IX y X Foro Andino de Salud y Economía

Memorias

MEMORIAS

IX Foro Andino de Salud y Economía
"Por la garantía del derecho a la salud,
mejoremos el financiamiento de los sistemas de salud"
2020

X Foro Andino de Salud y Economía
"Experiencias emblemáticas de financiamiento
para enfrentar la pandemia COVID-19 en los países andinos"
2021

Comité Andino de Salud y Economía
Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela

Catalogación hecha por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Memorias IX y X Foro Andino de Salud y Economía. ORGANISMO ANDINO DE SALUD-CONVENIO HIPÓLITO UNANUE. ORAS-CONHU; 2023.
119 p.; ilus.tab
SALUD/ ECONOMÍA/ REGIÓN ANDINA/ Sistemas de Salud/ Políticas públicas/ Implementación/ Enfoques / Financiamiento/ Derechos/Igualdad

Lima, Perú.
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú 2023-01210

Comité Editorial

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaria ejecutiva
Dra. Marisela Mallqui Osorio
Secretaria adjunta
Sociól.ertha Luz Pineda Restrepo
Coordinadora del Comité Andino de Salud y Economía

Coordinación editorial:
Lic. Yaneth Clavo, Responsable de Comunicaciones.

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE
Av. Paseo de la República Nº 3832, tercer piso. San Isidro, Lima, Perú.
Teléfonos: (00-51-1) 611 3700 http://www.orasconhu.org/ contacto@conhu.org.pe

Primera edición digital, enero 2023

Atribución-NoComercial-CompartirIgual
CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto, con el financiamiento del Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

MINISTROS DE SALUD DEL ÁREA ANDINA

- Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto
  Ministro de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia
- Dra. Ximena Aguilera Sanhueza
  Ministra de Salud de Chile
- Dra. Diana Carolina Corcho Mejía
  Ministra de Salud y Protección Social de Colombia
- Dr. José Leonardo Ruales Estupiñán
  Ministro de Salud Pública del Ecuador
- Dra. Rosa Bertha Gutiérrez Palomino
  Ministra de Salud del Perú
- Dra. Magaly Gutiérrez Viña
  Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

- Dra. María del Carmen Calle Dávila
  Secretaria Ejecutiva
- Dra. Marisela Mallqui Osorio
  Secretaria Adjunta

COMITÉ ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Roberto Ávila Cárcamo
Profesional técnico. Unidad de Planificación Estratégica. Dirección General de Planificación.

Ministerio de Salud de Chile

Romina Leal Rojas
Jefa del Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública.

Gloria Farías Sarmiento
Coordinadora de la Oficina de Información Económica en Salud. Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Otoniel Cabrera Romero
Director. Dirección de Financiamiento Sectorial.

Adriana Marcela Moreno Pardo
Coordinadora. Grupo de Sostenibilidad Financiera y Flujo de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dirección de Financiamiento Sectorial.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Ricardo Xavier Yajamin Villamarin
Director nacional de Economía de la Salud.

Gabriela Carolina Mata Egas
Analista de la Dirección Nacional de Economía de la Salud.

Ministerio de Salud de Perú

Felipe César Meza Millán
Director general de la Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización.

Inder Gley Delgado Tuesta
Director ejecutivo de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

Alberto Barrenechea Pastor
Coordinador de Cuentas de Salud y Estudios Económicos de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Ministerio de Salud.

César Gil Malca
Especialista en Estudios Económicos en Salud - Equipo de Cuentas de Salud, de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

Luis Enrique Mercado Rojas
Asistente en Temas de Análisis Económico de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

Athenas Yabar Rosales
Especialista en Economía de la salud. Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

Liliana Gutiérrez Martínez
Directora general de Planificación y Presupuesto. Dirección General de Gestión Económica en Salud.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Carlos Arósquipa Rodríguez
Asesor del Programa Subregional para América del Sur.

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Bertha Luz Pineda Restrepo
Coordinadora del Comité Andino de Salud y Economía.

Carlos Rodolfo Valdez Benavides
Consultor responsable de la transcripción y versión preliminar de las
memorias de los Foros Andinos.

CONTENIDO

ABREVIATURAS Y SIGLAS 11
PRESENTACIÓN 15
INTRODUCCIÓN 18
BREVE RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA FOROS ANDINOS DE SALUD Y ECONOMÍA 26

I Foro Sudamericano de Salud y Economía
II Foro Sudamericano de Salud y Economía
III Foro Andino de Salud y Economía
IV Foro Andino de Salud y Economía
V Foro Andino de Salud y Economía
VI Foro Andino de Salud y Economía
VII Foro Andino de Salud y Economía
VIII Foro Andino de Salud y Economía

IX FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA "POR LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD, MEJOREMOS EL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD" 39

1. Palabras de bienvenida. Dra. María del Carmen Calle Dávila. Secretaria Ejecutiva del ORAS-CONHU
2. Saludo institucional. Dr. Carlos Arósquipa. Asesor del Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS
3. Declaración de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Dra. Michelle Bachelet
4. Conferencia: Derecho a la salud y su garantía en tiempo de COVID. Dr. Francisco Xavier Mena. Representante Regional Adjunto de la Oficina Regional para América del Sur del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
4.1 Diálogo a partir de preguntas de participantes
5. Presentaciones Ministerios de Salud de los países andinos
5.1 Chile: Econ. Romina Leal Rojas. Jefa Departamento de Economía de la Salud. Ministerio de Salud. Presidenta pro

tempore del Comité Andino de Salud y Economía

5.2 Bolivia: Econ. Roberto Avila Cárcamo. Profesional Seguros de Salud. Ministerio de Salud y Deportes

5.3 Colombia: Dra. María Andrea Godoy Casadiego. Viceministra del Ministerio de Salud y Protección Social

5.4 Ecuador: Econ. Andrea Sánchez. Directora Nacional de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública

5.5 Perú: Econ. Ana Luz Montalvo Chávez. Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. Ministerio de Salud

5.6 Venezuela: Econ. Zaila Gonzáles Vivo. Directora General de Planificación y Presupuesto. Dirección General de Gestión Económica en Salud. Ministerio del Poder Popular para la Salud

