

# Actores y reformas en salud en América Latina

Daniel Maceira

Nota Técnica de Saúde No. 1/2007

**Marzo de 2007**

**Banco Interamericano de Desarrollo**  
Departamento de Desarrollo Sostenible  
División de Programas de Desarrollo Social

*Daniel Maceira es Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Buenos Aires, Argentina. Este trabajo fue comisionado por el Departamento de Desarrollo Sostenible del Banco Interamericano de Desarrollo. Se agradecen los comentarios recibidos por André Médiçi y la participación de Valeria Cicconi en la elaboración de este documento.*

*Este informe se publica con el único objeto de contribuir al debate de un tema de importancia en los países de la Región. Su publicación por este medio tiene como propósito generar comentarios y sugerencias de las personas interesadas en el tema. No representa la posición del Banco Interamericano de Desarrollo.*

# Presentación

Las reformas de salud han sido objeto de gran debate en América Latina desde el inicio de los años noventa. Por un lado, hay aquellos que afirman que los instrumentos utilizados en la reforma no son apropiados y, sin hacer evaluaciones en profundidad sobre los motivos que llevan al éxito o al fracaso de las mismas, afirman que los instrumentos utilizados en la reforma no han sido apropiados<sup>1</sup>. Por otro, hay los que dicen que las reformas han resultado en mejoras de eficiencia en la gestión y entrega de los servicios sin basar sus informaciones en adecuada evidencia factual o estadística.

Pero hay algunos elementos que poco han sido tomados en cuenta en los procesos de implementación de las reformas de salud, los cuales pueden ser resumidos en el compromiso político de los actores involucrados en consensuar y avanzar con el proceso de reforma y el grado de resistencia de determinados actores relevantes, como los profesionales de salud, en su implementación.

La realidad de América Latina muestra claramente que si no hay consenso de los actores cuanto al proceso de implementación y si los incentivos para que se logren este consenso no están puestos, difícilmente se podrá lograr un buen resultado en la implementación de los instrumentos de reforma, por más adecuados que estos sean al proceso de cambio deseado.

El trabajo de Daniel Maceira contribuye para el entendimiento de los modelos de reforma de salud utilizados en América Latina, de la aplicación de los instrumentos de reforma y de los problemas asociados a esta implementación. El trabajo presenta, luego después de la introducción, el marco analítico utilizado, donde se destaca la existencia de tres modelos de reforma de salud.

En la sección siguiente, se analizan en detalle las visiones de estos tres modelos: un primero que se sintetiza en la Visión del Informe Anual de 1993 del Banco Mundial, caracterizado por la síntesis de los instrumentos que deberían ser utilizados en las reformas; un segundo modelo, alternativo, basado en la visión que privilegia los aspectos normativos de la organización del estado para la implementación de las reformas y minimiza el tema económico, de los incentivos y de la racionalización de los procesos de financiamiento y una tercera visión que busca integrar las dos visiones interiores a partir de la constatación de la fragmentación existente en los procesos de salud de la Región. Como ejemplos de estos tres modelos de reforma tenemos la Reforma Chilena de 1981, la Reforma de Salud de Brasil, a partir de 1988 y la reforma de Salud Colombiana, de 1992.

En secuencia se evalúan las experiencias latino-americanas de reforma de salud, basadas en estos tres modelos, y las dificultades en lograr resultados, basados en: (a) la amplitud de los objetivos de reforma frente a la limitación de los recursos y de la capacidad de gestión para poner en marcha adecuadamente los instrumentos de reforma; (b) la puja de intereses entre los actores del sector salud, y la falta de capacidad de los gobiernos en consensuar los cambios con múltiples actores, retrasando su implementación, o incluso limitando su alcance y (c) la heterogeneidad de las necesidades de la demanda sobre la cual el tomador de decisiones de política debe actuar, reflejadas en las diferencias étnicas, culturales, de distribución del ingreso o geográfica de la población que se quiere alcanzar.

---

<sup>1</sup> Son muchos los instrumentos que pueden ser utilizados en las reformas de salud. Entre ellos se destacan la descentralización en el financiamiento y en la gestión del nivel central a los niveles locales de gobierno; el uso de nuevos mecanismos de pago a los proveedores (capitación, copagos, pagos por desempeño, etc.), la autonomía en la gestión y operación de los servicios públicos (hospitales y centros de salud), el cambio de los incentivos de financiamiento desde la oferta hacia la demanda, etc.

Sobre la base de estas discusiones se presentan las principales conclusiones que muestran claramente que los problemas de economía política enunciados son más importantes, en los procesos de implementación de las reformas, que la discusión estéril de la adecuación de los instrumentos de reforma. En otras palabras, temas como descentralización, mecanismos de pago, sistemas de información, son importantes elementos para la reforma y se prueban eficaces en contextos donde la economía política de los procesos de implementación es favorable. Pero en América Latina, parece no haber sido este el cuadro de implementación de las reformas de salud en muchos contextos nacionales, haciendo con que los avances de las reformas tengan sido, hasta el momento, limitados en algunos contextos nacionales.

Esto trabajo fue escrito en 2005 como uno de los documentos de apoyo a la Estrategia de Salud del Banco, pero solo en este momento se encuentra editado para la lectura de aquellos que se interesan por los problemas reales de implementación de las reformas de salud en América Latina

André Medici  
Especialista en Salud Sênior

# Índice

Introducción

1

Marco analítico y objetivos

2

Revisión de aportes metodológicos para el diseño de una reforma de salud

4

Experiencias regionales de reforma en salud

12

Conclusiones

25

Referencias

26

Anexo

29

# Introducción

Durante las últimas décadas y especialmente a lo largo de los noventa, América Latina y el Caribe han experimentado profundos procesos de reorganización de sus sistemas de salud. Los objetivos perseguidos fueron variados, asignándoseles mayor o menor peso relativo a cada uno. Entre ellos se destacan la redefinición en la estructura de financiamiento del sistema a fin de brindarle mayor sustentabilidad, la ampliación de su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más desprotegidos y el incremento de la eficiencia en la prestación de servicios. Los instrumentos para lograr tales objetivos fueron muy variados: desde la integración institucional hasta la separación de funciones, desde la participación del sector privado en el gerenciamiento de seguros sociales hasta la contratación de actores no públicos en la provisión de servicios.

Luego de la crisis macroeconómica con amplias repercusiones en el continente durante los años ochenta, los sectores sociales en general, y el sector salud en particular, se encontraron ante un desafío: ¿Cómo atender las crecientes demandas de la población, contando con un Estado limitado en sus capacidades de definir políticas y financiar la prestación de servicios?. A partir de ello, se ensayaron diversos tipos de reformas, que incluyeron la descentralización en el manejo de los recursos hacia niveles locales, un intento de cambio en los incentivos a los proveedores de servicios y la utilización de los sistemas de seguro social como herramienta para distribuir los fondos de salud más solidariamente y ampliar la cobertura.

El origen de estos cambios reconoce diversas fuentes. Una de ellas es el Informe para el Desarrollo Mundial publicado en 1993 por el Banco Mundial, que propone una serie de prioridades en los mecanismos de financiamiento público para intervenir en salud, como así también sugiere la existencia de espacios de participación privada y competencia. El Banco Interamericano de Desarrollo, a partir de su Estrategia para los Sectores Sociales de 1996, intenta dar un nuevo impulso a estas reformas en el ámbito regional. Si bien los avances logrados en algunos de los casos fueron positivos, no existe consenso acerca de la dirección y efectividad de los mismos. El Informe de la Organización Mundial de la Salud (2000) propone avanzar en tal dirección mostrando las múltiples facetas a ser consideradas. Este debate no sólo incluye aspectos de gestión y seguimiento de las reformas, sino también el diagnóstico, las prioridades y los instrumentos utilizados para reformar el sector salud y posteriormente evaluar sus resultados. En otros casos, se propone profundizar en ciertos aspectos ya iniciados, tendientes a especificar los criterios para el uso de los recursos disponibles para satisfacer las demandas y necesidades de salud de la población.

El propósito final de este documento, es el de poder resumir de algún modo las enseñanzas obtenidas durante los últimos años de los procesos de reforma de la región, permitiendo un análisis de los factores que, desde el punto de vista de la economía política avanzan o obstaculizan el proceso de reforma, a fines de sugerir un replanteamiento de los tomadores de decisiones, que combine las habilidades desarrolladas hasta el presente, con otros instrumentos que promuevan una visión más comprehensiva de las necesidades del sector.

## Marco analítico y objetivos

El presente trabajo analizará, en primer lugar, las características básicas de tres tendencias o modelos de reforma. El primero es el basado en el documento del Banco Mundial de 1993, que tiene como intención incorporar la discusión sobre fijación de prioridades, fuentes de financiamiento alternativas y actores privados dentro del diseño de políticas del sector. El punto de partida es, partiendo de la base que el sector público en países en desarrollo no cuenta necesariamente con los recursos requeridos para poder aplicar un plan comprensivo de atención.

Este enfoque, novedoso entonces, se enfrentaba al criterio tradicionalmente utilizado para el estudio del sector, basado en una visión sanitarista, concentrada en el análisis del modelo de atención, certificación y normatización, relegando a un segundo estadio el impacto de los mecanismos de financiamiento.

Durante la segunda mitad de los noventa surgió una tercera posición, especialmente en la región latinoamericana, que buscaba complementar ambos enfoques, dándole como valor agregado un análisis sustentado en las características segmentadas y mixtas de financiamiento y provisión de servicios de salud en la región.

En la próxima sección, se intentará resumir las principales ideas presentadas por cada una de estas escuelas, brindando en la cuarta sección una descripción y debate sobre las características fundamentales de algunas de las reformas más importantes llevadas a cabo en América Latina. No se pretende ser exhaustivo en el análisis de las reformas latinoamericanas, ni profundizar en las características específicas de cada una de las mismas. El objetivo es el de poder ilustrar acerca de la diversidad de enfoques llevados a cabo en la región, que incorporaron cambios en aspectos asociados tanto con el financiamiento, como con el modo de atención.

Este trabajo intenta contribuir a la evaluación de este período de profundas reformas, incorporando dos aspectos débilmente considerados en el diseño e implementación de las mismas. El primero considera que la definición de nuevas estrategias en el sector salud debe partir del análisis de los actores claves que participan en el proceso de financiamiento y prestación de servicios de salud, antes que en la aplicación de la reforma. La falta de un análisis en profundidad de los intereses intervinientes en el sector salud, subestima los mecanismos de negociación, cooperación y alianzas que pueden observarse en el proceso de implementación de las reformas. Ello, genera retrasos, pudiendo llegar a alterar los objetivos iniciales, provocando efectos adversos o no deseados.

Un segundo elemento generalmente relegado a un segundo plano, es la asociación entre, diagnóstico, diseño y seguimiento de la reforma. El alcance de una reforma se establece a partir de la brecha de atención en el sector salud que se produce entre los servicios ofrecidos y las necesidades de la población, expresadas estas últimas a través de variables objetivas (perfil epidemiológico) y subjetivas (percepciones cuanto a la calidad y calidez esperada del sistema). Dicha distancia puede medirse desde distintas perspectivas tales como accesos físico, calidad de atención, equidad en financiamiento, entre varias. Una reforma en salud tiene como fin reducir la demanda excedente en una o más de estas dimensiones, difiriendo entre países la definición de las prioridades establecidas. Tanto la identificación de brechas en salud, como el peso relativo de cada una desde la perspectiva de la población objetivo, requieren del conocimiento de los mecanismos de demanda, uso y fuentes de financiamiento y consulta de los usuarios, no siempre identificados por los tomadores de decisiones. Las herramientas disponibles para realizar tal análisis son las encuestas de hogares, los sondeos sobre satisfacción del consumidor y la actualización de mecanismos de participación social y control comunitario.

Este ensayo discutirá con cierto detalle el mapa de intereses presentes en una reforma de salud, estableciendo el papel desempeñado, no sólo por el gobierno nacional en el diseño de una reforma, sino también la relación entre el mismo y los gobiernos locales, ya sean ellos a nivel provincial, departamental, estadual o municipal. El estudio reconoce la presencia de otros sectores protagónicos, directa o indirectamente involucrados en el diseño de las reformas, tales como las estructuras de institutos de seguridad social, y las asociaciones de médicos y hospitales, como voceros de los intereses sectoriales de las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya sean públicas o privadas. Este mapeo de actores se complementa con las instituciones multilaterales de crédito que impulsan procesos de reforma en la región.

El presente documento intenta resumir entonces las características de algunas de las reformas llevadas a cabo en la región, desde la perspectiva del análisis de los actores participantes, las funciones objetivo de cada uno de los mismos y el nivel de cooperación o antagonismo que puede presentarse en el desarrollo de un proceso de cambio. Es de esta relación estratégica entre actores que surgen resultados no siempre planeados en los procesos originales de reforma, tales como subsidios cruzados entre estructuras de financiadores, transferencia de riesgo a lo largo de la cadena de financiamiento y producción de los servicios de salud, mecanismos de selección adversa, etc..

Los consumidores, a pesar de constituir el grupo destinatario de las reformas, generalmente encuentran limitada su capacidad de organización. En este sentido, resulta difícil definir una conducta uniforme, dada su característica atomística y la dificultad de establecer asociaciones que permitan ser una voz

unificada en el proceso de negociación de una reforma a un pie de igualdad con las otras instituciones participantes. En la misma dirección, la falta de información brindada por parte de los tomadores de decisiones, impide una adecuada participación de estos grupos de consumidores que agudiza una de las características del sector: la presencia de información asimétrica entre demandantes de servicios (pacientes) y la oferta, y consecuentemente la capacidad de esta última de inducir el consumo.

Todos estos aspectos pueden resumir la condición de funcionamiento de un sistema de salud: la población designa directa o indirectamente a un grupo de funcionarios para representar sus intereses ante otros sectores con distintas funciones objetivo. De su interacción en estos procesos de negociación, donde cada grupo cuenta con una cuota de poder, se establecen los objetivos de la reforma; y este proceso se renueva en cada etapa de implementación. En cada instancia, las estrategias de cada grupo, no necesariamente coincidentes, se ponen en juego frente al gobierno reformador, cuyas prioridades no siempre se encuentran alineadas con las de sus representados.

Finalmente, se discutirá brevemente la estructura de información disponible y no siempre utilizada por los tomadores de decisiones de políticas. La falta de protagonismo de la información como herramienta para la toma de decisiones, ha llevado a reformas parciales que mantienen esquemas de financiamiento y prestación de servicios que no necesariamente satisfacen las necesidades de la población en el presente. Este aspecto es especialmente relevante cuando los objetivos de las reformas no son puntualmente especificados y/o en ocasiones son lo suficientemente amplios como para limitar el diseño de una reforma dirigida a la solución de los problemas de salud de la sociedad.



# Revisión de aportes metodológicos para el diseño de una reforma en salud

La presente sección propone describir brevemente tres marcos metodológicos de gran influencia en el diseño de reformas de salud en la región. El modelo sanitarista clásico, fundamentalmente motivado por un enfoque de salud pública, con objetivos de cobertura geográfica; el modelo de focalización, basado en la necesidad de establecer prioridades de atención ante problemas de financiamiento; y un tercer enfoque, regional y sistémico, apoyado en la búsqueda de mecanismos de financiamiento alternativos ante la presencia de un sector salud segmentado tanto en cuanto a recursos disponibles como en la existencia de redes superpuestas de prestación.

## **Modelo sanitarista o clásico**

El modelo sanitarista, o modelo concebido en la enseñanza médica tradicional, considera a la salud como un derecho para la totalidad de la población, con iguales posibilidades de todos los sectores de disfrutar de la tecnología moderna. El Estado se define en su papel de responsable en la producción y distribución equitativa de los servicios, mientras que se considera deseable una comunidad y usuarios con participación creciente. El modelo propone la atención de la salud como un ítem político prioritario. Dado el objetivo de gratuidad asociado con este enfoque, y ante la evidencia que la dinámica del sistema lleva a un modelo dual, con mayor acceso relativo a la salud de los grupos de mayores ingresos, el dilema de este enfoque es encontrar un modelo de atención adecuado, “médicamente correcto”<sup>2</sup>. Parte de la definición del mejor servicio posible, enfatizando en la importancia de los cuidados primarios, la prevención en

salud, círculos concéntricos de atención y evolución tecnológica.

Este modelo remarca el aumento de los costos de los tratamientos de salud debido a la complejización de la medicina. A pesar de reconocer los beneficiosos avances generados por la ciencia moderna, esta postura reflexiona acerca de la efectividad en la aplicación de tecnología, y en la necesidad de incorporar otras corrientes de pensamiento que complementen la visión tradicional de la medicina, como por ejemplo la participación comunitaria en la atención de salud. Algunos añaden que la crisis del modelo tradicional radica no sólo en la problemática tecnológica, sino también en no adaptar el modelo de atención de la salud a las necesidades y complejidades de la sociedad.

A partir de los contenidos de la Conferencia de Alma Ata de 1978, donde se planteaba “Salud para todos en el año 2000” y la Resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1986, las corrientes más innovadoras del clasicismo incorporan al universalismo sanitarista un cambio en el modelo médico de atención. El mismo provoca el abandono del modelo centrado en el hospital, propiciando un sistema universal, integral y gratuito de atención de la salud para todos que atienda lo social y comunitario y no sólo lo curativo, sino también lo preventivo. La prestación de servicios debe intentar superar las restricciones económicas adecuando el sistema a las particularidades geográficas y culturales de cada comunidad. Para lograrlo, se conceptualizó un modelo de atención primaria como de cuidado básico o mínimo en el primer nivel de complejidad, que debe articularse con los otros niveles, a fin de evitar el riesgo de mantener dos tipos de medicina de diferente calidad. Con respecto al sistema de coordinación, este modelo advoca por un sistema de referencia y contrarreferencia que permita el seguimiento local de la atención de aquellos pacientes que hubieran sido derivados a niveles

---

<sup>2</sup> Este debate en el contexto de naciones en desarrollo se diferencia del modelo de atención pública universal Beveridgeano, aplicado en un contexto de menor desigualdad en la distribución del ingreso, y con aplicación en algunos países del Caribe inglés.

superiores de complejidad. De este modo, el eje de los sistemas de salud deja de ser el hospital, ya que éste brinda apoyo a los servicios periféricos que deben estar integrados con la población, dada una adecuada tecnificación, recursos humanos capacitados y sistemas administrativos y de información pertinentes.

