sociales, económicos y políticos,
- Reducir el nivel de exposición de individuos y poblaciones a factores de riesgo comunes de ECNT, principalmente el consumo de tabaco, la alimentación inadecuada, la inactividad física y sus determinantes.
- Fortalecer el cuidado de la salud para personas con ECNT, por medio del desarrollo de normas y guías costo-efectivas.

Niveles inadecuados de cobertura y accesibilidad a servicios de salud sugieren la necesidad de políticas orientadas a incrementarlas, pero también resaltan el rol de las políticas de promoción de la salud, que constituyen acciones costo-efectivas con capacidad de reducir la demanda de servicios en el futuro.

De hecho, existe evidencia que la reducción observada en países desarrollados en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares puede atribuirse particularmente al cambio de hábitos y conductas. En Gran Bretaña, la mayor parte de la caída de la mortalidad por enfermedades no transmisibles se debió a la reducción del consumo de tabaco y otros factores de riesgo a nivel poblacional. En nuestro país, las leyes de ambientes libres de humo han reducido las internaciones por síndromes coronarios agudos.

Los aspectos relacionados con la calidad de vida son cada vez más considerados como resultados sanitarios, en especial en enfermedades no transmisibles con expectativa de vida prolongada.

Además de ser las causas más frecuentes de mortalidad, las enfermedades no transmisibles afectan en forma relevante la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que las padecen, requiriendo conjuntos significativos de recursos financieros, y requiriendo del cuidado de familiares o instituciones (*Suhrcke, 2006*).

Asimismo, hay evidencia sobre la utilidad de estrategias que pueden adoptarse para estimular una mejor alimentación, reduciendo riesgos cardiovasculares a futuro. A

esos efectos se acordaron iniciativas a través de la Comisión Nacional de Enfermedades No Transmisibles y se modificó el Código Alimentario Argentino (mediante resolución conjunta Ministerio de Salud y Agricultura N°137/2010 y 941/2010), estableciendo la eliminación de las grasas trans en un lapso de tiempo para que la propia industria pueda establecer los cambios

Complementariamente, la inactividad física es responsable de 3,2 millones de muertes anualmente (5,5% del total) a nivel mundial, impactando fuertemente en mujeres y adultos mayores. Ello a su vez, aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, cáncer de mama, cáncer colorectal y diabetes. Se estima a nivel mundial una prevalencia de sedentarismo de 17%, aunque si se considera la actividad física insuficiente o inactividad física, esta cifra asciende al 41%.

Entre las intervenciones costo-efectivas para estimular la actividad física se incluyen cambios de urbanización y transporte; organización comunitaria (grupos de caminata, etc.); cambios en las currículas escolares; y estrategias comunicacionales a nivel local (Norum, 2005). A nivel nacional se observó en la última encuesta de factores de riesgo una prevalencia de actividad física de 54,9%, superior a la registrada en la encuesta previa de 2005 (46,2%). Asimismo, en la ENFR 2009 se registró una mayor prevalencia de actividad física baja en personas con bajo nivel de ingreso y educativo. Esto difiere de lo observado en la ENFR 2005 que reportó que la prevalencia de actividad física baja no variaba sustancialmente según estas variables.

### **3.4.- Evaluación de Tecnologías**

En línea con lo desarrollado en estas páginas, Mulligan et al, en un artículo publicado en el 2006 plantea que las próximas décadas mostrarán dramáticos cambios en las necesidades de la población. Según los autores “mientras los países en desarrollo se encuentran aún bajo presión debido a la agenda pendiente en enfermedades transmisibles (en particular HIV, malaria y tuberculosis), un incremento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles resulta evidente, tales como depresión, enfermedades coronarias y cáncer. Las mismas reemplazan a las enfermedades infecciosas como las de mayor peso de discapacidad y muerte prematura... Factores asociados con urbanización veloz de sus ciudades e industrialización están implicadas en el aumento de desórdenes neuropsiquiátricos como depresión, entre otras”.

Los autores presentan un argumento de interés en la discusión de este ensayo: si bien las estimaciones de los patrones de enfermedad presente y futuros han estimulado el reconocimiento de las enfermedades no transmisibles en la agenda, no proveen guías acerca de cómo lidiar con ello. Si las decisiones a ser consideradas por funcionarios y *policy-makers* refiere al uso de recursos limitados, se necesita conocer cuáles de las intervenciones disponibles son las más eficientes y equitativas para ser aplicadas.

La importancia de incluir una perspectiva económica en la organización y gestión de los sistemas de salud es reconocida. Sin embargo, el uso de estas capacidades en la definición de mecanismos de tomas de decisiones, establecimiento de prioridades y medición de impacto sobre la cobertura y la equidad de los sistemas sanitarios no se encuentra aún muy difundida, aún en temas relativamente estandarizados como la realización de estudios de costo-efectividad. Según Hutubessy et al. (2003), existen en ocasiones causas políticas, de preferencias sociales y barreras sistémicas que limitan su implementación.