6. Diálogo a partir de preguntas de participantes

7. Resumen. Dra. Marisela Mallqui. Secretaria Adjunta del ORAS-CONHU

8. Cierre: IX Foro Andino de Salud y Economía. Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva del ORAS-CONHU

X FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA: EXPERIENCIAS EMBLEMÁTICAS DE FINANCIAMIENTO PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS PAÍSES ANDINOS

1. Palabras de bienvenida. Dra. Marisela Mallqui. Secretaria Adjunta del ORAS-CONHU

2. Saludo del Dr. Pierre Paolo Balladelli. Director del Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS

3. Inauguración. Dr. José Rúales. Viceministro de Gobernanza y Vigilancia. Ministerio de Salud Pública del Ecuador

4. ¿Cómo debemos asignar los recursos sociales y de salud durante una pandemia? Dr. Sridhar Venkatapuram. Director adjunto, King's Global Health Institute. Profesor titular de Filosofía y Salud Global, King's College London. Director fundador, Global Health & Social Justice

5. Financiamiento de la salud para una recuperación con igualdad y sostenibilidad. Econ. Camilo Cid. Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe

6. Políticas en los países andinos para mitigar la pandemia. Economista Rafael Urriola. Consultor del ORAS-CONHU

7. Presentaciones Ministerios de Salud de los países andinos

- **7.1 Ecuador:** Econ. Ricardo Yajamin. Director Nacional de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Presidente pro tempore del Comité Andino de Salud y Economía
- **7.2 Chile:** Econ. Romina Leal Rojas. Jefa del Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública
- **7.3 Colombia:** Adm. Mónica Valderrama. Asesora del despacho del Viceministerio de Protección Social y directora de la Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Ministerio de Salud y Protección Social
- **7.4 Perú:** Adm. William R. Ascarza. Director general de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Ministerio de Salud
- **7.5 Venezuela:** Econ. Zaila Gonzáles Vivo. Directora General de Planificación y Presupuesto. Dirección General de Gestión Económica en Salud. Ministerio del Poder Popular para la Salud

8. Reflexiones finales

9. Resumen: Sociol. Bertha Luz Pineda. Coordinadora del Comité Andino de Salud y Economía del ORAS-CONHU

10. Cierre: IX Foro Andino de Salud y Economía. Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria ejecutiva del ORAS-CONHU

11. Síntesis de entrevistas

12. Resultados de la encuesta: Cuentas de Salud

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AFP	Administradora de Fondos de Pensiones
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco de Desarrollo de América Latina
BTS	Bonificación al talento humano en salud
CAF	Banco de Desarrollo de América Latina-Corporación Andina de Fomento
CAS	Contratación Administrativa de Servicios
CAS-COVID-19	Contrato Administrativo de Servicios-COVID-19
CASE	Comité Andino de Salud y Economía
CDSS	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
CELAC	Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFG/COFOG	Clasificación Funcional del gasto
COE	Centro de Operaciones de Emergencia
COEN	Centro de Operaciones Emergencia Nacional
CONASA	Consejo Nacional de Salud
COVAX	Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19
COVID-19	Enfermedad respiratoria contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EPIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
EPP	Elementos de Protección Personal
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
ET	Entes territoriales
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOME	Fondo para la Mitigación de la Emergencia. Colombia
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Régimen de Garantías Explícitas en Salud
IFE	Ingreso Familiar de Emergencia
IMACEC	Índice Mensual de la Actividad Económica
INSPI	Instituto de Investigación en Salud Pública

IPRESS	Institutos Prestadores de Servicios de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
MIDIS	Ministerio de la Integración Social
MINSA	**Ministerio de Salud**
MINSAL	**Ministerio de Salud de Chile**
MSP	**Ministerio de Salud Pública del Ecuador**
MSPS	**Ministerio de Salud y Protección Social**
MYPES	**Micro y Pequeñas Empresas**
OCDE	**Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos**
ODS	**Objetivos de Desarrollo Sostenibles**
OIEA	**Organismo Internacional de Energía Atómica**
OMS	**Organización Mundial de la Salud**
ONG	**Organizaciones no Gubernamentales**
ONU	**Organización de las Naciones Unidas**
OPS	**Organización Panamericana de la Salud**
ORAS-CONHU	**Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue**
PBI	**Producto Bruto Interno**
PCR	**Polymerase Chain Reaction, Reacción en Cadena de la Polimerasa**
PCRIS	**Programa de Inversión "Creación de Redes Integradas de Salud"**
PIA	**Presupuesto Inicial Aprobado**
PIB	**Producto Interno Bruto**
PIDESC	**Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**
PIFEMEFS	**Proyecto de infraestructura Física, Equipamiento, Mantenimiento y Fiscalización en Salud**
PRASS	**Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo**
PYMES	**Pequeñas y Medianas Empresas**
REMSAA	**Reunión de Ministros de Salud del Área Andina**

SAI	**Sistema Andino de Integración**
SAM	**Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS**
SegCovid	**Aplicativo para el seguimiento de casos COVID-19**
SGSSS	**Sistema General de Seguridad Social en Salud**
SIDA	**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**
SIS	**Seguro Integral de Salud**
SNS	**Sistemas Nacionales de Salud**
SNU	**Sistema de las Naciones Unidas**
SPNS	**Sistema Público Nacional en Salud**
SUIS	**Sistema Único de Información en Salud**
TGN	**Tesoro General de la Nación**
THS	**Talento Humano en Salud**
UNFPA	**Fondo de Población de las Naciones Unidas**
UPC	**Unidad de Pago por Capitación**

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

La pandemia COVID-19 ha generado en el mundo y en América Latina una crisis de desarrollo: sanitaria, educativa, económica, social, alimentaria y ambiental; más, sin embargo, también ha demostrado que es posible poner en marcha políticas y acciones transformadoras.