En resumen, se propone cambiar la función de producción del sector, creando formas de atención de tecnología simple, que representen una contención para el 85% de las consultas. El gran desafío para América Latina, desde esta perspectiva, es la gran proporción de población rural o aislada, que provoca dificultades para generar redes de atención. Un segundo aspecto a resolver es cómo respetar las características y culturas locales, dado los costos que esa comunidad o país se encuentran en condiciones de financiar. Lo antedicho une el concepto de un sistema nacional de salud con características de equidad, cobertura universal, gratuidad y eficiencia, y atención primaria regionalizada. Estos sistemas locales de salud requieren un rediseño geográfico y administrativo acorde a la realidad comunitaria y sus recursos disponibles, asociado con el requisito de corresponsabilidad gobierno-comunidad.

### **Modelo focalizado de financiamiento**

Este modelo busca maximizar las intervenciones públicas en áreas de atención costo-efectivas dado que asume la limitada capacidad del Estado para intervenir en salud y garantizar todo tipo de prestaciones. De acuerdo con este enfoque, aquellos servicios de salud que el Estado no provee, deben ser adquiridos en el sector privado, de acuerdo a la preferencia y al ingreso de la familia. Para mejorar la eficiencia en el gasto se propone un modelo donde el financiamiento se encuentre separado de la prestación de servicios. El modelo reconoce el papel fundamental del sistema de salud en la calidad de vida de la población. Sin embargo, postula que la asignación de recursos se destina en buena proporción a prestaciones costosas de alta eficacia reconocida, mientras que prácticas con alta relación costo-efectividad, de menor complejidad y de absoluta prioridad, no cuentan con el financiamiento necesario. Sugiere que la

desigualdad de muchos sistemas de salud, se basa en la pobre focalización del gasto público, que beneficia a sectores de ingresos medios y altos, a través de hospitales de alta complejidad y subsidios a asegurados por otras instituciones, mientras que la población pobre no tiene acceso a servicios básicos.

La política pública de salud será satisfactoria sólo si cumple con los requisitos de aumentar el bienestar obteniendo mejor salud con mayor equidad y al menor costo total. Propone la definición de áreas de salud en manos públicas, librando otras a la participación mixta y al sector privado. Sugiere que muchos servicios que aportan salud son bienes públicos que el sector privado no proporciona en cantidad. Entre ellos se destacan campañas vacunatorias, difusión de información para prevenir enfermedades, programas de lucha contra vectores de epidemias, etc. La prestación de servicios de salud de carácter de asistencia sanitaria básica, es considerada un derecho humano, y por tanto, debiera estar garantizado por los gobiernos. Estos servicios se consideran una política clave en la reducción de la pobreza, ya que el sector privado, al no tener incentivos monetarios, no brinda a esta población servicios adecuados ni suficientes.

Así, y llamado a intervenir, el Estado debe hacerlo en aquellos procedimientos que sean de máximo beneficio posible respecto al gasto realizado, haciendo una selección de prácticas prioritarias a garantizar. Por otra parte también debe esforzarse en obtener información acerca de la relación costo-efectividad de cada prestación, y utilizarla para maximizar la eficacia de su gasto en salud.

El modelo marca tres ejes fundamentales para encarar una política de salud con resultados satisfactorios: (a) Crear un entorno tal que posibilite a las familias mejorar su salud; (b) Mejorar el gasto público en salud y (c) Promover la diversidad en la oferta de servicios y la competencia.

El modelo sostiene que los principales cambios debieran orientarse a reducir la proporción de intervenciones menos eficaces -sobre todo las de alta complejidad-, y aumentar los recursos destinados a programas básicos de salud como vacunación, lucha y prevención contra enfermedades infecciosas, hábitos dañinos, etc. Por otra parte, cada país debe determinar un paquete de

servicios clínicos esenciales -eficaces en función de los costos-, escogido según sus condiciones epidemiológicas, sus preferencias y sus necesidades.

El modelo propone que, como mínimo, se aborden aquellas intervenciones que, además de ser eficaces en función de costos, representen las mayores cargas de morbilidad: asistencia al embarazo y parto, planificación familiar, lucha contra la tuberculosis, lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y tratamiento para enfermedades comunes graves. Asimismo, propicia la descentralización de las facultades presupuestarias que permitan subcontratar servicios que aumenten la eficiencia, siempre en un marco de responsabilidad en la rendición de cuentas. Una reforma bien focalizada supone reasignar el gasto en asistencia especializada para financiar más servicios esenciales y accesibles en centros de comunidad.

Finalmente, a fin de poder concentrarse en la población de menores recursos, un gobierno debiera reducir o eliminar los servicios universalmente garantizados, para lo cual se requiere de una reforma en los sistemas que permita, por ejemplo, el cobro de las prestaciones a la población no pobre o a los cubiertos por seguros, toda vez que se atienda en instituciones estatales.

Financiar un paquete básico de salud considera mecanismos mixtos o privados para el financiamiento del resto de los servicios, o mediante seguros complementarios, lo que redundará en un incremento de la diversidad y la promoción de la competencia, regulada y controlada por el gobierno, para propiciar un acceso equitativo y eficiencia en los costos.

En este sentido el gobierno debe reforzar su capacidad regulatoria para estimular adecuadamente la prestación de servicios de salud por parte del sector privado, eliminar la selección adversa a través de la unión de aseguradoras -que permita balancear el pool de riesgo-, fomentar negociaciones de pago fijo para evitar sobreprestaciones y aumento de

costos, o un mix de ambos en una competencia regulada previsible.

### **Posturas intermedias**

Los enfoques intermedios para el análisis de reformas cuentan con una impronta regional. Los escritos en esta dirección no pueden considerarse como un modelo homogéneo, y cuentan con características distintivas: (a) reconocimiento de un sistema de financiamiento y provisión mixto; (b) limitaciones del sector público como proveedor de servicios; (c) eficiente uso del sector privado en cooperación; y (d) búsqueda de mecanismos de pago y financiamiento que maximicen el uso de recursos disponibles.

Frenk y Londoño presentan una mirada en esta dirección, señalando una perspectiva institucional, desde la cual se observa que “aquello que caracteriza a este conjunto de países como menos desarrollados, es la baja cobertura de los servicios de salud, baja calidad de las prestaciones, ineficiente asignación de los recursos, ausencia de sistemas integrados de información, aumento desmedido de los costos, desequilibrios financieros y fragmentación de los sistemas, desequilibrios que provocan que el sistema sea financiado con mayor peso por los sectores más pobres de la población.”

Los procesos históricos han determinado que el escenario institucional actual haya dejado de ser un diseño aceptable ante las condiciones presentes, deviniendo en un modelo de un nivel de complejidad enorme con grandes resistencias a los cambios. El desafío que este esquema plantea es abandonar posiciones extremas, buscando aquella mezcla público privada que responda a los objetivos de salud. Ante la polaridad concentración pública-descentralización + privatización, los autores proponen un esquema de “pluralismo estructurado”, que intenta unir dos ejes. Por una parte se propone que el diseño atienda a lo plural, es decir un equilibrio entre lo que tiene de monopólico el sector público y la atomización extrema del sector privado. Por otra parte, su condición de estructurado formula un esquema de regulación apropiada, donde no tengan cabida ni procedimientos autoritarios, ni carencia absoluta de reglas.

En este sentido, la propuesta tiene como uno de sus objetivos, distribuir más equilibradamente el poder entre los actores. Considerando que, tanto en el modelo público por imposibilidad de elección como en el modelo privado atomizado por la asimetría de la información, se produce un desequilibrio de poder donde los consumidores quedan subordinados a los prestadores o aseguradores, independientemente de su condición de público o privado.

Este enfoque propone una estructura de división de tareas de modulación, financiamiento, articulación y prestación, distribuidas entre los distintos actores del sistema.

- **Modulación:** Se describe como “establecer, implantar y monitorear las reglas de juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica”. Esta función debería desempeñarla el Ministerio de Salud, en su rol de director estratégico. En este caso el Ministerio será quien determine la interacción entre actores, mediante una regulación clara, que fomente los incentivos adecuados.
- **Financiamiento:** se refiere a la recaudación del dinero proveniente de sus fuentes primarias (hogares, empleados o empresas) o secundarias (gobiernos y organismos multilaterales de crédito), su acumulación en fondos y su asignación según los diseños institucionales para producir servicios de salud. Esta función debería ser desempeñada principalmente por mecanismos sociales de aseguramiento o financiamiento de servicios, ampliándose hasta conseguir una cobertura universal en el marco de un aseguramiento social.
- **Articulación:** definida como “la organización y gerencia del consumo de la atención”. Abarca las funciones de

agregación de la demanda y representación de consumidores asignados -tal como establece el modelo de competencia administrada-, a un patrocinador. A pesar de ser una función en muchas oportunidades absorbida por la función de financiamiento o la de prestación, otorga una lógica única a los diferentes componentes de la prestación de servicios de salud, provocando que el financiamiento se dirija ordenadamente a la prestación y al consumo de dichos servicios. Actividades consideradas clave de esta función son la afiliación de grupos a los planes de salud, definición de paquetes de beneficios, organización de la red de proveedores para asegurar la posibilidad de elección, diseño e implementación de incentivos a proveedores por medio de los sistemas de pago y gestión de la calidad en la provisión del servicio.

- **Prestación:** es la función de producción o combinación de insumos que posee cada organización, para generar productos concretos o servicios de salud, dirigidos a producir cambios en la salud de los consumidores. Dado que el modelo promueve una función de articulación que propicia la variedad de opciones, la prestación incorporará a todo tipo de instituciones públicas o privadas.

El enfoque de “pluralismo estructurado” requiere de una aplicación integral. Como sugieren sus propios autores, si el cambio se dirige a grupos específicos, se corre el riesgo de mayor segmentación del sistema. Sin embargo, experiencias basadas en enfoques sistémicos similares se han desarrollado a lo largo de la región, con efectos variados. A diferencia de los otros dos modelos, las posturas alternativas simplificadas en esta sección buscan insumos en la experiencia regional y en un esquema conocido de financiamiento y provisión segmentado. Ello constituye su fortaleza, aunque posiblemente también su debilidad, en tanto se construye a partir de experiencias de reforma real, revelándose como una alternativa en proceso.

**Cuadro 1: Reformas de Salud en Países Seleccionados**

	Normativa	Objetivos	Principales Medidas	Actores principales	Paquete de Prestaciones Mínimo Garantizado
<b>Argentina (1995)</b>	<p>Ley 18.610 (1970, Ley de Obras Sociales)</p> <p>Dto. Ley 21.883 (1978, transferencia de hospitales a las provincias y municipios)</p> <p>Ley 23.660 (1988, Obras Sociales Nacionales)</p> <p>Ley 23.661 (1988, Sistema Nacional de Seguros de Salud)</p> <p>Dto 9 (1993, sistema de opción de cambio de Obra Social)</p> <p>Dto. 576 (1993, reglamenta las leyes 23.660 y 23.661)</p> <p>Dto. 578 (1993, creación del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión)</p> <p>Resolución 320 MS (1993, normas para el reclamo de facturas de Hospitales Públicos de Autogestión que no hubieran sido saldadas por las Obras Sociales)</p> <p>Resolución 282 MS (1993, aprobación de aranceles modulares para los Hospitales Públicos de Autogestión)</p> <p>Resolución 325 MS (1994, reglamentación del pago automático a los Hospitales Públicos de Autogestión para prestaciones a beneficiarios del sistema de Obras Sociales)</p> <p>Res. Conjunta N° 119 M. Trabajo y N° 123 M. Economía (1995, se establece que la Dirección General Impositiva tiene jurisdicción exclusiva para fiscalizar y ejecutar en temas relacionados con aportes a Obras Sociales)</p> <p>Dto. 292 (1995, distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución, eliminación de múltiples coberturas y unificación de aportes para las Obras Sociales, reducción aportes patronales)</p> <p>Dto 492 (1995, Programa Médico Obligatorio, Fusión de Obras Sociales, reducción aportes patronales)</p> <p>Dto 1141 (1996, sistema de opción de cambio entre Obras Sociales Sindicales)</p> <p>Dto 638 (1997, sistema de opción de cambio entre Obras Sociales de Dirección)</p> <p>Dto 1615 (1996, se crea la Superintendencia de Servicios de Salud)</p> <p>Ley 24.754 (1997, obligatoriedad de cumplimiento del PMO para empresas de medicina prepaga)</p> <p>Dto 504 (1998, reglamenta el ejercicio del derecho de opción de cambio)</p> <p>Resolución 1 APE (1998, Programa especial de cobertura para prestaciones de Alta Complejidad)</p> <p>Ley 25.239 (1999, creación sistema simplificado de monotributo. Sistema de seguridad social para independientes y servicio doméstico)</p> <p>Dtos 446, 1140 y 1305 (2000, desregulación del sistema –suspendidos-)</p> <p>Dto 939 (2000, creación del régimen de Hospitales Públicos Descentralizados)</p>	<p>-Reformulación de los niveles de cobertura y calidad de las Obras Sociales Nacionales.</p> <p>- Aumento de competencia dentro del sector, hasta incluir al sector privado (inconclusa)</p> <p>- Mejorar la atención primaria focalizando en la población de menores ingresos.</p>	<p>- creación del paquete de prestaciones garantizadas para el sistema de Obras Sociales Nacionales (PMO)</p> <p>- Reducción de la cautividad de usuarios de Obra Social según sindicato de origen de actividad.</p> <p>- Descentralización de Hospitales e implementación del sistema de autogestión (autonomía, facturación a terceros pagadores, etc.)</p>	<p>Poder Ejecutivo: Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, Ministerio de Economía.</p> <p>Poder Legislativo</p> <p>Organismos Descentralizados del Ministerio de Salud: Superintendencia de Servicios de Salud y Administración de Programas Especiales.</p> <p>Obras Sociales</p> <p>Sindicatos (como administración de las Obras Sociales)</p> <p>Empresas de Salud Privadas</p> <p>Laboratorios Locales e Internacionales</p> <p>Organismos Multilaterales de Crédito</p> <p>Gobernadores y Secretaríos de Salud de las Provincias</p> <p>Intendentes Municipales</p> <p>Directores de Hospitales</p> <p>Gremios del sector salud</p>	<p>PMO (para el sistema de la Seguridad Social y Empresas Prepagas): Paquete de prestaciones standard no corregido por el perfil epidemiológico, tasas de uso de la población beneficiaria.</p> <p>Fallas en la implementación, evaluación y control.</p> <p>En la práctica no funciona como piso, sino como techo.</p> <p>Falta de recursos por parte de las OS para cumplirlo.</p> <p>Definido por la oferta en el Sector Público</p>
<b>Bolivia (1994)</b>	<p>Ley de Municipalidades (1985, autonomía política a Gobiernos Municipales)</p> <p>Ley 1493 de Ministerio de Poder Ejecutivo (1993, concentra áreas sociales en Mterio. Desarrollo Humano)</p> <p>Ley 1551 de Participación Popular (1994, marco legal de partic. Ciudadana en decisiones y control, establece porcentajes de coparticipación a Municipios y creación de Gob. Autónomos con responsabilidades Sociales)</p> <p>Ley 1585 de reformas a la Constitución Política del Estado (1994, prefecturas como instancias desconcentradas del poder ejecutivo)</p> <p>Ley 1606 (1994, se crean impuestos coparticipables a las Prefecturas y señala a los Municipios como recaudadores de determinados impuestos)</p> <p>Ley 1654 de Descentralización Administrativa (1995, delega responsabilidades a</p>	<p>-descentralizar políticamente al país</p> <p>- ampliar la cobertura fundamentalmente a sectores necesitados</p>	<p>- descentralización a partir de redistribución de funciones entre distintos niveles de gobierno.</p> <p>- Aumento de cobertura a través del Seguro de la madre y el niño, luego ampliado a Seguro Básico de Salud</p> <p>- creación del seguro nacional de vejez</p>	<p>Gobierno Nacional, Ministerios de Salud y Hacienda.</p> <p>Prefecturas y Alcaldías</p> <p>Poder Legislativo</p> <p>Sistema de Seguridad Social, especialmente la Caja</p>	<p>Existe un paquete de 75 prestaciones de salud definido para el Seguro Básico de Salud.</p> <p>Seguro Obligatorio de Vejez (distribuido por cápitas a prestadores de Salud Pública y de la Seguridad Social).</p> <p>Código de Seguridad Social boliviano establece cobertura para las siguientes contingencias (no explicita las</p>

	Normativa	Objetivos	Principales Medidas	Actores principales	Paquete de Prestaciones Mínimo Garantizado
	<p>Prefecturas y determina su presupuesto)</p> <p>Dto Supremo 24.237 de Nuevo Modelo Sanitario (1996, adecuación del sector a leyes de participación y descentralización)</p> <p>Dto Supremo 24.855 (1997, reglamenta la Ley de organización del poder ejecutivo, creando ministerios, entre ellos el de Salud y Previsión Social)</p> <p>Dto. Supremo 24.182 (1995, los fondos de desarrollo no se otorgan a Municipios que no asignen recursos coparticipables a actividades de desarrollo humano y producción)</p> <p>Dto. Supremo 24.448 (1996, creación del Seguro Nacional de Vejez)</p> <p>Dto. Supremo 25.233 (1998, establece modelo básico de organización de los servicios departamentales de salud).</p> <p>Dto. Supremo 25.265 (1998, se crea el Seguro Básico de Salud universal)</p> <p>Ley 1886 (creación del Seguro Médico Gratuito de vejez)</p> <p>Dto. Supremo 25.186 (1998, se crea el Seguro Médico Gratuito de vejez)</p> <p>Resolución Multimministerial 3 (1998, se crea la Coordinación Nacional del Seguro Médico Gratuito de Vejez)</p> <p>Res MS 594 (1998, se articula la prestación de servicios para el Seguro gratuito de vejez con las Cajas)</p>		<p>- creación del sistema público de salud descentralizado y participativo.</p> <p>- creación de Fondos de Inversión social para infraestructura de servicios sociales</p>	<p>Nacional de Salud</p> <p>Instituto Nacional de Seguros de Salud</p> <p>Organismos Multilaterales de Crédito,</p> <p>Participación Popular</p> <p>ONG</p>	<p>prestaciones concretas): Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez, Muerte, Asignaciones Familiares y Vivienda de Interés Social</p>
<b>Brasil (1988)</b>	<p>Constitución Federal Título VIII, Capítulo II, Sección II (enunciación del derecho a la salud)</p> <p>Ley N° 8.080 (1990, Condiciones de promoción y recuperación de la salud. Organización y funcionamiento del servicio único de salud)</p> <p>Ley N° 8.142 (1990, dispone la participación de la comunidad en la gestión del sistema único de salud -SUS- y las transferencias entre niveles de gobierno de recursos financieros)</p> <p>Resolución N° 33 (1992, Recomendaciones para constitución y estructura de los Consejos Estaduales y Municipales de Salud)</p> <p>Norma Operacional Básica (1993, Establece normas y procedimientos reguladores del proceso de descentralización de gestión de acciones y servicios de salud dentro de la perspectiva de construcción del sistema único de salud)</p> <p>Norma Operacional Básica del Sistema Único de Salud – (NOB SUS) (1996, detalla la operatoria del sistema único de salud, jurisdicciones de cada nivel de gobierno y articulación entre niveles)</p> <p>Instrucción Normativa N° 01/98 (1998, reglamentación de contenidos, instrumentos y flujo de proceso de habilitación para Municipios, Estados y Distrito Federal. Condiciones y normas de operación del sistema único de salud)</p>	<p>- Ampliar la cobertura</p> <p>- Consolidar un sistema público nacional e integrado por los tres niveles de gobierno</p>	<p>- el pilar de la reforma fue la descentralización</p> <p>- se crea el Sistema Unico de Salud (medicina familiar más atención de niveles más complejos)</p>	<p>Poder Ejecutivo: Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, Ministerio de Economía.</p> <p>Poder Legislativo</p> <p>Organismos Multilaterales de Crédito</p> <p>Gobernadores y Secretarios de Salud de los Estados</p> <p>Intendentes Municipales</p> <p>Directores de Hospitales</p> <p>Gremios del sector salud</p> <p>Empresarios y ejecutivos privados,</p> <p>Dirigentes de las redes de prestadores privados, profesionales de la salud,</p> <p>organizaciones de la sociedad civil</p>	<p>PAB</p> <p>1 En la práctica. La asignación de fondos para el PAB per cápita resulta insuficiente (10 reales por hab/año): cada jurisdicción debe cubrir con ingresos propios, el total de la cobertura. Estados y Municipios pobres no pueden compensar la falta de financiamiento federal.</p> <p>1- Falta de mecanismos de control llevó a una selección de riesgo por parte de algunos prestadores privados: se derivan pacientes de alta complejidad a los Hospitales del área.</p> <p>2- Mayor asignación de presupuesto para proyectos o programas a Estados o Municipios más ricos por tener mayor disponibilidad de recursos humanos.</p> <p>El PAB no está basado en el perfil epidemiológico, ni por edad, riesgo, niveles de pobreza, etc.</p>
<b>Chile (1978)</b>	<p>Dto. Ley 2.763 (1979, reorganiza el MS, crea los Servicios de Salud, el FONASA, el Instituto de Salud Pública de Chile y La Central de Abastecimiento del sistema nacional de servicios de salud)</p>	<p>- elevar el promedio de esperanza de vida</p>	<p>- separación de funciones de financiamiento, regulación y prestación</p>	<p>Gobierno Nacional (la reforma comenzó en un régimen antidemocrático)</p>	<p>Sistema Nacional determinado por la oferta pública.</p>

	Normativa	Objetivos	Principales Medidas	Actores principales	Paquete de Prestaciones Mínimo Garantizado
	<p>Dto. Ley 3.626 (1981, permite la participación del sector privado en sistemas de atención médica)</p> <p>Dto Ley 18.469 (1985, sistema de prestaciones de salud para toda la población)</p> <p>DFL N°3 del Ministerio de Salud (1981, creación del sistema Isapre)</p> <p>Ley N° 18.933 (1990, perfecciona la reglamentación del Sistema Isapre y crea la Superintendencia de Isapres).</p> <p>Ord. Circular N° 3577 (instrucciones para aplicación del art. 38 ley 18.933, en cuanto a la aplicación de planes de salud por parte de las Isapres)</p> <p>Ley N°19.381 (1995, modifica la ley N° 18.933, perfecciona el Sistema y los contratos de Salud).</p> <p>Ley N°19.650 (1999, elimina el cheque en garantía para las urgencias o emergencias vitales y elimina en forma gradual el subsidio del 2% de la ley N°18.566)</p>	<p>- garantizar la igualdad de oportunidades al sistema de salud</p>	<p>- focalización de recursos en las prestaciones con mayor indicador de costo efectividad</p> <p>- subsidio a la demanda para fomentar la competencia; cada beneficiario es portador de su cápita.</p> <p>- nivel de acceso igualitario a la salud, con políticas de información al usuario</p> <p>- descentralización del sector público hacia los gobiernos locales</p> <p>- creación del FONASA y del sistema nacional de servicios de salud</p> <p>- creación del sistema ISAPRE</p> <p>- municipalización de la atención primaria</p>	<p>Funcionarios del FONASA y Ministerio de Salud,</p> <p>ISAPRES</p> <p>prestadores públicos y privados,</p> <p>sindicatos de las actividades de salud</p> <p>Corporación Médica</p>	<p>Las prestaciones mínimas de salud de las Isapres dependen del plan contratado, revisado por la Superintendencia de Isapres. Es diferente entre Isapres y aún en una misma Isapre hay diferentes paquetes.</p>
<b>Colombia (1993)</b>	<p>Ley 10 (1990) de Municipalización de la Salud, tendió a fortalecer el sector desde sus entes territoriales.</p> <p>Constitución de 1991</p> <p>Ley 60 (1993) implementa la estrategia de descentralización y rige las competencias y los recursos disponibles para los diferentes entes territoriales en lo referente a salud y educación</p> <p>Ley 100 (1993), que crea el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), el cual incluye un Sistema General de Pensiones, la cobertura de los Riesgos Profesionales, los Servicios Sociales Complementarios y el Sistema de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>- Aumento de la cobertura con énfasis en grupos de bajos ingresos, apuntando, en sus comienzos, a pasar del 20% de cobertura en 1993 al 95% en 2000.</p> <p>- Garantía de un nivel mínimo de solidaridad, equidad y calidad, de servicios financiados con recursos públicos. En cuanto a la calidad se pretende un incremento en base al aumento de la competencia que derive en amplia capacidad de libre elección, con control estatal (a través de la Superintendencia Nacional de Salud)</p> <p>- Aumento de la eficiencia de los recursos públicos invertidos en salud.</p>	<p>- separación de funciones de regulación de la provisión de los servicios de salud y del financiamiento.</p> <p>- Unificación del sistema bajo dos regímenes: contributivo y subsidiado</p> <p>- creación de Administradoras del régimen subsidiado y empresas solidarias de salud.</p> <p>- creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía dentro del régimen subsidiado.</p> <p>- libre elección de aseguradores y prestadores y participación del sector privado.</p> <p>- descentralización de la gestión de los servicios de salud públicos a los municipios</p>	<p>Poder Ejecutivo, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Ministerio de Salud,</p> <p>Autoridades Departamentales y Municipales, Consejos Territoriales de Salud y Seguridad Social, Direcciones Territoriales de Salud,</p> <p>Superintendencia Nacional de Salud,</p> <p>Hospitales Públicos</p> <p>EPS, y su red de prestadores privados de servicios.</p> <p>ONG</p> <p>Organismos Multilaterales de Crédito</p>	<p>Plan Obligatorio de Salud. Es un paquete mínimo para todos igual, con cobertura básica de hospitalización, consultas, cirugía, medicamentos genéricos, laboratorio y odontología básica.</p> <p>Planes alternativos para los contribuyentes a los sistemas contributivos y subsidiados de la Seguridad Social y para los usuarios del Sistema Público de Salud.</p>
<b>Guatemala (1995)</b>	<p>Constitución Política de la República (establece en su artículo 94, la obligación de</p>	<p>- extensión de cobertura de los</p>	<p>- código de salud que define la equidad</p>	<p>Poder Ejecutivo, Ministerio de</p>	<p>En el Sistema Integral no existe un</p>

	Normativa	Objetivos	Principales Medidas	Actores principales	Paquete de Prestaciones Mínimo Garantizado
	<p>velar por la salud de todos los habitantes, procurándoles el más completo bienestar físico, mental y social, para lo que desarrollará acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud)</p> <p>Dto Decreto 90-97 (1997, en su artículo 4° el Congreso de la República, establece que el Ministerio de Salud, dentro del marco de subsidiariedad, solidaridad y equidad, garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias cuyos ingresos no les permitan pagar parte o la totalidad de los servicios de salud recibidos. Refuerza el papel rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-)</p> <p>Planes de paz (2000, aumento gasto público en salud, reducción mortalidad materno-infantil, erradicación de poliomielitis y sarampión y Descentralización y Desconcentración de los Servicios de Salud)</p> <p>Acuerdo Gubernativo número 115-99, (reglamento orgánico interno del MS, sin plena vigencia, por no haber sido respaldada en su momento por la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC) y la Dirección Técnica del Presupuesto (DTP); no obstante, la organización servirá como estructura funcional para la ejecución del plan de salud)</p>	<p>servicios de salud a las poblaciones sin acceso</p> <p>- aumento de nivel de gasto público y ampliación de las fuentes de financiamiento</p> <p>- reorientación de una respuesta social organizada para movilizar y fiscalizar recursos públicos</p>	<p>del modelo, creando un sistema para población carenciada.</p> <p>- Creación del Sistema Integrado de Atención de la Salud como esquema de atención primaria dirigida a excluidos con la participación de ONG en la provisión</p> <p>- Creación de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud</p> <p>- Transferencia de responsabilidades y financiamiento a las Jefaturas del Área Salud en el marco del SIAS</p> <p>- creación del PROAM Programa de accesibilidad a los medicamentos con ahorros sustantivos</p>	<p>Finanzas Públicas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)</p> <p>Poder Legislativo</p> <p>Instituto Guatemalteco de Seguridad Social</p> <p>Organismos Multilaterales de Crédito</p> <p>ONG</p> <p>Empresas privadas</p>	<p>paquete explícito.</p> <p>El SIAS propone proveer un plan básico de servicios de salud, diseñado por técnicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).</p>
<b>República Dominicana (1995)</b>	<p>Decretos Presidenciales relativos a la Reforma Sectorial:</p> <p>Dto No. 308-97 (1997, formación de la Comisión Ejecutiva para la Reforma al Sector Salud (CERSS))</p> <p>Dto No. 117-98 (1998, formación y desarrollo de las Direcciones Provinciales de Salud)</p> <p>Dto 148-98 (1998, gestión, producción, distribución, comercialización, prescripción y venta de medicamentos, así como sobre el proceso de registro y el reconocimiento institucional de los medicamentos, productos cosméticos y de la higiene del hogar)</p> <p>Dto No. 351-99 (1999, Reglamento General de Hospitales)</p> <p>Ley General de Salud (LGS) 42 (2001, Concertado con amplios sectores de la sociedad civil. La LGS institucionalizará los aspectos de rectoría sectorial, la política de descentralización y la participación ciudadana, entre otros temas)</p> <p>Ley para la Reforma del Sistema Nacional de Pensiones, que incluye la creación del Seguro Nacional de Salud y Riesgos de trabajo, (aprobada por la Cámara de Diputados del Congreso Nacional. El proyecto de Ley considera: a) la creación de una Superintendencia de Salud, b) las Instituciones Proveedoras de Salud, c) la conversión del Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS) en el Fondo Nacional de Salud con funciones recaudadoras y reguladoras, d) fortalecer el rol rector de la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SESPAS) y, e) separar en el Seguro de Salud de Familia (SSF) las funciones de financiamiento y de prestación de los servicios. De acuerdo a la Ley No. 4378 de Secretarías de Estado, la SESPAS tiene el poder y la autoridad para promulgar disposiciones para la marcha armónica de los programas)</p>	<p>- aumentar el acceso y la calidad de los servicios enfocándose en la atención materna e infantil, y en la población pobre</p> <p>-conseguir un aumento de la eficiencia en el uso de los recursos</p>	<p>-asignación de recursos para compra de paquetes básicos de servicios de salud a privados, dirigidos a la población carenciada</p> <p>- modelo de atención a través de unidades de atención primaria de salud</p> <p>- aumento de la participación social por medio de comités de salud sectoriales y consejos de administración hospitalaria.</p> <p>- Creación de la Comisión Nacional de Salud para evaluar e implementar la reforma</p>	<p>Poder Ejecutivo, Secretaría de Estado de Salud Pública, Secretaría Técnica de la Presidencia, Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado,</p> <p>Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS),</p> <p>Asociación Médica Dominicana (AMD),</p> <p>representantes de los Consejos de Desarrollo Provincial (CDP),</p> <p>ONG y la Iglesia Católica.</p> <p>OPS/OMS,</p> <p>Organismos Multilaterales de Crédito</p>	<p>se espera definir y organizar la entrega de un paquete básico de prestaciones de salud, financiadas por el Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS) y fondos provinciales aportados por el Estado y los usuarios.</p> <p>Los trabajadores informales y los indigentes continuarán siendo dependientes de la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SESPAS), la cual financiará el paquete básico de prestaciones mediante nuevas modalidades en la gestión de sus servicios.</p>



## Experiencias regionales de reformas en salud

En esta sección se consideran los elementos básicos hallados en siete reformas de salud llevadas a cabo en la región, y resumidos en el Cuadro 1 adjunto. El debate, fundamentado en los enfoques discutidos anteriormente, analiza los objetivos, las estrategias y los instrumentos de implementación en cada caso, mostrando las características de los mercados de salud nacionales y por ende, el poder relativo de negociación de las partes intervinientes.

### Diseño y Objetivos

Toda reforma de salud tiene como objetivo mejorar las condiciones de acceso, cobertura y/o equidad de la población, de modo de satisfacer más acabadamente sus necesidades de atención. Sin embargo, y es conocido, los resultados reales en los indicadores de salud se encuentran asociados con una serie de condiciones básicas definidas previamente a la utilización del sistema de salud, y que influyen en el desempeño del sector. Aspectos tales como el nivel del producto bruto interno per cápita, la distribución del ingreso, las barreras geográficas o culturales, deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar una reforma. Asimismo, la cobertura y características de la infraestructura sanitaria y de la red de saneamiento básico, cuentan con una influencia directa y decidida en el desempeño de los indicadores de salud tradicionalmente conocidos.

La falta de coordinación al interior de las estructuras de gobierno que toman decisiones de política sanitaria repercute en los resultados de salud. Las inversiones en sistemas cloacales o de agua potable, generalmente no están coordinadas con la política llevada a cabo por el Ministerio de Salud, con jurisdicción sobre la provisión pública, y autoridad regulatoria sobre el funcionamiento de los mercados de salud.

Las condiciones básicas, así definidas, influyen sobre las estructuras de prestación y financiamiento de servicios de salud: una

población de menores recursos no induce al desarrollo de proveedores privados o de estructuras de seguros privados de salud. Tradicionalmente las características del mercado de salud en América Latina son altamente segmentadas, contando con un sector público, un sector de seguridad social y un sector privado con limitadas herramientas de coordinación. Cada subsistema atiende, al menos teóricamente, dos grupos sociales diferentes: el sector público a la población con menores recursos y sin cobertura formal de aseguramiento, y el sistema de seguridad social a aquellos trabajadores en relación de dependencia y sus familias. En la medida que existen niveles de ingresos más altos se presenta una mayor posibilidad de financiamiento del sector privado.

Dada esta estructura, se van desarrollando diferentes estrategias o conductas para cada uno de los grupos prestadores que están asociados con mecanismos de financiamiento, planes de cobertura, niveles de calidad y acceso. A partir de ello, se establecen relaciones estratégicas entre los distintos subsistemas, presentándose mecanismos de coordinación o competencia, subsidios cruzados y conductas de selección adversa.

En conjunto, las condiciones básicas del sistema de salud en combinación con la estructura de mercado y las distintas conductas llevadas a cabo por los actores participantes, definen el resultado del sistema de salud, en lo que se refiere a indicadores epidemiológicos y de proceso. Dentro del primer grupo se encuentran indicadores tales como la mortalidad materna e infantil y la esperanza de vida, mientras que dentro del segundo grupo se pueden identificar las tasas de vacunación, niveles de consultas y egresos, etc. Dado estos resultados y a partir de la información generada por el mismo sistema, se retroalimenta, redefiniendo las condiciones básicas originales y reformulando las características de la estructura y de la conducta de los actores participantes.

Cualquier medida de política pública en el sector salud tiene como meta influir sobre las condiciones

básicas, la estructura de mercado o las características de comportamiento de los actores a fin de alcanzar resultados de salud que mejoren los existentes al momento de la reforma. De este modo, la definición de objetivos y la coherencia entre los mismos y la estrategia de reforma, constituye un requisito esencial para llevar a buen término cualquier iniciativa de cambio. Asimismo, tales objetivos deben estar fundamentados por evaluaciones y diagnósticos de las necesidades de la población, basados en indicadores sistemáticamente disponibles (carga de enfermedad, factores de riesgo, vigilancia epidemiológica).

En general, se observa que en América Latina los objetivos de reforma son extremadamente amplios y en otros casos y contradictorios, (por ejemplo: intentar un incremento en la cobertura de sectores de la población sin acceso y, paralelamente buscar una reducción de costos, aumentar la calidad, o generar mecanismos para la distribución más eficiente de medicamentos). La existencia de restricciones presupuestarias en la puesta en práctica de reformas hace preciso establecer con claridad los objetivos de las mismas. La falta de claridad en la definición de esos objetivos se reproduce debido a tres variables claves. Una de ellas la constituyen las limitaciones de diseño. En este caso, los funcionarios a cargo de tomar decisiones de política establecen objetivos ambiciosos que no se condicen con los recursos humanos, la capacidad de organización y gestión o los recursos financieros disponibles haciendo inviable el desarrollo de los cambios propuestos.

Una segunda razón por la cual los objetivos pueden ser débilmente definidos está asociada con la puja de intereses entre los participantes del sector salud. En este caso la necesidad del gobierno en consensuar los cambios con múltiples actores afecta la definición de los objetivos propuestos y el *timing* de la reforma, retrasando su implementación, o incluso limitando su alcance.

Una tercera razón es la heterogeneidad de las necesidades de la demanda sobre la cual el tomador de decisiones de política debe actuar. En poblaciones homogéneas los objetivos son

focalizados y por tanto el establecimiento de prioridades resulta más sencillo. Por el contrario, la heterogeneidad étnica, cultural, de distribución del ingreso o geográfica de la población diluye el objetivo principal.

En todos estos casos, el poder político relativo del gobierno sobre el resto de los actores constituye un aspecto fundamental. Por ejemplo, en los inicios de la reforma del sistema chileno no fue tan complejo implementar ciertos cambios, debido a su naturaleza no democrática, que no requirió consensuar la reforma con sectores sociales tales como gremios médicos, entre otros. Asimismo, existen objetivos de política que generan una más sencilla alineación de actores detrás de ella. En el caso brasileño donde el objetivo principal fue establecido como el incremento de la cobertura es un ejemplo de ello. En este caso, tanto los efectores públicos como los prestadores privados de salud se encontraron frente a una propuesta de cambio inclusiva, con una distribución más solidaria de fondos y la ampliación de la producción privada de servicios<sup>3</sup>.

En el caso argentino, por el contrario, la reforma asociada con la creación de un Programa Médico Obligatorio en el subsistema de Obras Sociales Nacionales trae aparejada una reducción de los costos de prestación, la creación de un Fondo Solidario de Redistribución (FSR) como mecanismo complementario de solidaridad. Si bien el segundo objetivo es aglutinante, el primero implica una reasignación de recursos entre distintos actores, lo que provoca conflicto de intereses. Ello induce a una falta de definición de las herramientas a ser utilizadas -en este caso, la definición del paquete- y los mecanismos de reasignación de recursos creados a partir del Fondo de Redistribución. El peso relativo de los sindicatos en Argentina, y específicamente en el sistema de salud a partir del control sobre las Obras Sociales, limita los criterios de facturación de los hospitales públicos. El Sistema de Seguridad Social en Argentina cuenta con tres grupos de actores: las

---

<sup>3</sup> El Sistema Único de Salud en Brasil incorporó una distribución básica de fondos por persona con administración estadual (cápita o PAB–Piso de Atención Básica) y la contratación con fondos públicos de efectores privados.

Obras Sociales Provinciales (que brindan cobertura a los empleados públicos y sus familias), el PAMI (la institución que financia la atención de jubilados y pensionados) y las Obras Sociales Nacionales (unas 250 instituciones distribuidas por rama de actividad y gerenciamiento sindical). Las contribuciones salariales y patronales de este último grupo se distribuyen entre las instituciones una vez deducido un porcentaje que atiende a las enfermedades catastróficas del sistema, y el FSR, que subsidia la cobertura de trabajadores de bajos salarios. Técnicamente, la distribución de fondos es neta de los pagos de obligaciones prestacionales a los hospitales públicos a individuos con cobertura formal. Asimismo, la posibilidad de libre paso de afiliación entre estructuras de aseguramiento constituyó un riesgo para ciertas obras sociales, que veían en la medida la potencial pérdida de recursos y capacidad de negociación.

Un ejemplo relacionado con las características de la demanda y el modo de establecer objetivos de reforma se plantea en los casos de Bolivia y Guatemala. En ellos, si bien existe una marcada heterogeneidad en la distribución de los recursos, se identifica como objetivo primordial el incremento de la cobertura. Esto lleva a un diseño de política focalizada constituida por los Seguros Básicos de Salud tanto en uno como en otro país. A pesar de ello, no necesariamente reformas focalizadas resultan exitosas en cumplir los objetivos propuestos.

Un tercer aspecto (adicional a las relaciones de poder en el sector salud y la heterogeneidad en las necesidades de la población), y que resulta relevante en el diseño de una reforma, es la historia previa del sector salud, definida no sólo a partir de la capacidad instalada en centros de salud y hospitales públicos, sino también en la normativa que rige el funcionamiento del mismo y las estructuras previas de financiamiento público y privado en el sostenimiento del sistema. En muchas ocasiones, su desconocimiento ha sido fuente de conflicto para la iniciativa de cambio.

Las reformas que afectan a los mercados prestadores de servicios de salud se desarrollan

en base a dos posturas observables a lo largo de la región. La primera de ellas se basa en la capacidad política del gobierno de poder implementar cambios estructurales, como son los casos del Sistema Único de Brasil el sistema de Aseguramiento Social en Colombia o, incluso, el rediseño de la estructura de prestación de servicios públicos, a través del FONASA, en Chile. En todos ellos existe un cambio de base en los mecanismos de financiamiento y provisión de servicios conocidos hasta el momento, cada uno definido a partir de los objetivos prioritarios de la reforma.

En otros casos, la reforma tiene como instrumento reorientar las conductas de los agentes sin alterar la estructura original del sistema. Ejemplos de estos casos es Argentina, a partir de la redefinición de corrientes de financiamiento al interior de la seguridad social, o los mecanismos utilizados en Bolivia para alterar el modo de prestación a partir de las características de los subsistemas públicos y de seguridad social existentes<sup>4</sup>.

En todos estos casos se observa que existe un modelo prevalente que inspira la reforma y que esta asociado, en mayor o en menor medida, con algunas de los tres modelos presentados en el segundo capítulo de este trabajo. El caso colombiano es un exponente de reforma estructural basada en mecanismos de coparticipación entre el sector privado, como gestor de las estructuras de aseguramiento y provisión por un lado, y el sector público que intenta ampliar la cobertura a través de una red de seguridad social. Esto recuerda los principios fundamentales del Informe para el Desarrollo Mundial del Banco Mundial de 1993, basado en la división entre financiamiento y provisión, y la redefinición de roles entre el sector público y privado. En el otro extremo, el caso brasileño, considera un modelo de atención universal donde los recursos públicos se redistribuyen al interior de una estructura territorial (Estados y Municipios) intentando garantizar el acceso a tramos de la población no cubierto en el

---

<sup>4</sup> El Seguro Básico de Salud desarrollado dentro del esquema de descentralización propuesto en 1994, establece el pago de cápitas a los prestadores que brindan cobertura a la población bajo programa, siendo ellos los centros públicos y de las Cajas de Seguridad Social con infraestructura propia.

momento previo antes de la reforma. La experiencia chilena, si bien restringida por la existencia de las empresas privadas de aseguramiento ISAPRES, tiene un ideario similar, al intentar el financiamiento cruzado al interior de la estructura del sector público<sup>5</sup>.

## **Instrumentos**

Las reformas de salud en América Latina se caracterizan por incorporar al menos uno de los siguientes tres instrumentos: (a) proceso de descentralización, (b) redefinición de los mecanismos de financiamiento a partir de una red de aseguramiento social, y (c) el diseño de incentivos monetarios a través de transferencia de riesgo dentro de la cadena de financiamiento y provisión de servicios.

### **a) Descentralización**

En primer lugar, se vuelve relevante establecer el nivel de subordinación entre los objetivos y los instrumentos utilizados. En muchas reformas revisadas para este trabajo se observa la pérdida de rango entre unos y otros: la descentralización se vuelve un objetivo en sí mismo, independiente de la capacidad de gerenciamiento de los recursos a nivel local, atentando finalmente contra los resultados de la reforma.

En el caso específico de la descentralización, la estructura política previa del país constituye un factor primordial. Se observa en la comparación entre los sistemas federales, como el de Brasil y Argentina, y el sistema centralizado boliviano. En los primeros dos casos una estructura estadual/provincial de distribución del poder político es funcional a una reforma basada en la descentralización. En el caso boliviano, la llamada descentralización por factores, aplicada a partir de la Ley de Participación Popular, requirió previamente de una desconcentración del poder a través de la elección directa de alcaldes municipales y una descentralización de

parte de la gestión a las prefecturas departamentales. Ello constituye primordialmente una reforma política con un correlato en los mecanismos de transmisión de fondos tanto al sector salud como al resto de los sectores sociales.

En los casos de Brasil y Argentina, la reforma basada en la descentralización se enfrenta a un desafío: como establecer mecanismos de solidaridad y equidad en la distribución de recursos entre estados o provincias. En el caso brasileño, se observa que ello se propone que ocurra mediante el pago de una cápita que cubre un paquete de asistencia básica. Si bien constituye un movimiento pro equidad en una primera instancia, limita las posibilidades de redistribución de recursos, no necesariamente asociados con niveles relativos de necesidad. En el caso argentino, el mecanismo fiscal de redistribución de recursos es limitado, impidiendo una redistribución de fondos en función de patrones de salud de la población. Ello tiene dos motivantes principales. El primero de ellos es de naturaleza política de las provincias argentinas, que mantienen independencia en la estrategia sanitaria de su jurisdicción. El segundo lo constituye la demostrada dificultad del Congreso de la Nación de reformar la Ley de Coparticipación existente y establecer dentro de ella pautas y metas de cumplimiento por sector.

De estas experiencias resulta la importancia de definir el papel del gobierno nacional ante una estructura descentralizada. Un desafío del gobierno central es establecer cuáles son las prioridades de focalización, de modo de asignar recursos a fin de cubrir las fallas originarias de distribución basadas en las condiciones básicas del sistema, y en los distintos perfiles epidemiológicos y financieros presentes en las provincias/estados.

Un riesgo adicional asociado con los procesos de descentralización es la capacidad de "free rider" o comportamiento oportunista por parte de alguno de los participantes en el nuevo modelo. Nuevamente, el caso boliviano constituye un ejemplo, donde la desconcentración de fondos entre los niveles municipales y de prefecturas implica una fractura de la función de producción de servicios, limitando la responsabilidad de cada uno de los niveles en el logro de los objetivos planteados por la reforma. Particularmente las prefecturas, a cargo de la

---

<sup>5</sup> El Fondo Nacional de Salud (FONASA) opera como un mecanismo solidario de redistribución de recursos, en tanto contribuciones del trabajo y copagos son aportados por aquellos individuos de mayores recursos relativos, cubriendo a indigentes y trabajadores de menores ingresos.

distribución de fondos para el pago de recursos humanos, no cuentan con la capacidad de toma de decisiones sobre los recursos físicos que están bajo la órbita de los municipios. Estos últimos, por su parte, atribuyen limitaciones operativas en el funcionamiento del sistema debido a su ausencia en la toma de decisiones respecto al nivel de profesionales y personal de apoyo del sistema de salud.

Un factor clave para la aplicación de una política de descentralización está asociado con el alineamiento político entre el gobierno central y las autoridades descentralizadas, a las cuales se les transfiere el manejo de recursos. Las dificultades de coordinación entre ambos niveles de gobierno son un problema reiterado en todos los países de la región. En el caso de la República Dominicana, este factor afectó decisivamente el diseño y la implementación de la reforma, e incluso las diferencias entre las posturas del poder ejecutivo y legislativo retrasó el *timing* de la misma, demorándose largamente la aprobación de una ley general de salud.

#### **b) Aseguramiento Social**

Un segundo tipo de instrumento involucrado en los procesos de cambio en el sector salud se encuentra asociado con la redefinición de los mecanismos de aseguramiento social. Los ejes a partir de los cuales las reformas incluyen cambios en esta dirección tienen dos orígenes:

- El primero es establecer nuevas fuentes de recursos que a ser redistribuidos entre la población. Ello asume que las instituciones de aseguramiento social cuentan con una contribución formal y relativamente sencilla de recaudación de fondos originados en retenciones salariales y aportes patronales. La motivación de estos mecanismos de reforma propone utilizar los recursos que financian al sistema de salud de una población cautiva y expandirlo, generando un sistema más equitativo de acceso. En estos casos las variables macroeconómicas influyen decisivamente en el éxito de esta reforma. La gran volatilidad económica, el aumento de la tasa de desempleo y el crecimiento del empleo informal, atentan contra los objetivos de este tipo de iniciativas, en tanto reducen el volumen de

los recursos a ser redistribuidos. Esto es especialmente crítico en países donde, como la República Dominicana, cuentan con porcentaje reducido de la masa salarial asociado con empleo formal en relación de dependencia, y ha constituido una ventaja en casos como el argentino o el chileno, en los cuales, más del cincuenta por ciento de la población se encontraban bajo estas condiciones.

- El segundo aspecto asociado con los beneficios de un modelo de aseguramiento social es el poder generar mecanismos de seguro y cobertura universal en estructuras segmentadas de financiamiento y atención. Una iniciativa clara en esta dirección es el modelo colombiano que genera un cambio en la estructura del sistema con el fin de poder establecer subsidios cruzados entre grupos de mayores ingresos a grupos de menores recursos. Acotado al sistema de Obras Sociales Nacionales, en Argentina, se genera un Fondo de Redistribución tendiente a ese mismo fin.

El instrumento de aseguramiento social como mecanismo de redistribución de fondos tiene como eje básico la existencia de un paquete médico de servicios. El mismo no solamente constituye un criterio de efectividad que permite establecer un piso de atención y cobertura generalizado para toda la población independientemente de su nivel de recursos. Asimismo, establece un patrón monetario de comparación que permite diseñar subsidios cruzados entre grupos de ingresos.

Este instrumento involucra la previsión de cuatro riesgos: El primero, como en el caso colombiano, la falta de incentivos que el sistema le provee a aquellos trabajadores que participan del régimen contributivo, que preferirían no declarar el total de los ingresos percibidos. El segundo está asociado con la necesidad de corregir el paquete de atención a partir de patrones epidemiológicos regionales o locales. El caso colombiano, en este sentido, establece pisos básicos de atención diferenciados, en tanto que en sistemas como el argentino esto no ocurre. Un tercer riesgo asociado con la definición de un paquete básico de servicios, se relaciona con las estructuras de poder relativo de los distintos tipos de prestadores que participarían potencialmente en la definición del paquete.

Finalmente, el cuarto riesgo asociado con la creación de un paquete básico de servicios en sistemas segmentados, se refiere a la necesidad de establecer mecanismos de coordinación entre los sistemas de seguridad social y el sector público para dar cumplimiento a la cobertura propuesta. En este sentido, República Dominicana y en particular Bolivia muestran limitaciones en los mecanismos normativos y de distribución de fondos entre subsectores que pueden provocar subsidios cruzados no deseados, limitando la cobertura y faltando al cumplimiento de los objetivos originalmente establecidos por la reforma.

Los mecanismos de aseguramiento social, en la medida que existan estructuras de coordinación, pueden constituir herramientas poderosas para permitir el acceso a servicios de salud de contingentes de población carenciados. Una aplicación efectiva de los mismos puede redundar en un cambio en la modalidad de asignación de recursos, asociado con las necesidades de la población y no con la infraestructura de servicios, no siempre correlacionada con la demanda de atención.

### **c) Mecanismos de Pago**

La tercera característica planteada tradicionalmente por las reformas de salud, y probablemente la más difícil de implementar, se encuentra asociada a cambios en los incentivos monetarios de los agentes participantes en la prestación de servicios. La implementación de reformas que incluyan sistemas alternativos de pago depende del poder relativo de cada una de las partes en la prestación de servicios de salud, como así también de la existencia de normativas, reglas de comportamiento y reivindicaciones históricas de algunos de los sectores participantes.

El modo de pago tradicionalmente utilizado en el sector público de salud latinoamericano ha sido el de salarios y presupuestos fijos, no atados a desempeño y acompañado por rigideces en el empleo basadas en la reivindicación de la estabilidad del empleo. La intención de alterar los pagos en base a resultados hace suponer una amenaza a tal estabilidad, así como una transferencia de riesgo financiero del sistema.

Estos mecanismos de reasignación de recursos a través de incentivos por productividad, o cambios en mecanismos de pago, desde retribución por prestación a la asignación de cápitas, involucran una diferencia en los modos de transferir riesgos a lo largo de la cadena de provisión de servicios. En todos los casos analizados para la región, se cuentan ejemplos de resistencia de los prestadores (públicos o privados, hospitales o profesionales) a instrumentar o acompañar reformas en esta dirección, especialmente si se considera a los procesos de descentralización como un mecanismo alternativo de asignación de recursos y por tanto de transferencia de riesgo. En el caso de la República Dominicana, por ejemplo, la Asociación Médica, un actor protagónico en las discusiones sobre reforma de salud, ha rechazado la aplicación de mecanismos de incentivos alternativos en tanto consideran su inclusión un modo de debilitar posiciones históricas de estabilidad laboral. En otros países tales como Argentina, los cambios que se intentaron introducir vinculados a pagos por desempeño en el sector público no han tenido éxito, e incluso en un modelo de cambio sistémico, como el colombiano, las limitaciones de implementación han sido muy profundas.

Sin embargo, el pago a los efectores privados dentro del sistema único de salud brasileño o los pagos per cápita a los prestadores privados subcontratados por el sistema de seguridad social argentino constituyen ejemplos para ser analizados en profundidad, no solo por el éxito en la implementación de estas medidas sino también por la variedad de alternativas ejecutadas. En todos estos casos, la relación entre el tamaño de mercado, medido en términos de población a ser cubierta como en función de la relación de poder de negociación entre las asociaciones médicas por un lado y las cámaras de clínicas y hospitales por el otro, ha producido distintos resultados. Maceira y Murillo (2001) hacen un análisis sobre las posibles relaciones de poder y capacidad de negociación relativa en algunas naciones de América Latina, mostrando el impacto de la estructura de mercado sobre la capacidad de aplicación de estas herramientas de reforma. Este factor debe ser mensurado al momento de definir una estrategia de cambio en el sector que se base no sólo en efectos teóricos esperables sino en probabilidades reales de repercusión, dadas las experiencias en distintas

estructuras de mercado existentes en la región latinoamericana.

Ejemplos adicionales de poder de mercado, estructura de la oferta y poder político, se encuentran los casos de Chile y de Bolivia. En el primero de ellos, la estructuración durante el período democrático de las organizaciones de prestadores limitó sustancialmente la aplicación de mecanismos alternativos de pago y descentralización. En Bolivia, por el contrario, la carencia de cámaras empresariales o gremios médicos poderosos que enfrenten los cambios en las estructuras de aseguramiento social, implicaron una mayor transferencia de riesgo en los mecanismos de pago utilizados.

### **Manejo de información y seguimiento y evolución de reformas**

Una de las carencias más notorias en el diseño de reformas de salud está asociada con el manejo de la información, no solamente en cuanto a la evolución de indicadores de éxito del cambio/reforma propuesto, sino también en la utilización de la información originalmente disponible para establecer fehacientemente cuáles son las necesidades de la demanda, identificar los nichos de inequidad y reformar los mecanismos de transferencias de recursos entre los subsistemas.

