

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Alberto Galli

ELEMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN RRHH PARA ENTIDADES MUTUALES DE SALUD

2006

Citar como: Galli, A. (2006). Elementos para la evaluación de un programa de capacitación en RRHH para entidades mutuales de salud. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

1.	INTRODUCCIÓN.....	2
2.	PLANTEAMIENTO DEL TEMA.	6
3.	MARCO CONCEPTUAL.....	8
3.1	CAPACITACIÓN EN RRHH.	9
3.2	SITUACIÓN DE SALUD EN AMÉRICA.	16
3.3	MODELOS DE ATENCIÓN Y SISTEMAS COMPARADOS DE LOS PAÍSES INTEGRANTES DE ODEMA.	23
3.4	ECONOMÍA SOCIAL: SINDICATOS, COOPERATIVAS Y MUTUALES.....	39
4.	ODEMA, LA INSTITUCIÓN, HISTORIA.....	45
5.	SISTEMA MUTUAL DE SALUD DE LA ASOCIACIÓN MUTUAL DE PROTECCIÓN FAMILIAR.	48
6.	ENCUENTROS DE CAPACITACIÓN CHILE, ABRIL 2006. MÉXICO, JULIO 2006.....	51
7.	ANÁLISIS Y CONCLUSIONES DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ODEMA.	66
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	70

1.) INTRODUCCIÓN

"Un sistema de salud no es bueno por lo que gasta ni por quien lo gasta, sino por los resultados de salud que logra". Ginés González García.

"Cada vez es menor la cantidad de gente que vende su fuerza física y mayor la que vende, compra o alquila sus conocimientos ó capacidad de aprendizaje" (Gore, 1996).

Los resultados de salud de América son decepcionantes, los sistemas de salud deben contribuir a otras metas sociales ajenas al estado de salud, hay 220 millones de personas en América Latina y el Caribe que viven con ingresos inferiores a los 2 dólares diarios - 43 % de la población - y la pobreza representa enfermedad, decepción y muerte.

Si bien los niveles de ingresos de la región se duplicaron en los dos últimos decenios, esta ganancia económica no se distribuyó equitativamente sino que benefició mayormente a los más ricos, la brecha de ingresos se triplicó entre el tercio más pobre y el más rico. El 25 % de la población carece de acceso a los servicios de salud u otro tipo de protección social¹,

Las expectativas de la población superan las capacidades de los servicios de atención médica. La mayoría de la población mundial está descontenta con sus sistemas de cobertura médica.²

En América Latina la política de los servicios de salud consume la casi totalidad de los esfuerzos y de los recursos. También es la que cosecha las mayores insatisfacciones ciudadanas. El incremento de los costos – sin resultados satisfactorios – y el mantenimiento o incremento de las desigualdades preocupa a los partidos políticos que perciben, además, el creciente desencanto de los usuarios,³

A pesar que muchos de los gobiernos de la región están debatiendo e implementando la reformulación de las actividades estatales en materia de gasto social en salud, en un contexto en el que los programas de formación universitaria y capacitación de los profesionales, técnicos y personal médica del área no han sufrido transformaciones estructurales importantes; los servicios de salud, por lo tanto, reciben a profesionales y técnicos como sus efectores que corren el riesgo de "hacer lo mismo y extender la cobertura del modelo biologista lo más cerca posible del hogar y del sitio de trabajo", corriéndose de esa forma la contingencia de encarecer los servicios de atención médica, y a la vez, de poner a disposición de la población una atención que muchas veces no resuelven ni siquiera el síntoma por el que se consulta.

La mejora y la protección sigue siendo, sin duda, el primordial objetivo de un sistema de salud. Sin embargo, como otras metas vinculadas a la anteriormente expresada, han tomado relevancia la "equidad", en cuanto a la

¹ Ministerio de salud de Panamá. Representación OPS / OMS . *APS, una revisión de prácticas y tendencias*. Ed. OPS. Panamá 2004.

² González García Gines, Tobar Federico. *Salud para los argentinos*. Ed. ISALUD. Buenos Aires, 2004.

³ González García Gines. *Remedios Políticos para los medicamentos*. Ed. ISALUD. Buenos Aires, 1994.

forma de reducir la desigualdad de acceso a los servicios entre individuos y grupos, y la "sensibilidad" en relación a la capacidad de respuesta a las legítimas expectativas de la población. En particular la preocupación está centrada en la situación de los individuos carentes de recursos para financiar sus necesidades de atención.⁴

Equidad en salud tiene que ser incorporada a los valores sociales, formar parte de la vida diaria de todos los actores involucrados y debe ser entendida como un principio ético que obliga a crear las condiciones necesarias para una relación más justa entre los miembros de la sociedad.⁵

Todo ello hace necesario un nuevo abordaje de los procesos de salud, reconociendo que sus determinantes van más allá del plano biológico, reuniendo además variables de carácter ambiental, geográfico, sociales, culturales y educativas, entre otras, y por lo tanto, propiciando una respuesta social que pone de manifiesto la importancia de otros sectores en la atención integral de la salud.

Dentro de este contexto la premura de contar con una atención de la salud, ante la ausencia de soluciones en tiempo y forma, por parte del estado, hace que las personas, las comunidades, se agrupen y constituyan empresas sociales, ONGs., tratando de paliar la necesidad de contar con una cobertura de salud que les brinde atención y respete sus principios.

Las representaciones sociales, según Jodelet (1984), designan el saber del sentido común, son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, comprensión y manejo del ambiente social, y están marcadas socialmente por las condiciones y el contexto en el cual emergen.⁶

Acompañando el achicamiento del Estado se ha ido consolidando el denominado "tercer sector". Las llamadas ONG, asociaciones voluntarias u organizaciones de la sociedad civil en el campo de la salud, han ido ganando visibilidad y ocupando espacios, y aunque no pueden asumir las funciones que necesariamente debe cumplir el Estado, logran convocar y vehicular algunas necesidades y demandas de los ciudadanos que representan o que asisten.

"Las ONGs tienen un importante potencial en términos de factores como flexibilidad, agilidad, compromiso, cercanía a la comunidad. Pero deben estar conscientes de que solas no producirán cambios de fondo, se necesita para ello el concurso de las políticas públicas. La realización de alianzas estratégicas entre ambos y la incorporación a las mismas de iglesias, comunidades vecinales, asociaciones de interés público, universidades, sectores empresariales dispuestos a la solidaridad, sindicatos obreros y otros grupos, puede ampliar considerablemente los recursos reales humanos y materiales para la acción social e incrementar su efectividad" (Kliksberg, 2002).⁷

Las mutuales son algunas de estas ONGs., verdaderas empresas sociales, que por sus principios y valores mejor pueden cumplir con este cometido.

⁴ Barbieri Nelly, de la Puente Catalina, Tarragona Sonia. *La equidad del gasto público en salud en la provincia de Buenos Aires*. Ediciones Isalud.

⁵ Galli Alberto. *Sistema Mutual de Salud*. TFI Especialización Sistemas de Salud y Previsión social, ISALUD. Buenos Aires. 2005.

⁶ Jodelet, D. (1984) *Reflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale*. Communication Information, IV (2-3), 15-42. Quebec.

⁷ Kliksberg, B. (2002) "América latina: Una región en riesgo, pobreza, inequidad e institucionalidad social". Ponencia del Primer Congreso Nacional de Política Sociales, Quilmes.

Los cambios que se producen en el entorno económico son la principal causa para que estas organizaciones realicen transformaciones, "sin embargo, no solamente evolucionan para adaptarse a los cambios competitivos. La elección de formas organizativas para responder a problemas cada vez más complejos conlleva elecciones y compromisos" (Ricart, 1997).

Durante la década de los noventa, el entorno económico y social ha cambiado bruscamente, y ello ha producido grandes mutaciones en aquellas organizaciones que sobrevivieron a los mismos.

Como parte de dichos cambios aparecen, algunas modificaciones que afectan algunas de las ideas existentes, tales como: "competir con calidad y costo ya no es suficiente, pero sigue siendo necesario".

Los cambios en los servicios de salud surgen asociados a las nuevas características que deben poseer éstos tales como:

- Calidad en atención de la salud: reconocida explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional de los sistemas de salud y que producen evidencias confiables de mejoras sustanciales que son percibidas con satisfacción por los usuarios, por la población en general y por los prestadores de los servicios.
- Personalización de la demanda: cada vez más se exigen productos con valores agregados específicos dirigidos a conjuntos determinados de usuarios.
- Tecnología: avance impulsado por las tecnologías de información y de comunicación.
- Adaptabilidad: dada por un menor tiempo, diseño y desarrollo de nuevos productos, y la rápida reacción a la información de mercado para poder servir "Just in time".
- Globalización: no solo el concepto económico, que incide en la cultura de los pueblos, la educación y la soberanía, sino también el sociológico que remite a igualdad, equidad y justicia social.

Odema – Organización de Entidades Mutuales de América – comprendió esta necesidad y desarrolló un programa de capacitación en salud, entre sus asociados, con el objetivo de evaluar sus necesidades y plantear un proyecto de redes mutuales de salud en América.

Este programa se basa en el SMS (sistema mutual de salud) de uno de sus integrantes, la AMPF (asociación mutual de protección familiar) que presenta un Servicio basado en un Modelo Biopsicosocial de atención de la salud sustentada en valores éticos. Y posee un Plan diseñado como una cobertura ambulatoria de muy bajo costo, que utiliza como estrategia a la Atención Primaria de la Salud y como efector al Equipo de Atención Primaria liderado por el Médico de Familia.⁸

En este trabajo se describirán y analizarán los encuentros realizados en el primer semestre del año 2006, en el marco del programa de capacitación de RRHH para el desarrollo de sistemas mutuales de salud.

⁸ Galli Alberto. *Sistema Mutual de Salud*. TFI Especialización Sistemas de Salud y Previsión social, ISALUD. Buenos Aires. 2005.

2.) PLANTEAMIENTO DEL TEMA

Oriema (Organización de Mutuales de América) es un organismo constituido por mutuales y federaciones de mutuales representantes de quince países de América, que con el fin de cumplir con sus objetivos – integración de sus asociados, asistencia recíproca, intercambio de experiencias, capacitación, etc. – presenta durante el año 2006 un programa de enseñanza en tres áreas: asistencia social, salud y ayudas económicas.

En este trabajo se describirán los encuentros del área de salud realizados en el primer semestre del año 2006, en el marco del programa de capacitación y se presentarán análisis y conclusiones de los mismos.

Esta capacitación en salud plantea la necesidad de contar con un sistema de atención que tenga justicia social, fomentando la inclusión social y favorezca la solidaridad de sus asociados. Teniendo entre sus valores fundamentales la equidad, eficiencia y calidad.

El programa de capacitación pretende:

1. evaluar las necesidades de salud que presentan los asociados a las mutuales participantes.
2. exponer una experiencia exitosa en el desarrollo de un sistema mutual de salud.
3. demostrar que es posible dentro de sus organizaciones la realización de sistemas de salud.

Este programa será continuado con un entrenamiento, entre quienes lo soliciten, en el denominado sistema mutual de salud con el propósito de implementarlo, preservando las características locales y cubriendo las necesidades de salud de los mismos.

El Objetivo General de este trabajo es:

- **Aportar conocimiento sobre capacitación de RRHH en salud, desde un enfoque de organización mutual.**

Se trabajará con un caso seleccionado, el cual se trata de la Organización de Mutuales de América (ODEMA), presentando la experiencia implementada en abril en Chile y julio en México, de 2006.

Y sus Objetivos específicos:

1. **Exponer el programa de capacitación, en sistema mutual de salud desarrollado por Odema, durante el año 2006.**
2. **Analizar Odema como entidad mutual que promueve la integración del mutualismo de América.**
3. **Describir los encuentros de capacitación en sistemas mutuales de salud desarrollados en Chile y México durante el año 2006.**
4. **Evaluar el programa de capacitación en sistema mutual de salud de Odema.**

3.) MARCO CONCEPTUAL

Para entender la necesidad planteada por Odema de promover en sus organizaciones la capacitación de sus RRHH y un plantear un cambio en los sistemas de salud vigentes y en el modelo biomédico imperante es que desarrollaremos los siguientes temas:

1. capacitación en rrhh
2. situación de salud de América,
3. sistemas de salud de los países integrantes de Odema.
4. organizaciones de la economía social .

3.1.) CAPACITACIÓN EN RRHH.

"Uno de los principios más fuertes de la psicología social y de las organizaciones es que el trabajo en conjunto para alcanzar objetivos comunes produce logros superiores y mayor productividad que el trabajo individual (...) El aprendizaje cooperativo favorece un mayor uso de estrategias superiores de razonamiento y pensamiento crítico que el aprendizaje competitivo e individualista". (Johnson y Johnson, 1999).

"El éxito de las llamadas economías emergentes, la liberación del comercio mundial y la progresiva del modelo burocrático de las organizaciones están llevando a una revisión fundamental de los mecanismos de gestión estructuración de las empresas", (Ricart, 1997).

Toda organización que realmente desee competir en este milenio que comienza, debe tener en claro las siguientes afirmaciones:

- El rendimiento de hoy es el resultado del aprendizaje del ayer
- En una institución que invierte constantemente en aprendizaje, su utilidad mejora continuamente.
- En una organización que se basa en el rendimiento y no en el aprendizaje, su productividad al largo plazo baja.

"Aprendiendo de las organizaciones de empresas de servicios se puede prever con mayor celeridad la dirección del cambio organizativo". (Ricart, 1997).

Las nuevas formas organizativas llevan a:

- Organizaciones más planas: con menos jerarquías, menores niveles y mayores niveles de autonomía en la organización.
- Autonomía de decisión: que da mayor participación a los empleados, y poder de decisión. Los problemas se resuelven en el nivel más bajo posible en la organización y de esta forma se puede dar un mejor servicio, mayor calidad y más rápido.
- Trabajo en equipo: es la razón fundamental de la integración interna y externa.

Los equipos una base social necesaria para el desarrollo profesional y humano de los empleados. "Los equipos son, la nueva cédula social en la empresa" (Ricart, 1997)

- Sistemas de información: se han transformado en la red de seguridad necesaria para evitar el descontrol en las nuevas formas organizativas

El trabajo en equipo también ha sido considerado "el modo de trabajar de la alta dirección", (Drucker, 1974).

Para que el trabajo en equipo pueda ser realizado se deben dar un conjunto de condiciones básicas:

- Confianza entre los integrantes: la misma es un elemento fundamental en cualquier relación humana.
- Comunicación espontánea: "Comunicar es algo más que transmitir información. Es transmitir actitudes, sentimientos, etc." (Rodríguez, 1997)
- Apoyo Mutuo: viene dado por la ley de reciprocidad, que es la expresión de justicia en las relaciones humanas.
- Tratamiento de las diferencias: deben ser resueltas por el equipo, ya que las mismas son diferentes puntos de vista de un mismo tema que merecen igual respeto.
- Habilidad para trabajar en equipo.
- Liderazgo: una reunión de trabajo es una actividad muy compleja, por lo que el director de la misma con su conducta define el marco dentro de la cual se desarrolla.

Para poder establecer algunas de estas formas de organizativas, de manera tal de obtener buenos resultados sostenibles en el tiempo, las organizaciones recurren "al aprendizaje organizativo y a la flexibilidad para el desarrollo de capacidades organizativas que se transformen en competencias distintivas o core competences" (core competences: competencias (incumbencias) distintivas o propias de una organización) (Senge, 1992).

La forma de satisfacer este conjunto de requerimientos es mediante la capacitación continua, permanente y flexible

En realidad, toda organización aprende en mayor o menor medida y la velocidad con la que aprende es fundamental. En épocas anteriores el aprendizaje se basaba en la experiencia, pero hoy muchas organizaciones lo mantienen, aunque este tipo de capacitación ya no se puede utilizar en estos tiempos.

Los motivos por los que una organización debe invertir en la formación de sus recursos humanos, en forma imperiosa y continua es que el éxito de las mismas está centrado en la velocidad de incorporación de los conocimientos nuevos al sistema y en la capacidad con la que ellas puedan dar una respuesta ante los cambios en forma más rápida que la competencia, en un entorno socio-económico en acelerados cambios.

En todo tipo de aprendizaje se han definido cinco niveles que son:

Adquisición: se adquieren actitudes, creencias, información, conocimiento, oficio y valores.

Utilización: consiste en el uso de lo adquirido y si bien es sólo actividad, la misma sirve para retroalimentar la adquisición de nuevos conocimientos.

Reflexión: si la utilización es el árbol, la reflexión es el bosque, hay que alejarse temporariamente de una, para tener más clara la otra. La reflexión puede implicar la construcción de nuevos paradigmas y estos paradigmas pueden llevar a cambiar la forma en que opera la organización.

Cambio: emerge de la combinación de los dos puntos anteriores, es poner en ejecución lo reflexionado.

Flujo: está descrito en detalle en el libro "Flow" de Mihaly Csikszentmihalyi. (1992). En este nivel, los aprendizajes se refuerzan unos a otros sin esfuerzo consciente.

Una organización para reformarse deberá tener presente los siguientes conceptos según define Guns (1996):

Visión: para obtener y conservar la ventaja competitiva mediante el rápido aprendizaje

Estrategia: para impulsar, cultivar y transformar, la organización

Capacidades y Tácticas: para poner en práctica dichas estrategias y acelerar el aprendizaje.

Tecnología: como acceso al aprendizaje, su captura y su transferencia. No debe olvidarse que la tecnología es un auxiliar en la comunicación docente-alumno, no la fuerza impulsora detrás de él. Este efecto se puede resumir citando a Allen (1999): "Aristóteles no tenía Power-Point para sus clases",

Medición y Refuerzo: para que sobrevivan la motivación, el compromiso y el mejoramiento. Hay que recordar que el aprendizaje en la organización es una tarea permanente y cuando se pierde la organización declina.

Los conocimientos y habilidades son elementos claves para competir en "la edad del conocimiento" Quinn (1990). Estos recursos: el conocimiento y la habilidad, son escasos como todo recurso, y es por ello que las empresas se localizarán donde tengan más facilidades de acceder a este conocimiento, y simultáneamente "encaminarán sus políticas de recursos humanos hacia la adecuada dirección de éstos recursos escasos" Lawler (1992).⁹

Capacitación Mutua

Teniendo en cuenta los preceptos antes desarrollados es que desde Odema se plantea un programa de capacitación de los recursos humanos de sus organizaciones, en especial en el área de salud donde es necesario crear y promover un sentido de pertenencia de la gente con su espacio local, estimulando un enfoque integrado de los asuntos sanitarios y ambientales y comprometiendo a los líderes de las organizaciones en ese abordaje conjunto.

En un contexto en el que los programas de formación y capacitación de los profesionales y técnicos del área médica no han sufrido transformaciones estructurales importantes y los servicios de salud, por lo tanto, reciben a profesionales y técnicos como sus efectores que corren el riesgo de "hacer lo mismo y extender la cobertura del modelo biólogo lo más cerca posible del hogar y del sitio de trabajo", corriendo de esa forma la contingencia de encarecer los servicios de atención médica, y a la vez, de poner a disposición de la población una atención que muchas veces no resuelven ni siquiera el síntoma por el que se consulta.¹⁰

Todo ello hace necesario un nuevo abordaje de los procesos de salud, reconociendo que sus determinantes van más allá del plano biológico, reuniendo además variables de carácter ambiental, geográfico, sociales, culturales y educativas, entre otras, y por lo tanto, propiciando una respuesta

⁹ Lage Fernando J. *Ambiente distribuido aplicado a la formación/capacitación de RR HH: Un modelo de aprendizaje cooperativo-colaborativo*. Tesis para el Magister de Automatización de Oficinas. Fac. Informática. UNLP. 2001

¹⁰ Villalobos Solano L. B. *Hacia un manejo integrado del ambiente y la salud en el quehacer del equipo básico de atención de la salud*. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc. jun. 2001, vol.9, no.1, p.13-26. ISSN 1409-1259.

social que pone de manifiesto la importancia de otros sectores en la atención integral de la salud.

El principal agente para lograr la concientización de la atención de la salud en un modelo biopsicosocial que priorice al individuo como eje del sistema, es la misma comunidad, ya que ésta debe ser quien promueva los cambios en las prácticas culturales que atentan contra la salud de las personas; es decir, la gestión local es fundamental en la atención integrada de la dimensión ambiental y sanitaria a éste nivel. Menéndez (1998), señala una doble acepción de lo que denomina participación social en salud: una en términos de recurso humano, que fue lo dominante en los servicios de salud en su origen, y otra en términos de población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud, especialmente en la llamada Atención Primaria Integral.¹¹

La capacitación en estos modelos no sólo debe ser a los recursos humanos que laboran en el sector salud, sino que debe ampliarse a todas las instancias de las organizaciones.

Puesto que el ambiente en el que se encuentran las organizaciones cambia constantemente, hay una necesidad continua de aprender nuevas habilidades y técnicas. Mientras esto es siempre verdad, hasta cierto punto, actualmente hay una necesidad, más que normal, para capacitar para que las mutualidades aprendan a adaptarse ellas mismas a un mercado orientado al ambiente.

La finalidad de toda capacitación es desarrollar talentos y estimular cambios de comportamiento y de actitudes en los participantes. Sin embargo, la capacitación no resuelve todos los problemas. Por ejemplo, la falta de acceso a los recursos o la falta de ellos no son cuestiones de capacitación.

Las necesidades de capacitación surgen ahí donde esos conocimientos o habilidades faltan, o cuando van a comenzar nuevas actividades, o nuevos productos son introducidos etc. Las necesidades de capacitación pueden existir a diversos niveles:

para la totalidad de la organización/mutual ;

para el personal administrativo o grupos con tareas específicas.

La capacitación de los asociados pretende desarrollar un cuerpo activo de asociados capaces de participar eficazmente en el funcionamiento de sus entidades.

Esto incluye el aprendizaje para establecer estructuras adecuadas, fijar reglas útiles y asumir la dirección general de su propia organización. El empeño directo de los asociados en todos esos aspectos del funcionamiento de una mutual es la única vía confiable en ellos mismos para asegurar a largo plazo la supervivencia de las organizaciones.

Las organizaciones deben ser eficazmente administradas para sobrevivir en el nuevo ambiente. Los gerentes y el personal capacitado deben responder ante los asociados, ya que la administración es finalmente responsabilidad de los asociados y aquellos son elegidos por éstos.

¹¹ Menéndez, E. (1998) *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado*. Cuadernos Médico Sociales, 73, 5-22. Rosario.

Por lo tanto, uno de los requisitos más importantes es capacitar gerentes y personal con habilidades en mutuales. En muchas lcs asociados tienen que asumir funciones importantes para las cuales ellos poseen poca experiencia o capacitación.

Aprendizaje participativo

Nadie sabe todo.
Todo el mundo sabe algo.

La participación de los asociados en decisiones y acciones de las entidades ha sido identificada como un prerrequisito para un desempeño mutual satisfactorio. No obstante, no toda la gente se siente cómoda en grupos. Algunas son personas tímidas y no conversan fácilmente. Otras personas dominan debates o no escuchan. Para comprender a todos los asociados en un debate en grupo, y eventualmente en actividades de grupo, el promotor/capacitador necesitará conocer y emplear métodos de capacitación participativa.

El aprendizaje participativo gira en torno al desarrollo de uno mismo a través de la experiencia - no por lo que le hayan dictado órdenes. Es un proceso creativo de resolver problemas, en el cual, idealmente, cada asociado de un grupo participa activamente - asociados, gerentes y promotores/ capacitadores. Esto es fundamental para alcanzar un desarrollo con, y no por, el grupo.

La capacitación participativa se procura fomentar en los participantes de talleres o en los asociados en el campo, a descubrir cosas por ellos mismos y aprender aportando sus propias experiencias, ideas y talentos en el proceso de aprendizaje mutuo. En la capacitación mutua, los métodos participativos son particularmente adecuados y útiles por cuatro razones:

1. La naturaleza de las organizaciones mutuales requieren participación.
2. Los capacitadores generalmente son personas que están interesadas en estas organizaciones.
3. La mayoría de ellos tienen un antecedente de experiencia en trabajos de la economía social.
4. Los participantes son en general adultos maduros.

¿Cómo aprenden los adultos?

Ellos son alumnos voluntariamente. Raramente aprenden si no encuentran el tema que se relacione con sus vidas.

Ellos aprenden mejor cuando el contexto de la capacitación está circunscripto a sus tareas o trabajos propios.

Ellos tienen experiencia y pueden ayudarse mutuamente a aprender.

Ellos aprenden más con sus iguales. El intercambio de experiencia resulta en aprendizaje efectivo.

Ellos aprenden mejor en una atmósfera de responsabilidad y capacitación activas.

Sus recuerdos a corto plazo se debilitan. El refuerzo mediante repetición puede ayudar.

Ellos necesitan trabajar a su propio ritmo. También mucho apresuramiento

puede dificultar sus capacidades de aprendizaje.

Ellos tienen un sentido de dignidad personal. Si no son tratados con respeto y se los hace sentir humillados o ridiculizados frente a otros, ellos pueden rechazar un aprendizaje en ese contexto.

(adaptado de Pretty y ot. 1995)

El objetivo básico de la capacitación debe ser crear un ambiente de aprendizaje mediante facilidades: proveyendo un proceso mediante el cual el grupo es animado a debatir y trabajar fuera de sus temas y soluciones sobre su propiedad. Rara vez esto es posible en las situaciones formales de enseñanza que todos nosotros hemos usado para las escuelas y colegios: el maestro da por sentado conocer alguna cosa que el "resto desconoce"; tiene que adquirir, también, mediante la atención silenciosa y pasiva. La experiencia ha demostrado que tales vías de aprendizaje tienen pequeños impactos duraderos.

La necesidad de acción

El aprendizaje actuando es mucho más efectivo que el aprendizaje escuchando. Es más probable lo que sucede si los participantes obtienen alguna experiencia práctica en el (los) tema (s) durante la capacitación.

Lo que nosotros oímos OLVIDAMOS
Lo que nosotros vemos RECORDAMOS
Lo que nosotros hacemos COMPRENDEMOS

Ocurrirá aprendizaje activo:

- si las expectativas de los participantes, habilidades y experiencias se tienen en cuenta,
- si los participantes tienen oportunidad de tomar parte activa ellos mismos durante el curso,
- si los temas y soluciones encontradas durante el curso son aplicables al contexto y situación real de vida de los participantes.

Actuar también significa que la acción es para aprender acerca de lo que interesa a los asociados, por ej. mediante seminario y/o métodos de campo empleados en evaluaciones participativas, y el hecho que los asociados sean animados a participar más activamente en las decisiones y planeamiento de sus cooperativas.

El aprendizaje participativo también comprende cambios de actitud y de comportamiento, particularmente desarrollando una actitud básica respecto de otras personas. Las habilidades comunicativas con frecuencia faltan y requieren atención extraordinaria de capacitadores y promotores.

Necesidades de capacitación

La participación activa en la mayoría de los casos comprende la discusión de grupo. Esto es así porque la discusión de grupo

Estimula el interés.

Anima las personas a hablar y expresar sus opiniones. Con frecuencia esto ocasiona la salida de conflictos ocultos en el grupo. Capacitadores hábiles pueden usar conflictos en forma productiva.

Ayuda a los participantes a recordar cosas que ellos han tenido que defender o explicar a otros.

Es un ejercicio cooperativo a través del cual el grupo busca soluciones a los problemas. Los asociados emplean experiencias y prudencia del propio grupo. Puede influenciar actitudes y comportamientos, y también abre el camino para emplear destrezas o información recientemente adquiridas.

Dos puntos deben considerarse para facilitar las discusiones de grupo.

Primero, es aconsejable aportar la variedad de diferentes ideas y opiniones antes del comienzo de los debates principales y de la toma de decisiones. La persona callada necesita ser animada a expresar sus puntos de vista.

Segundo, puede ser necesario dividir el grupo de capacitación en su totalidad ("plenaric") en sub-grupos para el debate efectivo, que puede requerirse sea homogéneo en términos de competencia o interés. En general las personas tienen más facilidad para hablar cuando están en grupos pequeños. Se les anima a presentar los resultados de sus debates en el plenario. En ese sentido los enfoques de oposición o de complementariedad sobre los problemas, pueden ser elaborados como base para un debate posterior.

Mencionamos también dos métodos adicionales de capacitación que se adaptan a estas organizaciones: el método de GRAAP y el teatro de títeres los que son particularmente empleados en general para trabajar con asociados no alfabetizados.

GRAAP significa Groupe de Recherche et d'Appuy pour la Autopromotion Paysanne, una iniciativa franco-áfricana, que ha sido desarrollada en Burkina Faso desde 1975.

El método está basado en dos presunciones:

Primero, como una reacción a condiciones ambientales de cambio rápido, a externas intervenciones de gobiernos y organizaciones extranjeras, han disminuido continuamente las capacidades de las personas interesadas en la solución del problema.

Segundo, para mejorar sus condiciones de vida, ellos necesitan ser guiados por servicios de externos que lo faciliten. El método característico cuenta con diversas de imágenes preparadas por agencias de desarrollo.

El método GRAAP

Los agentes externos ingresan en las comunidades y facilitan la libre expresión de ideas de todos, animando la formación de subgrupos homogéneos para analizar problemas. El facilitador resume los puntos de vista que todos los grupos tienen en común y también menciona los problemas sobre los que no hay consenso.

Solamente entonces se emplean las imágenes. Se les pide a los participantes en la reunión poner juntos una cantidad de dibujos que representen sus tareas diarias, mientras discuten las relaciones entre sus diversas (posiblemente conflictivas) necesidades y sus actividades. Reflejando sus puntos de vista para mejorar sus vidas, las contribuciones de los participantes se visualizan mediante dibujos adicionales durante la discusión. Se les anima a reconocer el impacto del daño ambiental sobre algunas de sus acciones.

3.2.) SITUACIÓN DE SALUD EN AMÉRICA.

Para facilitar la explicación de la situación salud analizaremos a los países de América Latina y el Caribe en conjunto y luego veremos Estados Unidos de Norteamérica y Canadá.

Durante las últimas décadas, los países de América Latina y el Caribe han conocido evoluciones profundas, marcadas por períodos alternativos de crecimiento y de crisis económicas. Los sectores de la protección social y de la salud han sido objeto también de cambios importantes bajo el impulso de reformas de grandes proporciones, muchas de éstas impuestas por organismos internacionales y por lo tanto carentes de legitimidad de origen, lo que motivó importantes gastos en recursos y esfuerzos sin resultados correlativos.

Si bien se han obtenido en el ámbito regional logros importantes en ambos sectores, aún subsisten serios problemas. Hoy en día, una gran proporción de la población está excluida de la protección social en salud y en consecuencia no tiene acceso a los servicios de salud en una forma adecuada,

La mayor parte de los sistemas latinoamericanos de salud están compuestos por tres subsistemas – seguridad social, público y privado – que presentan distintos grados de desarrollo, según el país del que se trate.

1. El primer subsector es el de la seguridad social, especialmente a través de los regímenes de enfermedad –maternidad– que en varios países complementa a la prestación pública. En general, las instituciones de seguridad social funcionan como proveedores y cubren a sectores de ingresos medios con derechos en virtud de la legislación. Este subsector suele contar con más fondos que el Ministerio de Salud y su campo de aplicación abarca a un sector más pequeño que el cubierto por este último.
2. El segundo subsector lo constituye el subsistema público, a través del Ministerio de Salud, es el principal proveedor de servicios preventivos y curativos, y tiene como clientela natural principalmente a los grupos poblacionales excluidos de los dos otros subsistemas.
3. El tercer subsector es el privado, centrado en la medicina curativa cubre mayoritariamente a los sectores medios-altos de la población y cuenta con instalaciones y servicios de mayor calidad. El sector privado se constituye a partir de prácticas heterogéneas, que van desde la medicina tradicional, minoritaria en la mayoría de los países y cuyos consumidores son los sectores medios y bajos, hasta las prestaciones que brindan las ONGs y los seguros privados con o sin fines de lucro.

La exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de obtener por medio de uno o varios de estos tres subsistemas la garantía de acceso a la salud en una forma adecuada, se considera que en la mayoría de los países de América el subsector público carece de los medios financieros para brindar una atención adecuada de la salud, salvo en aquellos países que presentan un modelo universal de cobertura y un verdadero compromiso del estado (ej.: Canadá, Cuba).

Existe un consenso en las Américas sobre la creciente importancia y tamaño de la población no cubierta por las prestaciones de salud de la seguridad social, principalmente en el sector informal urbano y rural. En algunos países la cobertura es muy limitada tanto en lo que respecta al número de personas protegidas como las contingencias cubiertas. La mayor proporción en términos de población excluida, según esta variable, se presenta en los países que tienen un sistema segmentado. Esto no significa necesariamente la falta de cobertura del sistema de salud en su conjunto, ya que estamos tomando solo uno de los tres subsistemas que lo conforman. Pero es sabido que, si bien el subsistema público funciona como el principal proveedor, mientras se financie la oferta y no las necesidades de la demanda, existe un gran riesgo de no estar en condiciones de brindar una cobertura real adecuada.

Sin embargo, debe puntualizarse que 217,8 millones de personas no cuentan en la Región con cobertura de la seguridad social. Por este motivo, sus necesidades en materia de atención médica se encuentran cubiertas por mecanismos de financiación de la oferta dentro del sector público y por tanto, están sujetas a los problemas de distribución del ingreso a los que hacen frente los países.

En el caso de la accesibilidad financiera, se expresa la relación entre línea de pobreza y gasto en salud, como un indicador de la desigualdad existente. Los sectores más pobres gastan proporcionalmente una parte mayor de sus ingresos en servicios de salud, si se los compara con los sectores más acomodados. Esta brecha se manifiesta en la proporción de personas afectadas por barreras financieras.

La accesibilidad financiera mide mejor la calidad y tipo de servicios a los cuales se accede, que la cantidad de personas que están excluidas del sistema. Por ello, no es posible determinar una dimensión de la exclusión medida desde el mismo prisma. De todos modos, sí es posible indicar que la población por debajo de la línea de pobreza seguramente no podrá acceder a diferentes niveles de los servicios de salud por presentar un ingreso inferior a los 2 US dólares por día. Esto determina que una población de 121 millones de personas se encuentra precariamente atendida y con una baja calidad prestacional.

Dicha cifra, a juzgar por los resultados de los indicadores de salud de la Región, pareciera ser bastante acertada. Aproximadamente 15,7 millones de personas pueden tener dificultades para acceder a los servicios en razón de un déficit de profesionales médicos y 267,5 millones en razón de un déficit de camas hospitalarias en relación con el estándar reconocido como óptimo.

Los programas de ajuste estructural comenzaron en América Latina en la década de 1980 y se extendieron hasta el final del siglo pasado. Los países latinoamericanos han sido los que en mayor grado se han visto forzados a aceptar los postulados del Estado mínimo, preconizados por los defensores del neoliberalismo. En América Latina predomina el proceso de desmantele de las entidades y servicios públicos y la flexibilización laboral, llegando al extremo de violar leyes basadas en principios sociales universales.

Las reformas estructurales de tipo económico han tenido un fuerte impacto en América Latina a partir de la década de 1980, según se desprende de la evolución de los indicadores económicos y sociales. Estas políticas se derivaron de acuerdos con organismos financieros internacionales y están

asociadas con dictámenes que posteriormente se denominarían "Consenso de Washington".

Estos programas de derivados de la crisis de los Estados de la región, se venía gestando desde tiempo atrás y se atribuía a las llamadas ineficiencias estatales y al excesivo gasto público sin destino específico, agravado por el alto índice de inflación, se hacía necesario corregir muchas de las falencias que arrastraba el sector público, corregir la destinación del gasto social y hacer un uso más eficiente de los recursos.

En Europa a partir de 1950 y luego en el resto de los países occidentales la expansión del Estado fue enorme en proyectos de bienestar, programas sociales y estrategias para el desarrollo, pero no tuvo una orientación adecuada al carecer de consenso, ya que en general se planificaba en organismos internacionales sin tener en cuenta las realidades locales.

A esto se sumó la crisis económica que golpeó a partir del conflicto del petróleo de la década del 70, que agravó la pobreza debido a los recortes en empleos y en el gasto social.

No obstante, el Banco Mundial, uno de los organismos internacionales que propiciaban estas políticas, aseguraba que la intervención estatal había fracasado y que las economías y los programas de ajuste se debían inclinar en favor de los mecanismos de mercado, lo que derivó en una profundización de los mecanismos de crisis.

En América Latina cayó el producto interno bruto per cápita (PIBpc) promedio, especialmente en Argentina, Bolivia y Perú, y aumentó la inflación, aunque con una posterior recuperación en la década de 1990.

En lo social se destaca la caída del salario mínimo, especialmente en Argentina, México y Perú, y el aumento de las tasas de desempleo en países como Chile, Colombia y Uruguay; la pobreza se incrementó, especialmente en Bolivia y Perú; la distribución del ingreso se hizo más desigual en casi todos los países, particularmente en Chile y Bolivia durante la década de 1980 y posteriormente en Colombia y Brasil.

Estos dos países, junto con Chile y Paraguay, configuran el espectro de mayor inequidad interna en América Latina, además de recibir el mayor impacto social negativo en esa década; en Colombia, ese efecto se sintió en la década siguiente.

La situación de la salud pública se agravó porque los Estados perdieron el poder de actuar en relación con algunos factores determinantes fundamentales de la salud, como el comportamiento de los mercados internacionales, los nuevos estilos de vida y de consumo, el comercio de bienes y servicios de salud o la contaminación ambiental generalizada. El impacto del gasto público en el sector de la salud es muy pequeño en comparación con el de los factores socioeconómicos, como el ingreso per cápita, la inequidad en la distribución del ingreso y el nivel de educación, entre otros.

En general se observó la ralentización de la tendencia al aumento de la EV (esperanza de vida) y al descenso de la MI (mortalidad infantil) en el mundo. Estos cambios son estadísticamente significativos en toda Latinoamérica, donde los indicadores de salud presentan una asociación con el tamaño del Estado. La EV aumenta a medida que se acrecienta el tamaño del Estado, mientras que la MI disminuye. En general, según muestra la correlación de Pearson, existe una asociación significativa entre los indicadores de salud y la reducción del Estado en todo el mundo.

En América Latina fue donde primero se aplicaron las políticas neoliberales, cuyos principales motores han sido el ajuste estructural y el adelgazamiento del Estado. También fue ahí donde se sintió de manera más temprana el impacto macrosocial de esos ajustes sobre la salud, lo que demuestra que en solo una década de ajuste, las políticas macroeconómicas pueden causar efectos mensurables sobre los indicadores sociales.

No se puede olvidar, sin embargo, que ese efecto varía de acuerdo con la distribución de la riqueza en cada país, como señala Bartley. Es un hecho que la desigualdad en la distribución de los ingresos está asociada con la inequidad en el acceso a los servicios de salud y a otros servicios sociales importantes. Los niveles de salud de la población (EV, morbilidad y mortalidad) dependen directamente de las desigualdades en el ingreso y de otros factores sociales y culturales correlacionados.

Estados Unidos

Seguro de salud: En los Estados Unidos de América, el seguro de salud es el método más común de pago por los servicios de asistencia sanitaria. Sin seguro de salud ni capacidad de pagar con fondos privados, el acceso a servicios de salud es limitado o no se consigue en absoluto. No existe un sistema único, de todo el país, de seguro de salud, pero el gobierno federal patrocina Medicare (destinado a ancianos) y Medicaid (cobertura para pobres) así como planes de seguro para militares. La mayoría de la población, sin embargo, está cubierta por seguro de salud privado, obtenido en gran parte por medio de los empleadores.

Los servicios de salud en gran parte son prestados por el sector privado y los aseguradores comerciales desempeñan una importante función en el financiamiento de la asistencia sanitaria. La mayoría de la cobertura de servicios de salud se obtiene por medio de una tercera entidad pagadora, como un empleador o el gobierno, que efectúa los pagos, directa o indirectamente, a los proveedores de servicios. Esto puede incluir los costos de médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, etc., según el tipo de seguro.

El gobierno federal es proveedor directo de servicios de salud para el personal militar, los veteranos con discapacidades relacionadas con el servicio, los nativos estadounidenses (indios estadounidenses y nativos de Alaska) y los presidiarios de las prisiones federales. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) es el principal organismo gubernamental estadounidense para proteger la salud de todos los ciudadanos y proporcionar servicios sociales esenciales, especialmente para los que son menos capaces de velar por sí mismos.