Precisamente, es en este último aspecto que publicamos las memorias de los Foros Andinos de Salud y Economía Por la garantía del derecho a la salud: mejoremos el financiamiento de los sistemas de salud y Experiencias emblemáticas de financiamiento para enfrentar la pandemia COVID-19 en los países andinos, con énfasis en los grandes esfuerzos y acciones realizadas por los ministerios de Salud, en alianza con otras organizaciones, para enfrentar la pandemia COVID-19. La presente publicación es un homenaje a los héroes y heroínas de la vida real que luchan para proteger la vida, así como a los trabajadores y las trabajadoras que se quedaron en el camino por salvar a los demás.

Asimismo, presentamos una breve reconstrucción histórica de otros foros previos, para recordar el desafío asumido por los seis países andinos - Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela - de mejorar el financiamiento y los sistemas de salud, para avanzar en la garantía del derecho a la salud de la población.

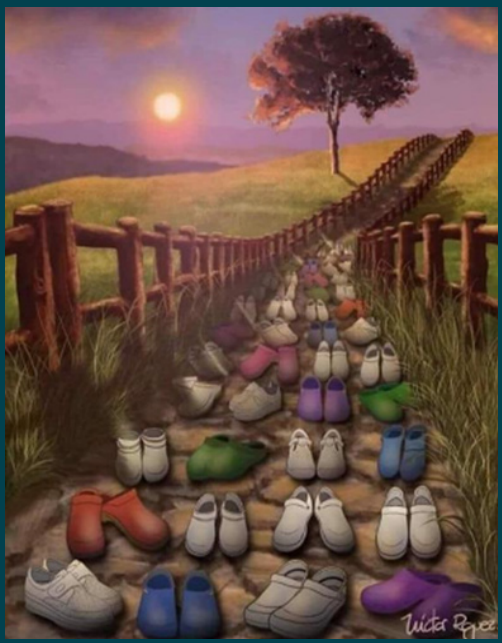
La crisis generada por la pandemia COVID-19, hizo evidente problemas estructurales y desigualdades múltiples, así como la necesaria convergencia entre salud y economía, por lo que los argumentos en favor de mejorar la inversión en salud en los países andinos son más fuertes que nunca. Por ello, aumentar los recursos para los sistemas de salud y de protección social no debe ser considerado como un gasto, sino como una inversión para el bienestar de la población.

En el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue reafirmamos nuestro compromiso de continuar con el trabajo de articular e implementar las decisiones en materia de salud, a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para reducir las desigualdades e inequidades en salud, fortalecer el trabajo intersectorial, con enfoque de derechos humanos para mejorar la inversión en salud y a mantener el cuidado integral de la vida en el centro de las políticas.

¡La salud es esencial para el desarrollo sostenible!

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaria Ejecutiva
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Dedicamos estas memorias a nuestra querida y recordada colega Zaila Gonzáles Vivo, quien en vida participó activamente en el Comité Andino de Salud y Economía representando a Venezuela.



Pintura de: Víctor Rodríguez

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) fue constituido por decisión de los ministros de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela en diciembre de 1971. En sus 50 años de existencia mantiene su composición y ha logrado posicionar la salud como eje estratégico de integración andina, gracias a que los ministerios de Salud se han integrado para sumar esfuerzos y capacidades para enfrentar problemas comunes, como el principio básico de que la salud es un derecho humano y social, fundamental.

La Reunión de los Ministros y las Ministras de Salud del Área Andina (REMSAA) es la instancia de máxima autoridad. La Secretaría Ejecutiva, con sede en Lima (Perú), tiene como función la ejecución de los mandatos de la REMSAA y el desarrollo de políticas y planes andinos, para lo cual coordina las actividades con 18 comités andinos, 3 subcomités, 8 grupos de trabajo, una red de comunicadores y una Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud, cada uno constituido por delegados de los ministerios de Salud de los seis países andinos. Asimismo, se mantienen relaciones estratégicas de cooperación y articulación con diversas entidades socias.

El 31 de marzo de 2005, mediante la Resolución REMSAA XXVI/ 401, las ministras y ministros de Salud del área Andina, resuelven:

- Proponer la creación de la Comisión Andina de Salud y Economía, con el objeto de generar propuestas para el incremento y mejora de la inversión en salud para el desarrollo económico y social, en el marco del proceso de integración subregional.

- Promover la identificación de argumentos y áreas de intervención, cuyas acciones permitan la inclusión del sector salud en políticas de desarrollo, como un factor determinante en el crecimiento económico y desarrollo social: reducción de la pobreza e inequidades.

- Promover el desarrollo de bases de información y nuevos indicadores, los que permitan evaluar la importancia de la inversión en salud para el desarrollo económico y social.

- Crear espacios de discusión en el ámbito del más alto nivel de decisión político, económico y social andinos, para resaltar la importancia de la inversión en salud, así como de las capacidades de los sistemas de salud para responder a los requerimientos de crecimiento económico y desarrollo social.