En esta dirección, en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud enfatizó el papel de los análisis de costo efectividad en la identificación de intervenciones que generan los mejores resultados para los recursos disponibles. De tal modo, establecer cuáles tratamientos y tecnologías son los más costo-efectivos es una prioridad, especialmente en naciones en desarrollo.

Sin embargo, remarcan Mulligan et al., invertir simplemente en incrementar el número de evaluaciones económicas requiere consideración especial. Algunos estudios no cuentan con parámetros claros de análisis, y proveen generalizaciones que impiden la toma de decisiones informadas. Si bien este tipo de estudios permite conocer la eficiencia técnica de las intervenciones identificadas y cómo alcanzar un objetivo específico al menor costo, en general no orienta acerca de cómo asignar recursos entre diferentes programas con objetivos no-homogéneos. Cuanto mayor es el espectro de intervenciones a ser comparadas, como en el caso considerado de acumulación epidemiológica, menor es la posibilidad de combinar los resultados surgidos de ellos.

Adicionalmente, la falta de información sobre características locales resta capacidad predictiva a los estudios realizados, limitando sus recomendaciones de política. Desconocimiento sobre tasas de adherencia de ciertos tratamientos en el país, o limitaciones en estandarizar protocolos de atención, entre otros tantos elementos que alimentan una evaluación, operan negativamente sobre los resultados de estos estudios, y reducen su potencial como herramientas de política.

Sin embargo, y como argumenta Lehoux (2008), las nuevas tecnologías sanitarias han mostrado ser grandes oportunidades para mejorar la vida de los pacientes, aunque también constituyen una amenaza a la sustentabilidad financiera de los sistemas públicos (y sociales) de salud, y por ello los mecanismos de medición de costo-efectividad han recibido gran impulso en investigación.

En la medida que el promedio de edad es mayor, la esperanza de vida aumenta y el perfil epidemiológico cambia, es necesario avanzar en el desarrollo de una estrategia generalizada de estudios de costo-efectividad con patrones comunes de análisis, bases comparables no solo entre tecnologías para un mismo diagnóstico sino también entre diferentes patologías, sustentados por patrones epidemiológicos y de atención locales.

Esta estrategia de análisis, medición y establecimiento de pautas de intervención debe también ser sensible al tipo de prestador o subsistema, aunque con capacidad de presentar recomendaciones que tiendan a homogeneizar criterios clínicos entre prestadores, reconociendo diferencias no sólo de efectividad sino de recursos disponibles entre ellos. Seguramente en una estructura final de evaluación de tecnologías, coexistirán tecnologías de última generación y altamente costosas que permiten mejor desempeño del sistema, con otras más tradicionales y más económicas, que reducen el riesgo de gasto futuro vinculadas a intervenciones que requieren erogaciones significativas de no ser prevenidas.

Debido a que la tecnología es frecuentemente vista como un determinante de los costos de los servicios (Cohen y Hanft, 2004), la investigación aplicada a la salud, y particularmente la disciplina de evaluación de tecnología sanitaria (Health Technology Assessment – HTA), ha requerido informar adecuadamente a los tomadores de decisiones sobre costos y beneficios de la inclusión de innovaciones. Dada las limitaciones presupuestarias, ciertas elecciones racionales deben ser realizadas de modo de identificar incorporaciones tecnológicas necesarias y aislar aquellas que no lo son, a fin de establecer hasta qué punto los mecanismos de protección social se encuentran en condiciones de absorber los costos de la innovación (Lehoux, 2008).

De algún modo, HTA se preocupa por analizar las consecuencias médicas, organizacionales, económicas y sociales de implementar tecnologías sanitarias o intervenciones dentro del sistema de salud. Es, por diseño, una tarea interdisciplinaria que, en el mejor de los casos, evalúa la pertinencia de incorporar y distribuir recursos con equidad y responsabilidad (OMS, 2005).

De no avanzar en un esquema como el mencionado, se reduce la capacidad de respuesta del sistema de salud, restando sustentabilidad financiera a los mecanismos

de protección social desplegados. La falta de inclusión de innovaciones tecnológicas que mejoran la calidad e incluso la vida de la población no es tolerable. Sin embargo, la discrecionalidad en la incorporación de tecnologías, drogas y tratamientos sin sustento científico atentan contra la equidad del modelo sanitario, subsidiando intervenciones no prioritarias y/o superfluas con recursos que debieran ser invertidos en otras de mayor efectividad probada. Ante un escenario de gran cambio tecnológico y recursos limitados, es prioritario construir un esquema sistemático de evaluación que brinde señales consistentes tanto a los pacientes como a los financiadores y prestadores de servicios.

### **3.5.- Estilos de Vida, Hábitos y Salud Mental**

El desarrollo sostenido de los patrones evolutivos presentados en las sub-secciones precedentes motiva la necesidad de avanzar en modelos de protección social orientados a la modificación de conductas, redirigiendo la política sanitaria hacia estrategias de promoción de la salud, prevención, revalorizando las funciones esenciales de salud pública.