El HHS no es proveedor directo de servicios de salud a la población de los Estados Unidos de América, con una excepción: el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas (IHS).

El gobierno federal proporciona seguro a todos los estadounidenses de más de 65 años de edad, los que tienen insuficiencia renal permanente y ciertas personas con discapacidades, mediante un programa conocido como Medicare. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), parte del HHS, administran Medicare, el programa más grande de seguro de salud de la nación, que cubre aproximadamente 39 millones de estadounidenses. Medicare

se financia en general mediante una combinación de impuestos a la nómina de sueldos, ingresos generales y primas que pagan los beneficiarios. Medicare tiene tres partes: la Parte A, que proporciona seguro de hospital; la Parte B, que proporciona seguro médico complementario, y la Parte C, que permite que las Partes A y B sean prestadas mediante planes de salud privados.

El gobierno federal, por medio de los CMS, también trabaja con gobiernos estatales para proporcionar seguro de salud a los pobres del país. Medicaid es un programa de seguro de salud financiado en forma conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales y se dedica a algunos sectores de la población de bajos ingresos y necesitados. Cubre a aproximadamente 36 millones de individuos, incluidos niños, ancianos, ciegos, discapacitados y otros que reúnen los requisitos para recibir mantenimiento de ingresos del gobierno federal.

El programa Medicaid varía considerablemente de un estado a otro, así como en un mismo estado en diferentes períodos, pero el gobierno federal requiere que se presten ciertos servicios básicos a todos los inscritos en el programa.

En los Estados Unidos de América, los servicios de salud en gran parte son prestados por el sector privado, y aproximadamente 70% de la población del país está cubierta por seguro de salud privado.

El sector privado se compone de hospitales, médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria, compañías aseguradoras, empresas de suministros médicos, fabricantes de productos farmacéuticos, etc. La mayoría de la cobertura para los servicios de salud en el sector privado se obtiene mediante el empleo.

La obtención de seguro de salud mediante el empleo exige que el asegurado pague parte de la prima de seguro y que el empleador pague la parte restante.

La administración general del sistema de salud, como el de la planificación de salud, se caracteriza por la descentralización. A los estados se les da el control de la ejecución de muchos de los programas de asistencia sanitaria.

No obstante, un número significativo de estadounidenses no tiene seguro de salud. En el año 2000, 38,7 millones de personas --un 14% de la población-- estaban sin seguro de salud, una disminución con respecto a 1998. Esta ha sido una inquietud significativa durante el último decenio, y los expertos en asistencia sanitaria han estado buscando reformas que podrían aumentar la cobertura.

En general, las minorías raciales tienden a comprender una mayor porción de los no asegurados así como la población de Medicaid. Es más probable que las mujeres estén inscritas en Medicaid que los hombres (8,8% de los hombres frente a 11,6% de las mujeres). Los adultos más jóvenes (de 18 a 34 años) están cubiertos con menor frecuencia por un seguro (privado o gubernamental) que los niños o personas de edad. Por lo general, los hijos quedan bajo la póliza de seguro de sus padres hasta cerca de los 18 o 22 años, si son estudiantes de tiempo completo.

Canadá

El sistema de salud canadiense tiene un **modelo universalista**, esencialmente de seguro social. La salud es un bien social que garantiza a toda la población

cobertura integral y universal en las prestaciones básicas independientemente de su capacidad de pago.

El Sistema de Salud de Canadá se encuentra organizado a través de niveles diferentes de responsabilidades jurisdiccionales.

Mayoritariamente las municipalidades y los departamentos regionales se ocupan del mejoramiento del medio y la salud pública y asumen la responsabilidad de la provisión de agua potable, tratamiento de desechos, inspección de alimentos, inmunizaciones, campañas de prevención, etc.

Los servicios hospitalarios y médicos está asegurada por los gobiernos provinciales y territoriales. En este sentido, la autoridad provincial se responsabiliza de todos los aspectos referidos a la prestación de atención médica, negociación de los honorarios y salarios de los prestadores, determinación presupuestos de funcionamiento e inversión, definición de normas, etc.

La administración federal, por su parte, a través de su poder de compra, contribuye a nivelar los programas de salud, bienestar social y la prestación de servicios básicos en todo el país. Esta administración, a través del Ministerio de Salud y Bienestar Social financia y administra en forma directa los programas nacionales de protección de la salud y de seguridad del ingreso y contribuye financieramente en una proporción importante en los programas provinciales de Salud y Servicio Sociales. Además elabora los lineamientos y las normas generales, promueve modos de vida saludables y supervisa y controla la calidad de alimentos, medicamentos e instrumental médico.

Reforma

La Ley Nacional de Salud de 1989 establece los siguientes criterios esenciales:

- **Administración Pública:** Los programas deben ser administrados por entidades públicas sin fines de lucro, que son responsables ante el gobierno provincial.
- **Cobertura integral:** los programas deben cubrir todos los servicios esenciales tanto en la atención ambulatoria como en la internación.
- **Cobertura universal:** definiendo que el 100% de los asegurados tienen derecho a los servicios de salud asegurados (no incluyen las FFAA canadienses, la Gendarmería Real, los que cumplen condenas en cárceles, los residentes en el país que no alcanzan el periodo de carencia).
- **Transferencia geográfica:** las provincias deben cobrarse entre sí, los servicios prestados a sus residentes fuera de su lugar de residencia.
- **Accesibilidad:** los regímenes provinciales deben evitar los obstáculos en la atención, prever el financiamiento de los servicios de salud y prever la remuneración de todos los servicios de salud asegurados y el pago de los hospitales.

El gobierno Federal contribuye al financiamiento de los seguros con recursos que provienen de rentas generales y que ingresan a rentas generales de las provincias.

Para que ello se realice, el gobierno federal exige a las provincias que le brinden información sobre el financiamiento y operatoria del sistema, que publiciten la contribución federal y que acepten la penalización por facturaciones adicionales, las cuales van a descuento.

Existe un programa federal de nivelación por el cual se transfieren a las provincias más pobres mayores recursos para que estas puedan alcanzar mejores condiciones de salud de su población.

El sistema de salud contempla la existencia de seguros privados o pago directo en especialidades no cubiertas por el seguro. Por leyes provinciales, se prohíbe que los seguros privados ofrezcan una cobertura que duplique la de los programas públicos, pero pueden competir en el mercado de beneficios complementarios.

Para comprender mejor la situación de salud es útil tener presente:

- A: gasto nacional en salud por año per cápita (us \$)
- B: gasto nacional en salud por año como proporción del PBI
- C: gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud

	ARGENTINA	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	ECUADOR
A	697	271	331	211	285	65
B	9.1	8.4	7.1	9.3	9.1	4
C	40.7	40.7	54.8	55.1	75.7	

	EEUU	CANADA	MEXICO	PERU	URUGUAY	VENEZUELA
A	4,432.69	2017,4	221	91	618	437
B	13.1	9,5	5.3	4.4	10.3	8.8
C	45.3		47.2	48.9	46.5	31.9

Fuente:
OPS. Programa especial de análisis de la salud. Septiembre del 2,002

En Canadá, el gasto en Salud es el siguiente:

Año	Gasto Total	% sobre el PBI	Gasto per Cápita
1990	53.741	9.5	2017,4

Fuente: Sistemas de Salud en Proceso de Reforma. OPS-OMS.

De este capítulo se concluye que un sistema de cobertura universal, como Canadá, con financiación pública y prestadores públicos o privados, basado en un modelo biopsicosocial de atención (APS), es posible y presenta los mejores resultados expresados en equidad y calidad de vida.

3.3.) Modelos de atención y sistemas comparados de los países integrantes de ODEMA

Países Integrantes :

1. Argentina,
2. Bolivia,
3. Brasil,
4. Colombia,
5. Costa Rica,
6. Chile,
7. Ecuador,
8. El Salvador,
9. E.E.U.U.,
10. Guatemala,
11. México,
12. Nicaragua,
13. Paraguay,
14. Perú
15. Uruguay.

1. Argentina

El sector de la salud en la Argentina se estructurará sobre tres subsectores principales:

a) *un subsector público* con financiación y provisión públicas, principalmente integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial (responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones) y la red de Hospitales Públicos. El subsector público sufrió a lo largo de las últimas décadas un proceso de descentralización que ha desplazado la dependencia de los Hospitales Públicos nacionales hacia los niveles provincial y municipal.

Otros organismos e instituciones tienen responsabilidades sobre la salud, variando su ubicación estructural y su grado de vinculación con los ministerios de salud según las jurisdicciones. Así, la salud ambiental suele estar en el ámbito de responsabilidad ministerial en las provincias, pero sólo representa un sector muy específico en el nivel nacional, donde existe una Secretaría de Estado responsable del tema ambiental.

Las Fuerzas Armadas tienen su estructura propia asistencial, cada rama por separado, y producen algunos insumos como, por ejemplo, medicamentos. El área de educación es responsable de la formación de grado y posgrado en salud a través de las Universidades y Hospitales Universitarios.

b) *un subsector de seguro social obligatorio* organizado en torno a entidades que agrupan a los trabajadores según ramas de actividad denominadas Obras Sociales (OS). A su vez, el personal directivo y gerencial también se agrupa en diferentes OS, llamadas de personal de dirección, con iguales características y funciones que las de los trabajadores comunes.

Otros organismos públicos, como las Fuerzas Armadas y los poderes legislativo y judicial tienen sus propias OS. Por otra parte, cada provincia tiene una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS brindan servicios a través de contratos con terceros prestadores, pues su capacidad instalada propia es muy escasa;

c) un *subsector privado* que incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud (hospitales privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales pero, sobre todo, a los beneficiarios de las OS mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios.

Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagas. En 1994 existían alrededor de 300 de ellas que contaban con dos millones de beneficiarios y que manejaban un total de 2.500 Millones de dólares.

Este mercado también se concentró y según un estudio del 2001 en la actualidad operan 196 empresas de medicina prepaga (de ellas el 58% radican en la Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el Interior) y su facturación se redujo a 2.100 millones¹⁰. El 65% de los asociados son adherentes individuales y el resto son afiliaciones corporativas.

Las diez empresas líderes del mercado concentran aproximadamente el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda. Además, las empresas más grandes tienen un ingreso promedio mensual por beneficiario que duplica al de las menores.

Por último, debe mencionarse que entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, basado en el funcionamiento de operadores privados (Aseguradoras de Riesgo de Trabajo) que atienden las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales.

El sistema está supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La coexistencia de los tres subsectores mencionados no está exenta de dificultades. Se ha argumentado que la oferta pública subsidia indirectamente las ineficiencias de los otros subsectores. En la actualidad, ha incrementado la demanda en el sector público por la creciente desocupación, la crisis económica y la fractura de la cadena de pagos en los subsectores privado y de la seguridad social.

El siguiente cuadro, de elaboración propia, muestra el tipo de Sistema de Salud de la República Argentina, sus efectores y que porcentaje de habitantes poseen cobertura, así como los principales prestadores y si tienen programas específicos de atención.

1.- Sistema de Salud Argentina			
	Efector y cobertura	Prestador, programas	
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	M.S.y A.S. Cobertura 48 %	Hospitales Públicos. Programas específicos.	
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales	Obras Sociales (SSS) Obras Sociales Prov. INSSJP Cobertura 42%	Recursos propios o tercerizados. PMO	
C.) Subsistema Privado	Seguros, prepagos Cobertura 8 %.*	Recursos propios o tercerizados. PMO	

* Isalud, año 2001 (incluye 500.000 personas con emergencia médica)
Fuente, elaboracion propia.2006.

En Bolivia las acciones de salud se sustentan en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES) a través del Plan Estratégico de Salud (PES) elaborado por el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS).

De los 8,280.184 habitantes de Bolivia, el 64.8% se encuentra en áreas urbanas. El 63% de los hogares estaban en condición de pobreza, situación que afecta principalmente a la población rural e indígena. La esperanza de vida al nacer estimada para 1999 fue de 62.2 años en general, 60.6 para varones y 64 años para mujeres.

El Sistema de Salud consta de tres subsistemas: público, de la seguridad social y privado. La rectoría del Sistema de Salud es ejercida en el nivel nacional por el Ministerio de Salud, El Seguro Básico de Salud es la política de atención en salud más importante del Ministerio de Salud, cuenta con la adscripción de los municipios para contribuir a su financiamiento.

En este cuadro, siguiendo la metodología del anterior, vemos la escasa cobertura de la población y la falta de programas mínimos o paquetes prestaciona es. Hay más del 30% de la población excluida del sistema

2.- Sistema de Salud Bolivia			
	Efector y cobertura	Prestador, programas	
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	Min. de Salud Cobertura 30 %	Hospitales Programas para grupos vulnerables	
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales	Seguridad social Cobertura 25.8 %		
C.) Subsistema Privado	Seguros, ONG Cobertura 10 %		

Fuente, elaboracion propia.2006.

En Brasil la financiación es pública y la provisión mixta. El sistema tiene un seguro social con tendencia a la unificación, debido a su modelo de financiamiento, su organización y la alta provisión privada de los servicios. Se optó por unificar progresivamente a las entidades de seguro hasta formar una entidad pública con metas de cobertura universal. Las causas de la disparidad entre la cobertura teórica y la real radican en las fallas en la atención, las cuales generan un volumen importante de pago de bolsillo o mercados de seguros privados, que a veces se combinan con el aseguramiento público y cubren al 25% de la población.

3.- Sistema de Salud Brasil			
	Efector y cobertura	Prestador y, programas	
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	Sistema Único de Salud Cobertura: 75 %		
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales			
C.) Subsistema Privado	Aseguradoras privadas Cobertura: 25 %		

Fuente, elaboración propia.2006.

En Colombia la Ley 100 creó dos regímenes de afiliación: contributivo y subsidiado. Al subsidiado se afilia la población más pobre y vulnerable, sin capacidad de pago. Las personas que no logran ser afiliadas a estos regímenes, por ausencia de oferentes o falta de recursos, son los participantes, no asegurados, siendo responsabilidad de las alcaldías de cada municipio la prestación de servicios de salud de esta población, este sector creció en los últimos 7 años del 31 al 44%

4.-Sistema de Salud Colombia			
	efector y cobertura	Prestador, programas	
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	Sistema general de Seguridad Social Inst. Seg. Sociales 56% Subsidiados 26 %*	Plan de atención básica , plan obligatorio de salud (POS)	
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales	Inst. Seg. Social Población contributiva 30 %*		
C.) Subsistema Privado Seguros, prepagos.	Empresas privadas	Utilizan planes con cierta regulación estatal	

Fuente, elaboración propia.2006.

Chile presenta un Sistema de Salud de cobertura universal con efectores públicos (Fonasa) y privados (Issapres), con un paquete de prestaciones mínimas Plan Auge

5.- Sistema de Salud Chile			
	efector y cobertura		Prestador, programas
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	Fonasa Cobertura: 70 %		Hospitales Plan Auge
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales	Fuerzas Armadas Cobertura: 3%		
C.) Subsistema Privado Recibe subsidio estatal + copago	Issapre Cobertura: 20 %		Privados, Plan Auge ampliado según plan

Fuente, elaboración propia.2006.

El Sistema de Salud Ecuatoriano, público y de seguridad presenta programas parciales de cobertura quedando excluido un sector importante de la población

6.- Sistema de Salud Ecuador			
	efector y cobertura		Prestador, programas
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	MSP 58%		Programa FASBASE para grupos de riesgo
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales	IESS 10% ISSFA, ISSPOL 3% JBG beneficencia		Programas por sector
C.) Subsistema Privado Seguros, prepagos.	Privados y ONGs 2%		Planes por contrato

Fuente, elaboración propia.2006.

El Salvador posee 6 millones habitantes; el 58% de la población es urbana, con edad media < 20 años; la pobreza se encuentra en el 47% de los habitantes, la indigencia en el 11%; lo que produce un índice de desnutrición crónica en < 5 años del 23 3%; el gasto total salud p. capita es de U\$S 166.

7.- Sistema de Salud El Salvador			
Sistema de Salud	Efector / cobertura	Planes Programas	
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	El MSPAS 80 % de la población.	Cobertura Universal Aporte voluntario de los usuarios SIBASI (sistema básico de salud) como ejecutor orgánico	
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales	ISSS 15 % de la población.	Prestaciones sólo a cotizantes titular, familiar y niños hasta 6 años. Mayor oferta especializaciones y s. de apoyo.	
C.) Subsistema Privado Seguros, prepagos.	Sector Privado 5 % de la población.	Financiado por fondos privados o aportes de ONGs	

Fuente, elaboración propia.2006.

En los Estados Unidos de América, los servicios de salud en gran parte son prestados por el sector privado, y aproximadamente 70% de la población del país está cubierta por seguro de salud privado, obtenido en gran parte por medio de los empleadores.
El gobierno federal patrocina Medicare (destinado a ancianos) y Medicaid (cobertura para pobres) así como planes de seguro para militares.

8.- Sistema de Salud E.E.U.U			
Sistema de Salud	Efector / cobertura	Planes Programas	
A.) Subsistema Público	Gobierno federal Cobertura 25 %	Medicare (ancianos) 13% Medicaid (pobres) 12%	
B.) régimen especial grupos focalizados	Veteranos de guerra 4% Indígenas 0.5%	Programas especiales	
C.) Subsistema Privado	Seguros Cobertura 75 %	Planes por contrato	

Hay un 14% de la población (39. millones de habitantes) sin cobertura.
Los porcentajes exceden el 100% por superposición de coberturas.
Fuente, elaboración propia.2006.

Honduras tiene 6.665.600 habitantes; la poblacion indígena es del 6%; el 53% de la población es urbana; el 40% vive en condiciones de pobreza; la desnutricion en < 5 años llega al 53% de los niños

9- Sistema de Salud Honduras (Observador)			
Sistema de Salud	Efector / cobertura	Planes Programas	
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	Secretaría de Salud 60%	Modelo atención hospitalaria.	
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales	IHSS Descentralizada con patrimonio propio. 11 % ,37 % PEA Subsidiado por el Estado.	Alta complejidad. Exclusivo a sus afiliados-	
C.) Subsistema Privado Seguros, prepagos.	Prestadores privados y aseguradoras con reembolso	Pago directo. Muy baja cobertura	

Fuente, elaboración propia.2006.

Guatemala posee 11.687.000 habitantes; de ellos los indígenas representan el 43%; el 40% de la poblacion es urbana; la pobreza es del 75% y la desnutricion en < 9 años llega al 84%.

10- Sistema de Salud Guatemala			
Sistema de Salud	Efector / cobertura	Planes Programas	
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	MSPAS Cubre aprox. al 54 % de la población	No garantiza la provisión de un conjunto de intervenciones ni los usuarios suelen reclamar. Programa SIAS (Sist. Integral Atención Salud)	
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social(IGSS). 17 % de la población.	Cubre a trabajadores formales	
C.) Subsistema Privado Seguros, prepagos.	Profesionales y empresas privadas.10%	Pago directo	

Fuente, elaboración propia.2006.

México tiene 104 millones de habitantes con un índice de pobreza del 42%. El Sistema de Salud para la población no asegurada (48 millones) incluye SSA (secretaría de Salud) y programa IMSS-Solidaridad (11 millones). Para el periodo 2000-2006 se implementó el PNS (programa Nacional de salud) que propone un programa de cobertura para estos grupos .

11.- Sistema de Salud México				
Sistema de Salud	Efector / cobertura		Planes Programas	
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	SSA	75%	PNS	
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores formales	Fuerzas armadas		Planes especiales	
C.) Subsistema Privado Seguros, prepagos.	15%		Plan según póliza	

Fuente, elaboración propia.2006.

En Nicaragua 43% de la población es menor de 15 años, el 48% son pobres y el 17% muy pobres. Presenta un bajísimo nivel de cobertura, sin planes ni programas de cobertura. Encuesta Nacional Nivel de Vida 1998. Fuente reformas de salud- PHM, phmmovement.org. 1999.

12.- Sistema de Salud Nicaragua				
Sistema de Salud	Efector/ cobertura		Planes Programas	
A.) Subsistema Público Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	MINSA	18%		
B.) Subsistema Seguridad Social Trabajadores Formales	INSS	15%		
C.) Subsistema Privado Seguros, prepagos.	4%			

Fuente, elaboración propia.2006.