- Promover entre los países ámbitos de discusión, sensibilización y análisis de los resultados y propuestas de esta Comisión.
- Propiciar una Secretaría Técnica de la subregión, constituida por delegados de los ministerios de Salud y Protección Social y Hacienda/Finanzas, para dar operatividad a dicha Comisión.

- Delegar al ORAS-CONHU la coordinación y solicitar el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS, para la conformación y desarrollo de la Comisión.

En respuesta a la Resolución, el Comité Andino de Salud y Economía del ORAS-CONHU funciona desde el 2006, y anualmente desarrolla sus actividades en respuesta a la planificación operativa. Las actividades se desarrollan en respuesta a la planificación operativa anual.

1) Reuniones presenciales y virtuales para el intercambio de experiencias e iniciativas de cooperación técnica.

2) Foros sudamericanos y andinos sobre salud y economía. Usualmente, se publican las memorias.

3) Talleres de Cuentas de Salud.

4) Investigaciones sobre economía de la salud, a partir de un trabajo colectivo entre los integrantes de CASE.

5) Formación del recurso humano de los equipos de CASE en temas de salud y economía.

6) Elaboración de boletines de salud y economía[1].

7) Elaboración de informes sobre los avances en el desarrollo de las Cuentas de Salud de los países de CASE.

8) Aplicación práctica de las herramientas de cuentas en salud SHA 2011.

9) Actualización de noticias de economía y salud en el Observatorio de CASE por cada país miembro[2].

[1] Disponibles en: http://www.orasconhu.org/case/centro-documentacion/boletines
[2] http://www.orasconhu.org/case/

Una de las actividades centrales es el Foro Sudamericano o Andino de Salud y Economía. Usualmente, en la misma ocasión se realiza la reunión presencial del Comité y el Taller de Cuentas en Salud. A la fecha se han realizado 10 foros.

Cuadro 1. Ciudad y fecha, nombre del Foro y enlace de publicación de memorias o la agenda		
1	Quito, noviembre de 2008	I Foro Sudamericano de Salud y Economía. **Importancia de la inversión en salud y las capacidades de los sistemas de salud.**
	Enlace de publicación Memorias: https://www3.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=politicas-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=85-observatorio-del-financiamiento-al-sector-salud-ecuador&Itemid=599	
2	Lima, noviembre de 2010	II Foro Sudamericano de Salud y Economía. **Identificación de alternativas para mejorar la inversión social en salud.**
	Enlace de publicación Memorias: https://www.orasconhu.org/sites/default/files/libro%20CASE%20final.pdf	
3	Quito, mayo de 2012	III Foro Andino de Salud y Economía. **Cuentas nacionales de salud y economía.**
4	Bogotá, julio de 2013	IV Foro Andino de Salud y Economía. **Identificación de retos y desafíos actuales para el logro de objetivos de cobertura universal y sistemas de salud equitativos y sostenibles.**
	Agenda: https://www.minsalud.gov.co/Documents/PDF%20General%20Ministerio%20Salud/Agenda%20IV%20Foro%20Salud%20y%20Economia.pdf	
5	Santiago de Chile, junio de 2014	V Foro Andino de Salud y Economía. **Cobertura universal en salud.**
	Enlace de publicación Memorias: https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/1227 **Agenda:** http://www.orasconhu.org/case/sites/default/files/files/Agenda%20V%20Foro%20SyE%20CASE%202014.pdf https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Agenda%20V%20Foro%20SyE%20CASE%202014Preliminar(20-05-14).pdf	
6	La Paz, agosto de 2015	VI Foro Andino de Salud y Economía. **Sistema de salud y financiamiento de la atención de enfermedades no transmisibles. Desafíos y buenas prácticas de gestión.**

6	La Paz, agosto de 2015	VI Foro Andino de Salud y Economía. **Sistema de salud y financiamiento de la atención de enfermedades no transmisibles. Desafíos y buenas prácticas de gestión.**
	Enlace de nota https://www.minsalud.gob.bo/720-bolivia-sede-del-vi-foro-andino-de-salud-y-economia https://www.minsalud.gob.bo/722-vi-foro-andino-de-salud-y-economia-analiza-sostenibilidad-para-diagnostico-y-tratamiento-de-enfermedades-no-transmisibles	
7	Lima, marzo de 2017	VII Foro Andino de Salud y Economía. **Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región.**
	Enlace de publicación memorias: http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/FORO%20CASE%202017.pdf	
8	Lima, marzo de 2019	VIII Foro Andino de Salud y Economía. **Impacto económico de la tuberculosis en los países de la región de las Américas.**
	Enlace de publicación Memorias: http://orasconhu.org/portal/content/foro-andino-de-salud-y-econom%C3%ADa-2019 **Agenda:** http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/Agenda_VIII_FORO_CASE_Peru_2019.pdf	
9	Evento virtual, 10 de diciembre de 2020	IX Foro Andino de Salud y Economía. **Por la garantía del derecho a la salud, mejoremos el financiamiento de los sistemas de salud.**
	Enlaces para acceder al evento: https://www.facebook.com/orasconhu/videos/754116025458782 https://www.youtube.com/watch?v=_tQU3Oylsz8 **Nota en Boletín:** http://orasconhu.org/portal/content/bolet%C3%ADn-notisalud-andinas-nro-47-diciembre-2020	
10	Evento virtual, 30 de septiembre de 2021	X Foro Andino de Salud y Economía. **Experiencias emblemáticas de financiamiento para enfrentar la pandemia COVID-19 en los países andinos.**
	Enlaces para acceder al evento: https://www.facebook.com/orasconhu/videos/2963100827237026 https://www.youtube.com/watch?v=I_fiAHj892U **Nota en Boletín Notisalud Andinas:** https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/Boletín 56_Sep_2021.pdf	

Es necesario destacar que, dadas las condiciones que impuso la pandemia, el ORAS-CONHU, rápidamente fortaleció las herramientas de trabajo virtuales para no detener su quehacer en las nuevas circunstancias. Para ello recurrió a las potencialidades de la informática del universo digital, como: página web; tecnologías de información, comunicación y aprendizaje; plataformas y redes sociales (Internet, Webex, Zoom, Facebook, YouTube, Instagram, Spotify, Ivoox, Soundcloud, Twitter, Podcasts, WhatsApp y correos electrónicos).