Un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital pone de relieve la perspectiva temporal y social, permite examinar una cohorte o varias generaciones para encontrar las claves de su estado de salud o enfermedad, determinadas por el entorno social, económico y cultural. En epidemiología, la perspectiva del ciclo vital se está utilizando para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes desde la gestación, la niñez y la adolescencia, hasta la edad madura. Ello facilita el análisis del riesgo intertemporal de contraer enfermedades, particularmente crónicas, y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. El objetivo es identificar los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales que intervienen a lo largo de la vida (Kuh y Ben-Shlomo, 1997).

Un número creciente de pruebas indica que hay periodos críticos de crecimiento y desarrollo, no sólo durante la gestación y la primera infancia sino también durante la niñez y la adolescencia, en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo que en otros momentos de la vida (International Longevity center- UK - Organización Mundial de la Salud, 2000).

Los efectos acumulativos en la salud no se limitan a la vida de un individuo, sino que se transmiten a las generaciones sucesivas (Lumey 1998; Davey Smith 2000).

Numerosos estudios realizados en animales han puesto de manifiesto la perpetuación a través de las generaciones tanto del tamaño de la cría en el momento del nacimiento como del crecimiento ulterior de ésta; ello puede tener importantes repercusiones nutricionales, especialmente en el mundo en desarrollo, como lo ha demostrado Fogel años atrás (1996). Este enfoque permite un acercamiento en el desarrollo de políticas que ayuda dirigir intervenciones para mejorar la salud de forma eficaz en relación con los costos.

Las condiciones socioeconómicas a lo largo de la vida influyen en los riesgos de salud y enfermedad en la edad adulta. Así, la correlación entre la enfermedad en la edad adulta y las circunstancias socioeconómicas en diferentes fases de la vida puede aportarnos indicios sobre los procesos etiológicos subyacentes (International Longevity center- UK - Organización Mundial de la Salud, 2000).

Los factores de riesgo tienden a agruparse de maneras socialmente condicionadas. Exposiciones en estadios tempranos de la vida a factores negativos pueden aumentar el riesgo de enfermedades en el adulto. Una perspectiva que abarca la totalidad del ciclo vital ayuda a identificar cadenas de riesgos y momentos en los cuales las intervenciones pueden ser especialmente eficaces.



El avance de pirámides poblacionales con bases angostas, el surgimiento de un mayor peso de las enfermedades crónicas en los patrones epidemiológicos, aún sin haber resuelto patologías transmisibles propias de la pobreza brinda un amplio espacio para el desarrollo de estas iniciativas. Más aún, el avance tecnológico, exitoso en la búsqueda de más y mejor esperanza de vida, también impone una fuerte presión sobre los mecanismos financieros orientados a brindar cobertura universal.

En esa dirección, en abril de 2011 se convocó el primer encuentro global sobre estilos de vida saludables y control de enfermedades no transmisibles, permitiendo avanzar en una declaración de principios. La misma enfatiza, por un lado, el liderazgo político y social como herramienta clave para el cambio, y por el otro, propone un abordaje multidisciplinario y amplio, en lo individual y en lo estructural, para legislar, prevenir y detectar tempranamente este tipo de enfermedades. En todo caso, el enunciado de la declaración permite correr el eje estrictamente clínico para involucrar aspectos comportamentales, sociales y económicos como parte de las causas de la situación actual.

La declaración permite una complementación entre recomendaciones tradicionales de salud pública con argumentos de costo-efectividad en intervenciones, reconociendo la necesidad de sintetizar ambas miradas en una propuesta consistente común. Ello nos remite a la coordinación necesaria para alcanzar cobertura universal con desarrollo de mecanismos de protección financiera propuestos en la sección previa de este trabajo.

La literatura sistémica, e incluso económica, ha comenzado una marcada dirección hacia la revalorización de conductas saludables, desde la consideración de las mismas como mecanismo de protección social (Lustig, 2004), hasta el desarrollo de propuestas hacia una transición en “patrones de actividad física” (Petee Gabriel et al, 2009), incluyendo problemas de sueño y stress crónico como factores causales de enfermedades cardiovasculares. Como parte de este redireccionamiento, tópicos de salud mental han entrado como integrantes de la discusión central de estrategia sanitaria, particularmente a raíz del surgimiento de nuevas patologías sociales, entre las que se encuentran trastornos alimenticios, drogadicción y otros tipos de conductas adictivas, y stress.

En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) observados en América Latina y el Caribe. En 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22,2%, según datos obtenidos del sitio web del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El avance de las enfermedades mentales obedece, en parte, a que aparecen a una edad más temprana que otras enfermedades crónicas (Kohn et al 2005). Los trastornos que afectaron al mayor número de adultos fueron la depresión mayor, la distimia, los trastornos de ansiedad generalizada, y el abuso o la dependencia del alcohol, superando en el 2002 a más de 31,1 millones.

Del mismo modo que en otros casos vinculados con enfermedades sociales o asociadas con hábitos, a medida que aumenta el número de personas con trastornos mentales, altera la estructura de factores de riesgo de la sociedad, estableciendo cambios potenciales en el uso de servicios de salud. Ello es particularmente relevante a partir de la toma de conciencia comunitaria de la naturaleza de estas enfermedades y de la responsabilidad social en el cuidado de la salud mental, unido a una mejor aceptación social de las enfermedades mentales y de las personas que las padecen.