La falta de mecanismos de seguimiento y evaluación incorporados a las reformas hacen que sea imposible generar incentivos adecuados para poder implementar los cambios propuestos. Como ejemplo, un cambio en el mecanismo de pago que pase de un presupuesto fijo por hospital o un salario base para los profesionales médicos, a un sistema capitado, no necesariamente será efectivo en generar los resultados deseados en la medida en que no se encuentre acompañado de rutinas de monitoreo en la conducta de los agentes. Al no existir estos mecanismos de seguimiento, los prestadores observan una remuneración fija en cualquiera de los dos casos, que no se encuentra sujeta al cumplimiento de protocolos de atención o metas asociadas con desempeño. Ello perjudica las posibilidades de retroalimentación del sistema, en tanto no permite corregir las fallas de

implementación de una reforma bien diseñada, al mismo tiempo que impide brindar señales claras a los agentes acerca de los cambios pretendidos.

La región latinoamericana cuenta con mecanismos de información (encuestas de hogares, consultas sobre satisfacción de consumidores) para poder evaluar cuál es la verdadera cobertura de atención de salud de sus ciudadanos, como así también cuáles son los patrones de consumo por subsistema y los mecanismos de transferencias de recursos entre ellos. Lamentablemente, la falta de análisis de esta información disponible atenta contra un diseño preciso y adecuado de las reformas. De este modo, los objetivos de las mismas se vuelven difusos y se corre el riesgo de establecer mecanismos de cambios y herramientas de transformación que no se condicen con las verdaderas necesidades del usuario.

La falta de información se traslada a lo largo del proceso de reforma, no existiendo registros administrativos confiables respecto de las características de los usuarios, diagnósticos, tratamiento, estructuras de consultas, mecanismos de derivación, etc. Esto es particularmente conflictivo en estructuras segmentadas donde existen transferencias de ingresos entre grupos sociales. Nuevamente el caso boliviano se vuelve un ejemplo en este particular. Luego de varios años de la aplicación de un seguro básico de salud, (originalmente seguro materno infantil), éste aún no cuenta con estimaciones concretas acerca de cuáles son los mecanismos de subsidios cruzados entre las Cajas de salud y el sector público. Asimismo, en el caso argentino, las transferencias no deseadas entre la seguridad social (obras sociales nacionales y provinciales), y el sector público, limita la capacidad de gestión de éste último subsistema, atentando contra sus posibilidades de financiamiento. Esto a su vez perjudica el uso eficiente de recursos potencialmente dirigidos a grupos de población con necesidad de una política equitativa de cuidados de la salud.

Dado este panorama, se presenta un desafío, no solamente para aquellos tomadores de decisiones de política dentro del sector público, sino también para los funcionarios de organismos internacionales de crédito. El mismo está asociado con la posibilidad de brindar un diagnóstico pertinente a partir del análisis de la información disponible, de modo de

ser utilizada eficazmente para el diseño de reformas.

Dada la carencia de una cultura de monitoreo y evaluación por parte de los gobiernos nacionales y locales, es parte de la tarea de las organizaciones internacionales brindar apoyo en la confección de una matriz de indicadores de seguimiento que constituya la base para un proceso virtuoso de retroalimentación.

### **Pacientes como consumidores**

A pesar que el sistema de salud se organiza en torno a la idea de mejorar las condiciones de vida de la población, su participación en la toma de decisiones es secundaria. Las explicaciones son múltiples: en salud, la información es asimétrica y, salvo a partir de procesos de aprendizaje de enfermedades reiteradas, el médico “conoce” más que el paciente, y demanda por él los servicios que el sistema de salud ofrece. Los mecanismos de subsidio a la demanda propuestos por algunas de las reformas del continente ofrecen mayor protagonismo a los pacientes, al permitir ejercer su potestad de elección. Sin embargo, ello ha mostrado un éxito relativamente menor, especialmente en naciones de menores recursos o en áreas rurales o despobladas, donde la diversidad promueve ineficiencia, o es poco probable de desarrollar. Adicionalmente, la diversidad de objetivos y características de los pacientes es mayor que la de cualquier otro grupo de interés participante en el sector, limitando su capacidad de organización. Ello se refuerza con un hecho básico: ser paciente, salvo en casos de enfermedades crónicas, es un estado transitorio, incluso no deseado, y su demanda en general caduca. Los médicos, clínicas, etc., son grupos estables en la puja por la distribución de ingresos del sector.

A pesar de ello, los pacientes cuentan con dos herramientas de participación: su elección de proveedor (dada la comparación precio-calidad percibida entre proveedores) y su potestad de queja ante un mal servicio. En ambos casos, el estado cumple un papel fundamental, ya sea brindando oportunidad de acceso a los más pobres, o proveyendo la normativa y las

instituciones adecuadas para canalizar la queja mediante organización de consumidores e instrumentando los medios que permitan la resolución de conflictos.

Considerando la presencia del consumidor en servicios de salud en América Latina, se puede observar una heterogeneidad marcada entre los países analizados. En principio se distinguen dos grandes grupos: aquellos que cuentan con un marco legal definido para la defensa al consumidor, y los que no tienen un cuerpo legal preciso y se encuentran débilmente organizados. En el primer grupo, ordenándolos por nivel de desarrollo se encuentran Brasil, Argentina y crecientemente Colombia y Chile. En el segundo grupo se ubican Guatemala, Bolivia y República Dominicana, que no sólo están rezagados respecto a los otros países bajo análisis, sino respecto al resto de América Latina y Caribe. Un resumen de las características legales de la defensa del consumidor para estas naciones se presenta en el Cuadro 2.

Las legislaciones de Brasil y Argentina pueden ser consideradas como avanzadas para el contexto regional. El sistema legal brasileño es preciso y la defensa al consumidor se encuentra garantizada en la constitución federal. Posee un sistema de protección en todos los niveles de gobierno, lo que le permite cobertura regional. El sistema de PROCONS bajo el ámbito del Ministerio de Justicia organiza la defensa en forma homogénea para los niveles estatales y municipales, aunque no existen evaluaciones sobre su funcionamiento. Para el sistema de salud en particular, se encuentra la Agencia Nacional de Salud, que defiende específicamente los derechos en la provisión de estos servicios, con presencia en los estados a través de Centros de Vigilancia Sanitaria. Por otro lado, en temas de salud y generales se encuentra el Equipo de Protección al Consumidor de la Procuraduría General de Justicia.

Todos los órganos de defensa al consumidor de carácter público se encuentran articulados a través de la Casa de Defensa al Consumidor. Existen además equipos de defensa al consumidor en la Procuraduría General de Justicia, comisiones de defensa del consumidor en las Asambleas Legislativas locales y en las cámaras municipales y Entes de defensa específicos para servicios



públicos. Por otra parte, la sociedad civil posee presencia local a través de Asociaciones de Defensa al Consumidor y Movimientos de Amas de Casa y consumidores, que informan, orientan, capacitan y gestionan denuncias de los consumidores. Algunos organismos datan de la década del '80, lo que implica una importante experiencia en el tema, aún antes de que las leyes específicas se hubieran sancionado (década del '90). En muchos casos se encuentran afiliados a organizaciones internacionales de defensa al consumo.

En el caso de Argentina, la garantía de defensa al consumidor también se encuentra garantizada en la Constitución. Desde hace treinta años existen antecedentes legales de amparo al consumidor, aunque las leyes específicas datan de los años noventa. En cuanto al amparo público, el sistema posee, similar al caso de Brasil, varios sistemas, generales y específicos, de defensa al consumidor.

El Defensor del Pueblo de la Nación, y sus pares en distintas provincias o municipios, garantizan los derechos humanos en general y poseen áreas específicas de defensa de derechos en materia de salud, como obligatoriedad de cumplimiento del paquete mínimo de servicios de salud (PMO) por parte de las Obras Sociales Nacionales y Empresas de Medicina Prepaga, adecuada atención en los hospitales públicos, provisión de medicamentos, etc.

El Ministerio de Economía, a través de la Secretaría de la Competencia, la Desregulación y la Defensa del Consumidor, atiende las denuncias referidas a cualquier tema comercial. En su ámbito la Ley de Defensa del Consumidor, crea el mecanismo de los Tribunales Arbitrales de Consumo, destinados a resolver casos controvertidos a través de un proceso ágil, con representación de árbitros por parte del Estado, los consumidores y las empresas.

Por otra parte existen entes reguladores de Servicios Públicos y Superintendencias que a nivel nacional ejercen el control de empresas de servicios públicos en el primer caso, y de organizaciones y empresas relacionadas con la

seguridad social (Jubilaciones, Riesgos de Trabajo y Obras Sociales Nacionales), seguros, bancos, etc. En el caso de salud, la Superintendencia de Servicios de Salud atiende reclamos de beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales. Los usuarios de Obras Sociales Provinciales reclaman ante la Dirección de Comercio Interior o de Industria de cada Provincia. Los asociados a las Empresas de Medicina Prepaga denuncian ante Secretaria de la Competencia, la Desregulación y la Defensa del Consumidor. No obstante, cualquier beneficiario puede reclamar ante los organismos generales de defensa al consumidor.

Por último las asociaciones de consumidores de Argentina poseen amplia cobertura geográfica. Las más importantes a nivel nacional tienen aproximadamente veinte años de actividad. Muchas poseen un campo específico de defensa de derechos en materia de servicios de salud, asociadas a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor.

El caso de Chile es muy particular dentro de este grupo, ya que se encuentra en pleno desarrollo de su sistema de defensa al consumidor, hasta hace años desarticulado. El Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción organizó el sistema de Fiscalía Nacional Económica, que investiga atentados a la libre competencia y otras infracciones comerciales. El mismo no defiende los derechos del consumidor ante casos particulares, sino que procura mercados transparentes a través de la revisión de contratos, precios, licencias, exclusividad, discriminación, monopolios, etc.. Por otra parte, el Ministerio de Economía coordina el Servicio Nacional del Consumidor de Chile (SERNAC), que brinda información relacionada con las recientes normas de defensa al consumidor y gestiona denuncias realizadas. El SERNAC posee articulación con los gobiernos locales a través de las Oficinas Comunales de Información al Consumidor (OCIC). En el caso de los Servicios Públicos, existen organismos que toman denuncias, entre ellos la Superintendencia de Isapres, la Superintendencia de Servicios Sanitarios y el FONASA.

Dentro del segundo grupo, Guatemala no cuenta con una defensa específica de los consumidores en su constitución y sólo procura en garantizar la libre competencia, que beneficia indirectamente al

usuario, sin describir garantías directas de sus derechos. El reglamento interno del Ministerio de Economía deja bajo su jurisdicción la defensa de los derechos del consumidor a través de la Dirección de atención y apoyo al consumidor (DIACO), que debe brindar asistencia en los reclamos ante proveedores, información, etc. Por otra parte, existen Ligas del Consumidor y Centros de Defensa del Consumidor, que, instituyéndose como asociaciones civiles sin fines de lucro, han sostenido desde hace unos pocos años proyectos de Ley para protección de los consumidores, brindando además información y educación.

En el caso de Bolivia, la Constitución menciona la protección ante mercados monopólicos, aunque no establece garantías concretas de derechos del consumidor. Como órgano oficial se encuentran la Defensoría del Pueblo y el Consejo Andino de Defensores del Pueblo. Este último posee oficinas en las ciudades más importantes del país y tramitan defensas concretas de los derechos de los beneficiarios, incluyendo casos específicos de salud. Existen asimismo ONG relacionadas: el Comité de Defensa de los derechos del Consumidor (CODEDCO), la Acción Internacional por la Salud (AIS) y la Fundación Privada de defensa de la Naturaleza y la Vida. Los objetivos se relacionan con la investigación, información, orientación a consumidores, fomento del uso racional de los medicamentos, derechos de los pacientes, etc. Son asociaciones miembros de varias organizaciones internacionales de salud y defensa de los derechos de los consumidores.

Para concluir, en el caso de República Dominicana su Constitución reconoce la función del Estado en la protección de los derechos humanos y en defensa de la libertad de empresa. No se encuentran alusiones exclusivas en materia de garantías de los derechos de los consumidores, ni existe un cuerpo legal específico en la materia. La Subdirección de Defensa y Protección al Consumidor (DECO - Departamento de educación al consumidor) y la Fundación de derechos del consumidor, son citados como únicos organismos que actúan en el tema.

Del análisis de los casos planteados se puede observar una marcada diferencia entre países. El sistema legal es específico y completo en el caso de Brasil y Argentina, en tanto Chile se encuentra completando el desarrollo de su sistema, de defensa del consumidor. Los casos de Bolivia, Guatemala y República Dominicana son muy pobres normativamente, ya que lo poco que se legisló en la materia no es específico o no se encuentra reglamentado.

La existencia de organismos públicos que tienen la función de resolver, arbitrar o atender reclamos es importante en Brasil, Argentina y Chile, con presencia en todos los niveles de gobierno, creados a partir de las leyes específicas de garantías a los consumidores. En cambio en el resto de los países analizados, la presencia de organismos públicos es limitada, atiende a la defensa del mercado equilibrado y no directamente a los derechos del consumidor.

**Cuadro 2: Defensa al consumidor: Aspectos normativos**

<b>PAÍS</b>	<b>LEYES Y NORMATIVAS DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR O DE LA COMPETENCIA</b>
<b>Argentina</b>	<p>Ley 20.680 de Abastecimiento (1974)                      Ley 22.802: Ley de Lealtad Comercial (1983)                      Ley 24.240: Ley de Defensa del Consumidor (1993)                      Decreto 1798/94: Reglamentario de la Ley 24.240.                      Ley 24.568: Modificación facturación de servicios (art. 31 de la Ley 24.240).                      Resolución S.C.e I. 289/95: Registro de Asociaciones de Consumidores.                      Decreto 270/97: Observase los párrafos cuarto y quinto del artículo 4 de la 24.787                      Ley 24.787: Venta telefónica, por catálogo, etc. Consignar nombre, domicilio, cuit.                      Res S.I.C. y M. 1139/97: Registro de Asociaciones de Consumidores (deroga 289/95)                      Res S.I.C. y M. 1233/97: Delegase en la DNCl el contralor y vigilancia sobre el cumplimiento de la 19.227, 19.511, 20.680, 22.802 y 24.240.                      Decreto 276/98: Creación del Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo.                      Decreto 1798: Reglamentario-Protección al Consumidor-Derechos del Usuario-Oferta-Servicios Públicos-Información al Consumidor-Compraventa. (1994)                      Res S.I.C. y M. 212/98: Reglamentación del Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo.                      Res S.I.C. y M. 314/98: Modifica la Res. 212 excluyendo a las asociaciones empresariales de inscribirse en el registro de oferta publica de adhesión al SNAC.                      Ley 24.999: Modifica los artículos 11, 13 y 14 del capítulo IV y 40 del capítulo X de La Ley. 24.240. Garantías – Responsabilidad –                      Res S.I.C. y M. 616/98: Creación del Consejo Consultivo de los Consumidores.                      Res S.I.C. y M. 906/98: Tamaño mínimo de la letra de los contratos escritos; legibilidad; expresión del art. 34.                      Ley 25.065: Ley de Tarjetas de Crédito. Secretaría de Industria, Comercio y Minería (Autoridad de Aplicación).                      Res S.I.C. y M 222/99: Normas a las que se deben ajustar las entidades que otorguen créditos prendarios sobre automotores.                      Decreto 561/99: Incorpora como "ventas domiciliarias" a las convocadas con un objeto diferente del de la contratación.                      Res S.I.C. y M 413/99: Modifica Res 1233/99 (incluye Ley 25.065) y completa la delegación de la Ley 24.240.                      Res S.I.C. y M 461/99: Normas para asociaciones de consumidores para funcionar en el ámbito nacional.                      Ley 25242: Precio Uniforme de Venta al Público o Consumidor Final de Libros que se Editen o Importen. 10-I-2002                      Decreto 677/01: Transparencia y Mejores Prácticas para el Mercado de Capitales. 22-V-2001</p>
<b>Bolivia</b>	<p>Constitución Política. Artículos 134, 142 y 233.                      Ley de Inversiones.                      Ley del Sistema de Regulación Sectorial (Sirese)</p>

PAÍS	LEYES Y NORMATIVAS DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR O DE LA COMPETENCIA
<b>Brasil</b>	<p>Constitución de la República Federativa de Brasil. Artículos 170, 173 y 174 (1988)</p> <p>Ley Nº 9.021. Dispone la entrada en funcionamiento del Consejo Administrativo de Defensa Económica (CADE)- creado por ley 8884 de 1994. (1995)</p> <p>Ley Nº 8.884, dictada originalmente en 1962 y modificada parcialmente en 1990, con revisiones en 1004. Transforma el Consejo Administrativo de Defensa Económica (CADE) en autárquico y dispone su jurisdicción sobre ámbitos de prevención y castigo de infracciones contra el orden económico. (1994)</p> <p>Ley Nº 8.137. Define los delitos en materia tributaria, económica y contra las relaciones de consumo. (1990)</p> <p>Ley Nº 7.347, modificada por el artículo 88 de la Ley Nº 8.884 de 1994. Regula las acciones por la responsabilidad civil por daños causados por la libre competencia o cualquier interés difuso o colectivo. (1985)</p> <p>Resolución Nº 186 del Ministerio de Justicia. Aprueba el reglamento interno del Consejo Administrativo de Defensa Económica. (1992)</p> <p>Ley Nº 10.167 modifica Ley 9.294 de 1996, que dispone de restricciones de propaganda de productos dañinos y otros. (2000)</p> <p>Ley Nº 10.048. Prioriza la atención de personas que especifica y dispone sobre otras materias. (2000)</p> <p>Ley Nº 9.832. Prohíbe el uso industrial de embalajes metálicos con mezcla de ciertos metales para productos alimenticios, excepto para productos secos o deshidratados. (1999)</p> <p>Ley Nº 8.656 Modifica dispositivo de Ley Nº 8.078, de 1990, que "Dispone sobre protección del consumidor y otras materias". (1997)</p> <p>Ley Nº 8.078 Código del consumidor. 11-IX-1990</p> <p>Ley Nº 7.802. Disposiciones acerca de investigación, experimentación, producción, embalaje, rotulado, transporte, almacenamiento, comercialización, propaganda comercial, utilización, importación, exportación y destino final de residuos y embalajes, registro, clasificación y control, inspección de agrotóxicos, componentes y afines, y otras materias. (1990)</p> <p>Ley Nº 1.521 Ley de economía popular. (1951)</p> <p>Decreto 3.871 Dispone sobre rotulado de alimentos embalados que contengan o sean producidos con organismos genéticamente modificados, y otras materias. (2001)</p> <p>Decreto 3.691. Reglamenta la Ley 8.899 de 1994, que dispone sobre el transporte de personas con discapacidad en el sistema de transporte colectivo interestadual. (2000)</p> <p>Decreto 2.998. Nueva redacción del reglamento para la fiscalización de productos controlados. (1999). Revocado por Decreto 3.665 de 2000.</p> <p>Decreto 2.876. Dispone acerca del impuesto de exportación y de impuestos sobre los productos industrializados en la comercialización de cigarrillos. (1998)</p> <p>Decreto 2.181. Dispone la organización del Sistema Nacional de Defensa al Consumidor. (1997)</p> <p>Decreto s/n. Creación de la Comisión Permanente de Defensa al Consumidor y otras materias. 29-IX-1995</p> <p>Decreto 75.074 Reglamenta la Ley 5.956, de 1973, que dispone sobre empleo de fibras en productos textiles. (1974)</p> <p>Decreto 22.626. Dispone de intereses de contratos y otras materias. (1933)</p> <p>Instrucciones</p> <p>Instrucción Normativa 20 Dispone sobre normas para verificación de seguridad alimentaria (plantas genéticamente modificadas o de sus partes) y de otras materias. (2002)</p> <p>Guía de municipalización de defensa al consumidor en Brasil. Creación de PROCONs Municipales.</p>
<b>Chile</b>	<p>Constitución Política de la República. Artículo 19, números 21 y 22.</p> <p>Ley 19.496, Ley de protección de los derechos de los consumidores Ley 19.610 de 1999, que hace algunas modificaciones al Decreto Ley 211 de 1973.</p> <p>Decreto No. 511, de 17 de septiembre de 1980, publicado en el Diario Oficial No. 30.80, 27 de octubre de 1980, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley No. 211 de 1973 que estableció Normas para la Defensa de la Libre Competencia.</p>

PAÍS	LEYES Y NORMATIVAS DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR O DE LA COMPETENCIA
<b>Colombia</b>	<p>Art 78 de la Constitución. Garantiza la participación de las organizaciones de consumidores.</p> <p>Dto. 3466 (1982) Por el cual se dictan normas relativas a la idoneidad, la calidad, las garantías, las marcas, las leyendas, las propagandas y la fijación pública de precios de bienes y servicios, la responsabilidad de sus productores, expendedores y proveedores, y se dictan otras disposiciones</p> <p>Dto. 2153 (1992) Naturaleza y funciones de protección al consumidor de la Secretaría de Industria y Comercio (Ministerio de Desarrollo Económico)</p> <p>Muchas leyes específicas referidas a las normativas de competencia desleal, defensa del consumidor y otras, ninguna con especial referencia a salud</p> <p>Ley 685 Parte A Parte B Parte C</p> <p>2001 "Por la cual se expide el Código de Minas y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Ley 643: 2001 "Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar"</p> <p>Ley 640: 2001 "Por la cual se modifican normas relativas a la conciliación y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Ley 555: 2000 "Por la cual se regula la prestación de los servicios de comunicación personal pcs y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Ley 550: 1999 "Por la cual se establece un régimen que promueva y facilite la reactivación empresarial y la reestructuración de los entes territoriales para asegurar la función social de las empresas y lograr el desarrollo armónico de las regiones y se dictan disposiciones para armonizar el régimen legal vigente con las normas de esta ley"</p> <p>Ley 546: 1999 "Por la cual se dictan normas en materia de vivienda, se señalan los objetivos y criterios generales a los cuales debe sujetarse el Gobierno Nacional para regular un sistema especializado para su financiación, se crean instrumentos de ahorro destinado a dicha financiación, se dictan medidas relacionadas con los impuestos y otros costos vinculados a la construcción y negociación de vivienda y se expiden otras disposiciones"</p> <p>Ley 527: 1999 "Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Ley 510: 1999 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema financiero y asegurador, el mercado público de valores, las superintendencias bancaria y de valores y se conceden unas facultades"</p> <p>Ley 472: 1998 "Por la cual se desarrolla el artículo 88 de la Constitución Política de Colombia en relación con el ejercicio de las acciones populares y de grupo y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Ley 422: 1998 "Por la cual se modifica parcialmente la ley 37 de 1993 y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Ley 256: 1996 "Por la cual se dictan normas sobre competencia desleal"</p> <p>Ley 37: 1993 "Por la cual se regula la prestación del servicio de telefonía móvil celular, la celebración de contratos de sociedad y de asociación en el ámbito de las telecomunicaciones y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Ley 18: 1990 "Por la cual se prohíbe la fabricación, importación, distribución, venta y uso de juguetes bélicos en el territorio nacional, se adiciona la ley 42 de 1985 y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Ley 72: 1989 "Por la cual se definen nuevos conceptos y principios sobre la organización de las telecomunicaciones en Colombia y sobre el régimen de concesión de los servicios y se confieren unas facultades al Presidente de la República"</p> <p>Ley 73: 1981 "Por la cual el Estado interviene en la distribución de bienes y servicios para la defensa del consumidor, y se conceden unas facultades extraordinarias"</p>
<b>República Dominicana</b>	<p>Constitución Política del 14 de agosto de 1994. Artículo 8 (12) sobre libertad de empresa y establecimiento de monopolios en favor del Estado o por disposición de la Ley.</p> <p>Código Penal. Artículos 419 y 420.</p> <p>Ley No. 770 del 26 de octubre de 1934.</p> <p>Ley No. 13 de 1963. Artículos 12 al 15.</p>

# Conclusiones

A lo largo de este trabajo se han presentado para la discusión distintos procesos de reformas llevados a cabo en la región de América Latina y el Caribe con el fin de poder aportar al debate sobre una estrategia de diseño, implementación y seguimiento de reformas futuras. Del análisis surgen cuatro grandes conclusiones para el debate de política pública: .

Primero, la falta de coordinación entre la toma de decisiones de los ministerios de salud nacionales y sus pares asociados con la estrategia de inversión en saneamiento, infraestructura de agua y salud ambiental, limitan la implementación de estrategias asociadas con objetivos básicos de salud pública.

Segundo, se observa que la definición de objetivos de las reformas, en general, cuentan con un carácter político y son débilmente definidas, ya sea esto asociado con una pobre caracterización de las necesidades de la población, como con una falta de diseño de una estructura consistente de objetivos y herramientas de reformas.

Tercero, las limitaciones en el análisis de los actores participantes en los sistemas de salud de cada país en particular y el poder relativo de cada uno de estos atenta no solamente contra la dinámica del proceso de reforma y su *timing* de aplicación, sino también con el alcance de los objetivos planeados originalmente. Ello se encuentra asociado con la necesidad de considerar la historia del sistema de salud, sus características, el modo histórico de toma de decisiones, y las normativas y reglamentaciones que fueron definiendo la estructura del sector hasta el presente.

En cuarto lugar, se propone un análisis en profundidad de la coherencia entre los objetivos y los instrumentos utilizados, a fin de subordinar estos últimos a los primeros. La experiencia regional muestra que el proceso de descentralización, por ejemplo, si bien acerca la

toma de decisiones a las necesidades de la población, requiere de la formación de recursos humanos que sean capaces de llevar a cabo el cambio, como también de una redefinición del papel que debe jugar el gobierno central ante una estructura de este estilo.

Con respecto a los mecanismos de aseguramiento social, la experiencia sugiere que puede convertirse en un instrumento idóneo para aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia en la asignación de recursos, especialmente con la utilización de un paquete de servicios que sirva como parámetro de comparación en la redistribución de fondos. Sin embargo, la falta de estudios sobre perfil epidemiológico y/o diferencias de riesgo entre regiones de un mismo país, pueden llegar a desvirtuar los alcances de este instrumento.

Finalmente, la instrumentación de cambios en mecanismos de pagos debe estar precedida por un análisis específico para cada país o región de las estructuras en el mercado prestador, las relaciones de poder entre los distintos actores participantes, financiadores, prestadores, clínicas, médicos e intermediarios, a fin de poder prever los verdaderos incentivos que se generan a partir de la incorporación de estos mecanismos alternativos de remuneración.

En general, un sistema segmentado, como aquel característico en América Latina, requiere de mecanismos de coordinación asociados con las características propias del país. Para ello es primordial instituir normativas coherentes y flexibles y un modelo de información disponible que permita establecer un diagnóstico certero de las necesidades de la demanda, y la construcción de una matriz de indicadores que den lugar a las reformas. En este contexto, los organismos internacionales de crédito tienen un papel fundamental en brindar apoyo en esta dirección, de modo de contribuir con el conocimiento de la experiencia internacional al éxito de sistemas de salud en constante evolución.

# Bibliografía

- Arce, Hugo, El territorio de las decisiones sanitarias, Ed. H. Macchi, Buenos Aires, 1993
- Banco Mundial, 1993, Informe sobre el desarrollo mundial 1993, Invertir en Salud, The World Bank.
- Bloom, Erik y Mina, Lucía, La eficiencia y equidad en el sector salud colombiano, 1998.
- Cifuentes, Mercedes, 2000, El proceso de reforma del sector salud en Chile, en La hora de los Usuarios, Héctor Sánchez et al, BID y Centro de estudios salud y futuro.
- Comisión Nacional de Salud, Oficina de Coordinación Técnica, 1996, Salud: Visión del Futuro, Elementos para un Acuerdo Nacional, República Dominicana.
- Frenk, Julio y Londoño, Juan Luis, s/f, El costo de no reformar: la necesidad de un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, trabajo no publicado.
- Frenk, Julio, 1994, “Dimensions of Health System Reform”, Health Policy, 27.
- Lo Vuolo, Rubén, 1989, Social Security and the problem of old age in Latin America, CEPAL.
- Maceira, Daniel, 1996, Fragmentación e incentivos en los sistemas de atención de la salud en América Latina y el Caribe, Serie Documentos de Trabajo no. 335, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Maceira, Daniel, 2001, Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe, N° 3 Ediciones Especiales, Iniciativa Reforma Sector Salud.
- Maceira, Daniel, 2001, Gasto Social, Equidad y Descentralización en Bolivia, Banco Interamericano de Desarrollo, mimeo.
- Maceira, Daniel, 2002, Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia, Aportes para una Estrategia de Seguimiento y Evaluación, Banco Interamericano de Desarrollo, mimeo.
- Maceira, Daniel, y Murillo, M. V., 2001, Social Sector Reform in Latin America and the Role of Unions, Working Paper Series no.456, Research Department.
- Medici, André, 2000, Las reformas de salud en América Latina y el Caribe, en La hora de los usuarios, Héctor Sánchez et al, BID y Centro de estudios salud y futuro.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia, Superintendencia Nacional de Salud, 1996, Recursos financieros del Sector Salud.
- OPS, 1989, El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, en la transformación de los sistemas nacionales de salud, Resolución XV/XXXIII CD SILOS.
- OPS, 1998, La Salud en las Américas, volumen II.

- OPS, 1998, Perfil del sistema de servicios de salud de Guatemala.
- OPS, 1998, Perfil del sistema de servicios de salud de la República Dominicana
- OPS, 1998, Colombia: Perfil del sistema de servicios de salud.
- Piola, Sergio F. et al, 2001, Tendências do sistema de saúde brasileiro, Estudio Delphi, IPEA.
- Plaza, Beatriz, 1997, Mecanismos de pago/contratación del Régimen Contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Proyecto GTZ - Cepal, Serie financiamiento del desarrollo N° 51.
- Rathe, Magdalena, 2000, Salud y Equidad, Una mirada al financiamiento de la salud en la República Dominicana.
- Restrepo Trujillo, Mauricio, 1997, La reforma de la Seguridad Social en Salud de Colombia y la Teoría de la Competencia Regulada, Proyecto GTZ - Cepal, Serie financiamiento del desarrollo N° 47.
- Sánchez, Héctor y Zuleta, Gustavo, 2000, La hora de los usuarios, BID y Centro de estudios salud y futuro.
- Savedoff, William, 2.000. ¿Alguien está escuchando? Omisión de datos en los debates sobre la Reforma de la Salud en América Latina, Una nota sobre salud, Nota de Salud N° 2, Washington DC, BID.
- Sonis, Abraam y Paganini, José M., 1978, Atención de la salud, Tomo II El ateneo.
- Sterman Heiman, Luisa et al, 1998, A descentralizacáo do sistema de saúde no Brasil.
- Tejada Pardo, David, 1993, Crisis de Paradigmas en los Procesos de Reforma de Salud, serie diálogos sobre salud, ILDIS.
- Titelman, Daniel, 2000, Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 104, CEPAL.
- Valladares, Ricardo y Barillas, Edgar, Guatemala: Inversiones en Salud, Equidad y Pobreza, Informe final, The World Bank, UNDP, PAHO.
- Vargas González, Jorge Enrique y Sarmiento Gómez, Alfredo, 1997, La descentralización de los
- World Health Organization, 2000, “Health Systems: Improving Performance” The World Health Report.
- World Bank, IDP, Inter-American Development Bank, Caja Costarricense de Seguro Social, IESE, 2000, Challenges of Health Reform, Reaching the poor.

Información contenida en los siguientes Web sites:

[conselho.saude.gov.br](http://conselho.saude.gov.br)  
[infoleg.mecon.gov.ar](http://infoleg.mecon.gov.ar)  
[www.adelco.com.ar](http://www.adelco.com.ar)  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[www.ans.saude.gov.br](http://www.ans.saude.gov.br)  
[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)



[www.brasilcon.org.br](http://www.brasilcon.org.br)  
[www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar)  
[www.consumersinternational.org](http://www.consumersinternational.org)  
[www.consumidorbrasil.com.br](http://www.consumidorbrasil.com.br)  
[www.consumidoresarg.com.ar](http://www.consumidoresarg.com.ar)  
[www.consumidoresint.cl](http://www.consumidoresint.cl)  
[www.cvs.saude.sp.gov.br](http://www.cvs.saude.sp.gov.br)  
[www.defensadoconsumidor.com.br](http://www.defensadoconsumidor.com.br)  
[www.defensoria.gov.co](http://www.defensoria.gov.co)  
[www.defensoria.org.ar](http://www.defensoria.org.ar)  
[www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)  
[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)  
[www.gobiernodechile.cl](http://www.gobiernodechile.cl)  
[www.iadb.org](http://www.iadb.org)  
[www.ispch.cl](http://www.ispch.cl)  
[www.mecon.gov.ar](http://www.mecon.gov.ar)  
[www.minproduccion.gov.ar](http://www.minproduccion.gov.ar)  
[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)  
[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)  
[www.minproduccion.gov.ar](http://www.minproduccion.gov.ar)  
[www.mj.gov.br](http://www.mj.gov.br)  
[www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)  
[www.mspas.gob.gt](http://www.mspas.gob.gt)  
[www.ombudsman.cl](http://www.ombudsman.cl)  
[www.ops-oms.org.do](http://www.ops-oms.org.do)  
[www.paho.org](http://www.paho.org)  
[www.portaldoconsumidor.gov.br](http://www.portaldoconsumidor.gov.br)  
[www.redegoverno.gov.br](http://www.redegoverno.gov.br)  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)  
[www.saude.se.gov.br](http://www.saude.se.gov.br)  
[www.sernac.cl](http://www.sernac.cl)  
[www.sic.gov.co](http://www.sic.gov.co)  
[www.sisp.cl](http://www.sisp.cl)  
[www.sns.gov.bo](http://www.sns.gov.bo)  
[www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)  
[www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)  
[www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

## Anexo

### Organismos y Asociaciones de Defensa de los Derechos del Consumidor

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
Argentina	Consumidores Argentinos (55.220 socios)	ONG, N° 008 del Registro Nacional de Asociaciones de Consumidores.	Desde 1995 (desde 1996 con atención de reclamos)	Informa específicamente dónde recurrir si se tuvieran problemas con la atención en Hospitales Públicos (Gobierno de la Ciudad de Bs. As., la Controladuría General Comunal o a los Defensores del Pueblo de la ciudad o provincia.) Si el reclamo es contra una empresa de medicina prepaga se puede recurrir a las Asociaciones de consumidores, o a los organismos de defensa del consumidor. Si se trata de una obra social atenderá este tipo de reclamo la Superintendencia de Servicios de Salud.	Sí	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de reclamos</li> <li>- Asesoramiento Jurídico (servicios públicos, contratos, garantías, etc.)</li> <li>- Información y Difusión de los derechos del consumidor (folletos, guías)</li> <li>- Mediación</li> <li>- Capacitación</li> <li>- Investigación</li> <li>- Educación</li> <li>- Medio Ambiente</li> <li>- Mantiene vínculos institucionales con Organismos Oficiales del Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo; Cámaras Empresariales, Organizaciones de Consumidores Nacionales e Internacionales</li> <li>- Atención de Reclamos, Asesoramiento y Mediación</li> </ul>	Es miembro afiliado de Consumers International, Federación de Organizaciones de Consumidores fundada en 1960, para proteger y promover los intereses de los consumidores a nivel mundial.
	ADECUA (Asociación de Consumidores y Usuarios de la Argentina)	ONG					

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	<p>ADELCO (Liga de Acción del Consumidor)</p> <p>El objetivo es Informar, representar y defender a los consumidores de productos y usuarios de servicios públicos y privados, no solamente en su calidad de comprador, sino también con relación al ahorro, a la seguridad, la salud, educación, etc. Nuestro campo de acción es el consumo. Todo consumo, nada más que el consumo.</p>	<p>ONG con sedes en Capital Federal, Bahía Blanca, Concepción del Uruguay, La Rioja, Rosario, Santa Fe, Trelew, Tucumán, Villa María y ligas del consumidor de las distintas provincias adheridas.</p>	1981	<p>Informa claramente derechos acerca del PMO que deben asegurar Obras Sociales y Prepagas.</p>	Sí	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicaciones</li> <li>- Tramitación de reclamos</li> <li>- Banco de Datos</li> <li>- Presencia continua ante los sectores de poder, tanto gubernamentales, privados, como políticos, a los efectos de influir en decisiones que hacen a la calidad de vida</li> </ul>	<p>ADELCO desde hace más de una década es miembro pleno de la Consumers International, e integra junto con 16 organizaciones de los 5 continentes su Consejo elegido en Asamblea.</p> <p>Fundó ACOM, Asociación de Consumidores de Mercosur, integrada por organizaciones privadas de defensa del consumidor en los países miembros, y como observadores, las de Chile, Bolivia, Perú.</p> <p>Integra el Foro Económico y Social de Mercosur, órgano establecido por el acta de Ouro Preto, de carácter oficial, e integrada por los sectores privados de producción, laboral, y consumo.</p> <p>Institución receptora de pasantías de organizaciones de consumidores de América. Recibió pasantías de El Salvador, Paraguay y Uruguay.</p> <p>Es permanentemente consultada por visitantes del exterior y organismos internacionales (Unicef, FAO, Banco Mundial...) sobre temas de productos, servicios públicos y legislación general.</p>
	Asociación Vecinal Belgrano "C"						
	Unión de Usuarios y Consumidores						
	PROCONSUMER (Protección de consumidores del Mercosur)						
	Consumidores Libres						
	Cruzada Cívica						
	Salta Codelco						
	Formosa Asociación Civil Formoseña de defensa del consumidor.						
	Defensor del Pueblo de la nación (defensa de los derechos de los ciudadanos a la educación, la salud, la seguridad, el libre uso de los espacios públicos y procurar elevar la calidad de vida	Organismo del Estado Nacional					

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	de la población y la defensa de los derechos humanos)						
	Defensor del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.	Organismo del Gobierno Municipal				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inconvenientes con los servicios públicos</li> <li>- Aumentos de impuestos y tarifas</li> <li>- Corrupción en la función pública</li> <li>- Violaciones a los Derechos Humanos</li> <li>- Seguridad</li> <li>- Discriminación</li> <li>- Educación y salud pública</li> <li>- Maltrato y mala atención en hospitales, escuelas, comisarias, oficinas, etc.</li> <li>- Contaminación ambiental</li> <li>- Control de alimentos</li> <li>- Defensa de consumidores y usuarios</li> <li>- Espacios verdes y vía pública</li> <li>- Problemas edilicios, vecinales y de tránsito</li> </ul>	
	Existen defensorías del Pueblo en distintas Provincias o ciudades del país, con similar régimen (Provincias de Tucumán, Sgo. del Estero, San Juan, Río Negro, Formosa, Córdoba, etc. y Ciudades de Chilecito, La Banda, La Plata, Posadas, Río Cuarto, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero, etc.)						
	Secretaría de la Competencia, la Deregulación y la Defensa del Consumidor	Organismo del Estado Nacional, Ministerio de Economía, crea los Tribunales arbitrales de Consumo					
	Tribunales arbitrales de consumo	Tribunal con un árbitro del Estado, uno de las asociaciones de consumidores y otro del sector empresario (Creado por la Ley de			Si, se expiden ante un caso y el fallo es inapelable.	No	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
		Defensa del Consumidor (24.240))					
	Entes Reguladores de Servicios Públicos (Son organismos técnicos que deben controlar el cumplimiento de las obligaciones asumidas por las empresas adjudicatarias de los servicios públicos privatizados, y velar por la protección del consumidor o usuario.) Etoss, Enre, Enargas, Oceba, Cnc, Cnrt, Ocovi, IRAM, Senasa, etc)	Organismos del Estado Nacional				-	
	Dirección de Defensa del Consumidor y Lealtad Comercial Ministerio de Economía de la Nación			La Secretaria de Comercio a través de esta Dirección, defiende los derechos de beneficiarios de empresas de salud y seguros prepagos			
	Dirección de Defensa del Consumidor Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires						
	Por lo general cada provincia se encarga de la atención de reclamos de defensa de derechos del consumidor a través de la Dirección Provincial de Comercio Interior o Dirección Provincial de Industria y Comercio o de Industria y Defensa al Consumidor.						
	Muchos Municipios también se encargan de este tipo de trámites, a través de su secretaría de comercio.						
	Otros Organismos controlan áreas específicas como por ejemplo los alimentos, medicamentos, planes de ahorro, turismo, etc. (IGJ, Superintendencia de Seguros de la Nación, Superintendencia de Servicios de Salud, Comfer, AFIP, ANMAT, INAL, Inspecciones Secretaría de Transporte, Regulación y Serv. Turísticos de la Secretaría de Turismo, Superintendencia de AFJP, SNEP, Banco Central de la República)	Dependen del Estado Nacional		En el caso de la Superintendencia de Servicios de Salud informa los derechos de los beneficiarios de Obras Sociales Nacionales.			

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
Bolivia	Comité de Defensa de los derechos del Consumidor (CODEDCO) y AIS (Acción Internacional por la Salud) con sede en La Paz y regional en Santa Cruz de la Sierra.	Desde 1985, con registro desde 1990.		<p>Son agrupaciones de profesionales, trabajadores y voluntarios, sin fines de lucro, dedicados al estudio de problemas de desarrollo, sociales y de salud y la búsqueda de alternativas a ellos. Defienden los Derechos Humanos, los derechos ciudadanos, de los consumidores, de los y las pacientes, el acceso a la salud y al auxilio sanitario de calidad aceptable. Promueven el uso racional de medicamentos, los medicamentos esenciales, la búsqueda de soluciones no necesariamente medicamentosas a graves problemas de salud. Orientan la nutrición apropiada fomentan la lactancia materna, la protección del medio ambiente, la ciudadanía ambiental y se esfuerzan por un desarrollo sostenible, armónico, equilibrado y amigable con la naturaleza y la vida.</p> <p>Brindan orientación a la población, defendiendo los intereses de los más pobres, buscando su participación activa en la toma de decisiones, contribuyendo a mejorar sus condiciones de vida mediante el acceso a información seria e independiente, buscando el empoderamiento de los sectores marginados, con un enfoque de género, despertando una actitud crítica frente a la injusta distribución de la riqueza en el mundo. Buscan desde la sociedad civil influenciar las políticas públicas tanto a</p>	No especifica	<p>Estructuración y ejecución de investigaciones operativas.</p> <p>Producción de material científico - técnico y educativo sobre los temas antes señalados.</p> <p>Difusión de información, independiente, seria, actualizada avalada científica y técnicamente.</p> <p>Orientación a profesionales, trabajadores, estudiantes, líderes comunales, consumidores y otros.</p> <p>Dispersar experiencias en el campo de la salud, sociales y otros.</p> <p>Proporcionar asesoramiento en la formulación, seguimiento y evaluación de proyectos desarrollo, salud, sociales y a otras iniciativas que signifiquen alternativas pertinentes, tendientes a elevar las actuales condiciones de vida y la situación de salud.</p> <p>Salud y Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legislación, políticas nacionales e internacionales</li> <li>- Regulaciones nacionales e</li> </ul>	<p>A.I.S. Bolivia es parte de la red mundial H.A.I. (Health Action International) congregando más de 70 grupos de consumidores y organizaciones que trabajan en el campo de acción para el desarrollo y otras instituciones de interés público, de Salud y Desarrollo, que promueven el uso adecuado, prudente y racional de productos farmacéuticos, tanto en los humanos como en los animales.</p> <p>CODEDCO Bolivia es el Comité de Defensa de los Derechos del Consumidor en Bolivia, que busca una efectiva Protección del Consumidor. Es miembro de la Federación Mundial Consumers International - CI, activa en más de 100 países alrededor del mundo, congregando a más de 250 asociaciones de consumidores. CODEDCO Bolivia, es miembro de la Comisión Nacional del Codees Alimentarius en Bolivia y participa de las deliberaciones del Codex, tanto a nivel regional como mundial. Así mismo es activa en el análisis y discusión de la posición Boliviana frente a los nuevos tratados de la Organización Mundial del Comercio (normas sanitarias y fitosanitarias SPS, Acuerdos de Comercio Relacionados con la Propiedad Intelectual TRIPs/ADPICs, Acuerdos Generales de Comercio GATs y otros)</p>

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
				nivel nacional e internacional, ejercitando y promoviendo un mayor control social.		internacionales - Planificación - Accesibilidad - Uso racional, estudios de utilización de medicamentos - Costo/beneficio, riesgo/beneficio - Fármaco epidemiología, farmacoconomía - Género, salud y medicamentos - Medicamentos Esenciales - Ventajas Terapéuticas, reacciones adversas, efectos secundarios - Impacto social, epidemiológico y económico  Nutrición Apropiaada - Lactancia Materna  - Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. - Legislación - Seguimiento de normas científico técnicas y legales - Codex alimentarius - Seguridad Alimentaria  Defensa y protección de los Derechos del Consumidor y los pacientes - Legislación	



País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derechos humanos</li> <li>- Derechos ciudadanos</li> <li>- Derechos de los niños y niñas</li> <li>- Promoción de y ejercicio de los derechos y obligaciones de los</li> <li>- Consumidores</li> <li>- Derechos de los Pacientes</li> <li>- Impacto de convenciones y regulaciones internacionales de comercio sobre la salud pública y el bienestar comunitario</li> <li>- Banco de datos para verificación de calidad de bienes y servicios</li> </ul> <p>Medio Ambiente y Ciudadanía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legislación</li> <li>- Consumo sustentable</li> <li>- Ciudadanía y medio ambiente</li> <li>- Impacto hábitos de consumo</li> <li>- Estudio de la transformación de hábitos de consumo en el ecosistema</li> <li>- Medio ambiente e impacto en la salud</li> </ul>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	Defensorías del Pueblo y el Consejo Andino de Defensores del Pueblo	<p>1994 introdujo la Defensoría del Pueblo en el contexto de las instituciones públicas bolivianas. Posteriormente, el 22 de diciembre de 1997 se promulgó la Ley N° 1818, ley del Defensor del Pueblo, que desarrolló sus funciones y competencias.</p> <p>En 1998, el Congreso Nacional elige a la primera Defensora del Pueblo de Bolivia. Esta institución inició sus actividades el 1 de octubre de 1998.</p> <p>Como parte de la política para acercar la Defensoría del Pueblo a la comunidad, se han constituido oficinas en las principales ciudades del país: La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Potosí, El Alto y el Chapare.</p>	1998	Se presentan casos que tienen que ver con defensa de derechos de beneficiarios de la Caja Nacional de Salud.	Sí		
	FUNAVI, es una Fundación Privada que defiende la naturaleza y la vida, desde una perspectiva de su impacto en la salud.						
<b>Brasil</b>	Centro de Información, Defensa y Orientación al Consumidor (CIDOC)						
	Grupo Ejecutivo de Protección al Consumidor (PROCON)  (Existe una Guía de municipalización de la defensa del consumidor en Brasil -	Ministerio de Justicia, Secretaría de derecho Económico, Departamento de Protección y Defensa al					

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	creación de PROCONs Municipales- que dispone el marco para la creación de organismos de defensa al consumidor)  Por ejemplo en San Pablo existe una estadual y 280 Procons municipales	consumidor					
	Instituto Brasileiro de Defensa del Consumidor (IDEC)	ONG	Desde 1987		Sí	Objetivos: defender exclusivamente al consumidor, inclusive representándolo en la Justicia -en causas colectivas promovidas por la entidad para resguardar sus derechos en las relaciones de consumo y también orientando para que sepa cómo hacer valer el código de Defensa del Consumidor, cuando tuviera problemas de consumo.	Miembro da Consumers International
	Instituto Brasileiro de Política y Derecho del Consumidor - BRASILCON						
	Agencia Nacional de Salud (ANS)	Organismos autárquicos del Estado que actúan de intermediarios entre los beneficiarios y los prestadores de servicios de salud Entre sus competencias está la defensa de sus derechos ya que es el organismo que regula y fiscaliza las entidades.		Fiscaliza los servicios de salud	Sí	Creada para fiscalizar los precios y la calidad de los productos y servicios de las empresas de seguros y planes de salud. Recibe denuncias de abusos al respecto.	
	Sistema nacional de vigilancia sanitaria	Depende de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria					
	Centro de Vigilancia Sanitaria Estadual	Depende de la Secretaría de Estado de Salud			Sí	Dónde acciona:  - Insatisfacción por los servicios prestados en áreas de actuación de la Vigilancia Sanitaria, o por acciones al medio ambiente, productos e servicios relacionados o	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>por interés en la salud del trabajador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por no resolución de los problemas referidos a servicios de vigilancia sanitaria.</li> <li>- Donde la vigilancia sanitaria no atiende al usuario no respetando sus derechos.</li> </ul> <p>Acciones:</p> <p>control de bienes de consumo que directa o indirectamente se relacionan con la salud, involucrando todas las etapas de procesos de producción o consumo final, comprendiendo por lo tanto: materias primas, transporte, almacenamiento, distribución, comercialización y consumo de productos de interés para la salud, tales como alimentos, agua, bebidas, medicamentos, insumos, cosméticos, productos de higiene personal, saneantes, productos químicos, productos agrícolas, agrotóxicos, biocidas, drogas veterinarias, correlato y otros.</p> <p>Control dirigido a prestación de servicios que se relacionan directa o indirectamente con la salud, incluyendo entre otros, la prestación de servicios: médico-hospitalarios, de apoyo diagnóstico, hemoterápicos, de hemodiálisis, odontológicos y los que utilizan radiación; casas de reposo, centros de convivencia, bancos de órganos, prácticas alternativas, casas de</p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>masajes, tatuajes, clínicas de adelgazamiento, aplicadoras de productos relacionados con la salud, entre otras las que pueden constituirse en un riesgo para la población.</p> <p>Control dirigido a las acciones de saneamiento del medio (formas de intervención sobre los efectos devenidos del uso del suelo, de las edificaciones, del sistema de producción en general, y de los sistemas de saneamiento básico – colectivos e individuales), supervisando la promoción de la salud pública y prevención de ocurrencia de condiciones desfavorables, producidas por las acciones del Hombre.</p> <p><b>Control específico sobre el ambiente y el proceso del trabajo, estableciendo acciones, articuladas con las instancias de representación de los trabajadores y de otras instancias de la sociedad, para la protección de la salud del trabajador...</b></p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	Existen agencias especiales en el caso de defensa del usuario referida a servicios públicos (ANP - Agencia Nacional de Petróleo, ANATEL - Agencia Nacional de Telecomunicaciones, ANEEL - Agencia Nacional de Energía Eléctrica, ANS - Agencia Nacional de Salud Suplementar, etc.)	Las Agencias nacionales son órganos ligados al Gobierno Federal para fiscalizar diversas actividades económicas y poder ser viabilizadas a partir de un reclamo si las empresas operadoras locales no resuelven el problema.					
	ADEC – Asociación para Defensa de los Derechos del Consumidor  Es una de los cientos de asociaciones que funcionan localmente.	ONG					
	MDC - Movimento de Amas de Casa y Consumidores de Brasilia	ONG				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia jurídica</li> <li>- Atención a legislación relativa a empleados domésticos</li> <li>- Orientación y atención al público</li> <li>- Prestadores de servicios</li> <li>- Estudios de mercado</li> <li>- Tests comparativos</li> <li>- Educación para el consumo</li> <li>- Convenios</li> <li>- Cartera de asociados</li> </ul>	
	Promotoría de Justicia de los derechos del Consumidor	Ministerio Público					
	Asociación Brasileira de Defensa del Consumidor – ABRASCON	ONG		No especifica	Sí	Objetivos: a) atender al equilibrio de las relaciones de consumo por medio de la concientización y participación del consumidor, buscando un amplio acceso a la justicia. b) implementar y priorizar la legislación de defensa del consumidor, reprimir el	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>abuso de poder económico y materias relacionadas.</p> <p>c) mejorar la calidad de vida, especialmente en el respeto a la calidad de los productos y servicios ofertados en el mercado de consumo.</p> <p>d) promover e incentivar la educación y la concientización de los consumidores de bienes y servicios, a través de una participación efectiva en el universo de situaciones que involucren relaciones de consumo.</p> <p>e) promover programas y proyectos que propicien una amplia educación para el consumo.</p> <p>También tiene como objetivo desarrollar las siguientes actividades:</p> <p>a) informar y orientar al consumidor sobre productos y servicios y sobre todos los demás aspectos involucrados en las relaciones de consumo, incluida la legislación, reglamentación y fiscalización.</p> <p>b) realizar tests comparativos entre productos y servicios ofrecidos al consumidor brasilero.</p> <p>c) actuar junto con los poderes públicos supervisando el perfeccionamiento de la legislación y de las normas de fiscalización y demás procedimientos de defensa del consumidor tanto en cumplimiento de las leyes de defensa del consumidor</p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>como de normas ya promulgadas.</p> <p>d) actuar junto a instituciones privadas, supervisando el perfeccionamiento de normas técnicas y de los procedimientos relativos al suministro de productos y servicios.</p> <p>e) actuar judicial o extrajudicialmente en defensa del consumidor, asociado o no, colectiva o individualmente, también por causa de los poderes públicos, inclusive en los casos en que el consumidor sea perjudicado con la exigencia de un tributo.</p> <p>f) promover estudios, investigaciones y eventos relacionados con las relaciones de consumo, la calidad de los productos y servicios y la defensa del consumidor.</p>	
	Asociación carioca de defensa del consumidor (ACADEC)	ONG				<p>Objetivos:</p> <p>Defender los intereses y derechos protegidos por la Ley 8079/90 - Código de Defensa del Consumidor y por otras normas que dispongan sobre derechos, garantías e intereses de los consumidores;</p> <p>Promover la defensa judicial y/o administrativa de los miembros asociados y de los consumidores en general, a nivel individual o colectivo;</p> <p>Representar delante de las autoridades públicas y delante de particulares, personas físicas o jurídicas, los intereses de sus miembros asociados y de</p>	



País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>los consumidores en general;</p> <p>Promover, cooperar y mantener vinculaciones con otras entidades asistenciales y/o similares, públicas o privadas, que tengan como objetivo la protección de los derechos del consumidor;</p> <p>Promover simposios, jornadas y congresos sobre los derechos del consumidor u otras materias jurídicas, a fin de editar publicaciones sobre los temas y elaborar proyectos técnicos para el perfeccionamiento del sistema;</p> <p>Solicitar a nivel judicial la instauración de averiguaciones para examinar delitos contra el consumidor u otros delitos, en los términos de la legislación vigente, a fin de representar al Ministerio Público competente, para la adopción de medidas procesales, penales y civiles, en el ámbito de sus atribuciones.</p> <p>Elevar para el conocimiento de los órganos competentes las infracciones de orden administrativa que violen los intereses difusos, colectivos o individuales de los consumidores.</p>	
	<p>Casa de Defensa del Consumidor (Reúne a todos los órganos de defensa del consumidor (Procon, Vigilancia Sanitaria, Ipen, Delegacia del Consumidor, Juzgado de Pequeñas Causas).</p>						
	<p>Equipo de Protección al Consumidor de la Procuraduría</p>					<p>Atiende los problemas de carácter colectivo como</p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	General de Justicia					planes de salud, condominios, propaganda engañosa o abusiva, consorcios, entre otros.	
	Comisión de Defensa del Consumidor de la Asamblea Legislativa de Río de Janeiro					Atiende quejas sobre problemas relacionados con el consumo.	
	Comisión de Defensa del Consumidor de la Cámara Municipal.					Atiende problemas de compra y venta, servicios públicos, etc.	
<b>Chile</b>	Fiscalía Nacional Económica – (Su misión es instruir las investigaciones sobre atentados a la libre competencia y demás infracciones económicas que le encomienda la ley, ya sea de oficio, o por denuncia o consulta de autoridades y de público en general)	Depende del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción			Sí	<p>Instruir las investigaciones sobre atentados a la libre competencia y demás infracciones económicas que le encomienda la ley, ya sea de oficio, o por denuncia o consulta de autoridades y de público en general.</p> <p>Informar y asesorar a las Comisiones Resolutiva y Preventivas en las causas de que conozcan y velar por el cumplimiento de sus resoluciones.</p> <p>Coordinar la labor de las Comisiones Resolutiva y Preventivas Central y Regionales, de las doce Fiscalías Regionales y representar ante la Corte Suprema y demás Tribunales Ordinarios de Justicia, el interés público económico.</p> <p>En detalle:</p> <p>ACUERDOS ENTRE EMPRESAS</p> <p>I. ACUERDOS HORIZONTALES</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acuerdos de precios</li> <li>2. Reparto de cuotas de mercado</li> <li>3. Reparto geográfico de mercado</li> <li>4. Establecimiento de una empresa común</li> </ol>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						II. ACUERDOS VERTICALES 5. Contratos de distribución (exclusiva o no) 6. Licencias y derechos de propiedad industrial y comercial (franchising, know how, etc.) 7. Fijación de precios de reventa ABUSOS DE POSICIÓN DOMINANTE 8. Discriminación 9. Precios predatorios (venta bajo costo) 10. Negativa de venta o de prestación de servicios 11. Contratos subordinados OPERACIONES DE CONCENTRACIÓN ENTRE EMPRESAS 11. Fusiones 12. Adquisiciones de control REGULACIÓN ESTATAL 13. Monopolios legales 14. Concesiones y regulaciones administrativas COMPETENCIA DESLEAL 15. Actos de competencia desleal (promociones, imitación, publicidad engañosa, etc.).	
	Fiscalía Regional Económica (En cada capital de región existe un funcionario dependiente del Fiscal Nacional Económico que, con el nombre de Fiscal Regional Económico, desempeña las funciones propias de aquél dentro del territorio de la respectiva región)						
	Comisiones Preventivas Regionales y la Comisión Preventiva Central	Integrado por funcionarios e independientes Comisión Preventiva Regional integrada por las siguientes personas: (el Secretario Regional Ministerial de			No, dictamina para que resuelva la comisión resolutive	Absolver consultas sobre contratos, existentes o en proyecto, que puedan alterar la libre competencia  Velar dentro de su jurisdicción para que se mantenga la libre	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
		Economía, que la preside; un miembro designado por el Intendente Regional; un profesional universitario designado por el Consejo de Desarrollo Regional; y, un representante de las Juntas de Vecinos)				competencia y no se cometan abusos de posición dominante, proponiendo los medios para corregir las prácticas o abusos de que tengan conocimiento  Requerir a la respectiva Fiscalía que investigue tales prácticas o abusos; Resolver, a solicitud de la Fiscalía, la adopción de medidas preventivas destinadas a suspender los efectos lesivos de la competencia producidos por determinados actos o contratos.	
	Comisión Resolutiva	Se integra por representantes de órganos públicos del más alto nivel. Sus integrantes son: un Ministro de la Corte Suprema, que la preside; un Jefe de Servicio designado por el Ministro de Economía, y otro designado por el Ministro de Hacienda; un Decano de una Facultad de Derecho con sede en Santiago; y, un Decano de una Facultad de Economía con sede en Santiago.			Sí	Dejar sin efecto cualquier acto, contrato, sistema, convenio o acuerdo que estime contrario a la libre competencia;  Cancelar la personalidad jurídica de cualquiera Corporación u ordenar la disolución de cualquiera persona jurídica en general (sociedades comerciales, por ejemplo);  Declarar la inhabilidad de las personas naturales involucradas en estas causas para ocupar cargos de representación gremial o profesional por un plazo que puede extenderse entre uno y cinco años;  Imponer multas con un monto máximo de 10.000 Unidades Tributarias (US\$ 550.000, aproximadamente);  Ordenar el ejercicio de la acción penal, para que se averigüe y se sancione por la justicia ordinaria el delito penal de atentado contra la libre competencia.	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	Servicio Nacional del Consumidor de Chile (SERNAC)	Organismo relacionado con el Ministerio de Economía		No especifica	Sí	Informan sobre normativa para el consumidor Brindan capacitación Viabilizan trámites y denuncias	
	Oficinas Comunales de Información al Consumidor (OCIC)	Con convenio con el Sernac					
	Corporación Nacional de Consumidores y Usuarios (CONADECUS) (atención integral al consumidor administrada por una Asociación de Consumidores)	ONG	Creado en el 2000	No especifica		Objetivos: Mejorar la transparencia y la competitividad del mercado de bienes y de servicios. Mejorar la calidad de la vida, la conservación del medio ambiente y la sustentabilidad de la economía. Proteger la salud de la población y vigilar la calidad de los alimentos. Participar activamente en el control y manejo eficiente de los servicios de utilidad pública Mejorar la calidad de la vivienda Participar activamente en el control y administración eficiente de los sistemas públicos y privados de salud, de previsión y seguridad social. Defender los intereses de los consumidores como sujetos de crédito en la integridad del sistema financiero y Mejorar el acceso a la justicia y los servicios legales. Sus principales acciones son: ASESORIA para sus decisiones como consumidores	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>¿Qué elegir?  ¿Dónde comprar?  ¿Dónde y cómo reclamar?  ASESORIA para organizarse y constituir una nueva asociación de consumidores a nivel comunal o regional.  APOYO en presentación de denuncias y demandas judiciales ante Juzgados de Policía Local, en temas de consumo (Ley 19496)  INFORMACIÓN Sobre defensa del consumidor mediante Y  CAPACITACIÓN Cursos, Charlas y Foros.  Temas preferentes  Salud y Medicamentos  Calidad de los Alimentos  Seguros de Salud: FONASA e ISAPRES  Derechos de los pacientes  Previsión Social: AFP. E INP.  Servicios Públicos: Telecomunicaciones, Agua y Alcantarillado, electricidad y Gas.  Calidad de la Vivienda  Consumo sustentable y medio ambiente  Servicios Financieros, créditos, cobranzas abusivas, deudas morosas, DICOM y Boletín de Informaciones Comerciales.</p>	
	<p>Para áreas específicas el consumidor se puede dirigir a determinados organismos:  Subsecretaría de Telecomunicaciones,  Superintendencia de AFP,</p>	Organismos del Gobierno		La Superintendencia de Isapres controla los servicios que brindan dichas aseguradoras	Sí		

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	Superintendencia de Bancos, Superintendencia de Electricidad y Gas, Superintendencia de Isapres, Superintendencia de valores y seguros, Superintendencia de Servicios Sanitarios, Subsecretaria de Transporte, Metro de Santiago, etc.						

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	Organización de Consumidores y Usuarios de Chile (ODECU)	ONG	Antecedentes desde 1960, ampliación de objetivos en 1994			<p>Algunos objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difundir el conocimiento de las disposiciones de la Ley de defensa de los consumidores.</li> <li>- Informar, orientar y educar a los consumidores para el adecuado ejercicio de sus derechos, brindándoles asesoría cuando éstos lo requieran,</li> <li>- Representar a sus asociados y ejercer las acciones de defensa de éstos y de todos los consumidores,</li> <li>- Estudiar y proponer medidas encaminadas a la protección de los derechos de los consumidores, efectuando o apoyando las investigaciones en el área del consumo.</li> </ul>	ODECU está afiliada a la CONSUMERS INTERNATIONAL, federación de organizaciones de consumidores, fundada en 1960, en la ciudad Holandesa de La Haya, teniendo por finalidad la protección y promoción de los intereses de los consumidores a nivel mundial, cuya Oficina regional para América Latina y El Caribe está ubicada en la ciudad de Santiago de Chile, desde 1992.
	Centro de Orientación al Consumidor de Chillán (COCH)						
	Defensor del Pueblo (se ingresó en abril de 2002 un proyecto de ley al Congreso Chileno para su creación)						
	Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente  (Es Uno de los 29 servicios que conforman el sistema nacional de servicios de salud)	Creado por Ley 18 122		Todo lo relativo a salud ambiental	Sí	<p>Es el único que protege la salud de la población de los riesgos derivados del ambiente</p> <p>Vigilancia Sanitaria: Se preocupa principalmente de fomentar acciones de vigilancia epidemiológica y de los elementos fundamentales para la salud ambiental como aire, agua, suelo, alimentos, vectores sanitarios y ambiente</p>	



País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>laboral. Además, incentiva proyectos de investigación en las áreas mencionadas con el fin de prevenir posibles daños a la salud de la población.</p> <p>Formalización de actividades productivas: Se desarrolla principalmente velando por el cumplimiento de la normativa vigente al solicitarse los permisos sanitarios necesarios, para el funcionamiento o ampliación de todas aquellas actividades productivas o establecimientos de elaboración y venta de alimentos. Al exigir condiciones sanitarias adecuadas para el accionar de estas actividades se salvaguarda la salud y seguridad de los trabajadores, de la comunidad aledaña, del ambiente que los rodea y de la población en general, a través de calificaciones industriales, informes y resoluciones sanitarias previas al otorgamiento de las patentes municipales.</p> <p>Fiscalización de Control: Se realiza por dos vías. Una que actúa frente a denuncias de la comunidad y otra que se desarrolla por medio de visitas programadas por el Servicio —de acuerdo a las prioridades por riesgo—, utilizando las atribuciones de Tribunal Sanitario de Primera Instancia que brinda el Código, ante la violación de las regulaciones ambientales que pongan en riesgo la salud de las personas.</p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>Promoción de Salud: Su objetivo es promover la cultura sanitaria y fomentar condiciones de vida más saludables en la comunidad mediante la educación, la organización y la participación social. También se buscan alianzas intersectoriales con entidades públicas y privadas con el objeto de sumar energías a la tarea de proteger la salud junto con desarrollar una efectiva labor de difusión a través de los medios de comunicación, con el fin de alertar, prevenir e instruir a la población para que asuman la responsabilidad que les corresponde en el auto cuidado de su salud y de su comunidad.</p>	
Colombia	Defensor del Pueblo de la República de Colombia	Ministerio Público	S/D	Algunos aspectos de estado de hospitales	Sí	<p>1 Promocionar y divulgar los derechos humanos de la población. La Defensoría debe sensibilizar a la población para desarrollar su conocimiento y conciencia respecto a los derechos humanos con el fin de llevarlos a la práctica.</p> <p>2. Conocer, denunciar y atender las situaciones de violación a los Derechos Humanos. Es la vigilancia sobre el comportamiento del Estado frente al respeto, protección y realización de los derechos humanos a través de la acción de sus agentes. De igual manera, es velar porque los actores del conflicto armado acaten y respeten las normas del derecho internacional humanitario. La denuncia es la herramienta de sanción moral y ética del organismo, frente a los referidos</p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>incumplimientos.</p> <p>3. Investigar y difundir la situación general de los derechos humanos. Esta función hace referencia al estudio y análisis de la situación de los derechos humanos, de las garantías y libertades de los ciudadanos en sus tres expresiones básicas: su respeto, su protección y su realización.</p> <p>4. Exigir el respeto, protección y realización de los derechos humanos. En cuanto al respeto y la realización, es conminar al Estado para que cesen las prácticas violatorias de los derechos humanos por medio de la denuncia pública y la sanción moral. En relación con la protección, es exigir al Estado el desarrollo constitucional y legal de instrumentos y mecanismos que protejan y garanticen la realización de los derechos humanos por parte de sus agentes. También, es la definición de políticas, planes, programas y condiciones que aseguren su cumplimiento.</p> <p>5. Implementar el uso de mecanismos legales de protección de los derechos humanos. Hacer uso de los recursos y acciones constitucionales y legales tendientes a la reparación inmediata ante afectaciones de los derechos humanos por parte del Estado o de particulares que ejerzan funciones públicas. De igual forma, interponer las acciones populares que conlleven a la protección de los derechos colectivos.</p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>6. Prestar el servicio de defensoría pública. Garantizar la defensa jurídica de las personas en imposibilidad de proveérsela por sí misma por las razones que la ley señala, en el contexto de la realización de los derechos de acceso a la administración de la justicia y del debido proceso.</p> <p>7. Ejercer control defensoría sobre la conducta de los funcionarios públicos en materia de derechos humanos. Ejercer el control necesario para que la conducta oficial de los funcionarios públicos se ajuste al respeto, protección y realización de los derechos humanos. En caso de violación de éstos, exigir a las instituciones pertinentes, la determinación de las responsabilidades individuales de los funcionarios públicos.</p> <p>8. Orientar en el ejercicio de los DH Consiste en encauzar e ilustrar a los agentes del Estado y a la sociedad civil para que conozcan cuales son los sistemas de protección, sus alcances y los mecanismos para su exigibilidad, ejercicio y protección. En este sentido la Defensoría trabajará hacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· La producción y distribución de información. Ello comprende la elaboración, producción y distribución de las publicaciones y material de divulgación de los DH en medios impresos,</li> </ul>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>magnéticos y audiovisuales.</p> <p>· La orientación jurídica en DH. Es encauzar e ilustrar a la sociedad civil para que conozca los DH, los sistemas de protección, los mecanismos para su exigibilidad, ejercicio y protección.</p> <p>9. Atender y tramitar quejas. Es la vigilancia sobre el comportamiento del Estado, frente al respeto, protección y realización de los derechos humanos, a través de la acción de sus agentes directos o indirectos. De igual manera, velar porque los actores del conflicto armado acaten y respeten las normas del Derecho Internacional Humanitario.</p> <p>10. Interponer acciones y recursos Es la facultad que se tiene para hacer uso de los recursos y acciones constitucionales y legales tendientes a la reparación inmediata de afectaciones de los Derechos Humanos por parte del Estado o de particulares que ejerzan funciones públicas.</p> <p>11. Prestar asistencia y defensa judicial Garantizar la defensa jurídica de las personas en imposibilidad de proveérsela por sí mismas, por las razones que la ley señala, en el contexto de la realización de los derechos de acceso a la administración de la justicia y del debido proceso.</p> <p>12. Denunciar públicamente Hacer denuncias públicas a través de Resoluciones de recomendaciones tendientes a exigir el respeto y la realización de</p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>los derechos humanos conminado al Estado para que cesen las prácticas violatorias de los DH. Y en lo referente a la protección, exigir al Estado el desarrollo constitucional y legal de instrumentos y mecanismos que protejan y garanticen la realización de los DH por parte de sus agentes, así como la definición de políticas, planes, programas y condiciones que aseguren su cumplimiento.</p> <p>13. Mediar Intervénir en los conflictos que se susciten entre los particulares y el Estado, a través de sus agentes, por acciones u omisiones de éste último que lleguen a afectar indebidamente el ejercicio de los derechos y las libertades del individuo a fin de que cese la violación, se repare el daño y se prevengan vulneraciones futuras. Así mismo intermediar entre los actores del conflicto armado para que se comprometan en el respeto del DIH, en la prevención a la infracción de sus normas y en la construcción de propuestas de paz.</p> <p>14. Promocionar la Participación Ciudadana Capacitar a la ciudadanía sobre la Constitución Política y los mecanismos de participación ciudadana, así como asesorar y apoyar la conformación de instrumentos que contribuyan en la elaboración de los planes y en el control de gestión de las inversiones sociales y de las actuaciones en materia</p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
						<p>de derechos humanos de los organismos del Estado.</p> <p>15. Definir Políticas e Iniciativas Legislativas Presentar proyectos de ley sobre materias relativas a los derechos humanos y a los mecanismos de protección de éstos. Así mismo, presentar al Gobierno y al Congreso recomendaciones sobre estrategias y políticas que contribuyan a la vigencia de los derechos humanos en el país.</p> <p>16. Apoyo y Coordinación con los Personeros Municipales Consiste en capacitar y prestar apoyo logístico a los Personeros Municipales para que ejerzan sus funciones relativas al respeto, ejercicio y promoción de los DH, en particular para que hagan uso de los recursos y las acciones constitucionales y legales tendientes a garantizar los DH y para que colaboren en la conformación de los mecanismos e instrumentos de participación ciudadana.</p> <p>17. Orientación e Información del DIH. Desarrollo de métodos y pedagogías para sensibilizar, capacitar y educar en DIH. Encauzar e ilustrar a la sociedad civil para que conozca el DIH, sus sistemas de protección, mecanismos para su exigibilidad, ejercicio y protección.</p>	

País	Organización	Organismo gubernamental / ONG	Año creación	Especifican derecho en materia de Salud?	Reclamos, trámites?	Objetivos / Actividades / Información?	Asociado a organizaciones internacionales de defensa de los derechos del consumidor?
	Liga del consumidor Lidecon						Miembro afiliado (no pleno) Consumers International
	Centro de Defensa del Consumidor (CDC) Protege los derechos de los consumidores.	ONG	Desde 1997	En relación a medicamentos	No especifica	El CDC genera lobby para sostener proyectos de Ley para proteger legalmente a los consumidores.  Investiga productos potencialmente defectuosos (medicamentos, comida, juguetes)  Brindan seminarios de educación a los consumidores.	
<b>República Dominicana</b>	Subdirección de Defensa y Protección al Consumidor (DECO - departamento de educación al consumidor)						Miembro afiliado (no pleno) Consumers International
	Fundación de derechos del Consumidor						