Paraguay tiene 5.862.656 Habitantes, el 57% vive en áreas urbanas, el 50,4% tiene al menos una NBI. El 59% de la población habla predominantemente el guaraní en el hogar. El índice de analfabetismo es del 7%. La población paraguaya no tiene una cobertura de salud integral, el 81,1% no cuenta con seguro médico. El 27,3% de los partos son "no institucionales" El 40% de la población no tiene acceso a servicios de salud.

13.- Sistema de Salud Paraguay			
A.) Subsistema Público			
Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	MSP 55%	Prestación en hospitales según complejidad	
B.) Subsistema Seguridad Social			
Trabajadores formales	IPS 27%	Planes con prestadores privados	
C.) Subsistema Privado			
Seguros, prepagos.	14%	Cobertura según Plan	

Fuente, elaboración propia.2006.

En Perú el Sistema de Servicios de Salud es fragmentado y en él participan dos subsectores: el público y el no público. El primero de ellos contaba en 1999 con 6.687 establecimientos de salud (89% del total nacional) y está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA) con 5.208 establecimientos, el Seguro Social de Salud Essalud (ex IPSS) con 321 establecimientos y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional con 158 establecimientos de salud. Ese mismo año el subsector no público contaba con el 11% restante de los establecimientos de salud. Según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1997 sólo el 23,5% de la población contaba con seguro médico, predominantemente con la seguridad social.

14.- Sistema de Salud Perú			
A.) Subsistema Público			
Desempleados, no asegurados y trabajadores informales	Min. Salud Cobertura 20,1 %	Programa Essalud	
B.) Subsistema Seguridad Social			
Trabajadores formales	Fuerzas Armadas Cobertura 1.3 %	Programa especial	
C.) Subsistema Privado			
	Seguros, prepagos Cobertura: 2 %	Cobertura según Plan	

Fuente, elaboración propia.2006.

El sistema de salud del Uruguay está constituido por los subsectores público y privado. Las instituciones del subsector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP). El subsistema privado está constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, instituciones de seguro de pre-pago que brindan una atención integral), las empresas que brindan seguros parciales de salud, los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE, que son empresas publicas o privadas que realizan alguno de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pagos a través del Fondo Nacional de Recursos), los sanatorios y clínicas privados, y las residencias para ancianos.

El 33,7% del total de la población está cubierta por los servicios del MSP; el 46,6% por las IAMC, el 4,2% por la Sanidad Militar; el 1,8% por Sanidad Policial y un 1,2% por otros agentes. Existe un 11,7% de la población sin cobertura formal y se ignora la situación del 0,9% restante (Censo Nacional, 1996).

15.- Sistema de Salud Uruguay			
A.) Subsistema Público	ASSE	33.7%	Hospitales
Desempleados, no asegurados y trabajadores informales			
B.) Subsistema Seguridad Social	IAMC	48.6	Seguro para trabajadores con prestadores privados
Trabajadores formales	% Fuerzas		
	4.2%		
	Policia	1.8%	
C.) Subsistema Privado			
Seguros, prepagos.			

Fuente, elaboración propia.2006.

En gran parte de los países de América Latina no existe aseguramiento público masivo en materia de salud. Además recabar información es muy difícil ya que las autoridades sanitarias de la mayoría de los países carecen de estadísticas sobre la cobertura de los sistemas privados (Chile, Colombia, Costa Rica) y publicos, desagregadas por sexo y área geográfica.

En algunos países, el porcentaje de personas sin cobertura en salud es bastante alto. Es el caso de Bolivia, por ejemplo, donde esta situación afecta del 39 al 44% de la población.

Chile es el país que ha alcanzado los niveles mas altos de cobertura del sistema público, en torno al 85%. Los valores mas reducidos de cobertura del sistema publico corresponden a Bolivia (35%), Paraguay (46%), Argentina (48%), y Uruguay (53%).

En todos los países la cobertura del sistema privado es muy inferior a la del sistema público, especialmente en El Salvador, Honduras, Guatemala y Perú.

Por lo tanto, las brechas más significativas de cobertura entre ambos sistemas se encuentran en esos mismos países (en El Salvador 75% y 5%, Guatemala, 80% y 0,8%; y en Perú 52% y 4%, respectivamente).

En relación con el total de hombres y mujeres acogidos a los sistemas de salud públicos, cabe señalar que en Chile la cobertura femenina es considerablemente mayor que la masculina (82% contra 69%). En el resto de los países que disponen de esta información, los niveles de cobertura son bastante similares para ambos sexos. En los sistemas privados, sólo Guatemala registra una diferencia significativa según género, ya que un 10,3% corresponde a hombres y un 3,7 % a mujeres. Por último, en un conjunto de países se ha modificado la regulación en cuanto a acceso y control de medicamentos (Argentina, Perú). Otros cambios legislativos menores se relaciona con la supervisión de la responsabilidad profesional en el área de la salud (sanciones penales, evaluación de especialidades médicas, en Argentina), y con los salarios de los profesionales del sector (Ecuador).

Con respecto a políticas específicas, cabe destacar las dirigidas a las siguientes áreas: salud materna (Argentina, Bolivia, Nicaragua, Paraguay), salud sexual (Argentina, Ecuador), de sangre y transplantes (Argentina y Brasil), salud del niño y el adolescente (Argentina) y prevención (especialmente en el consumo de drogas y alcohol) (Costa Rica, Uruguay). En relación con la medicina comunitaria, interesa señalar que en países como Argentina y Nicaragua, se ha pretendido extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares, permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, y mejorando la comunicación del individuo (y su familia, su saber y su cultura) con la medicina científica (Ministerio de la Salud y Ambiente de Argentina, 2004).

Según datos de la CEPAL, en la mayoría de los países latinoamericanos el gasto destinado al sector de salud es inferior a 40 dólares per cápita y representa menos de un 2% del producto interno bruto. Sólo en tres países se gastan más de 200 dólares per cápita y en cinco se destina a salud entre un 4% y un 6% del PIB

Cuadro N° 1

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO PÚBLICO EN SALUD 2002-2003									
En dólares per cápita					Como porcentaje del PIB				
Menos 40	60 -100	100-200	Más de 200		Menos de 2%	2%-4%	4%-6%		
Ecuador,	Venezuela	Brasil	Costa Rica	Guatemala	México	Uruguay	Argentina		
Bolivia	Jamaica	Uruguay	México	Ecuador	Jamaica	Brasil	Colombia		
Paraguay	Colombia	Chile	Panamá	Paraguay	Chile	Nicaragua	Costa Rica		
Guatemala	Trinidad y	Cuba	Argentina	Trinidad y	Honduras	Panamá			
Nicaragua	Tabago			Tabago, Bolivia		Cuba			
El Salvador				República					
Honduras				Dominicana					
Perú				Venezuela					
República Dominicana				El Salvador	Perú				

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, edición, 2005.

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, edición, 2005.

En la actualidad, si bien los países están avanzando hacia la creación de un paquete básico universal, explícito y garantizado de los servicios de salud, las autoridades sanitarias informan que siguen existiendo desigualdades en diferentes ámbitos.

La falta de coordinación y articulación entre los distintos subsectores proveedores de servicios de salud (público, seguridad social y privado) generan una heterogénea oferta de coberturas, que impide la conformación de una visión compartida de los sistemas de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en el acceso y la utilización de los servicios.

Otros problemas que existen son la indefinición del modelo de prestaciones, la fragmentación e ineficiencia en la destinación y uso de los recursos, el insuficiente financiamiento asignado a la prevención, la amplia diversidad en la calidad de los servicios, y la débil planificación en materia de recursos humanos y de regulación de tecnologías. Dichos factores han obstaculizado la determinación de orientaciones estratégicas globales y el diseño de políticas a mediano y largo plazo de carácter nacional.

En algunos países incluso se generan pequeños sistemas cuasi-autónomos, débiles, desiguales en cuanto a la oferta y muy poco equitativos, con respuestas diferentes en términos de calidad y de acceso tanto entre jurisdicciones como dentro de ellas (Ministerio de Salud y Ambiente, 2004).

No obstante, los gobiernos han intentado fortalecer sus acciones en el área de la atención primaria de salud (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Perú, Uruguay).

En respuesta a uno de los problemas más centrales de la salud de la población latinoamericana —las enfermedades infecciosas transmisibles— la mayoría de los países cuenta con programas nacionales de inmunización (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Perú), y de atención integral de la tuberculosis (Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Perú), control de enfermedades transmitidas por vectores (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Perú), y de infecciones respiratorias agudas (Argentina, Chile, Perú).

En lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual se han realizado esfuerzos especiales en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Perú, Uruguay. En esta área los programas incluyen pruebas de laboratorio para diagnóstico y/o tratamientos gratuitos, entrega de medicamentos reactivos de VIH y sífilis, cargas virales, distribución de preservativos y de folletos de prevención.

En algunos países las iniciativas de este tipo han comprendido acciones tendientes a fortalecer la gestión de los programas de salud sexual y a promover la participación de las organizaciones comunitarias. En Argentina, por ejemplo, en los programas de lucha contra los retrovirus humanos, el sida y las enfermedades de transmisión sexual, se ha considerado la realización de acciones de capacitación dirigidas a los profesionales responsables de la atención primaria, proyectos y servicios en el país, o a los jóvenes para formarlos como promotores de la salud. También se han emprendido acciones para prevenir la transmisión materno-fetal del VIH mediante exámenes de detección serológica a embarazadas y la entrega de medicamentos durante el embarazo y el parto.

En suma, si bien en los países latinoamericanos existe una oferta programática que procura responder a las necesidades de grupos de edad que presentan problemas específicos de salud, falta incorporar programas que apunten a aquellos factores extra-sectoriales que impactan en el nivel de salud de la

población: programas de cuidado del ambiente, mejora de la calidad de la vivienda, de educación, agua potable, seguridad alimentaria y otros, coordinados de manera adecuada con planes sanitarios, que contribuyan a fomentar comportamientos y costumbres de prevención y promoción de la salud,

Otro aspecto determinante es que la distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico, exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa, de la seguridad social y de promoción de la sustentabilidad ambiental.

Cuadro N° 2

AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES): ETAPAS DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA * Y
TASAS DE CRECIMIENTO POBLACIONAL 2000-2005
(Tasas de crecimiento poblacional entre paréntesis)

ETAPAS DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA 2000-2005		
Moderada	Plena	Avanzada
Guatemala (3,0)	Bolivia (2,2)	Argentina (1,1)
	Colombia (1,7)	Brasil (1,1)
	Ecuador (1,8)	Costa Rica (1,5)
	El Salvador (1,9)	Cuba (0,8)
	Haití (2,1)	Chile (1,1)
	Honduras (2,5)	Uruguay (0,8)
	México (1,7)	
	Nicaragua (2,4)	
	Panamá (1,8)	
	Paraguay (2,5)	
	Perú (1,7)	
	República Dominicana (1,8)	
	Venezuela (República Bolivariana de) (1,8)	

* Según clasificación de la División de Población-CELADE de CEPAL.

Fuente: Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2005), *Panorama social de América Latina* Edición 2004, LC/G.2259-P Santiago de Chile.

En todos los países de la región, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios (cuadro 2). Actualmente Argentina y Uruguay se encuentran en etapas de envejecimiento avanzado con porcentajes de personas mayores superiores al 10 %. La proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre el año 2000 y el 2050; de ese modo, para esta última fecha, uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor.

Dada la mayor esperanza de vida de las mujeres, que viven en promedio 6,5 años más que los hombres, la población mayor será principalmente femenina. La región latinoamericana enfrenta un doble desafío como consecuencia de los grandes cambios sociales económicos y demográficos; por una parte, debe enfrentar los problemas tradicionales de salud como las enfermedades contagiosas e infecciones, la mortalidad materna e infantil y por otra parte, debe lidiar con los nuevos problemas surgidos del desarrollo y de cambios paulatinos y a veces rápidos, en los perfiles de la morbilidad: el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, seniles y mentales y el VIH SIDA, entre otras.

Además, el cambio del perfil de la mortalidad según causas y de la distribución de las defunciones según la edad, se manifiesta en la disminución porcentual de las muertes por enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y las del periodo perinatal, dando paso a un predominio relativo de las defunciones por enfermedades crónicas y degenerativas (del

aparato circulatorio y tumores malignos), así como de las causas externas (provocadas por violencia, accidentes y traumatismos). En ello inciden tanto la mayor baja de la mortalidad por el primer grupo de causas, que afectan principalmente a los niños, así como el cambio en la estructura por edades de la población, que conduce a un incremento de las defunciones de adultos mayores CEPAL, 2004 p.130).

Los principales problemas de salud : En primer lugar, se mencionan la alta morbilidad materno infantil (Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Perú) y las enfermedades infecciosas de transmisión vectorial como malaria, dengue hemorrágico y clásico, mal de Chagas y Leishmaniasis (Ecuador, El Salvador, Perú). Este último grupo de enfermedades también figura en segundo lugar en orden de importancia, según las autoridades de Brasil, Guatemala y Nicaragua y en un tercer lugar para las de Chile.

Algunas de estas enfermedades, como el hantavirus, la leishmaniasis, e incluso el dengue, están relacionadas con el deterioro del medio ambiente público y privado. Otras, como la triquinosis y el síndrome urémico hemolítico, son atribuibles al descuido en los hábitos alimentarios. Pero todas, en general, acusan una baja en la calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población (Ministerio de Salud y Ambiente, 2004).

Junto con las enfermedades de transmisión sexual y las crónicas transmisibles como el VIH/SIDA -que son señaladas en segundo lugar en Bolivia y Perú, y en tercer lugar en Colombia, Ecuador y El Salvador- la preocupación de las autoridades sanitarias de la región se está centrando en un gran grupo de enfermedades transmisibles.

Las enfermedades crónico degenerativas (hipertensión, diabetes mellitus tipo II, intoxicaciones crónicas con plaguicidas y otras) corresponden a un segundo grupo de gran importancia para países como Ecuador, Paraguay y Perú. Sin embargo, varios países resaltan este tipo de problema en primer lugar (Chile, Colombia), por lo que es posible presumir que se trata de un problema común a bastantes países de la región.

En igual proporción, las lesiones por causa externa, intencionales y no intencionales, ligadas a accidentes y a conductas violentas, son problemas importantes por resolver en Chile, Colombia y El Salvador. Este último tipo ocupa también el tercer lugar en las preocupaciones de las autoridades sanitarias de Brasil, Costa Rica, Paraguay y Uruguay. Esta situación plantea un desafío mayor, dada su relación con fenómenos socioculturales que tienen una alta incidencia en la salud de la población, como son las condiciones de violencia y marginalidad y las conductas autodestructivas derivadas de problemas psicológicos.

Estas reacciones no constituyen hechos aislados, sino que se perfilan como males propios de la modernidad, que incluso llegan a tener una participación significativa entre las causas de mortalidad asociadas a factores externos al individuo y que afectan a grupos etarios jóvenes. Esto impone la necesidad de posicionar la salud preventiva en el seno de las políticas nacionales de salud.

Por último, otras preocupaciones relevantes, aunque no mayoritariamente consideradas entre las principales, apuntan a las enfermedades del sistema cardiovascular (Argentina, Costa Rica, Uruguay), enfermedades crónicas no transmisibles ligadas a la salud mental (Chile), enfermedades nutricionales materno infantil (Bolivia, Guatemala y Perú) y diversas manifestaciones de cáncer (Argentina, Costa Rica, Uruguay).

Cuadro 3

**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD
EN ORDEN DE IMPORTANCIA**

Países	Problemas de salud		
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Enfermedades del sistema circulatorio (insuficiencia cardíaca)	Tumores malignos (traqueas, bronquios y pulmón)	Enfermedades del sistema respiratorio (insuficiencia respiratoria aguda)
Bolivia	Mortalidad materno infantil	Enfermedades crónicas infecciosas	Desnutrición
Brasil	Dolencias no transmisibles	Dolencias infecciosas transmisibles	Causas externas
Chile	Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas	Accidentes y violencias	Trastornos de salud mental
Colombia	Enfermedades crónicas y degenerativas	Lesiones de causa externa intencionales y no intencionales	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial, enfermedades de transmisión sexual
Costa Rica	Enfermedades del sistema circulatorio	Tumores	Lesiones por causas externas (violencia)
Ecuador	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial	Enfermedades crónico degenerativas	Enfermedades de transmisión Sexual, VIH-SIDA
El Salvador	Enfermedades infecciosas	Lesiones por causa externa	Enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles
Guatemala	Mortalidad materno infantil	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial	Enfermedades nutricionales
Honduras	Enfermedades infecciosas	Enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes
Nicaragua	Mortalidad materna infantil y perinatal	Enfermedades de transmisión vectorial e infecciosas	Enfermedades crónicas
Panamá	Enfermedades crónicas	Enfermedades de transmisión sexual	-
Paraguay	Enfermedades prevenibles que afectan a grupos vulnerables	Enfermedades crónico degenerativas	Enfermedades emergentes, accidentes de tránsito y violencia
Perú	Mortalidad materna e infantil elevadas Enfermedades infecciosas	Enfermedades transmisibles y crónicas	Malnutrición materna e infantil Mortalidad materna
República Dominicana	Alta morbimortalidad materno-infantil	Sin información	Sin información
Uruguay	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer	Accidentes
República Bolivariana de Venezuela	Accidentes de tránsito y violencia	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades asociadas al cáncer

Fuente. Elaboración de las autoras sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL sobre programas nacionales de salud, 2005.

Entre los principales problemas que presenta la atención sanitaria en la región latinoamericana las autoridades resaltaron diversos temas asociados a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de los países.

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Paraguay, Perú, en tanto que para Argentina ocupa el segundo lugar en orden de importancia.

La limitada cobertura de los servicios forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad, que constituye también un problema prioritario en Costa Rica y Ecuador, en tanto que en Argentina, Brasil y Nicaragua es visto en forma algo menos determinante.

En segundo orden de importancia, las autoridades de Chile, Colombia y Perú señalan la baja calidad y la ineficiencia de los servicios, tema que para otros países es prioritario (Costa Rica, Ecuador). En este ámbito se resalta el problema de la riemanria insatisfecha que afecta a un amplio sector de la población (Nicaragua, Guatemala), particularmente en las zonas rurales (El Salvador).

Entre los problemas específicos mencionados en relación con la falta de eficiencia figuran la dimensión excesiva de la capacidad instalada en regiones; los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión, tanto de las entidades territoriales responsables como de las redes de prestación de servicios de salud; las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras.

Cuadro 4
 AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Países	Problemas de atención		
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Superar la emergencia sanitaria producto de la crisis del año 2001	Garantizar el acceso a toda la población a servicios y medicamentos esenciales	Superar brechas estadísticas de salud y que delimitan los márgenes de la inequidad
Bolivia	Inaccesibilidad geográfica	Barreras culturales	Costos
Brasil	Transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles	Aumento de complejidad y costos en los servicios	Equidad en la atención
Chile	Inequidad en el acceso	Calidad de los servicios	Déficit de recursos
Colombia	Accesibilidad en la prestación de servicios en salud	Ineficiencias en organización y operación de la prestación de servicios	
Costa Rica	Eficacia, calidad y equidad de los servicios	Sostenibilidad financiera precaria	Cambio de perfil epidemiológico por envejecimiento de la población
Cuba	Sin información	Sin información	Sin información
Ecuador	Equidad y eficiencia en los servicios	Déficit recurso humano	Costos en la prestación de servicios de salud
El Salvador	Déficit de recursos	Necesidades de salud insatisfechas en las zonas rurales	Enfermedades emergentes y re-emergentes
Guatemala	Acceso a servicios de salud	Demanda insatisfecha	Falta de alimentación adecuada
Honduras	Diarreas	Neumonía	Anemia, parasitismo, desnutrición
Nicaragua	Necesidades insatisfechas	Déficit de recursos	Eficacia, equidad, calidad en la provisión de servicios de salud
Panamá	Accesibilidad de los servicios	Equidad de los servicios	Aumento de los costos
Paraguay	Acceso no equitativo a los servicios de salud	Infraestructura inadecuada	Escasa capacidad resolutive de los servicios de guardias de urgencia
Perú	Bajo acceso a los servicios, particularmente vinculados al embarazo, el puerperio y el recién nacido	Insuficiente calidad y eficacia en los servicios	Déficit en recursos humanos Acumulación epidemiológica
República Dominicana	Limitada cobertura en atención primaria	Desarticulación presupuesto	Cobertura insuficiente
Uruguay	Ausencia de un modelo de atención integral de salud entre agentes privados y públicos	Ausencia de programas de atención de las enfermedades no transmisibles	Debilidad en atención primaria y su articulación con niveles superiores
República Bolivariana de Venezuela	Sin información	Sin información	Sin información

Fuente: Elaboración de las autoras sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL sobre programas nacionales de salud, 2005

3.4. ECONOMIA SOCIAL: SINDICATOS, COOPERATIVAS Y MUTUALES.

La economía social es un movimiento social basado en el individuo que se funda y desarrolla como respuesta a la creciente marginalidad que produce el sistema capitalista. Esta compuesta por tres movimientos de fuerte arraigo en el mundo, el mutualismo, el sindicalismo y el cooperativismo.