Desde que se inició la pandemia, el equipo del ORAS-CONHU realiza dos reuniones semanales para el análisis de la situación epidemiológica en el mundo y en la región, que se publica en la página electrónica, así como reuniones técnicas con expertos, diversas organizaciones y los Comités Andinos. Desde agosto de 2020, mensualmente se han llevado a cabo reuniones virtuales con autoridades nacionales de salud de los seis países andinos[3]. En estos espacios se han generado procesos de reflexión sobre la pandemia, las lecciones y los desafíos, que también se han trasladado como temas para la construcción de alianzas con diversas organizaciones, y por supuesto, han sido tratados en los webinars y foros realizados[4].

• La pandemia COVID-19

El año 2020 empezó con la noticia de una nueva amenaza para la salud pública. El 11 de febrero, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus se denominaría COVID-19, y un mes más tarde, el 11 de marzo, llegaba a la conclusión que esta debía considerarse una pandemia. El primer caso detectado oficialmente en América, lo confirmó el Ministerio de Salud de Brasil el 26 de febrero de 2020. Entre los países andinos, Ecuador fue el primero en reportar su caso índice, el 29 de febrero. Los otros países andinos los reportaron en marzo (Chile, Colombia, Perú, Bolivia y Venezuela). A su vez, tomaron medidas como las siguientes:

- Declaración de la emergencia nacional y en salud, así como prórrogas sucesivas de la declaración de emergencia; confinamiento nacional obligatorio y toque de queda.

- Suspensión de eventos públicos, culturales, deportivos y todo tipo de reunión que pudiera generar aglomeración de personas.

---

[3] Los resúmenes de las Reuniones de Autoridades Nacionales de Salud se encuentran disponibles en el siguiente enlace: https://www.orasconhu.org/es/reuniones-de-autoridades-nacionales-de-salud.

[4] Véase: Respuesta del Organismo Andino de Salud a la Pandemia Covid-19. Pág. 257-292. En: Salud Global y Diplomacia en Salud. ALASAG. 2021. Disponible en:

https://orasconhu.org/sites/default/files/Salud%20Global%20y%20Diplomacia%20en%20Salud.pdf

- Medidas de apoyo económico, como transferencias en efectivo y alimentos para familias de menores ingresos.

- Suspensión de clases presenciales en todos los niveles, y adopción de modalidades educativas de aprendizaje a distancia o virtual.
- Suspensión de vuelos nacionales e internacionales.

- Cierre de fronteras aéreas, terrestres, fluviales, lacustres y marítimas.

- Cuarentena obligatoria para personas que llegaran al país.

- Mejora de la dotación para los establecimientos de salud (personal de salud, ventiladores mecánicos, camas para unidades de cuidados intensivos, equipos de protección, oxigeno).

- Desarrollo de estrategias para mejorar el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica, los sistemas de información, la comunicación y educación sobre prevención de la enfermedad.

- Elaboración y actualización permanente de normas, guías, instructivos, protocolos, directrices, lineamientos y orientaciones, entre otras.

- Formación del recurso humano para atender la enfermedad y mecanismos ágiles para la contratación del personal de salud.

En los meses siguientes, ya hacia mediado y finales de 2020, la situación era muy complicada. Inicialmente, Ecuador fue el país que llamó más la atención por el alto número de casos y muertes, especialmente en Guayaquil. En julio, Perú, Chile y Colombia se en¬contraban entre los diez primeros países con mayor número de casos en el mundo. Cuatro países andinos (Perú, Chile, Ecuador y Bolivia) se ubicaban en los primeros veinte puestos, en cuanto a número de fallecidos por millón de habitantes en el mundo. En el caso de Venezuela, el número de casos es comparativamente bajo, aunque no la gravedad de la situación.

Además de las medidas no farmacológicas para prevenir la COVID-19 (cuarentenas, distanciamiento físico, campañas educativas para el uso adecuado de la mascarilla, etc.), en los países andinos se adelantaron gestiones diversas para adquirir las vacunas. En diciembre de 2020, Chile inició la vacunación y los otros países lo hicieron a principios de 2021. En un marco de limitada soberanía sanitaria y dependencia del “Norte Global”, los meses siguientes se centraron en cumplir las metas de vacunación y enfrentar problemas relacionados con la presencia de nuevas variantes, el aumento de casos y el colapso en los servicios de salud.
La respuesta a la pandemia de COVID-19, requirió que los servicios de salud ofrecieran atención a las personas de manera coordinada, entre los diferentes niveles de complejidad, el suministro de medicamentos y dispositivos. En los seis países se adoptaron medidas de asignación y redistribución presupuestal para mantener la continuidad de los servicios,

ampliar las capacidades, la capacitación de los recursos humanos, la compra de productos básicos esenciales, y las innovaciones (como la telesalud).

No obstante, es obvio que frente a una creciente demanda de servicios de salud para atender las personas contagiadas de COVID-19, se interrumpiera o limitara la prestación de servicios de primer nivel de atención, inmunización regular, atención de personas mayores, nutrición, trastornos de salud mental, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades transmisibles, salud sexual y reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, entre otros. Todo lo cual tiene altos costos para los sistemas de salud y graves consecuencias para la vida y la salud de las personas.

El título de un informe conjunto entre la CEPAL y la OPS (2020), refleja el sentido de CASE y los foros realizados: Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe[5], en el cual se afirma:

> La región es en particular vulnerable por sus altos niveles de informalidad laboral, urbanización, pobreza y desigualdad, así como por sus sistemas frágiles de salud y protección social, y una parte importante de la población vive en condiciones de vulnerabilidad que requieren una atención especial […] tanto el control de la pandemia como la reapertura económica requieren liderazgo y una rectoría efectiva y dinámica de los Estados, mediante políticas nacionales que integren políticas de salud, políticas económicas y políticas sociales. También se aboga por un aumento del gasto fiscal para controlar la pandemia y favorecer la reactivación y la reconstrucción y para que sea más eficaz, eficiente y equitativo, de modo que el gasto público destinado a la salud alcance al menos el 6 % del producto interno bruto. (CEPAL, OPS, 2020, pág. 1)

En los dos foros realizados de Salud y Economía se muestran los grandes esfuerzos realizados por el Gobierno, el recurso humano de los ministerios de Salud, y el trabajo con otros sectores para incrementar la inversión para la salud, redistribuir y gestionar los recursos para responder a una emergencia sin precedentes. En las presentaciones se exponen datos de las inversiones y asignaciones realizadas. Sin embargo, como afirma la CEPAL (2021):

> En todos los países de la región, sin excepción, la situación fiscal se ha deteriorado y el nivel de endeudamiento del gobierno general ha aumentado […] lo que convierte a América Latina y el Caribe en la región más endeudada del mundo en desarrollo y pone en peligro la reconstrucción sostenible y con igualdad[6]. (p.1)

[5] El informe se encuentra disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/4/S2000462_es.pdf

A su vez, en diversos informes de organismos internacionales y regionales se hacen recomendaciones: eliminar la evasión fiscal, tributación a la propiedad y el patrimonio, reorientación del gasto público, creación de empleo, inversión pública, ingreso básico, protección social universal. Como afirma Oxfam (2022) en el Informe *Las desigualdades matan*[7]*:*

> El legado de la pandemia debe ser unos servicios públicos de salud universales y de calidad, financiados con dinero público, para que nadie tenga que volver a pagar de su bolsillo por acceder a estos servicios, y una protección social universal que garantice la seguridad de los ingresos de todas las personas [...] Los gobiernos deben reescribir las reglas de sus economías, transformar las leyes y actuar para redistribuir mejor los ingresos, los recursos y el poder en la toma de decisiones. (p.15).

[6] Disponible en: https://www.cepal.org/es/comunicados/la-pandemia-provoca-aumento-niveles-endeudamiento-paises-la-region-pone-peligro-la

[7] https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621341/bp-inequality-kills-170122-summ-es.pdf

BREVE RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA FOROS ANDINOS DE SALUD Y ECONOMÍA I - VIII

BREVE RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA FOROS ANDINOS DE SALUD Y ECONOMÍA

Se presenta a continuación, una breve reconstrucción de las ideas relevantes abordadas en los foros I al VIII.

I Foro Sudamericano de Salud y Economía

El primer Foro se llevó a cabo en la ciudad de Quito (Ecuador), del 19 al 21 de noviembre de 2008. Participaron representantes de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, Argentina, Paraguay y Uruguay. El evento fue organizado por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), el Comité Andino de Salud y Economía (CASE), con el auspicio del Banco de Desarrollo de América Latina-Corporación Andina de Fomento (CAF), el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CONASA) de Ecuador y la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

El objetivo principal consistió en resaltar la importancia de la inversión en salud. En las memorias del primer Foro se incorporaron los resultados de las siguientes áreas temáticas:

1) Lineamientos y estrategias para incluir, como prioridad, al sector salud en las políticas públicas y su financiamiento.

2) Estrategias que garanticen la calidad de la inversión en salud, en el marco de la protección social.

3) Líneas de acción para el compromiso de los actores políticos, económicos y sociales para mejorar la inversión en salud.

4) Red virtual sudamericana de economía y salud.

Se resaltó la importancia de la inversión en salud, así como la necesidad de fortalecer los sistemas de salud. Con este fin, se propuso que el CASE considere en su plan de trabajo los siguientes aspectos:

1) Reafirmar que la salud es un derecho humano fundamental y de alto valor estratégico para el desarrollo económico y social. Se considera como finalidad fomentar las capacidades humanas, el bienestar, la calidad de vida de las personas en armonía con la naturaleza y la interculturalidad, para lograr una sociedad saludable y productiva.

2) Reconocer el aporte de los estudios en economía de la salud. Se busca apoyar las reformas en marcha y los nuevos procesos de cambios estructurales, para garantizar el derecho a la salud de todas las personas.

3) Fortalecer el criterio que afirma que la salud es una inversión social. Se debe atender, principalmente, los determinantes sociales de la salud.

4) Tomar las precauciones necesarias ante los efectos de la crisis financiera mundial. Se recomendó que, en la medida de lo posible, no se afecté la asignación presupuestaria del sector salud y no se desestime la prioridad de la salud en la agenda política de cada país.

5) Promover con urgencia la adopción de medidas tendientes a mejorar la eficiencia, la eficacia, la efectividad y la calidad de la inversión en salud, con el fin de contribuir a la búsqueda de alternativas para optimizar la inversión pública y lograr una estructura de financiamiento más oportuna, equitativa, solidaria y transparente.