#### **4- La Calidad en el Centro de la Escena de Política Sanitaria**

La falta de correlato, no sólo en Argentina sino en gran parte de las naciones de la región latinoamericana, entre los resultados sanitarios y la estructura de gasto supone

la exigencia de identificar qué sucede con los mecanismos actuales de asignación de recursos en salud, y cuáles son las prioridades que deben guiar el diseño de políticas.

Intentando avanzar en esta dirección, en principio es habitual considerar la presencia de un retraso temporal entre la aplicación de estrategias sanitarias en mecanismos de aseguramiento, cobertura y/o la implementación de nuevos programas, y su efecto en los indicadores de resultados en salud. A diferencia de otras políticas sociales (en educación o desarrollo social) los efectos de una inversión sectorial en salud no son necesariamente observables inmediatamente, afectando la toma de decisiones en ocasiones atada a demandas políticas de impacto automático.

Paralelamente, la presencia de condicionantes sociales (educación, medio ambiente, acceso a agua y saneamiento, etc.) interceden entre el gasto en salud realizado por el Estado y las familias, y el efecto sobre los resultados sanitarios concretos. Esta limitación en el vínculo causal entre la política sanitaria y el indicador sectorial constituye una limitación histórica en el análisis de impacto de políticas sociales en salud.

A pesar de ello, existen limitaciones endógenas vinculadas con la organización del sistema de salud, tanto en planificación como financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios que reducen la efectividad de los recursos aplicados. Fallas en los mecanismos de establecimiento de prioridades y debilidad en los criterios utilizados en la gestión muestran como diferentes estrategias de aplicación de los recursos físicos, humanos y monetarios existentes permiten alcanzar resultados heterogéneos. En ocasiones, tales ineficiencias son provocadas por la escala administrativa o prestacional sobre la cual opera el sistema de salud que incrementan los costos medios. En otros casos, la presencia de estructuras históricas de asignación de recursos atadas con líneas presupuestarias que asumen funciones de producción homogéneas y la falta de mecanismos de monitoreo y evaluación atentan contra la efectividad de los fondos e insumos disponibles.

Asimismo, y en tanto el sistema de salud establece un vínculo entre la decisión institucional del ministerio, secretaría, etc. y la comunitaria e individual, por un lado, y entre intereses sociales o solidarios con metas monetarias, por el otro, incorpora las tensiones entre las funciones objetivo de cada uno de los actores participantes.

Estas tensiones hacen que el promedio del gasto en salud medido en dólares, por ejemplo, no refleje la dispersión existente entre grupos, provocando dos efectos opuestos. El primero, por defecto: la heterogeneidad entre fuentes de financiamiento y gestión de recursos deriva en falta de cobertura de algunos grupos sociales o intervenciones. El segundo, por exceso: acceso físico conjuntamente con gasto en salud superior al necesario. Esto último puede vincularse con patrones de calidad percibida basados en confort, o el uso innecesario o suntuoso del sistema de salud, inducción de demanda, etc.

Estos argumentos llevan a la incorporación de una tercera dimensión en el análisis de los sistemas de salud, asociada no solo con la cantidad del financiamiento y el quantum de servicios provistos, sino también con la calidad de la atención a partir de la cual se satisfacen las demandas poblacionales.

La noción de calidad no está incorporada normalmente en el análisis internacional sobre gasto en salud, como tampoco se considera en las nuevas corrientes que estudian el gasto financieramente catastrófico, el gasto empobrecedor o la proporción del gasto de bolsillo erogado en salud sobre los presupuestos familiares. En todos los casos, la unidad de gasto es equi-eficaz desde la perspectiva de uso.

La incorporación de esta dimensión, permite agregar un nivel mayor de complejidad al análisis, proponiendo un espacio donde no solamente tienen lugar las decisiones institucionales –sobre criterios de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación

de servicios- sino también individuales, en tanto el cuidado y la atención de la salud involucran también hábitos de conducta.

La utilización de los servicios de salud parte de la identificación de una necesidad que debe ser satisfecha a partir de un encuentro entre el sistema sanitario y el paciente en su entorno. Para ello es preciso reconocer la presencia de esa necesidad, y a partir de ello la búsqueda de cuidado en el sistema. Una vez que la demanda identificada se convierte una demanda efectiva del sistema de salud, la oferta institucional muestra su capacidad de brindar acceso o no.

La falta de acceso ante una necesidad existente requiere, entonces, de un mecanismo de interacción previo entre el sistema (la oferta prestacional) y el paciente. La falta de una demanda efectiva ante una necesidad es entonces una responsabilidad compartida, donde la información y los hábitos saludables forman parte de una agenda de política.

Asimismo, usualmente la demanda del sistema de salud actúa bajo información asimétrica, no conociendo necesariamente la efectividad de una intervención de salud, la que es definida por el profesional que decide por su paciente. Por ello, la mirada del/la paciente sobre el sistema y los servicios recibidos parten de criterios de calidad percibida, no necesariamente basados en patrones objetivos de oportunidad y eficacia. El fenómeno de inducción de demanda que da lugar a una sobre-prescripción o sobre-prestación de servicios genera un exceso de atención no conocido necesariamente como tal desde el paciente.

A partir de ello, es preciso establecer criterios objetivos desde una mirada clínica y sistémica que institucionalmente defina los patrones de calidad necesarios para operar en ambos espacios de utilización (por defecto, garantizando acceso; por exceso, garantizando efectividad), y de conductas (regulando la sobre-prestación, e induciendo hábitos saludables).

Este tipo de argumentos, implica operar conjuntamente en los ámbitos institucionales e individuales, dotando a las autoridades sanitarias de instrumentos financieros y regulatorios para poder garantizar la cobertura y la calidad razonable para atender las necesidades de la población. Ello requiere no solamente proveer la infraestructura adecuada para garantizar la oferta física, sino también la capacidad de generar docencia y operar sobre los hábitos de la población.

Políticas de promoción y prevención hacen viable cambios en conductas que reduzcan riesgos sanitarios individuales y generen ahorros al sistema de salud, abriendo la posibilidad de ser utilizados en la cobertura de necesidades alternativas.

La importancia de capturar las necesidades insatisfechas y reducir la demanda inducida abre un debate de políticas que complementa la visión del gasto catastrófico y facilita el diseño de políticas asociadas particularmente con nuevas patologías, definiendo una estrategia sanitaria comprehensiva y sistémica. Estas nuevas patologías mencionadas previamente, exigen establecer una visión de programación sanitaria de ciclo de vida, no solamente asociadas con acciones de atención en el último tramo de la vida o ante el surgimiento de una enfermedad. Requiere diseñar mecanismos de incidencia en la niñez y adolescencia a fin de poder establecer un devenir saludable en la conducta de los individuos.

## **5- Conclusiones y Debate**

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) tuvieron como fin establecer pautas de acción colectiva que permitieran reducir las brechas de acceso a los sistemas mundiales de salud mediante el establecimiento de pautas globales de indicadores sanitarios. Si bien los avances alcanzados en muchas naciones fueron altamente

satisfactorios, queda aún un gran camino por recorrer, perfeccionando los modelos de atención y facilitando los mecanismos de seguimiento y análisis de los logros alcanzados.

Acercándonos a las fechas planteadas para alcanzar tales metas globales, se ha lanzado una serie de iniciativas orientadas a dar continuidad a emprendimientos globales que orienten el diseño de políticas, y permitan avances sistemáticos en indicadores priorizados de salud global.

Estos debates incorporan un conjunto de elementos que avanzan en el desarrollo de modelos de cobertura universal de salud, abriendo una serie de temáticas interconectadas. Esta agenda de discusión incluye tres grupos de argumentos, enmarcados en: (i) el cambio en el perfil epidemiológico de la población mundial, (ii) el avance de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, y su incorporación a un sistema de garantías de derechos, y (iii) la viabilidad de un modelo de protección financiera que sea sustentable y equitativo.

Esta discusión es particularmente relevante en Argentina actual, por varias razones.

- La primera de ellas es que el sistema de salud argentino ha avanzado marcadamente en la garantía de los derechos a la salud de su población durante las últimas décadas. Ello ha ocurrido tanto en acceso a cuidados y tratamientos como a medicamentos, aunque con fallas sistemáticas en los mecanismos para garantizar mayor equidad y más eficiencia. Los recursos utilizados en el sector sanitario argentino permitirían concretar una cobertura más homogénea en términos de efectividad, pero ello requeriría analizar los criterios de aseguramiento, gestión y regulación del sistema.
- La segunda razón es que el logro de cobertura trae aparejado una demanda por mayor calidad y la inclusión de más y nuevos servicios y tecnologías. Estas requieren del establecimiento de criterios estandarizados y sistemáticos para analizar y evaluar los avances generados, a fin de proveer al gasto en salud de racionalidad y eficacia.
- En tercer lugar, lo anterior ocurre en un marco en el cual aún se observan marcadas brechas entre grupos sociales y sectores. De este modo, la fragmentación entre subsistemas y al interior de cada uno de ellos impone barreras institucionales a un acceso equitativo.
- La descentralización del subsistema público y la amplia participación del sector privado en la provisión de servicios exige el uso racional de las herramientas regulatorias y financieras del Estado a fin de alinear intereses, homogeneizar normativa y construir un sistema más equitativo y sustentable financieramente. Particularmente, la Superintendencia de Servicios de Salud, el PAMI, y los programas nacionales de transferencia de recursos y definición de lineamientos de atención constituyen los instrumentos de acción sobre los espacios sanitarios federales.

En este contexto, la acumulación epidemiológica, el envejecimiento de la población y el surgimiento de “nuevas” enfermedades vinculadas con hábitos de conducta requieren ser abordados desde un modelo sanitario consistente, que incluya un concepto definido de acceso efectivo, no sólo físico, sino también patrones de calidad de atención e identificación de la necesidad sanitaria.