Sindicalismo : los sindicatos comenzaron a organizarse a fines del siglo XVIII, en Europa, motivados por la fuerte explotación que sufrían los trabajadores. La Iglesia Católica fijó su postura en la Encíclica del Papa León XIII "Rerum Novarum" en 1891, que declara que el sindicalismo constituye un derecho natural de los trabajadores.

Dentro de sus reivindicaciones el sindicalismo prioriza el salario justo, la estabilidad laboral y las condiciones dignas de trabajo.

Cooperativismo : las primeras cooperativas comenzaron en el siglo XVIII y se establecieron definitivamente en 1844, con la aparición en Inglaterra de la "Cooperativa de los Probos Pioneros de Rochdale".

Dentro de sus fines persiguen la justa distribución de la riqueza y la participación de los hombres en un plan de igualdad para organizar la producción, el consumo, las finanzas y los servicios.

Mutualismo : las sociedades de socorros mutuos son las más antiguas de las que constituyen los movimientos sociales. Funcionaron en Egipto antes de la era cristiana, donde los trabajadores y esclavos practicaban la ayuda mutua, para asistir a viudas, huérfanos y a los enfermos, dando alimentos y albergue. En el Sinaí los pueblos hebreos tenían la costumbre de agruparse para soportar en conjunto, la pérdida de ganado por las sequías.

En la China de la Dinastía Han, 200 años antes de la era cristiana, el ciudadano Pong Koong instituyó la primera sociedad de crédito recíproco.

En Grecia las "Maestrías" o "Hetairas" eran asociaciones en las cuales sus componentes se comprometían a asistirse en casos de enfermedad y muerte entre otras circunstancias. Estas asociaciones también funcionaron en el Imperio Romano.

Los primeros bancos de ahorro mutuo en los Estados Unidos de América fueron organizados a partir de 1816, en Boston y Filadelfia, por líderes comunitarios para guardar los ahorros de los asalariados, cabe destacar que no existían las cajas de ahorro bancarias.

En 1842 la Mutual Life Insurance de Nueva York obtuvo personería jurídica, marcando el comienzo del seguro mutuo de vida en los EE.UU., en 1850 en Utah y California se formaron las primeras asociaciones mutuas para cubrir distintos tipos de riesgos, existiendo 10 años después 83 de estas entidades en esos estados.

En Francia a fines del Siglo pasado 25 millones de personas tenían protección de las Mutuales, cuyo número llegaba a las 7.000 instituciones.

En Inglaterra funcionan desde el Siglo XVIII, cubriendo enfermedad, retiro complementario de jubilación y pensión y seguro de vida.

En Bélgica hay entidades mutuales que cubren riesgos por siniestros y otras son Cajas Comunes que cubren accidentes de trabajo y otorgan créditos.

En Dinamarca desde hace 200 años otorgan seguros contra incendio y por enfermedades.

Alemania posee desde el Siglo XVI asociaciones que aseguran los campos por incendios, pérdida de ganado. Desde 1931 actúan también como seguros de salud.

En España actúan en el campo previsional dando una cobertura similar a las AFJP de la Argentina.

Argentina: El comienzo del Mutualismo en la Argentina está ligado a la historia del trabajo y a los sectores de medianos y escasos recursos.

Igual que en otras latitudes se han dado en nuestra tierra la unión de los hombres menos favorecidos para defenderse y buscar, por sus propios medios, un mecanismo que diera satisfacción a sus necesidades mediante el esfuerzo y la perseverancia. Los que primero experimentaron esa necesidad de agruparse en el Virreinato del Río de la Plata, fueron los inmigrantes, colonos en su mayoría.

En 1854 se constituyó en Buenos Aires la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos; en 1856 la Sociedad de Socorros Mutuos San Crispín, del gremio del calzado; y en 1858 la Unión y Benevolencia, en Buenos Aires. Estas entidades aún subsisten. Una estadística de 1875 señalaba la existencia de 74 mutuales, así distribuidas: 27 en la Pcia. de Buenos Aires, 12 en la Capital Federal, 19 en la Pcia. de Santa Fe, 9 en la Pcia. de Entre Ríos, 6 en la Pcia. de Córdoba y 1 en la Pcia. de Tucumán. De esas 74, 25 habían sido constituidas por italianos, 14 por españoles, 7 por franceses, 3 por suizos. El resto por distintos gremios. En el año 1910, funcionaban 659 mutuales, que reunían a más de 200.000 asociados. Durante las últimas décadas del Siglo XIX y las primeras del Siglo XX, las mutuales eran controladas por la Inspección General de Justicia.

El 29 de abril de 1938 por decreto del Presidente Roberto M. Ortiz se establecen que servicios prestan las mutuales. En año 1943 por decreto ley 15.074 se crea la Secretaría de Trabajo y Previsión y bajo su órbita queda todo lo referido a mutuales. Al año siguiente el organismo pasa a llamarse "División de Mutualidades y Descanso".

En 1945 se convierte en Dirección de Mutualidades, como organismo de aplicación del régimen normativo de las asociaciones mutuales, creado por decreto ley 24.499/45. El 3 de noviembre de 1971 por ley 19.331, se crea el Instituto Nacional de Acción Mutua (INAM), conducido por un Directorio, en el cual participaban representantes del movimiento mutualista y delegados del Estado Nacional.

En 1994 el INAM fue convertido en Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutua (INCyM), pasando a revestir como órgano de aplicación de las mutuales y cooperativas, en la actualidad se lo denomina INAES, Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social.

En la Argentina funcionan en la actualidad, aproximadamente 6.000 Mutuales con casi 7.000.000 de asociados.

Mutuales :

¿ Que es una Mutual, y cuales son sus principios?.

Leyes que las regulan.

¿ Que ventajas presentan como prestadoras de Salud?

¿ Que servicios sociales brindan?

1) Las Mutuales son asociaciones de individuos con objetivos de brindarse servicios. Es una Empresa Social, sin fines de lucro en cuya escala de valores el hombre tiene primacía como individuo.

Tales asociaciones abiertas a la comunidad contribuyen al bienestar general poniendo a disposición de sus asociados servicios de Salud que hacen al cuidado, extensión y calidad de sus vidas, a los que de otra manera no tendrían acceso.

Los principios del mutualismo:

- adhesión voluntaria
- organización democrática, el asociado no solo participa en el uso de los servicios sino también puede votar en las Asambleas y elegir o ser elegido miembro de la Comisión Directiva
- neutralidad institucional, no hay discriminación de ningún tipo (política, racial, religiosa, etc.)
- contribución económica, la contribución del asociado a través de la respectiva cuota represente el esfuerzo personal y solidario, base del sistema para que la Mutual pueda funcionar y prestar servicios.
- capitalización social de los excedentes, el capital excedente del ejercicio es destinado a crear o mejorar los servicios.
- educación y capacitación social y mutual, el fomento de la enseñanza es uno de los objetivos primordiales del Sistema Mutual, esto también se ve muy bien reflejado en los POA del Servicio de Salud.
- integración para el desarrollo, requiere de la integración con aquellas instituciones que tengan un fin solidario, a través de federaciones y confederaciones.

2) La Ley 20.321 (ley orgánica para las asociaciones mutuales) entre los objetivos previstos y permitidos se encuentra la provisión de Servicios de Salud. Como punto especial de interés merece destacarse que estas entidades, por la sola inscripción en el Registro Nacional de Mutualidades, adquieren el carácter de personas jurídicas, pudiendo, por lo tanto, adquirir derechos y contraer obligaciones, como sujeto de Derecho.

La ley de mutuales sintetiza "Los principios básicos que caracterizan a la asociación mutual, agrupando orgánicamente el conjunto de normas necesarias para que estas entidades puedan desarrollar su cometido de integración comunitaria y lograr la cohesión social de grupos de personas animadas a dar solución a sus necesidades primarias en los campos de la Salud, el crédito, vivienda, previsión, recreación y la cultura.

Para comprender la real trascendencia de la cuestión debe tenerse presente que el sistema mutual – de igual modo que el sistema análogo de las cooperativas – nace como respuesta a una necesidad social insatisfecha. Los propios beneficiarios se organizan para poder recibir el servicio que requieren,

sin recurrir a intermediarios. Prueba práctica de esa "titularidad" de los usuarios son la activa vida republicana que se vive en la vida interna de las asociaciones y la falta de fin de lucro de las entidades: todo se invierte en sus servicios asistenciales.

Ante la incapacidad del Estado de proveer las necesidades de la totalidad de la población, ésta buscó mecanismos que le permitieran satisfacerlas. Así aparecen las obras sociales y las mutuales, supliendo la omisión pública.

El estado debiera alentarlas y apoyarlas, tal como se dispuso en la ley 20.321. Se trata de una cuestión de orden público puesto que mediante estas asociaciones la comunidad se organiza para suplir la omisión del estado en derechos fundamentales como ser la atención de la Salud.

La fiscalización de las entidades es realizada por parte del Instituto Nacional de Acción Mutua, (ahora denominado INAES, Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social) que está destinado a impedir el falseamiento del concepto mutua, que debe ser celosamente preservado por el Estado.

La acción de fomento se expresa en la ley por medio de los siguientes tópicos: asistencia técnica exenciones impositivas y política crediticia.

La asistencia técnica se concreta a través de toda la actividad orientadora y fiscalizadora del Estado, que se inicia desde el acto de constitución de la mutua y continúa durante toda su trayectoria.

Las disposiciones de exención impositiva, surgen de la misma necesidad de desarrollo y fomento de las mutuales, en el aspecto de fomento por vía de liberación de gravámenes. La exención impositiva se traduce en el menor costo social de los servicios realizados por las comunidades organizadas bajo la forma de mutua.

3) En las Mutuales sus propios integrantes, denominados asociados, autogestionan el servicio para ellos mismos, definen el tipo de cobertura y distribuyen solidariamente el gasto de los servicios entre ellos, aunque para ello deben percibir anticipadamente una cuota social de servicio, afectada exclusivamente a ello, la cual se ajustará en más o en menos conforme los gastos que produzcan los mismos asociados y en la forma que lo decidan sus órganos de dirección, exclusivamente formados por ellos en sus consejos y asambleas.

Es característica esencial en las Mutuales que los distintos servicios funcionen como un todo dentro, siendo usual que los posibles excedentes de un servicio sirvan temporalmente para financiar a otros. Es decir no solo se aplica la solidaridad entre los integrantes de cada servicio, sino también se aplica entre otros siempre a favor de la masa societaria. No existe devolución a los asociados de los excedentes del ejercicio social, de haber sobrantes se aumenta el capital, las reservas y otros fondos sociales.

4) Son prestaciones mutuales aquellas que, mediante la contribución o ahorro de sus asociados o cualquier otro recurso lícito, tiene por objeto la satisfacción de necesidades de los socios ya sea mediante asistencia médica, farmacéutica, otorgamiento de subsidios, préstamos, seguros, construcción y compraventa de viviendas, promoción cultural, educativa, deportiva y turística, prestación de servicios fúnebres, como así también cualquiera otra que tenga por objeto alcanzarles bienestar material y espiritual. Los ahorros de los asociados pueden gozar de un beneficio que estimule la capacidad ahorrativa de los mismos.

En la República Argentina las Mutuales se agrupan por ramas de actividad, zona de actuación o provincia, en organismos de segundo grado denominados Federaciones (Liga, Unión o Alianza) que representan a las entidades adheridas y formulan acciones conjuntas y brindan asesoramiento.

La Federación Argentina de Mutuales de Salud – FAMSA – es una entidad que agrupa a treinta Mutuales de Salud que congregan a unos 350.000 asociados.

Las Confederaciones u organismos de tercer grado agrupan a las anteriores y a pesar que lo ideal sería que exista una sola representativa de todo el Movimiento Mutual de la República Argentina, hay tres la CONAM, la MAC y la CAM.

A nivel internacional la AIM, Asociación Internacional del Mutualismo, es una organización de gran prestigio y de reconocimiento por los organismos internacionales como la ONU, Organización de las Naciones Unidas.

Las obras sociales, se organizan a partir de una ley que instaura un sistema solidario de aportes obligatorios, en virtud del cual los jubilados y la población que trabaja en relación de dependencia obtienen cobertura médico-asistencial mediante la contribución de una parte proporcional de sus ingresos, por lo tanto podemos decir que se financian con recursos privados, siendo sus prestaciones totalmente gratuitas. La ley que actualmente regula el funcionamiento de estas instituciones es la ley 23.660, sancionada en el año 1988.

El decreto 165/96 crea la Superintendencia de Servicios de la Salud que regula el funcionamiento del sector en su conjunto. La SSS actuará como organismo descentralizado de la Administración pública nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social con personalidad jurídica, y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera, en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud, asumirá las competencias, objetivos, funciones, facultades, derechos y obligaciones de las entidades que se fusionan por este acto en el marco de su competencia

La Resolución SSS 075/98 obliga al cumplimiento del PMO, el ejercicio del derecho de opción y se aprueba un procedimiento administrativo de reclamos, frente a hechos o actos de los agentes del Seguro de Salud, que afecten o puedan afectar la normal prestación médico-asistencial.

La Resolución SSS 433/02 crea el Registro de entidades dedicadas al cuidado de la salud, dentro de la gerencia de control prestacional de la SSS.

La Resolución 201/02 del M. Salud de la Nación aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en la ley 23660.

Están incluidas las obras sociales sindicales, los institutos de administración mixta, las de la administración central del Estado Nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados las de las empresas y sociedades del Estado, las del personal de dirección y de las asociaciones profesionales del empresarios, las obras sociales del personal militar y civil de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Nacional, tanto activos como pasivos, siempre claro está, que se adhieran en los términos que fije la reglamentación.

Están excluidos del régimen de obras sociales nacionales, el personal que se desempeña en el Poder Legislativo. Las Obras Sociales Provinciales y más tarde por la ley 23.890 también se excluyó al personal de las Universidades Nacionales y al del Poder Judicial que inicialmente las incluía

Las asociaciones mutuales tienen un régimen similar al de las obras sociales pues también organizan servicios de asistencia médica financiándolos con los aportes de sus asociados, aunque los usuarios se adhieren voluntariamente. La Ley 20.321 es la ley orgánica para las asociaciones mutuales, La fiscalización de las entidades es realizada por parte del INAES, Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social.

Las empresas de servicios de medicina prepaga y seguros constituyen otro tipo de administrador de fondos para la salud y ofrecen al usuario, que adhiere voluntariamente, un seguro por el cual se cubren determinados riesgos, obteniendo coberturas que abarcan servicios médicos, hospitalarios y de medicamentos. Los recursos son privados y la atención puede ser totalmente gratuita o no, dado que a veces tienen copagos, bonos moderadores, etc.

4.) ODEMA, LA INSTITUCIÓN, HISTORIA.

Odema (Organización de Mutuales de América) es un organismo constituido por mutuales y federaciones de mutuales representantes de quince países de América, que con el fin de cumplir con sus objetivos – integración de sus asociados, asistencia recíproca, intercambio de experiencias, capacitación, etc. – presenta durante el año 2006 un programa de enseñanza en tres áreas: asistencia social, salud y ayudas económicas.

Odema se formó a partir de Oemsur (organización de mutuales del MERCOSUR) cuando ésta adquirió una dimensión regional que superaba sus orígenes, a continuación veremos la Visión de Oemsur:

Integración de la mutualidad del MERCOSUR, generando una imagen de bloque regional frente a la mirada de la comunidad internacional.

Y su Misión:

Promover y fortalecer en las entidades mutuales del MERCOSUR la responsabilidad de la asistencia recíproca a través de acciones tendientes a la capacitación de los mutualistas de la región que generen el marco para el intercambio de experiencias dirigidas a concretar acuerdos de complementación formadoras de encuentros regionales que promuevan políticas para la región.

Y sus Objetivos:

1. Integración regional de entidades mutuales del MERCOSUR
2. Asistencia recíproca
3. Organizar el intercambio de experiencias.
4. Unificar la legislación vigente.
5. Promover la capacitación , intercambio académico y formativo de los mutualistas de la región sudamericana.
6. Concretar acuerdos de complementación sobre problemáticas especiales como:--cobertura de salud-cobertura de seguros---cobertura provisional promoción del turismo.
7. Representar a la región del MERCOSUR ante los gobiernos, organismos internacionales, universidades, fundaciones, entes no gubernamentales.
8. Concurrir con representación unificada a los congresos de los distintos países que se realicen a cualquier nivel de la comunidad internacional

Historia:

En su inicio en el mes de Agosto del año 2003 por iniciativa de la Asociación Mutual de Protección Familiar y la Asociación Mutual del Personal de Comunicaciones, , junto a otras mutuales constituyeron el Grupo Iniciador de Organización de Entidades Mutuales del MERCOSUR. Sus representantes, que en varias oportunidades habían concurrido a reuniones de la AIM (Asociación Internacional de Mutuales) y a congresos de la mutualidad en México, Colombia y Venezuela se habían convencido de la necesidad de organizar una entidad de la región Sur de América.

En sus principios, esta organización tomó contacto con entidades mutualistas del Uruguay, Paraguay, Brasil y Chile con la finalidad de difundir el Acta Fundacional Promotora la cual designó una Comisión Provisoria integrada por las siguientes mutuales del ámbito argentino:

- Asociación Mutual de Protección Familiar;
- Asociación Mutual de Comunicaciones;
- Asociación Mutual de Comerciantes Bartolomé Mitre;
- MARGEN,
- Asociación Argentina de Previsión Mutual;
- AMEPORT,
- Mutual del Personal del Estado Nacional, Provincial y Municipal y Afines
- Círculo de Suboficiales de la Fuerza Aérea Argentina, Asociación Mutual.

Con posterioridad, durante el mes de octubre de 2003 se incorpora al Acta Fundacional Promotora de OEMSUR la Asociación Mutual de Personal de Clarín y a la Asociación Mutual de Médicos Municipales.

Su sede provisoria fue situada en la Asociación Mutual de Protección Familiar, entidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, capital de la República Argentina.

Durante el año 2004 , bajo el lema "Por un Mutualismo sin Fronteras" se convocó a Asamblea General Constituyente, quedando el 30 de septiembre de 2004 constituida la Organización de Entidades Mutuales del MERCOSUR, donde se aprueban el Estatuto y Reglamento de la Organización.

Oemsur realizó su Asamblea General Ordinaria, la Reunión de Comité Director y el primer seminario Internacional Regional, los días 20, 21 y 22 de abril del 2006, en la ciudad de Santiago, República de Chile.

Representantes de 15 países del Continente Americano, se reunieron en la ciudad de Santiago de Chile, reafirmando, una vez más, el poder de la capacitación y representación en bloque regional.

Durante la Asamblea se aprobaron la memoria y el balance correspondientes al ejercicio vencido el 31 diciembre de 2005, el balance Social del mismo período, y las resoluciones adoptadas por el Comité Director ad referendum de la asamblea.

La declaración más saliente del evento fue el cambio de nombre, que respondiendo a la inquietud manifestada por distintos representantes de los países integrantes de la misma, resolvió por el de "Organización de Entidades Mutuales de las Américas" (Odema). Este cambio constituye una respuesta realista a la dimensión geográfica que representa la Entidad en la actualidad, abarcativa de países de Norte, Centro y Sur América.