6) Impulsar el desarrollo de conocimiento y la profundización de las conclusiones y recomendaciones de los grupos de trabajo, en las cuatro áreas temáticas.

7) Desarrollar actividades de formación en economía y salud. Esto implica el desarrollo de instrumentos conjuntos para el análisis económico, el intercambio de experiencias y de

conocimientos entre los países, el desarrollo de un sistema de información unificado y la realización de investigaciones conjuntas, para lograr una mejor toma de decisiones con base en la evidencia.

8) Promover el intercambio de experiencias y desarrollo de investigaciones conjuntas, en el marco de los procesos de integración regionales y para fortalecer la acción conjunta, para garantizar el derecho a la salud y de la calidad de vida.

9) Hacer efectivos los procesos y espacios de participación social en la toma de decisiones de políticas públicas de protección social en salud.

- **I Taller de Cuentas de Salud**

Se elaboró un plan de trabajo en el que se acordó fortalecer los instrumentos de análisis y evaluación, así como la implementación y desarrollo de las cuentas de salud. Además, se resaltó la importancia de analizar la relación entre salud y economía a través de foros nacionales, andinos, y sudamericanos.

II Foro Sudamericano de Salud y Economía

El segundo Foro se realizó el 17 y 18 de noviembre de 2010, en Lima (Perú). Consideró como eje de análisis el informe Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud[8], elaborado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), una red mundial de investigadores y organizaciones de la sociedad civil, que recibió el mandato de acopiar y revisar datos sobre las intervenciones necesarias para reducir las inequidades en materia de salud y comunicar sus recomendaciones. Dicho informe inicia con la afirmación siguiente (OMS, 2008):

> La justicia social es una cuestión de vida o muerte […]. Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere son consecuencia de programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una inadecuada gestión. Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre (págs. 3-5).

[8] El informe se encuentra disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830.

La CDSS esbozó un conjunto de recomendaciones: 1) Mejorar las condiciones de vida, 2) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, 3) Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, las que se refieren a continuación.

Cuadro 2. Tres principios de acción

Mejorar las condiciones de vida	Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos	Medir la magnitud del problema
Atención universal de salud: **fundar los sistemas de salud en los principios de equidad, prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Reforzar y fortalecer el personal sanitario, y desarrollar su capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.**	**La equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas:** responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y la equidad sanitaria, y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin de forma coherente.	**Evaluar los efectos de las intervenciones y analizar los resultados.**
Equidad desde el principio**: medidas que favorezcan el desarrollo de la primera infancia y programas y servicios educativos que lleguen a todos los niños y niñas.**	**Financiación equitativa:** fortalecer la financiación pública para actuar sobre los DSS. Incrementar los fondos internacionales. Asignar de forma equitativa los recursos públicos para actuar sobre los DSS.	**Realizar seguimiento, investigación y formación: poner en marcha sistemas que permitan hacer un seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los DSS a nivel local, nacional e internacional.**
Entornos salubres para una población sana: **promover la equidad sanitaria mediante inversiones sostenidas en el desarrollo rural, combatiendo políticas de exclusión que generen pobreza rural.**	**Responsabilidad del mercado:** reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como agua y el saneamiento).	
Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno: **convertir el pleno empleo, la equidad en materia de empleo y el trabajo digno, en objetivos esenciales de las políticas socioeconómicas nacionales e internacionales.**	**Equidad de género:** combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales. Formular y financiar políticas y programas que eliminen las disparidades en la educación, y favorezcan la participación económica de la mujer.	
Protección social a lo largo de la vida: **aplicar políticas de protección social universal de amplio alcance o mejorar las existentes, para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente y pueda tener una vida sana**.	**Emancipación política, integración y posibilidad de expresarse:** dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad, mediante un sistema de representación justo en los procesos de toma de decisiones. Promover que la sociedad civil pueda organizarse y actuar, de forma que se promuevan y respeten los derechos de la salud.	
	Una gobernanza mundial eficaz: convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial, y adoptar un marco basado en los DSS que permita potenciar las acciones multilaterales a favor del desarrollo.	

Fuente: Elaborado por Pineda, B, a partir de la lectura Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud (OPS/OMS, 2008).

El objetivo del Foro consistió en identificar alternativas para mejorar la inversión en salud, que garantice la protección de las personas y promueva la cohesión social.

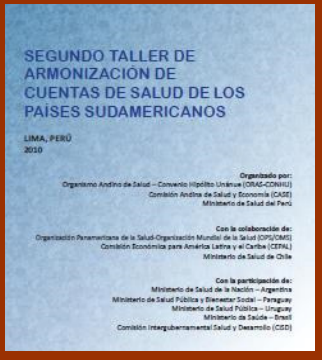
Para responder a la pregunta sobre cómo conseguir este resultado, se enunciaron las siguientes acciones fundamentales:

1) Definir estrategias para priorizar el sector salud en el centro de las políticas públicas y garantizar su adecuado financiamiento.

2) Establecer los métodos que aseguren la calidad de la inversión en salud, en el marco de la protección social.

3) Determinar líneas de acción para el compromiso de los actores políticos, económicos y sociales para mejorar la inversión en salud.

Al concluir el segundo Foro, se logró la sistematización de los avances de cada país y en la región Andina, así como las acciones para mejorar en relación con las cuatro áreas temáticas definidas en el primer Foro.



• II Taller de Armonización de Cuentas de Salud

El 15 y 16 de noviembre de 2010, se efectuó el taller donde cada país presentó los avances en cuentas de salud y las necesidades para su desarrollo:

- Delegar la coordinación técnica para el tema de cuentas nacionales en salud a un país miembro de CASE.
- El país elegido como coordinador técnico es el encargado de presentar una propuesta de capacitación en el tema de cuentas de salud, con base en las necesidades identificadas.
- Analizar el proyecto elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

y la OPS/OMS, en relación con la modernización y armonización de las cuentas de salud, con el propósito de implementarlo.

• Cada país debe confirmar la información sobre el gasto público.

• Preparar un cuadro resumen con la cooperación de OPS/OMS y con indicadores de los cálculos del gasto nacional en salud, el gasto público y el gasto privado[9].

• Elaborar un inventario de estimados de gasto público en salud, según la clasificación funcional del gasto (CFG/COFOG) y el nivel de desagregación del último año disponible.

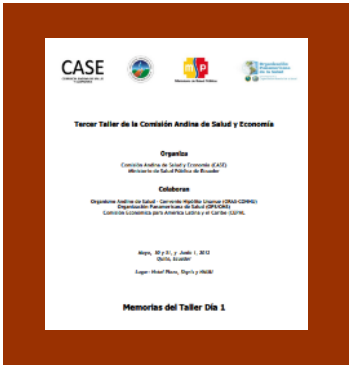
• Presentar la propuesta del Boletín de Indicadores Básicos de Sistemas Nacionales de Salud (SNS).

• Promover la movilización de recursos técnicos y financieros con organismos nacionales e internacionales para el cumplimiento de las actividades y objetivos.

Los acuerdos mencionados fueron suscritos por las 10 delegaciones de los países participantes: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

III Foro Andino de Salud y Economía

El III Foro se realizó en Quito, el 30 mayo de 2012, con la participación de los seis países andinos. La coordinación de CASE y el ORAS-CONHU, así como con la cooperación de la OPS/OMS y la CEPAL.


CASE

Tercer Taller de la Comisión Andina de Salud y Economía

Organiza

Colaboran

Memorias del Taller Día 1

El objetivo planteado consistió en generar propuestas para el incremento de la inversión en salud y mejorar los mecanismos de intercambio de información, planificación y seguimiento a los compromisos.

El Foro se desarrolló en tres momentos:

1) Sistemas universales de salud.
2) Inversión en salud y sostenibilidad financiera.
3) Tercer taller: avances en la elaboración de las cuentas nacionales de salud.

[9] En este cuadro, se deben incluir notas metodológicas con recomendaciones sobre el marco analítico, conceptos, clasificaciones y los siguientes métodos de cálculo: indicadores de gasto en salud de la CEPAL, OPS/OMS, Banco Mundial, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), Fondo Monetario Internacional (FMI) y resultados de estudios de país.

Se identificaron los siguientes desafíos:

- Fortalecer los departamentos o las unidades de economía de la salud en los diferentes Ministerios de Salud, así como la elaboración y el análisis de las cuentas nacionales de salud.

- Lograr la armonización de indicadores en salud y de cuentas nacionales de salud.

- Continuar con el intercambio de los avances de cada país, como oportunidad para aprender de las experiencias y fortalezas de los otros países.

IV Foro Andino de Salud y Economía

El IV Foro fue organizado por el ORAS-CONHU, CASE y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, se realizó los días 22 y 24 de julio de 2013 en Bogotá. Colaboraron la OPS/OMS y la CEPAL. Los temas tratados fueron:

1) Iniciativas recientes de reforma de los sistemas de salud y estrategias de financiamiento.

2) Retos y desafíos para el logro de objetivos de cobertura universal, equidad y financiamiento sostenible de los sistemas de salud.

3) Panel sobre experiencias recientes en procesos de generación de información y conocimientos en el área de economía de la salud, para la toma de decisiones y sustentación de las políticas públicas de salud.

- **IV Taller de Cuentas de Salud de Países Sudamericanos**

El IV Taller se realizó el 23 de julio de 2013, y posibilitó el análisis de los avances en las cuentas de salud y el uso de indicadores en los países andinos y del MERCOSUR.

Cabe destacar que en este taller se expuso el módulo sobre aspectos metodológicos básicos del nuevo sistema de cuentas de salud denominado: SHA 2011, considerado como un marco estándar para la producción de un conjunto de cuentas completas, coherentes y comparables a nivel internacional. El manual había sido presentado en la Reunión Anual de Expertos en Cuentas de la Salud de la OCDE, realizada en octubre de 2011 en París, Francia.

V Foro Andino de Salud y Economía

El V Foro se desarrolló en Santiago de Chile, el 4 junio de 2014 y se centró en analizar la cobertura universal, el financiamiento, la reforma del sector y el fortalecimiento de sus servicios. El debate giró alrededor de las estrategias para cumplir con la cobertura universal de salud, las perspectivas éticas, los avances y los nuevos desafíos. También se reflexionó sobre las condiciones del empleo e informalidad que limitan el acceso a la cobertura.

Algunas de las conclusiones de los estudios sobre cobertura universal fueron las siguientes:

- En la última década y en presencia de nuevos gobiernos progresistas que impulsaron avances en las políticas sociales, la situación de salud presenta mejoras significativas, con una reducción sostenida de la mortalidad infantil y un incremento en la esperanza de vida en Argentina, Brasil y Uruguay.

- Los mecanismos para la democratización y el aumento de la transparencia en los sistemas públicos de salud constituyen un campo de mutuo aprendizaje muy beneficioso. Los tres países presentan avances en la participación social.

- Se identificó que uno de los retos es priorizar la Atención Primaria de Salud (APS).

• V Taller de Cuentas de Salud

En el taller se abordaron los temas: distribución del gasto por enfermedad, la evaluación de los sistemas de salud, el gasto de bolsillo, y el dimensionamiento del sector privado. