

REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN SUDAMÉRICA: UNA OPORTUNIDAD PARA UNASUR

HEALTH SYSTEM REFORMS IN SOUTH AMERICA: AN OPPORTUNITY FOR UNASUR

José Gomes-Temporão^{1,a}, Mariana Faria^{1,b}

¹ Instituto Suramericano de Gobierno Salud (ISAGS/UNASUR). Rio de Janeiro, Brasil.

^a Médico, doctor en Medicina Social, exministro de salud de Brasil, director ejecutivo del ISAGS/UNASUR; ^b abogada, especialista en Derecho Sanitario, máster en Políticas Públicas y Salud, jefe de gabinete del ISAGS/UNASUR.

Recibido: 22-09-14; Aprobado: 05-11-14

RESUMEN

Los sistemas de salud de América del Sur siguen soportando la segmentación, la privatización y la fragmentación. Las reformas del sector salud de los programas de ajuste estructural de los años 1980 y 1990 en Sudamérica siguieron diferentes propósitos y estrategias, que van desde la privatización, la mercantilización y la intervención del Estado para la implementación de un servicio nacional de salud pública con el acceso universal como un derecho de los ciudadanos. Desde la década de 2000, muchos países ampliaron las políticas sociales, la reducción de la pobreza y las desigualdades sociales y la mejora del acceso a la asistencia sanitaria. Este artículo propone discutir los sistemas de salud de América del Sur a partir de los antecedentes históricos políticos y de los avances a partir de las reformas en las últimas tres décadas. Asimismo, presenta los tres modelos paradigmáticos de reforma y su evolución, bien como los contrastes entre la cobertura universal y los sistemas universales. Finalmente, presenta las fortalezas y debilidades actuales de los doce sistemas de salud de Sudamérica y las oportunidades y desafíos en salud que se presentan para UNASUR en el momento actual.

Palabras clave: Sistemas de salud; América del Sur; Reforma del sector salud; Cobertura universal (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Health systems in South America still support segmentation, privatization and fragmentation. Health reforms of the structural adjustment programs in the 1980s and 1990s in South America followed different purposes and strategies ranging from privatization, commodification and state intervention for the implementation of a national public health service with universal access as a right of the citizens. Since the 2000s, many countries have expanded social policies, reduced poverty and social inequalities, and improved access to healthcare. This article proposes to discuss the health systems in South America from historical and political backgrounds, and the progress from the reforms in the last three decades. It also presents the three paradigmatic models of reform and their evolution, as well as the contrasts between universal coverage and universal systems. Finally, it presents current strengths and weaknesses of the twelve South American health systems as well as current opportunities and challenges in health for UNASUR.

Key words: Health systems; South America; Health care reform; Universal coverage (source: MeSH, NLM).

INTRODUCCIÓN

Los marcados cambios en los regímenes políticos han dejado su huella en las reformas del sector de salud en los países sudamericanos. En la década de 1970, la mayoría de los países – comenzando por Brasil en 1964– se vieron oprimidos por los regímenes autoritarios de las dictaduras militares. Las décadas de 1980 y 1990 trajeron consigo la “crisis de la deuda” y las políticas de ajuste estructurales impuestas por las instituciones financieras internacionales, que promovieron ajustes fiscales y recortes en el gasto público social, causando aumento de pobreza, desigualdades y violencia. Alrededor de los 2000, operando en épocas y a velocidad diferente, los procesos de transición hacia la democracia culminaron

en gobiernos de izquierda y de centroizquierda en muchos de los países. Tales gobiernos expandieron las políticas sociales y trabajaron para reducir la pobreza y las desigualdades sociales y mejorar el acceso a los servicios de atención a la salud ^(1,2).