Quedando constituida por representantes de los siguientes países

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. Argentina, | 9. E.E.U.U., |
| 2. Bolivia, | 10. Guatemala, |
| 3. Brasil, | 11. México, |
| 4. Colombia, | 12. Nicaragua, |
| 5. Costa Rica, | 13. Paraguay, |
| 6. Chile, | 14. Perú |
| 7. Ecuador, | 15. Uruguay. |
| 8. El Salvador, | |

**5) SISTEMA DE SALUD DE LA
ASOCIACIÓN MUTUAL DE PROTECCIÓN FAMILIAR**

"Si no se avanza con mayor celeridad en el desarrollo de los sistemas de salud, una gran parte de la población seguirá muriendo principalmente a causa de enfermedades prevenibles",

"La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio" OMS 2000

La AMPF presenta un Servicio de Salud bajo el concepto del Modelo de Atención de la Salud Biopsicosocial, con una fuerte orientación a la Atención Primaria de la Salud, siendo la atención realizada en los Centros de Salud de las Delegaciones por el Equipo de Salud, cuyos integrantes, especialistas en Medicina Familiar, Odontología, Podología, Enfermería, Psicología tienen importantes programas de capacitación permanentes.

Este modelo biopsicosocial está basado en un nuevo paradigma que implica un cambio cultural de organización de la atención de la salud sustentada en valores éticos ¹². Estos principios éticos representan un posicionamiento de cómo la sociedad debe brindar atención de la salud y se identifican con los principios normativos de la bioética : Justicia, Beneficencia y Autonomía.

"Introducir el concepto de "bienestar" hizo salir a las intervenciones en salud del binomio salud--enfermedad de lo puramente biológico y abrió el camino a una relación hombre ambiente distinta de aquella que sólo veía microbios, gérmenes y virus como la única amenaza para la salud". (Organización Panamericana de la Salud 1999)

El Plan de Salud diseñado bajo la modalidad de un servicio ambulatorio de atención , utiliza al médico de familia como coordinador y referente del equipo de salud y la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia de medicina social, comunitaria y preventiva.

Su costo es de \$ 6 (2 dólares) por asociado y brinda las siguientes prestaciones:

1. Medicina Familiar
2. Laboratorio análisis clínicos.
3. Radiología plana y ecografías.
4. Odontología
5. Emergencias médicas y visitas domiciliarias.
6. Estudios especiales: mamografía y papanicolaou (programa Salud de la Mujer) y PSA (programa Salud hombres).
7. Podología
8. Enfermería
9. Especialidades Médicas: ginecología, cardiología, oftalmología.

El Sistema Mutual de Salud propuesto para la AMPF debía cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ajustarse a las leyes que rigen las Mutuales.
2. Adherir a los principios del Mutualismo.
3. Alinearse a la Visión de la AMPF.
4. Cumplir con la Misión de la AMPF.
5. Integrarse al resto de los Servicios que brinda la AMPF.

¹² Pracilo H.O."Bases para la formación de postgrado en MGF" Centro Inus 1998

La Mutual además cuenta con una farmacia que realiza descuentos del 40 % sobre el manual farmacéutico y entrega medicamentos gratuitos en los programas de hipertensión arterial y diabetes. Presenta también un Servicio Social que brinda ayudas solidarias, asesoramiento en temas sociales y becas para estudio que complementan las prestaciones del Servicio de Salud.

6) Encuentros de Capacitación:

Chile, abril 2006.

México, julio 2006.

Antecedentes

Odema se plantea un programa de capacitación de los recursos humanos de sus organizaciones, en especial en el área de salud donde es necesario crear y promover un sentido de pertenencia de la gente con su espacio local, estimulando un enfoque integrado de los asuntos sanitarios y ambientales y comprometiendo a los líderes de las organizaciones en ese abordaje conjunto.

En un contexto en el que los programas de formación y capacitación de los profesionales y técnicos del área médica no han sufrido transformaciones estructurales importantes en años persistiendo el modelo biomédico, se hace necesario un nuevo abordaje de los procesos de salud, reconociendo que sus determinantes van más allá del plano biológico, reuniendo además variables de carácter psicológico, ambiental, geográfico, sociales, culturales y educativas, entre otras, y por lo tanto, propiciando una respuesta social que pone de manifiesto la importancia de otros sectores en la atención integral de la salud.

El principal agente para lograr la concientización de la atención de la salud en un modelo biopsicosocial que priorice al individuo como eje del sistema, es la misma comunidad, ya que ésta debe ser quien promueva los cambios en las prácticas culturales que atentan contra la salud de las personas; es decir, la gestión local es fundamental en la atención integrada de la dimensión ambiental y sanitaria a éste nivel.

La capacitación en estos modelos no sólo debe ser a los recursos humanos que laboran en el sector salud, sino que debe ampliarse a todas las instancias de las organizaciones.

La formación estuvo orientada para diseñar participativamente una guía y perfiles de actividades de capacitación sobre Sistemas Mutuales de Salud.

Como productos esperados al fin de la misma:

1. Currículo de capacitación sobre SMS para personal de mutuales.
2. Producción de perfiles de actividades de capacitación.
3. Compromisos para la publicación de una guía de capacitación.

Los participantes del taller serán considerados coautores de esta guía que será publicada en el transcurso del 2006.

La técnica utilizada con los 30 participantes consta de jornadas de actividades, en los talleres serán divididos en 3 grupos de debate.

La primera jornada se realizará en tres etapas:

En la primera de ellas se efectuará:

a) una presentación que mostrará un análisis situacional del estado sanitario de la población de las Américas en general y en particular de los países integrantes.

b) un debate y un coordinador elegido por y entre los participantes tomará nota de los aspectos relevantes de la cuestión, para ser incluidos en la guía a elaborar.

En la segunda las actividades a desarrollar serán:

a) una exposición sobre sistemas de atención de la salud y modelos de atención de los países participantes.

b) un debate y un coordinador elegido por y entre los participantes tomará nota de los aspectos relevantes de la cuestión, para ser incluidos en la guía a elaborar.

La tercera etapa contempla:

a) presentación del SMS de la asociación de protección familiar (AIVIPF).

b) un debate y un coordinador elegido por y entre los participantes tomará nota de los aspectos relevantes de la cuestión, para ser incluidos en la guía a elaborar.

Al término de la primera jornada se entregará el material expuesto para su lectura.

En la segunda jornada se realizará un Taller bajo la forma de grupos de discusión, se formarán tres grupos que en dos rondas de media hora

a) responderán un cuestionario sobre los sistemas de salud de sus países

b) elaborarán un documento sobre la oportunidad de contar con un Sistema Mutual de Salud como el presentado, en sus organizaciones.

Los representantes de cada grupo analizarán, resumirán y discutirán las respuestas y para finalizar con la elaboración de un documento que resuma las posturas de los participantes y las características que deben cumplir las actividades de capacitación a ser desarrolladas, y que servirá para la elaboración de la guía.

El currículo puede tener un mayor número de temas de los que se desarrollará en el taller, por lo que puede ser necesario priorizar a 15 o 20 temas.

Para culminar se definirán los compromisos para la elaboración y publicación de la guía de capacitación y se evaluará el taller.

Vinculado a estos talleres se realizará una presentación de una conferencia a la Comisión Directiva de Odema sobre sistemas de Salud.

La disertación concluirá con un debate sobre alternativas a desarrollar para paliar la crisis en la atención de la Salud que presenta Latinoamérica.

Chile, abril 2006.

Cronograma encuentro abril 2006

Participaron 24 representantes de Bolivia, Chile y Perú.

Viernes 24:

7.00 hs. Concentración en el centro de exposiciones

7.30-8.00 Inscripciones

8.00-8.30 Presentación de los participantes

8.30-9.00 Explicación de la dinámica del taller. Definición de la guía de capacitación a desarrollar.

9.00-9.45 Presentación de un análisis situacional del estado sanitario de la población de América en general y en particular de los países integrantes.

9.45-10.15 Debate.

10:15 – 10:30 Refrigerio

10:30 – 11:15 Exposición sobre sistemas de atención de la salud y modelos de atención de los países participantes.

11.15 – 11.45 Debate.

11.45 – 12.30 Presentación del SMS de la asociación de protección familiar (AMPF).

12:30 –13.00 Debate

13.00 – 16:30 Almuerzo. Descanso.

Los participantes se dividen en tres grupos, nombrando un coordinador de cada uno de ellos.

17:00 – 18:00 Respuestas a un cuestionario sobre los sistemas de salud de sus países

18:00 – 19:00 Los representantes de cada grupo analizarán, resumirán y discutirán las respuestas y para finalizar con la elaboración de un documento que resuma las posturas de los participantes y las características que deben cumplir las actividades de capacitación a ser desarrolladas, y que servirá para la elaboración de la guía.

Se definirán los compromisos para la elaboración y publicación de la guía de capacitación y se evaluará el taller.

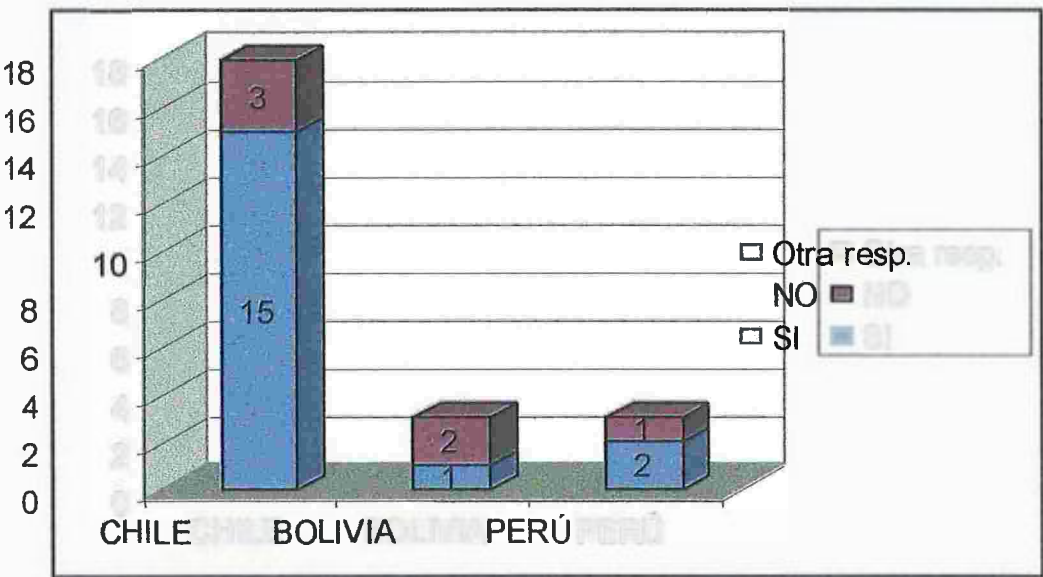
19:30 – 21:00 Cena

Elaboración de los resultados del Cuestionario

De los datos relevados en los grupos de discusión integrados por los representantes de las mutuales de Chile (18), Bolivia (3) y Perú (3) pueden extraerse las siguientes conclusiones:

Preguntas:

1) ¿Conoce el Sistema de salud de su país?



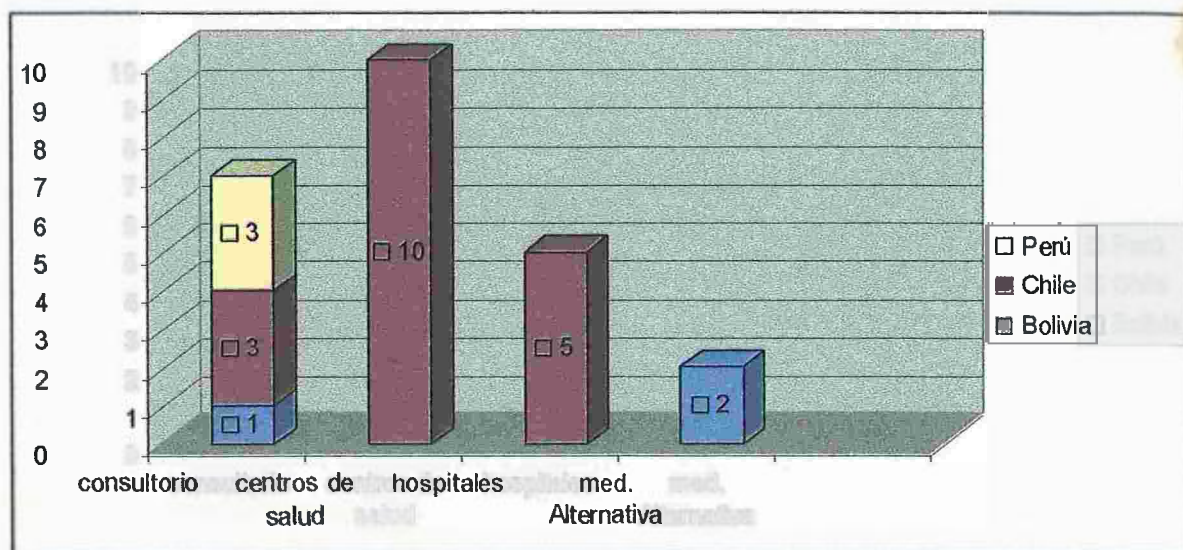
Fuente elaboración propia. 2006

En Chile el sistema se encuentra en proceso de consolidación ya que se está ampliando el paquete de prestaciones, por lo que presenta una difusión amplia en los medios y esto se refleja en el conocimiento de los referentes.

2) ¿Cuál servicio de salud utiliza?

En Chile, que tiene un sistema de cobertura universal con prestadores públicos y privados, los referentes manifestaron que sus asociados utilizaban centros de salud públicos y hospitales públicos donde el acceso a los centros es dificultoso, en Perú donde las mutuales participantes pertenecían a organismos de las fuerzas de seguridad, utilizaban consultorios privados con un mecanismo de reintegro de gastos por parte de las mutuales, en Bolivia los integrantes de las mutuales recurrían a consultorios privados y también se valían de la medicina alternativa ejercida por prácticos.

	Servicio de Salud utilizado			
	consultorio	centros de salud	hospitales	med. Alternativa
Bolivia	1			2
Chile	3	10		5
Perú	3			



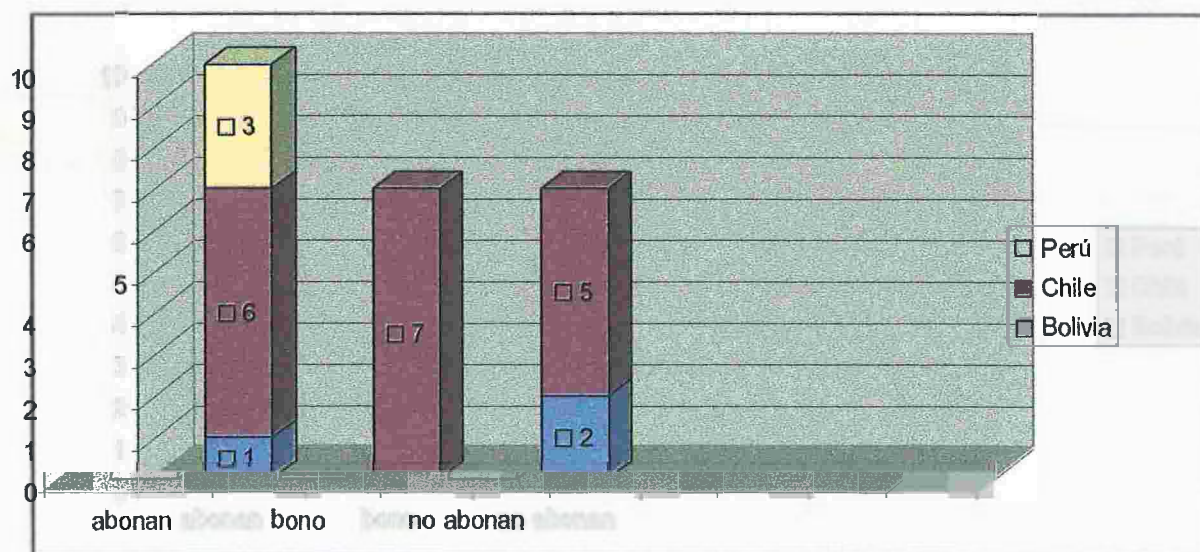
Fuente elaboración propia. 2006

3) ¿Para acceder a la atención Ud. debe a) abonar al consulta, b) comprar bono, C) sin pago.

La mayoría abona algún tipo de pago por la consulta.

En Chile los representantes de los asociados manifiestan que a pesar de ser un servicio público en general abonan un bono de atención, en Perú – por el sistema de reintegro que presentan estas mutuales pagan la consulta y en Bolivia en mayoritariamente abonan la consulta o es gratuita (medicina alternativa).

	Gasto de bolsillo		
	abonan	bono	no abonan
Bolivia	1		2
Chile	6	7	5
Perú	3		

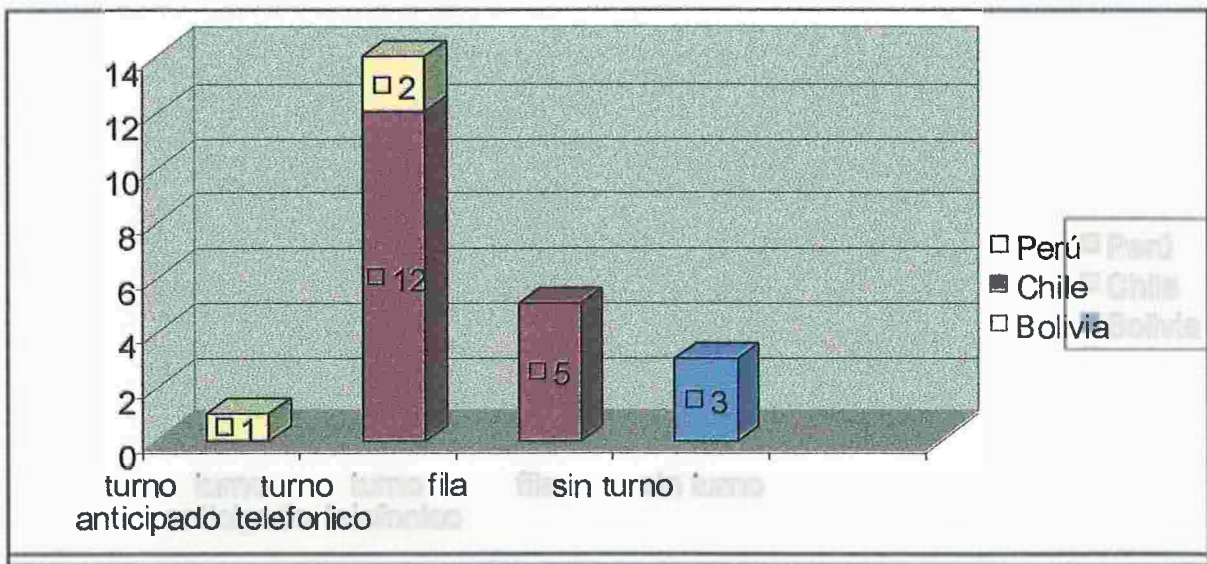


Fuente elaboración propia. 2006

4) ¿Para acceder a la atención Ud. debe a) solicitar turno por anticipado, b) turno telefónico, c) hacer fila por orden de llegada, d) sin turno

Chile y Perú manifestaron que sus asociados utilizan turnos telefónicos, solicitados con anticipación o hacen fila por orden de llegada, en Bolivia en general la atención es sin turnos.

	Accesibilidad			
	turno anticipado	turno telefónico	fila	sin turno
Bolivia				3
Chile			12 5	
Perú	1		2	



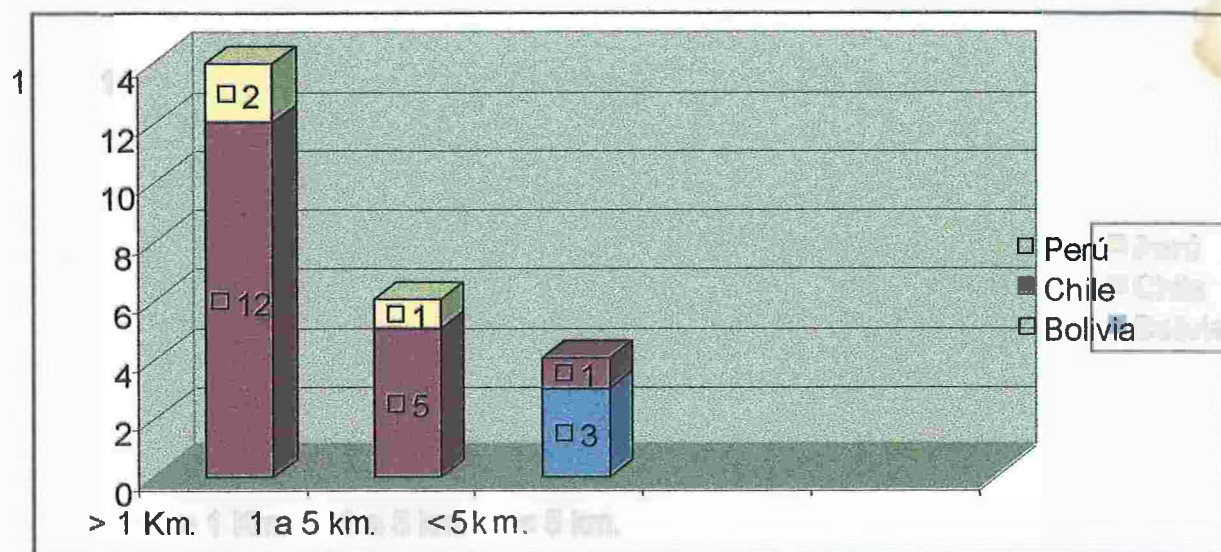
Fuente elaboración propia. 2006

5) ¿A que distancia se encuentra el centro de salud que Ud. consulta y a que distancia de la sede de la Mutual?