El presente ensayo intentó incorporar al debate tradicional sobre el sistema de salud argentino la presencia de nuevas temáticas que están siendo abordadas actualmente en el escenario internacional y que requieren de ser atendidas con vistas al diseño de un modelo sustentable a futuro.

La presencia de un modelo fragmentado de aseguramiento genera naturalmente brechas de acceso que la población observa en el nivel prestacional y que no necesariamente están vinculadas con la cantidad o calidad de servicios provistos, sino

con fallas en los mecanismos de aseguramiento y gestión de recursos aguas arriba en el modelo organizacional de salud. En la medida que las estructuras de aseguramiento se multiplican, la capacidad del sistema para proveer a todos sus ciudadanos de un acceso igualitario varía, proponiendo distintos incentivos tanto a los usuarios como a los financiadores y prestadores de los sistemas de salud.

En la medida en que un sistema fragmentado no identifica espacios –ya sea de cooperación o institucionales de regulación- permite descremar la estructura de contribución entre individuos ricos e individuos pobres, generando necesariamente incentivos perversos. Ellos se traducen en estructuras de sobre-utilización (riesgo moral) en los quintiles relativamente más ricos y de mayor capacidad contributiva, y una sub-utilización de servicios en los grupos poblacionales rezagados económicamente.

Si el sistema sanitario reproduce la lógica de distribución del ingreso al interior de su estructura prestacional falla en la posibilidad de articular mecanismos contra-cíclicos que brinden oportunidades similares independientemente del poder económico de las familias.

A pesar del éxito relativo del sistema de salud argentino en promover una variedad e intensidad de cobertura en un amplio rango de prestaciones, se observa la necesidad de profundizar el modelo de cobertura universal que agregue más efectividad manteniendo el nivel de inversión. Ello se aborda mediante un concepto más específico asociado con la calidad de la atención.

El concepto de calidad convoca necesariamente una variedad de definiciones. Ellas abarcan desde el acceso físico y efectivo a fin de satisfacer una necesidad, hasta la presencia de conceptos de confort (habitaciones individuales, ciertas intervenciones estéticas, etc.). Entre una y otra surgen definiciones idiosincráticas de calidad donde la percepción de cada individuo necesariamente varía. Por ello es necesario promover mecanismos que faciliten el análisis de las necesidades de la población saliendo de la observación de la media poblacional y buscando indicadores que releven tanto variables comportamentales como institucionales de acceso y calidad.

En la medida en que el análisis de gasto y de resultados sanitarios incluye una variable vinculada con la calidad, y ésta puede ser instrumentada a partir de trazadoras observables y medibles -más allá de la percepción de los individuos- se puede avanzar en una mirada más comprehensiva del sistema sanitario, que facilite el planteamiento de una estrategia a futuro.

Antiguos desafíos como la segmentación sumados a nuevos desafíos como los elementos planteados, requieren ser abordados sistemáticamente. Ello implica resolver problemas emergentes que ameritan de una oferta activa (*outreach*), e incorporar un mayor peso de políticas de promoción, prevención y comunicación en un plan de ciclo de vida. Estas son acciones propias de un modelo amplio de atención primaria, complementado con un esquema de aseguramiento social que promueva la equidad.

El modelo de financiamiento requiere discutirse a la luz de las nuevas tendencias internacionales de protección financiera, apoyándose en los éxitos ya alcanzados por la estructura de seguridad social. Ello necesariamente implica el desarrollo de un marco regulatorio más abarcativo (incluyendo a todos los subsistemas), que incorpore a las nuevas necesidades de la población y la identificación de brechas de calidad en términos de necesidades no satisfechas y calidad efectiva.

En esa dirección, se sugiere el fortalecimiento de instituciones técnicas abocadas a la regulación de tecnología, la certificación institucional y al diseño de mecanismos de costeo de programas y servicios que permitan la incorporación racional de los nuevos avances de la ciencia.

De este modo, marco regulatorio, protección financiera y estrategia de cobertura universal se mostrarían alineados para facilitar el acceso a intervenciones equivalentes de servicios, independientemente de su lugar de residencia y su condición socio económica.

La naturaleza mixta del sistema de salud nacional, donde el 60% del financiamiento proviene de fuentes públicas o sociales y más del 60% de la provisión descansa en prestadores privados requiere de una solución coordinada bajo un modelo de prioridades establecido desde la autoridad pública. Esta premisa debe considerar al sistema de salud dentro de las prioridades de un modelo de crecimiento económico, dotándolo de un plan que enriquezca la calidad de vida de la población. Esta perspectiva debe ser asumida tanto desde el Estado como desde las empresas que participan del sistema de salud –sean ellos prestadores o contribuyentes al modelo de seguridad social.

## Referencias

3º Congreso de Gestión Clínica Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud. Madrid, abril 2011. Disponible (último acceso 4 de abril de 2012) en [http://www.fgcasal.org/fgcasal/publicaciones/articulos/Libro\\_III\\_Congreso\\_Gestion\\_Clinica.pdf](http://www.fgcasal.org/fgcasal/publicaciones/articulos/Libro_III_Congreso_Gestion_Clinica.pdf)

61º Asamblea Mundial de la Salud 2008 (WHA61.19) Cambio climático y salud.

62º Asamblea Mundial de la Salud 2009 (WHA62.14) Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

6º Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Tailandia, Bangkok, agosto 2005.

Agudelo, C. *Relación Salud y Desarrollo: ¿Cuál es el Modelo? Red Andina y del Caribe de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud*. Publicación electrónica disponible en <http://www.revmed.unal.edu.co/red/intro14.htm> (último acceso 4 de abril de 2012).

Arrubla-Sánchez, D. (2010): *Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos*. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 9 (19): 229-242,

Baeza, C. and T. Packard (2006). "Beyond Survival. Protecting Household from health shocks in Latin America." Washington, Standford University Press - The World Bank.

Bambra, C., Joyce, K., et al. (2010). *Reducing health inequalities in priority public health conditions: using rapid review to develop proposals for evidence-based policy*. Journal of Public Health, Vol. 32, No. 4, pp. 496–505.

Barría Pailaquilén R.M, Amigo, H. (2006) *Transición Nutricional: una revisión del perfil latinoamericano* ALAN v.56 n.1 Caracas.

Bartley, M., Blane, D., Montgomery, S. (1997) *Socioeconomic determinants of health. Health and the life course: why safety nets matter* BMJ;314:1194–6.

Bayarre Veá, H., Pérez Piñero, J., Menéndez Jiménez, J., (2006). *Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad*. GERINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 3.

Blane, D. (2006): *The life course the social gradient and health* en Marmot, M y Wilkinson, R. *Social Determinants of Health* 2<sup>nd</sup>. Edition. Oxford University Press.

Botero de Mejía, B. Pico Merchán, M. (2007): *Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) En Adultos Mayores de 60 años: Una Aproximación Teórica*. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 - 24

Breilh, J. (2010) *La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano*. Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(1):83-101.

Brock, D. (2003) *Separate spheres and indirect benefits*. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2003, 1:4

Declaración de Moscú. *Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre estilos de vida saludables y Control de Enfermedades No Transmisibles*. Moscú, 28-29 abril 2011.

Declaración Política de Río de Janeiro sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro Brasil, 21 de octubre de 2011.

Esperato, A., García-Altés, A. (2007) *Prevención en salud: ¿inversión rentable? Eficiencia económica de las intervenciones preventivas en España*. Gac Sanit. 2007;21(2):150-61

Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, et al. (2012): *Socioeconomic Factors and All Cause and Cause-Specific Mortality among Older People in Latin America, India, and China: A Population-Based Cohort Study*. PLoS Med 9(2): e1001179.

Fleischer, N., Diez Roux, A., Alazraqui, M., Spinelli, H. (2008) *Social Patterning of Chronic Disease Risk Factors in a Latin American City* *Journal of Urban Health*. Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 85, No. 6

Hutubessy, R., Chisholm, D., Tan-Torres Edejer, T. and WHOCHOICE (2003) *Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector*. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2003, 1:8

Kelley K. Pettee G. and Ainsworth, B., (2009) *Building Healthy Lifestyles Conference: Modifying Lifestyles to Enhance Physical Activity and Diet and Reduce Cardiovascular Disease*. American Journal of Lifestyle Medicine 2009 3: 6S.

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, et al. (2005). *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(4/5):229-40.

Kotseva, K., (2008) *Global Preventive Policies. Strategies at European and Worldwide Level* Rev Esp Cardiol. 2008;61(9):960-70

Lehoux, P. (2008) *Why Examining the Desirability of Health Technology Matters* Healthcare Policy Vol.3 No.3.

Hsiao, W.C. and P.R. Shaw (2008) "Social Health Insurance for Developing Nations." Washington DC, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Kutzin, J. (2008). "Health financing policy: a guide for decision-makers". WHO.

Lustig, N. (2001), *Shielding the poor. Social protection in the Developing World*. Washington DC: Brookings Institution Press.

Maceira, D. (2001): "Dimensiones Horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe", Centro de Estudios de Estado y Sociedad", Iniciativa Latinoamericana para la Reforma del Sector Salud (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID). No.2.

Maceira, D. (2008): "Actores y reformas en salud en América Latina", Banco Interamericano de Desarrollo, División de Programas de Desarrollo Social, Nota Técnica de Saúde nº 1.

Maceira, D. (2012a): "Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina", In Health Systems Analysis: Health Systems Financing, Financial Risk Protection Through Health Systems Development in Latin America and the Caribbean, Knaul FM, Wong R, Muiser J, Guerrero R and Arreola Ornelas Eds. Harvard University Press-IDRC-FUNSAIUD. Boston, MA.

Maceira, D. (2012b) "Cuadrantes de Análisis de los Sistemas de Salud de América Latina", mimeo Unicef.

Maceira, D. (2012c) "La Seguridad Social en Salud en la Argentina. Contextualizando a las Obras Sociales de Personal de Dirección". Mimeo.

Manathip Osiri, *Community Effectiveness*. WHO Collaborating Center for Knowledge Translation and health technology assessment in health equity. Disponible en: [http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo\\_toolkit/download.htm](http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/download.htm) (último acceso 4 de abril de 2012).

McMichael, A., Butler, C. (2006) *Emerging health issues: the widening challenge for population health promotion*. Health Promotion International Volume 21 Supplement 1 December 2006

Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. (2005) *Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud de Pública. 2005;17(5/6):353–61.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados en Salud Pública. (2010). Manual de Promoción de la Salud. Experiencias provinciales.

Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (2011) Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Ministerio de Salud de Venezuela- Organización Panamericana de la Salud (2006) *Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. Perfil de acumulación epidemiológica*

Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Consejo Nacional de Salud Subcomisión de Prestaciones (2007). *Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 4ª Edición*.

Mulligan, J., Walker, D., and Fox-Rushby, J. (2006) *Economic evaluations of non-communicable disease interventions in developing countries: a critical review of the evidence base*. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2006, 4:7

Organización Mundial de la Salud - International Longevity center- UK (2000) Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital.

Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Chile (2005), *Construyendo la nueva Agenda Social desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud. Documento Síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos*.

Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud (2007) 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Washington, EEUU.

Organización Mundial de la Salud (2003): Informe sobre la Salud en el Mundo 2003

Organización Mundial de la Salud (2006). Informe sobre la salud en el mundo 2006.

Organización Mundial de la Salud (2008). Comisión sobre Determinantes sociales. Subsana las desigualdades en una generación.



Organización Mundial de la Salud (2008). Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.

Organización Mundial de la Salud (2008): Informe sobre la Salud en el Mundo 2008

Organización Panamericana de la Salud (2007g). "La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial". OPS, Washington D.C.

Ortegón, M., Lim, S., Chisholm, D., et al. (2012). *Cost effectiveness of strategies to combat cardiovascular disease, diabetes, and tobacco use in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study*. BMJ 2012;344:e607.

Ostlin, P., Eckermann, E., et al (2006) *Gender and health promotion: A multisectoral policy approach*. Health Promotion International Volume 21 Supplement 1 December 2006

Peláez, M. (2005): *La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6).

Pollitt, R., Rose, K., and Kaufman, J. (2005): *Evaluating the evidence for models of life course socioeconomic factors and cardiovascular outcomes: a systematic review*. BMC Public Health 2005, 5:7

Ritsatakis, A., (2009) *Equity and social determinants of health at a city level*. Health Promotion International, Vol. 24 No.S1.

Ronald Lee, Andrew Mason, Daniel Cotlear (2010). Some Economic Consequences of Global Aging. A Discussion Note for The World Bank.

Rubinstein, A., Belinzán, M., Discacciati, V. (2007), *Are economic evaluations and health technology assessments increasingly demanded in times of rationing health services? The case of the Argentine financial crisis*. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 23:2, 169–176

Salim Yusuf, Srinath Reddy, Stephanie Ôunpuu, et al (2001) *Global Burden of Cardiovascular Diseases Part I: General Considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization*. Circulation, 104:2746-2753

Samuli I Saarni, Bjørn Hofmann, Kristian Lampe, et al (2008). *Ethical analysis to improve decision-making on health technologies*. Bulletin of the World Health Organization.

Starfield, B., Hyde, J., Gervas J. and Heath, I. (2008): *The concept of prevention: a good idea gone astray?*. J Epidemiol Community Health 2008;62:580–583.

Sturgeon, S. (2006) *Promoting mental health as an essential aspect of health promotion*. Health Promotion International Volume 21 Supplement 1 December 2006.

Suhrcke, M., Nugent, R., Stuckler, D., and Rocco, L. (2006) Chronic disease: an economic perspective. London: Oxford Health Alliance.

Taghreed A., Abdul G., (2011) *Strategies to Enhance the Impact of Research on Human Resources for Health on Policy Making*. Revista Peru Med Exp Salud Publica. 2011; 28(2): 323-6.

Todd Jewell, R.; Rossi, M.y Triunfo, P. (2007) *El Estado de Salud del Adulto Mayor en América Latina*. Cuadernos de Economía, v. XXVI, n. 46 Bogotá, 2007, páginas 147-167.

Urbanos, R. (2010) *La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades?* Informe SESPAS 2010 Gac. Sanit.2010;24 (Suppl 1):7–11

Weisz, G., Olszynko-Gryn, J. (2009) *The Theory of Epidemiologic Transition: the Origins of a Citation Classic*. Journal of The History of Medicine And Allied Sciences, Volume 65, Number 3. Oxford University Press

Wagstaff, A. and E. van Doorslaer (2002). "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98."

Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Organización Mundial de la Salud.

World Health Organization (2000) "Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño en los sistemas de salud."

World Bank, "World Development Indicators". Webpage

Xu, K., J. Klavus et al (2003). "Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical, and Technical Challenges." Chap. 39. en Murray C.J.L. y D.B. Evans, *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*

Zuliani Arango, L. (2010) *El aporte de la epidemiología a la salud colectiva*. Iatreia Vol. 23 (4): 354-361