Hoy en día, los doce países sudamericanos - Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela –constituyen una población de 388 millones de personas, con diversas culturas e idiomas. A pesar de algunas características comunes, exhiben diferencias dadas por sus antecedentes históricos, representando todo ello numerosos desafíos para llegar a la atención universal a la salud. Los países sudamericanos precisan abordar

Citar como: Gomes Temporão J, Faria M. Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):740-6..

no solamente los cambios en la demanda resultantes de las dinámicas demográficas, las nuevas tecnologías y el gasto creciente en la atención a la salud, pero también sus déficits sociales históricos. En este artículo la propuesta es presentar un panorama de las reformas en los sistemas de salud en los países de Sudamérica en décadas recientes y discutir los cambios actuales.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En Sudamérica, la protección social a la salud nunca ha sido universalizada. El clásico modelo de Bismarck de seguridad social europea, basado en las contribuciones obligatorias de los empleados y empleadores, y el modelo tipo Beveridge de un servicio nacional de salud (SNS) con acceso universal con base en la ciudadanía y financiada con el ingreso impositivo, han influenciado las políticas de salud, mas nunca han sido totalmente implementadas. Comenzando en los años de 1930 y 1940, los sistemas de seguridad social del modelo de Bismarck fueron introducidos en los países sudamericanos para aquellos que estaban formalmente empleados. Estos modelos ofrecían beneficios limitados de atención a la salud y cubrían solamente un cuarto de la población debido al trabajo informal generalizado.

En los años 1960 y 1970, la cobertura pública se extendió a las áreas rurales y carenciadas bajo la influencia de las propuestas de "Salud para todos" y el modelo Beveridge. Aunque Chile introdujo un modelo de SNS en 1962^(3,4), los sistemas públicos de salud en la mayoría de los países permanecieron débiles. Durante la década de 1990, América Latina sufrió numerosas reformas de Estado de tenor neoliberal, movimiento que tiene como marco la crisis del petróleo de fines de los años de 1970. Las recomendaciones de organizaciones multilaterales como el Banco Mundial tuvieron influencia evidente en esto proceso, marcado por ideas de que la economía pasaba por excesiva intervención estatal en el sector privado y que las políticas públicas demandaban altos impuestos⁽⁵⁾.

El discurso liberal apuntaba el Estado de bien-estar social como uno de los impulsores del déficit fiscal, del desempleo y como obstáculo a la competencia entre las personas. Estos argumentos, generalmente económicos, cuestionaban los resultados obtenidos con la ampliación de los derechos sociales en relación con la proporción de la inversión hecha para su realización, desafiando el modelo⁽⁶⁾. En el contexto de políticas de ajuste estructural macroeconómicas, las instituciones financieras internacionales emitieron directrices para promover la acción estatal en salud, a fin de ofrecer paquetes de seguros selectivos y reducir el gasto público en salud⁽⁷⁾. Algunos países establecieron seguros de

salud parciales con servicios mínimos para brindar cobertura a grupos específicos – tales como mujeres embarazadas, niños y los extremadamente pobres, – e introdujeron copagos para servicios de salud pública para los necesitados.

Las reformas que se llevaron a cabo en los países de América Latina en los 80 y 90, en su mayoría, siguieron los principios de políticas de ajuste estructural y fiscal que impusieron la disminución del Estado en favor de la reducción de las cuentas públicas, lo que afectó la oferta de políticas sociales en el continente⁽⁸⁾. Consecuentemente, el principio de la equidad, en ese modelo, se queda subordinado a las ideas de eficiencia y efectividad en lo que se refiere a la aplicación de recursos públicos, lo que hace con que las políticas de estas reformas excluyan algunos aspectos⁽⁶⁾, muchas veces imprescindibles, que no se puede mensurar y no son tangibles por estas nuevas directrices. Estos arreglos redujeron el papel de proveedor del Estado, que se convirtió en el asegurador de un paquete mínimo de servicios, y condujo al deterioro de indicadores de salud⁽⁹⁾. La protección de la salud social se tornó, incluso, más segmentada con una elevada variedad en la cobertura y, subsecuentemente, agravó las desigualdades sociales.

PRINCIPALES MODELOS DE SUBSISTEMAS DE SALUD EN SUDAMÉRICA

En la mayoría de los países sudamericanos los ajustes neoliberales dejaron un surtido de subsistemas enfrascados en la tarea de suministrar servicios de salud a diferentes grupos poblacionales determinados por los niveles de ingresos o participación en el mercado laboral. Esos subsistemas trabajan bajo diversas reglas de financiación, membresía y acceso al servicio.

El subsistema de seguridad social está presentes en todos los países (salvo en Brasil), cubren en promedio 20 a 50% de la población, dada la gran diseminación del trabajo informal. Hasta la fecha, solamente 43% de la población de América Latina se encuentra inscrita⁽¹¹⁾, pero hay excepciones. En Uruguay, la reciente reforma en la salud introdujo el seguro de salud universal a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que incluye a la mayoría de la población, mientras que en Chile, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) cubre al 75% de la población.

El Servicio Nacional de Salud de Brasil, el *Sistema Único de Saúde* (SUS), constituye una excepción, cubre a la mayoría de la población independientemente de su ingreso u ocupación. La reforma sanitaria brasileña se

Tabla 1. Cuatro principales subsistemas de atención a la salud en Sudamérica

Subsistema de seguridad social	Ministerio de Salud y gobiernos subnacionales	Seguro focalizado para grupos específicos	Seguro de salud privado voluntario
Financiado por impuestos obligatorios sobre los sueldos y cubren a la fuerza de trabajo formalmente empleado, compuesta en su mayoría de grupos de ingresos medios. Los fondos de seguridad social pueden ser singulares o plurales, los últimos con diferentes instituciones para cada rama de la producción.	Financiado por los impuestos con un suministro directo y público de una variedad de servicios para la población de bajos ingresos, más los programas verticales que apuntan a problemas específicos de la salud, tales como el control de las enfermedades endémicas transmisibles y el cuidado de la salud de madres e infantes.	Apunta a las madres y niños, adultos de edad o a los pobres. Dentro del contexto de las políticas de ajuste macroeconómicas estructurales de los años 90, algunos países establecieron esquemas de seguro parcial con servicios mínimos, a fin de cubrir a grupos específicos de la población.	Cubre a los grupos de ingresos más elevados mediante el seguro de salud basado en el empleo o en la contratación directa. Las aseguradoras son en su mayor parte organizaciones de salud administradas.

destacó por haber logrado establecer un sistema universal de salud, lo que contrariaba las recomendaciones de la época de ajuste fiscal y Estado mínimo. El SUS fue efectivamente creado en 1990 y tiene como principios la universalidad, la equidad y la integralidad y directrices como la descentralización (los tres niveles gubernamentales tienen responsabilidades en el sistema) y la participación social. Como ejemplos del subsistema de seguro focalizado para grupos específicos, se puede destacar la cobertura para mujeres durante el embarazo y en los seis meses posteriores al parto, para niños desde su nacimiento hasta la edad de cinco años (Bolivia y Ecuador) o seguros subsidiados o semicontributivos con el foco en aquellos situados en la pobreza extrema (Perú) ⁽¹²⁾. En estos casos, los servicios gubernamentales cobran de los usuarios no asegurados por la atención a la salud, mientras que muchos ciudadanos carecen de acceso. En Perú, por ejemplo, se estima que seis entre diez peruanos necesitan cuidados médicos pero carecen de acceso a los servicios, en Bolivia el 58%, según las estimaciones, están excluidos de tales servicios ⁽²⁾.

En suma, tales subsistemas segmentados crean acceso a servicios de primera, segunda, tercera, cuarta clase y así sucesivamente, lo que es, en consecuencia, un acceso no igualitario. Se reproducen ideas de selectividad y de focalización de políticas que se distinguen de las de carácter universalista. Una de las justificaciones para esto es el evitar gastos catastróficos en salud ⁽¹³⁾, es decir, que las familias vayan a la bancarrota debido al pago directo del bolsillo por servicios, lo que ocurre, frecuentemente, cuando los servicios públicos no atienden a la población de manera equitativa.

BALANCE DE LAS REFORMAS PARADIGMÁTICAS EN SALUD: CHILE, COLOMBIA Y BRASIL

En la década de 1980 e inicio de los años 90, muchos países sudamericanos se encontraban bajo gobiernos dictatoriales o en el proceso de transición a la democracia.

Durante este período, la región vio reformas en el sector de salud con objetivos variados, apuntando algunos a aumentar la eficiencia y expandir la participación del mercado privado, y otros con el fin de garantizar el acceso universal a los servicios de atención a la salud. Las reformas en Chile, Colombia y Brasil son ilustrativas sobre las tendencias para la región que dieron lugar a tres modelos emergentes y paradigmáticos de sistemas de salud ⁽¹⁴⁾:

- 1) El modelo dual en Chile: el Estado cubre a los pobres mientras que quienes tienen condiciones financieras son direccionados para seguros privados;
- 2) El modelo plural en Colombia: del cual forman parte empresas públicas y privadas proveedoras en competencia, además de un mecanismo que incluye progresivamente a los más pobres como asegurados;
- 3) El modelo universal en Brasil: sistema público y universal, pero que convive con seguros privados que utilizan, principalmente, la clase media.

Las paradigmáticas reformas de salud estuvieron conducidas hacia diversas metas y fueron implementadas en diferentes contextos sociopolíticos. Esto hace de Sudamérica un caso interesante de comparación cruzada entre los países, que nos ayuda a comprender mejor la dependencia de contexto de las reformas y los desafíos contemporáneos. La reforma chilena fue radical y estructural, y resultó en un sistema de salud dual. Sin embargo, el diseño – que atribuyó tan solo una función aseguradora al sistema de salud pública del FONASA– nunca fue completamente implementado. El sector público retuvo otras funciones en el suministro y administración y se movió progresivamente hacia la regulación del sector asegurador privado. Con la restauración de la democracia, los gobiernos elegidos buscaron estrategias graduales para superar las desigualdades del sistema dual. Ellos aumentaron continuamente el gasto en salud pública, eliminaron los subsidios para el sector privado y restauraron la regulación estatal. Este proceso culminó en un plan

de garantías explícitas para la atención a la salud, denominado Acceso Universal con Garantías Explícitas – AUGE ⁽¹⁵⁾.

En Colombia, la tensión entre el derecho constitucional y el derecho legal es evidente en el aumento repentino de la controversia sobre el derecho a la salud, luego de las reformas. Después de una sucesión de juicios individuales, la Corte Constitucional de Colombia dispuso que la responsabilidad de las aseguradoras y del Estado no se releva ni se limita por la cobertura estipulada en los contratos de seguro, sino que también incluye un compromiso continuo del derecho a la salud. En 2008, la Corte ordenó a las autoridades de salud a fin de que abordasen los problemas estructurales, cumplieren con las obligaciones legales, actualizaran la cobertura y adoptasen un plan a fin de unificar la cobertura para el régimen subsidiado ⁽¹⁵⁾.

Brasil instituyó el *Sistema Único de Saúde*, SUS. Durante la década de 1990, la implementación del SUS se vio obstaculizada por el programa de ajuste económico estructural y la agenda neoliberal que dirigió la reforma del Estado, se recortó las funciones del Estado, se cortó el gasto gubernamental y se bloqueó la expansión de la financiación pública necesaria para un sistema universal de salud. Sin embargo, el imperativo constitucional de implementar la cobertura universal de salud continuó presente en la agenda gubernamental. No obstante, muchos desafíos aún permanecen. Hay déficits en el suministro y calidad del servicio, falta de recursos humanos bien capacitados, y precaria protección financiera o límites poco precisos de la mezcla entre lo público y lo privado ⁽¹⁵⁾. A pesar de estas dificultades, el SUS ha transformado el sistema de salud como era pensado hace tres décadas. Además de contribuir a la consolidación de la democracia, en Brasil, el SUS constituye una exitosa política social. Los últimos 25 años han testimoniado una expansión impresionante en lo que hace al acceso y el uso de atención primaria a la salud por medio de la reestructuración del sistema de salud, elevando el gasto gubernamental en esta área ⁽¹⁶⁾.

UN NUEVO SIGLO Y LA CONSOLIDACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN SUDAMÉRICA

El comienzo del siglo XXI marcó la ascensión de gobiernos de izquierda y de centro izquierda con cambios políticos, reformas y esfuerzos en busca de la atención universal a la salud. No obstante, los países comulgan con el mismo objetivo, han elegido caminos diferentes para garantizar el acceso a la atención a la salud, dependiendo de la estrategia para lograr la

cobertura universal. Estas diferencias reflejan legados históricos y valores prevalecientes en cada sociedad y las orientaciones de sus gobiernos.

CONTRASTES ENTRE SISTEMAS UNIVERSALES Y COBERTURA UNIVERSAL

La disputa entre focalización y universalidad aún se mantiene viva. En un nuevo movimiento reformista, que se inició después de las crisis económicas de los años 2000, organizaciones internacionales como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, revistas científicas célebres como la *The Lancet* y gobiernos, han reforzado lo que se conoce como la cobertura universal en salud, que debe diferenciarse de lo que es el establecimiento de sistemas universales de salud. Estos nombres causan, muchas veces, confusión porque ambos traen la palabra universal en su constitución; sin embargo, la cobertura universal apunta hacia una paradoja. “Hay una disociación entre cobertura, acceso y uso” ⁽¹⁷⁾. La universalidad de la cobertura poblacional contrasta con la cobertura de servicios, lo que se define por paquetes, o sea, son restrictos a determinados procedimientos y, frecuentemente, se condiciona a renta o a una evaluación de riesgos. Ese modelo es financiado por diversos mecanismos como contribuciones y subsidios, con altos costos de transacción, que favorecen principalmente a los prestadores y proveedores privados ⁽¹⁷⁾.

Asimismo, hay una separación entre regulación, administración de fondos y compra de servicios y provisión, con la introducción de mecanismos de competencia y de mercado entre los sectores público y privado. De esa manera, la posibilidad de planificación comprehensiva de la política de salud disminuye dramáticamente, lo que limita su actuación sobre los factores involucrados en la determinación social de la salud, acciones que demandan trabajo intersectorial ⁽¹⁷⁾. En contraste, los sistemas universales de salud (SUS) tienen como principio la salud como una necesidad humana básica. Presuponen cobertura universal en términos poblacionales y de servicios, sin restricción. Están basados en los principios de integralidad de los servicios y solidaridad de financiamiento.

En los SUS la administración y compra de servicios, además de la regulación, se realiza por una instancia interna al Estado, generalmente el Ministerio de Salud. Esto no impide, no obstante, que haya compra de servicios de proveedores privados. La centralidad de funciones permite que haya una planificación a nivel nacional, con el establecimiento de prioridades y estrategias de medio y largo plazos, además de favorecer el trabajo intersectorial del Ministerio de Salud con otros ministerios, para actuar sobre el proceso de determinación social de la salud ⁽¹⁷⁾.

Los SUS son financiados con recursos fiscales de impuestos, lo que presupone mayor solidaridad y redistribución de recursos para el bien común. Uno de sus principios es la equidad de acceso a los servicios, o sea, atención igualitaria frente a necesidades iguales, independiente del poder de pago. Aunque haya acceso universal en la concepción del modelo de sistemas universales de salud, es necesario llamar la atención para cuestiones que obstaculizan la realización de sus principios, como cuestiones geográficas de distribución de servicios y recursos humanos, además de cuestiones burocráticas y culturales.

CONQUISTAS Y DESAFÍOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE SUDAMÉRICA: UNA OPORTUNIDAD PARA UNASUR

Los cambios políticos y económicos en Sudamérica durante la última década han dado lugar a la adopción de nuevas políticas en los países en lo que hace a la acción colectiva en apoyo de los objetivos de desarrollo social en la región. El imperativo para renovar la política social ha conducido a los gobiernos a involucrarse en nuevos modelos de gobernanza regional. La Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), establecida en mayo de 2008, como parte de una reconfiguración de la geopolítica global, busca promover la integración basada en la construcción de una identidad y participación ciudadana de Sudamérica, a partir de la integración regional y el desarrollo social más allá de las históricas

relaciones regionales de comercio. La UNASUR, comprende a los doce Estados del subcontinente e incorpora la comprensión de que los esfuerzos que ya están en curso en la región podrían ser mejor realizados y coordinados mediante el establecimiento de consejos sectoriales intergubernamentales de ministros de los estados miembros a fin de promover la integración en sus respectivos sectores ⁽¹⁸⁾.

El Consejo de Salud Suramericano, establecido en diciembre de 2009, considera la salud como un derecho fundamental del ser humano y de la sociedad, como un componente imprescindible del desarrollo humano y asume la universalidad como una de las marcas que deben caracterizar los sistemas de salud de UNASUR. Además del Consejo de Ministros y un Comité Coordinador, el Consejo de Salud es conformado por cinco grupos de trabajo así como seis redes estructuradoras y el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - ISAGS. El ISAGS es una institución intergubernamental pública cuyo mayor objetivo es promover el intercambio, el pensamiento crítico, la gestión del conocimiento y la innovación en la producción de políticas de salud y gobernanza, ofreciendo así a los ministros de salud de Sudamérica las mejores prácticas disponibles y la evidencia en la gobernanza en términos de atención a la salud. ⁽²³⁾.

En 2012, el ISAGS lanzó su primer libro, intitulado "Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad", donde cada

Tabla 2. Fortalezas y debilidades de la política de salud en América del Sur

Fortalezas	Debilidades
Creciente importancia de la participación social; movimientos sociales cabildan con el gobierno a fin de priorizar y garantizar la salud.	Falta de claridad conceptual, prevalencia de un enfoque médico, centrado en la enfermedad; poca comprensión de conceptos tales como universalidad; prevalencia de puntos de vista centrados en el seguro.
Creciente concienciación de la salud como un derecho humano fundamental y social, y del papel del Estado en garantizarlo.	Segmentación del sistema de protección a la salud; seguro en foco combinado con grandes grupos poblacionales sin acceso; persisten desigualdades en la salud.
Nuevos conceptos, focos y categorías; interculturalidad, promoción de la salud como acción de los Determinantes Sociales de la Salud, intersectorialidad.	Privatización; baja carga impositiva y financiación pública insuficiente para la salud; Ministerios de salud sin poder para obtener más recursos.
Revitalización de la atención primaria a la salud y construcción de la red de servicio a la salud.	Suministro inadecuado de servicios de salud pública, fragmentación de los sistemas de salud, gran dispersión de esfuerzos y recursos.
Movimientos para superar los problemas de capacitación, reclutamiento y adhesión; entrenamiento de médicos como médicos comunitarios integrales (MC).	Déficit de recursos humanos
Creciente importancia de la atención a la salud en la arena internacional, nuevos actores emergentes (UNASUR Salud); cooperación Sur-Sur.	Políticas públicas inestables y alta rotación de funcionarios políticos y del personal técnico.
Construcción de soberanía.	Ministerios de salud débiles con baja capacidad de administración, organización ineficiente y burocrática. Persiste la corrupción en el sector de salud.
Concienciación en aumento sobre la necesidad de desafiar el poder de los actores de importancia en el complejo médico-industrial.	La política de evaluación de la tecnología es débil o está ausente; poca capacidad regulatoria de los Ministerios. Esto es clave, porque a medida que el complejo médico-industrial crece en importancia, así también lo hacen los intereses económicos.

uno de los 12 países miembros de UNASUR tiene su propio capítulo, con su visión sobre sus sistemas de salud. A partir de ese estudio fue posible identificar avances significativos en términos de cobertura poblacional por los sistemas de salud de Sudamérica, no obstante, algunos desafíos se han mantenido. Por ejemplo, en la mitad de los países de UNASUR el derecho a la salud está garantizado constitucionalmente, sin embargo, hasta hoy, ninguno de los modelos empleados logró alcanzar cobertura poblacional de 100%, lo que se configura como uno de los retos del bloque.⁽¹⁹⁾ Los perfiles de los de los sistemas de salud presentados por los países posibilitó la identificación de las principales fortalezas y debilidades de los sistemas de salud de la región.

CONCLUSIONES

Las reformas actuales son una oportunidad para el logro de cambios estructurales en nuestros sistemas. Es necesario tener en cuenta que nuestros países pasan actualmente por numerosas transiciones. La primera es la demográfica, o sea, el cambio en la estructura etaria de la población que envejece rápidamente, causando gran impacto sobre los sistemas de salud. La segunda es la epidemiológica, es decir, los países sudamericanos conviven con una doble carga de enfermedad, con importante carga de enfermedades infectocontagiosas y creciente carga de enfermedades crónicas. La tercera se relaciona con el patrón alimentario, lo que tiene como una de sus consecuencias el incremento de la obesidad infanto-juvenil. La cuarta es la transición tecnológica, con la disponibilidad de tratamientos, vacunas y

medicamentos a los cuales solo pocas personas pueden acceder. La quinta transición es la cultural, con una diseminación extrema de informaciones en salud sin control, lo que deja brechas para que informaciones con intereses privados lleguen a las personas como información puramente técnica; además, los frecuentes procesos de judicialización también son afectados por esta dimensión. La sexta es la transición organizacional, es decir, se pasa de una dimensión administrativa para otra de organización de redes, instituciones, de modo integrado y articulado. Por fin, la séptima transición es la económica, científica y de innovación, o sea, esta dimensión representa la dualidad de la salud como política, porque al mismo tiempo que mejora las condiciones de vida de las poblaciones, es generadora de empleos, de desarrollo e de innovación, lo que se llama complejo económico industrial de la salud.

Es el momento de pensar críticamente sobre los modelos desarrollados en las reformas que estamos llevando a cabo en UNASUR y qué efectos y resultados estamos definiendo como prioritarios. Se debe pensar en la salud como parte constitutiva de la estratégica de desarrollo comprometida con el bien vivir y la sustentabilidad. Las reformas actuales necesitan involucrar a toda la sociedad y hacer un pacto de solidaridad y cambio estructural, con el fin de perfeccionar sistemas de salud para alcanzar el más alto grado de desarrollo humano.

Fuente de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fleury S. Proteção social em um mundo globalizado. *Rev Saude em Debate*. 2006;29(71):305-14.
2. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S; Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
3. Homedes N, Ugalde A. *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(3):210-20.
4. Labra ME. *La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud*. *Cad Saude Publica*. 2002 Jul-Aug;18(4):1041-52.
5. Almeida C. Reforma de Sistemas de Saúde. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes; 2008.
6. Almeida C. *Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário*. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(Suppl):23-56.
7. Soares LT. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Rio de Janeiro: Vozes; 2001.
8. Soares LT. Políticas Sociais na América Latina. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes; 2008. p. 923-44.
9. Franco-Giraldo AM, Palma M, Álvarez-Dardet C. *Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000*. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(5):291-9.
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL; 2012.
11. Tejerina Silva W, Soors W, de Paepe P, Aguilar Snatacruz E, Closos Marie-Christine, Unger Jean-Pierre. *Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud*. *Medicina Social*. 2009;4(4):273-82.

12. Organización Mundial de la Salud. 66ª Asamblea Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal. Informe de la Secretaría. Informe N° A66/24. Ginebra: OMS; 2013.
13. Fleury S. Universal, dual or plural? Health care models and dilemmas in Latin America: Chile, Brazil and Colombia. En: Molina C, Nuñez del Arco J, editores. Washington DC: Health Services in Latin America and Asia; 2001. p. 3-36.
14. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la Salud en América Latina: derechos sociales, políticas de protección social y restricciones financieras y políticas. Ciência & Saúde Coletiva. 2011 Jun;16(6):2673-85.
15. Yamin A, Parra-Vera, Gianella C. Colombia. Judicial protection of the right to health: An elusive promise? En: Yamin A, Gloppen S, editores. Litigating health rights. Can courts bring more justice to health? Cambridge MA: Harvard University Press; 2011. p. 103-31.
16. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011 May 21;377(9779):1778-97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
17. Laurell AC; Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos. Río de Janeiro: ISAGS; 2012.
18. BUSS, P. M. and J. R. FERREIRA. Cooperação e Integração Regional em Saúde na América do Sul: A Contribuição da Unasul-Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2011 Jun;16(6):2699-711.
19. Países de la UNASUR preparan reformas en sus sistemas de salud. Informe iSAGS. 2013 Ene-Feb:1-4.

Correspondencia: José Gomes Temporão
Dirección: Av. Rio Branco, 151, 19º piso, Centro – Rio de Janeiro – RJ, Brasil. CEP: 20040-911
Teléfono: +55 21 25054403
Correo electrónico: isags@isags-unasur.org

Descargue de forma gratuita los contenidos de la
 Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública,
 ingrese a www.ins.gob.pe, seleccionando el ícono de la revista.