Los referentes refieren que recorren entre 1 y 5 Km. para acceder a la atención en la mayoría de los casos (en general los representantes tienen mejor nivel económico que los asociados y viven en lugares más céntricos y cerca de la sede de las mutuales que representan).

Los consultorios o los centros de salud se encuentran entre 1 y 5 km. de los domicilios de las mutuales, que en general tienen locación céntrica dentro de las ciudades.

	Accesibilidad distancia			
	> 1 Km.	1 a 5 km.	< 5 km.	
Bolivia				3
Chile	12		5	1
Perú	2		1	

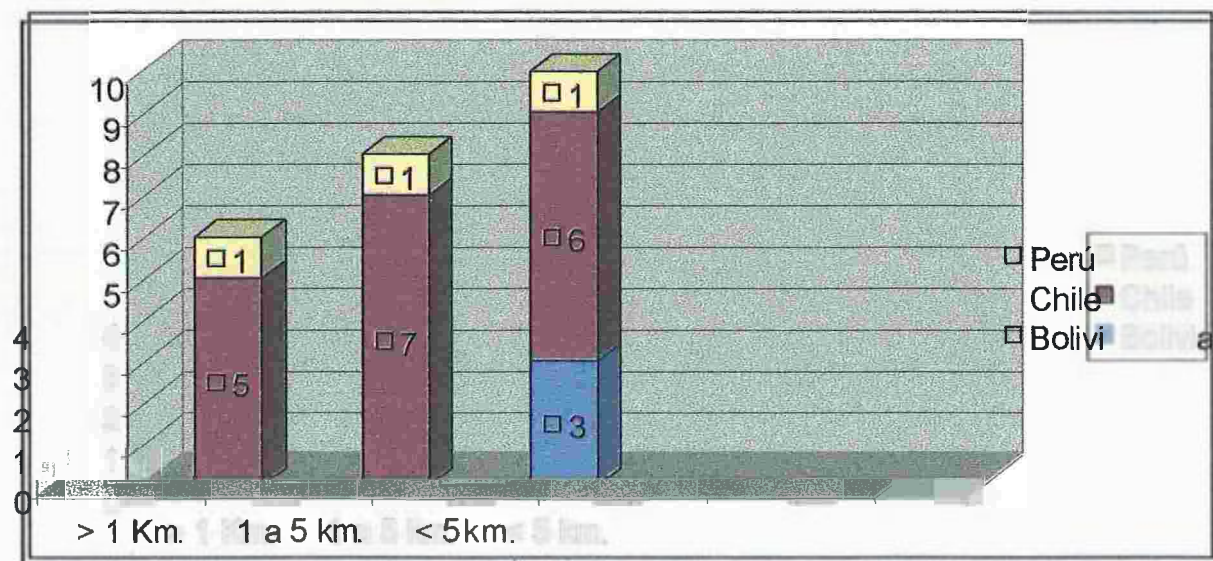


Fuente elaboración propia. 2006.

6) ¿a que distancia se encuentran los asociados de su mutual de los centros de salud?

En cambio cuando se pregunta por la distancia que recorren los asociados reconocen que en la mayoría de los casos estos se encuentran dispersos geográficamente por lo tanto la distancia a los centros de atención puede ser considerable.

	Accesibilidad distancia			
	> 1 Km.	1 a 5 km.	< 5 km.	
Bolivia				3
Chile		5	7	6
Perú		1	1	1

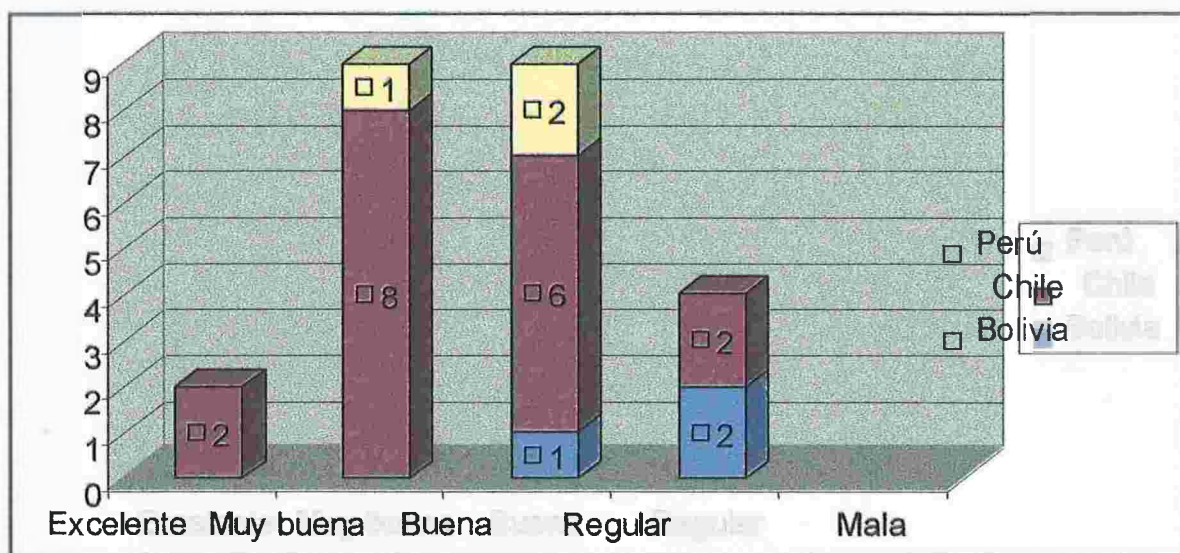


Fuente elaboración propia. 2006.

7) ¿Ha consultado por algún problema de salud Ud. o algún familiar últimamente? ¿Cómo fueron atendidos?

Con respecto a la calidad de atención referida en Chile es muy buena o buena en aquellos que se atienden en centros de salud y regular en los Hospitales, buena a regular en Perú y regular en Bolivia.

	Calidad de atención				
	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Bolivia				1	2
Chile		2	8	6	2
Perú			1	2	

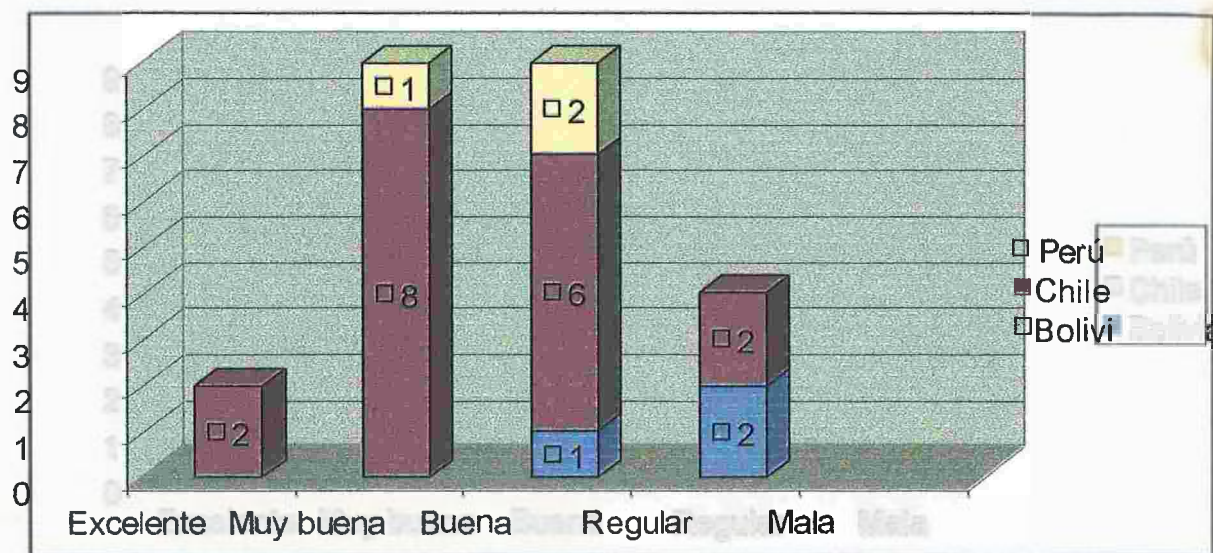


Fuente elaboración propia, 2006

8) ¿Utilizan siempre el mismo centro de atención?

En Chile se observa que el 40 % de los asociados utiliza un servicio privado para complementar su atención. En Perú solo utilizan un servicio. En Bolivia acuden principalmente a distintos profesionales o prácticos.

	Calidad de atención, reiteración del prestador		
	siempre el mismo	cambio a veces	frecuentes cambios
Bolivia			2
Chile	7	8	3
Perú	3		



Fuente elaboración propia. 2006 2008

Respecto a las preguntas abiertas formuladas los resultados son:

1.-) ¿Qué piensa respecto de un sistema que minimice los pasos para acceder a la atención a través de un médico especializado que pueda atender la mayoría de los problemas de salud? Comente su interés y las ventajas y dificultades que observa.

En relación a esta pregunta las respuestas podrían analizarse agrupándolas por país de pertenencia:

Bolivia: Las respuestas de los cuatro integrantes demuestran alto interés y la indiscutible ventaja que ofrece el Sistema Mutual de Salud basado en la intervención del Médico de Familia.

Perú: Los tres participantes manifiestan elevado interés. Uno de ellos (Mario Chávez Mejía) manifiesta como dificultad la elección de profesionales idóneos, lo que quedaría resuelto a través de capacitación profesional con una modalidad a distancia y o semi presencial.

Chile: En todos los integrantes de esta comitiva hay coincidencia respecto de la necesidad de formular un cambio a través de un sistema que mejore la calidad de la atención mediante una atención eficiente y personalizada.

2.-) ¿Qué opina sobre la posibilidad de brindar en su mutual un servicio de salud accesible, de calidad y de muy bajo costo? Comente su interés, las ventajas y dificultades que observa.

Bolivia y Perú: Se destaca un elevado interés con algunas observaciones en torno a los recursos y a la dificultad de difundirlo entre los asociados.

Chile: No consideran que en lo inmediato fuera posible la implementación aunque si se comprometen a la elaboración de la guía para evaluar en un futuro.

México, julio 2006.

Cronograma encuentro julio 2006

Al realizarse, por cuestiones operativas, las capacitaciones de salud, asistencia social y ayudas económicas al unísono los representantes debieron optar por algunas de estas. Participaron en la de salud representantes de México (6), EEUU (1), Guatemala (1), y Honduras (1).

Viernes 28:

7.00 hs. Concentración en la el centro de exposiciones

7.30-8.00 inscripciones

8.00-8.30 Presentación de los participantes

8.30-9.00 Explicación de la dinámica del taller. Definición de la guía de capacitación a desarrollar.

9.00-9.45 presentación análisis situacional del estado sanitario de la población de las Américas en general y en particular de los países integrantes.

9.45-10.15 debate.

10:15–10:30 Refrigerio

10:30 – 11:15 exposicion sobre sistemas de atención de la salud y modelos de atención de los países participantes.

11.15 – 11.45 debate.

11.45 – 12.30 presentacion del SMS de la asociacion de protección familiar (AMPF).

12:30 –13.00 debate

13.00 – 16:30 Almuerzo. Descanso.

Los participantes configuraron un grupo, nombrando un coordinador.

17:00 – 18:00 respuestas a un cuestionario sobre los sistemas de salud de sus países

18:00 – 19:00 Los representantes de los países analizarán, resumirán y discutirán las respuestas y para finalizar con la elaboración de un documento que resuma las posturas de los participantes y las características que deben cumplir las actividades de capacitación a ser desarrolladas, y que servirá para la elaboración de la guía.

Se definirán los compromisos para la elaboracion y publicación de la guía de capacitación y se evaluará el taller.

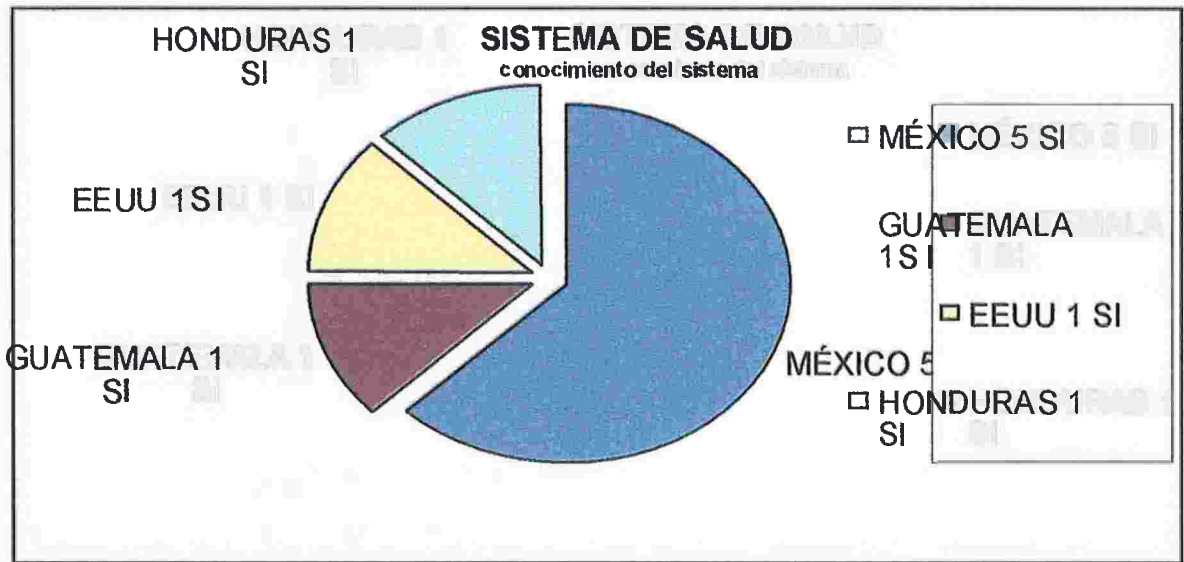
19:30–21:00 Cena

Elaboración de los resultados del Cuestionario

De los datos relevados en los grupos de discusión integrados por los representantes de las mutuales de México (6), EEUU (1), Guatemala (1), y Honduras (1), pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1) ¿Conoce el Sistema de salud de su país?

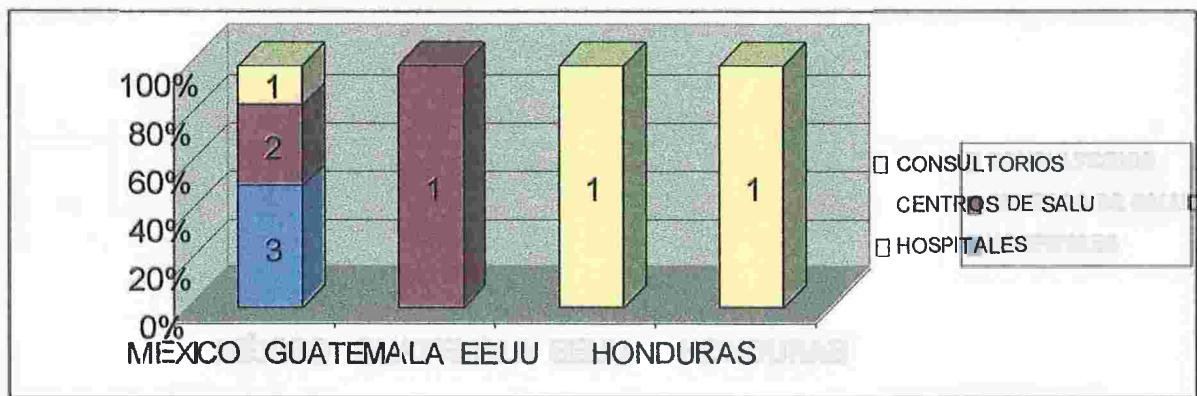
De México 5 si y un +o-, Resto si



Fuente propia. Julio 2006. México.

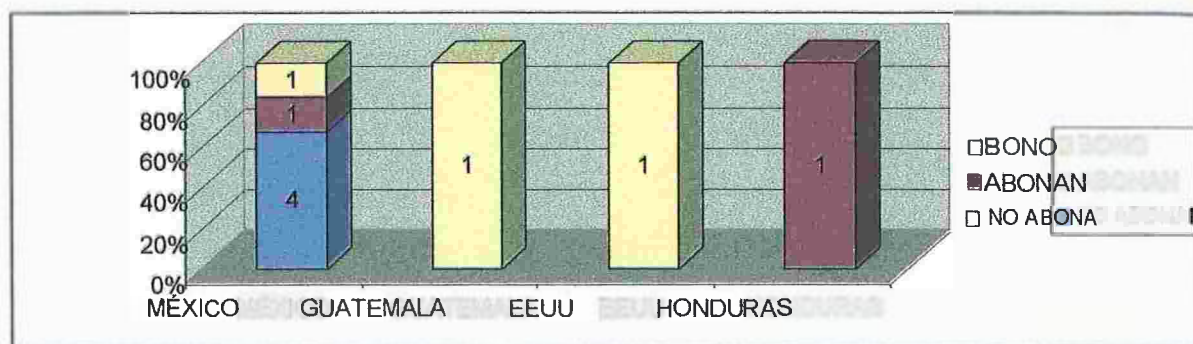
2) ¿Cuál servicio de salud utiliza?

En México los referentes manifestaron que sus asociados utilizaban centros de salud publicos 3, hospitales publicos 2 y consultorio 1, Guatemala centro de salud y Honduras y EEUU consultorios.



Fuente propia. Julio 2006. México.

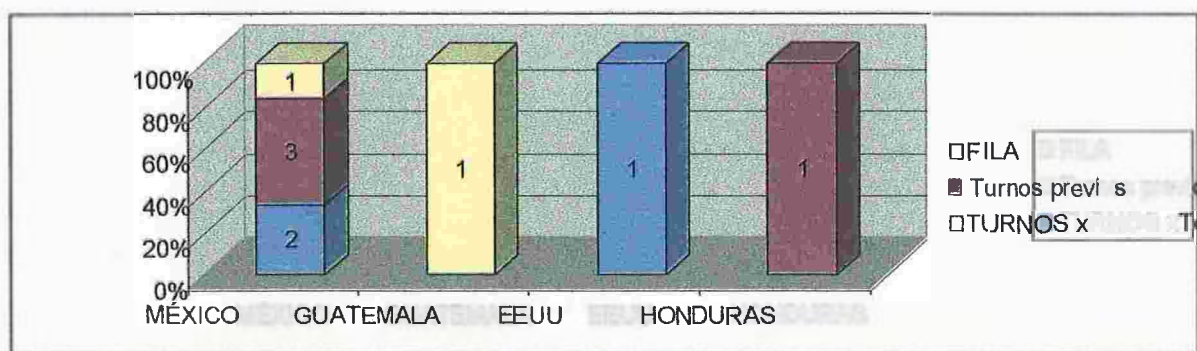
3) ¿Para acceder a la atención Ud. debe a) abonar al consulta, b) comprar bono, C) sin pago.



Fuente propia. Julio 2006. México.

En México los representantes de los asociados manifiestan que no abonan 4, con bono 1 y 1 abona, en Guatemala bono y Honduras abona y EEUU no abona.

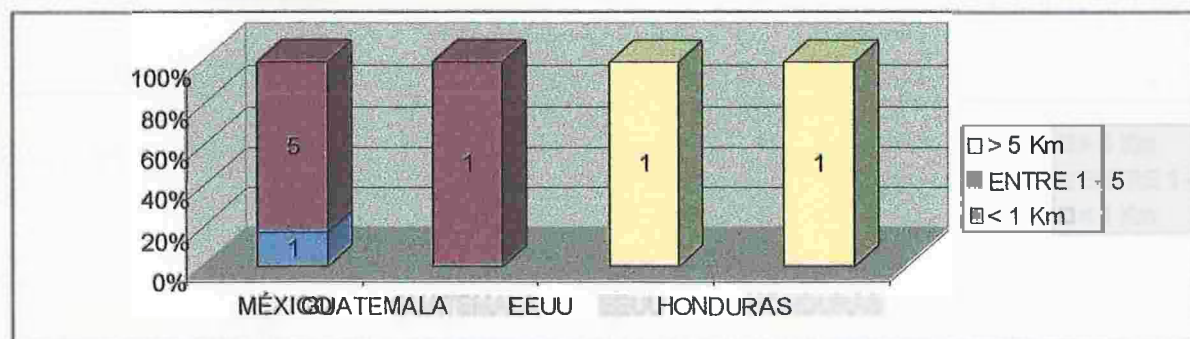
- 4) ¿Para acceder a la atención Ud. debe a) solicitar turno por anticipado, b) turno telefónico, c) hacer fila por orden de llegada, d) sin turno



Fuente propia. Julio 2006. México.

En México los referentes manifestaron que sus asociados utilizaban turnos solicitados anticipadamente 3, por teléfono 2 y 1 hacer fila, Guatemala fila y Honduras turno anticipado y EEUU telefónico.

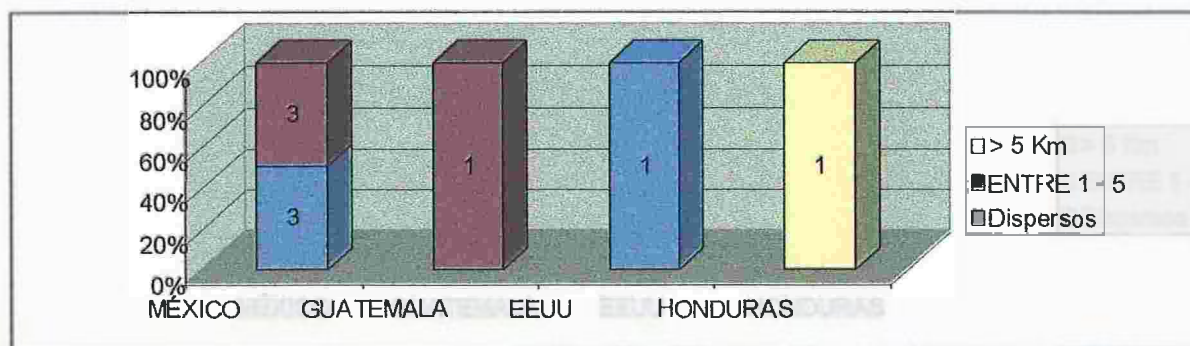
- 5) ¿A que distancia se encuentra el centro de salud que Ud. consulta?



Fuente propia. Julio 2006. México.

Los referentes de México manifiestan que recorren entre 1 y 5 km para acceder a la atención en la mayoría de los casos (5), el restante < 1 km. Guatemala entre 1 y 5 y Honduras 1 y 5 y EEUU > 5 km.

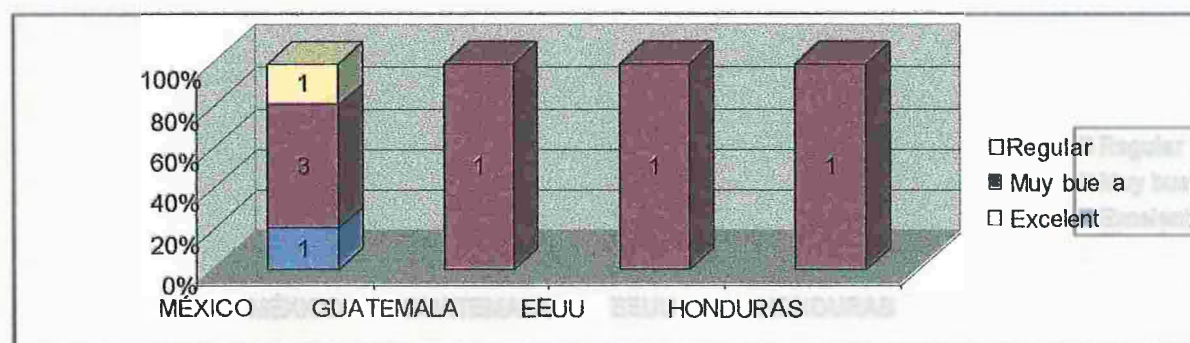
6) ¿A qué distancia se encuentran los asociados de su mutual de los centros de salud?



Fuente propia. Julio 2006. México.

México manifiestan 3 que recorren entre 1 y 5 km para acceder a la atención y 3 se hallan dispersos. Guatemala dispersos y Honduras 1 y 5 y EEUU > 5 km.

7) ¿Ha consultado por algún problema de salud Ud. o algún familiar últimamente? ¿Cómo fueron atendidos?



Fuente propia. Julio 2006. México.

Con respecto a la calidad de atención referida en México es muy buena 3, excelente 1 y 1 regular. Guatemala, Honduras y EEUU muy buena atención.

Respecto a las preguntas abiertas formuladas los resultados son:

1.-) ¿Qué piensa respecto de un sistema que minimice los pasos para acceder a la atención a través de un médico especializado que pueda atender la mayoría de los problemas de salud? Comente su interés y las ventajas y dificultades que observa.

En relación a esta pregunta las respuestas podrían analizarse agrupándolas por país de pertenencia:

México: Las respuestas de los cuatro integrantes demuestran alto interés y la indiscutible ventaja que ofrece el Sistema Mutual de Salud basado en la intervención del Médico de Familia.

Guatemala: El referente manifiesta elevado interés. Destaca la figura del Médico de Familia.

EEUU: En todos los integrantes de esta comitiva hay coincidencia respecto de la necesidad de formular un cambio a través de un sistema que mejore la calidad de la atención a través de una atención eficiente y personalizada.

Honduras : Sería muy bueno, manifestando la confianza que se tendría con el Médico de familia.

2.-) ¿Qué opina sobre la posibilidad de brindar en su mutual un servicio de salud accesible, de calidad y de muy bajo costo?
Comente su interés y las ventajas y dificultades que observa

México:Excelentes posibilidades, como limitante las fuentes de financiación para comenzar las actividades.

Guatemala: El referente manifiesta elevado interés.

EEUU: Manifiesta como limitante la escasa cantidad de socios de su Mutual, aunque es una posibilidad a considerar en el futuro.

Honduras : Buenas posibilidades de implementarlo.

**8) CONCLUSIONES DEL PROGRAMA
DE CAPACITACION DE ODEMA.**

"Creo apasionadamente que, básicamente, los mejores intereses de los profesionales y los consumidores están en consonancia y que el sistema político asumirá la mayor responsabilidad en la ampliación de la calidad cuando los profesionales sanitarios y los consumidores presenten un frente común". Donabedian

CONCLUSIONES

Se ha expuesto el programa de capacitación de los recursos humanos de Odema donde vemos que plantea para sus organizaciones, un proyecto en el área de salud dirigido a crear y fomentar un sentido de pertenencia de la gente con su espacio local y regional, estimulando un enfoque integrado de los asuntos sanitarios y comprometiendo a los líderes de las organizaciones en ese abordaje conjunto.

Este programa promueve la integración del mutualismo de América ya que su propósito es crear redes de salud para cumplir con los objetivos 1, 2, 3, 5 y 6, de Odema:

1. Integración regional de entidades mutuales de América.
2. Asistencia recíproca
3. Organizar el intercambio de experiencias.
4. Unificar la legislación vigente.
5. Promover la capacitación, intercambio académico y formativo de los mutualistas de la región sudamericana.
6. Concretar acuerdos de complementación sobre problemáticas especiales como:--cobertura de salud-cobertura de seguros---cobertura provisional promoción del turismo.
7. Representar a la región del MERCOSUR ante los gobiernos, organismos internacionales, universidades, fundaciones, entes no gubernamentales.
8. Concurrir con representación unificada a los congresos de los distintos países que se realicen a cualquier nivel de la comunidad internacional

En un contexto en el que los programas universitarios de formación y capacitación de los profesionales y técnicos del área médica no han sufrido transformaciones estructurales importantes, los servicios de salud reciben a profesionales y técnicos como sus efectores formados en un modelo biologista de atención, encareciendo los servicios de atención médica, y ofreciendo a la población una atención no acorde a la realidad sanitaria y social imperante.

El principal agente para lograr la concientización de la atención de la salud en un modelo biopsicosocial que priorice al individuo como eje del sistema, es la misma comunidad, ya que ésta debe ser quien promueva los cambios en las prácticas culturales que atentan contra la salud de las personas; es decir, la gestión local es fundamental en la atención integrada de la dimensión ambiental y sanitaria a éste nivel.

Con el fin de llegar a todos los asociados y que el cambio propuesto tenga las bases para la modificación de los modelos de salud vigentes, la capacitación no

sólo debe ser a los recursos humanos que laboran en el sector salud, sino que debe ampliarse a todos los empleados de estas organizaciones.

En la capacitación mutual, los métodos participativos son particularmente adecuados y útiles por cuatro razones:

1. La naturaleza de las organizaciones mutuales requiere participación.
2. Los capacitadores generalmente son personas que están interesadas en estas organizaciones.
3. La mayoría de ellos tienen un antecedente de experiencia en trabajos de la economía social.
4. Los participantes son en general adultos maduros.

El aprendizaje mediante debates participativos gira en torno al desarrollo de uno mismo a través de la experiencia - no por lo que le hayan dictado órdenes. Es un proceso creativo de resolver problemas, en el cual, idealmente, cada asociado de un grupo participa activamente - asociados, gerentes y promotores/ capacitadores. Esto es fundamental para alcanzar un desarrollo con, y no por, el grupo.

La capacitación participativa se procura fomentar en los integrantes de talleres o en los asociados en el campo, a descubrir cosas por ellos mismos y aprender aportando sus propias experiencias, ideas y talentos en el proceso de aprendizaje mutuo.

La metodología utilizada en estas jornadas se basó en el método de debate participativo.

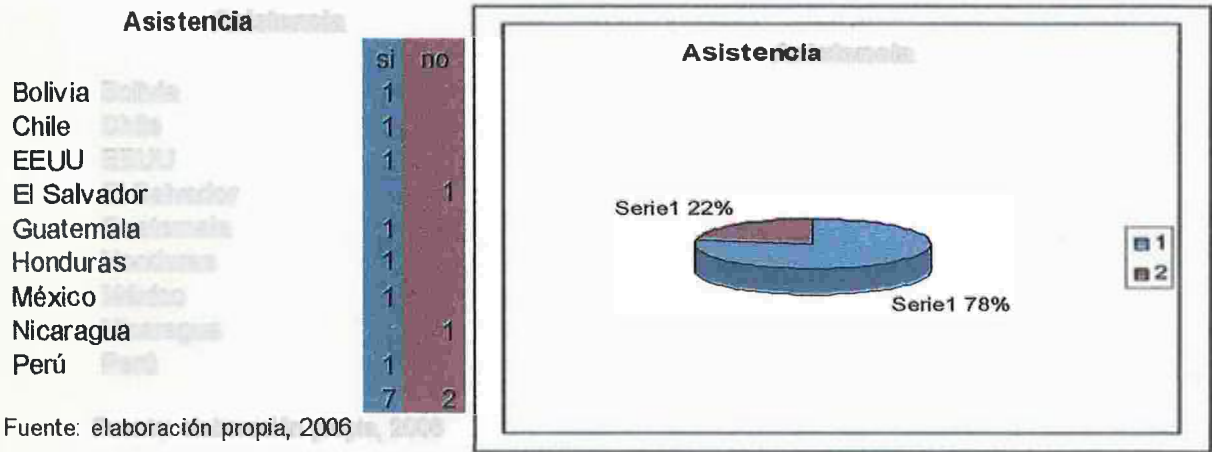
Las actividades de la capacitación se plantearon en dos instancias separadas temporalmente para dejar a los participantes tiempo para interiorizar lo aprendido.

En una primera etapa, de 4 hs., las actividades incluyeron tres exposiciones seguidas por debates y elaboración de conclusiones; donde se instruyó a los participantes en la problemática social en el área de salud, los sistemas de salud y los modelos de salud vigentes de los países integrantes y se presentó como ejemplo un sistema de salud denominado "Sistema Mutual de Salud", como instancia superadora de la realidad existente.

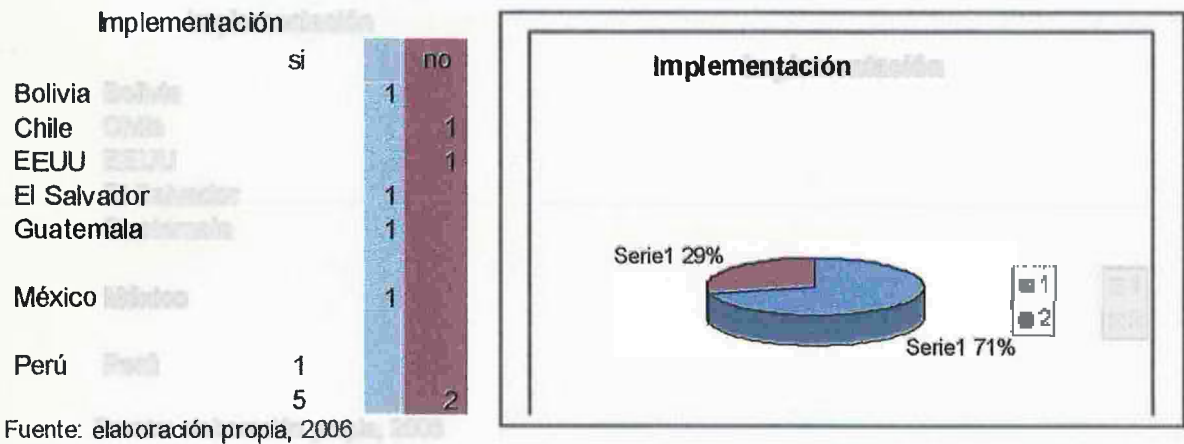
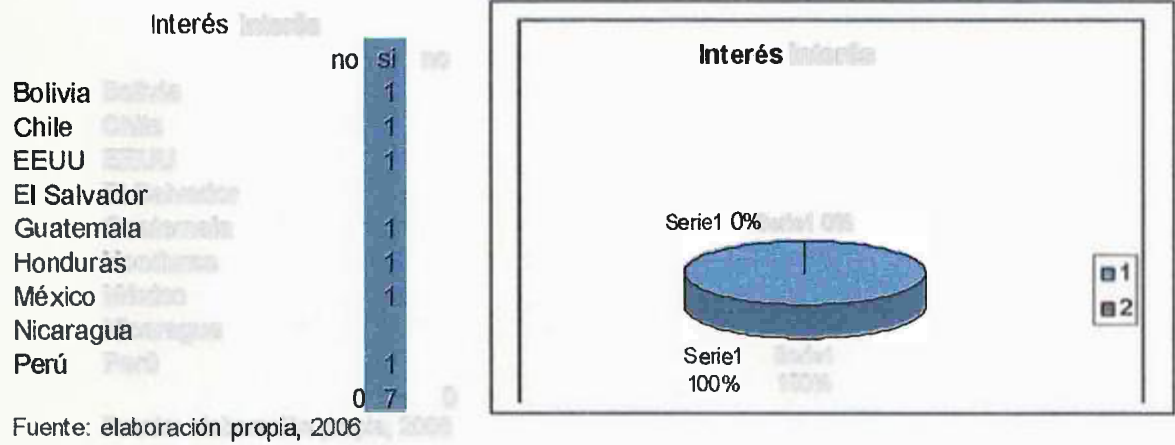
Puede afirmarse que la capacitación en Sistemas Mutuales de Salud fue altamente satisfactoria y cumplió con sus objetivos.

- Se comenzó con el diseño participativo de una guía y perfiles de actividades de capacitación sobre Sistemas Mutuales de Salud.
- Se fijó el compromiso para la publicación de una guía de capacitación. En el mes de noviembre de 2006 los participantes se comprometieron a enviar el material que fueron elaborando en sus organizaciones, para que posteriormente Odema los compile, elabore y edite.

Existió una amplia participación, no solamente en el cumplimiento de las consignas en el taller sino una animada discusión y muestras de elevado interés en todos los participantes. Asistieron representantes de mutuales u organizaciones de 7 de los 9 países comprometidos.



Todos los participantes mostraron interés por el SMS, con posibilidad y compromiso en el mediano plazo 5 de ellos.



Considero que las estrategias utilizadas en la capacitación fueron adecuadas y mostraron ser efectivas. Fue relevante la participación de los directivos en la presentación del material exhibido ya que su decisión resulta determinante para instalar el tema. Puede decirse que en ambos seminarios se logró despertar entre los participantes la necesidad de contar con un servicio de salud que pueda mejorar las condiciones de atención de la salud de los miembros de las mutuales y elevar su calidad de vida.

Bibliografía:

- Barbieri Nelly, de la Puente Catalina, Tarragona Sonia. La equidad del gasto público en salud en la provincia de Buenos Aires. Ediciones Isalud.
- Celedon, C. y Noe, M. (2000) Reformas del sector salud y participación social/Health sector reforms and social involvement. Revista Panamericana de Salud Pública, 8 (1/2), 99-104. Washington.
- Cetrángolo O. y Devoto F. (2002) "Organización de la salud en Argentina y Equidad". Documento presentado en el Taller "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in population Health", Toronto.
- Donabedian A. Reflections on the effectiveness of quality assurance. En: Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. Striving for quality in health care. Ann Arbor: Health Administration Press, 1991; 59-118.
- Donabedian, A. (1984) Calidad de la Atención Médica, Definición y Métodos de Evaluación. México. Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian, A. (2001) The Lichfield lecture, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. Revista Calidad Asistencial, 16, 102-106. Madrid.
- Galli Alberto. Sistema Mutual de Salud. TFI Especialización Sistemas de Salud y Previsión social, ISALUD. Buenos Aires. 2005.
- García Díaz, C. (1998) Aspectos éticos de la Administración de Salud, en: Nuevas formas de organización y administración de la salud. Programa de Educación a Distancia. Fascículo 1. Buenos Aires. Medicina y Sociedad, Instituto Universitario CEMIC.
- González García Gines. Remedios Políticos para los medicamentos. Ed. ISALUD. Buenos Aires, 1994.
- González García Gines, Tobar Federico. Salud para los argentinos. Ed. ISALUD. Buenos Aires, 2004.
- Jodelet, D. (1984) Reflexions sur le traitement de la notion de "representation sociale" en psychologie sociale. Communication Information, IV (2-3), 15-42. Quebec.
- Johnson, D. y Johnson, R. (1999): Aprender juntos y solos. Aique
- Kliksberg, B. (2002) "América latina: Una región en riesgo, pobreza, inequidad e institucionalidad social". Ponencia del Primer Congreso Nacional de Política Sociales. Quilmes.
- Lage, F.; Cataldi, Z. Iglesias O. y García Martínez, R. (2000): El Nuevo Aprendizaje Organizacional Basado en el Paradigma Cooperativo-Colaborativo: Un Estudio en Progreso. VI Congreso Internacional de Ingeniería Informática ICIE 2000.
- Lage Fernando J. Ambiente distribuido aplicado a la formación/capacitación de RR HH: Un modelo de aprendizaje cooperativo-colaborativo. Tesis para el Magister de Automatización de Oficinas. Fac. Informática. UNLP. 2001
- Menéndez, E. (1998) Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. Cuadernos Médico Sociales, 73, 5-22. Rosario. Ministerio de salud de Panamá. Representación OPS / OMS. APS, una revisión de practicas y tendencias. Ed. OPS. Panamá 2004.
- Necchi, S. (1999) Los usuarios como protagonistas, en: Nuevas formas de organización y administración de la salud. Programa de Educación a Distancia. Fascículo 7. Medicina y Sociedad, Instituto Universitario CEMIC. Buenos Aires.
- OMS 2000 La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- OMS (2000) Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud, WHO, Ginebra.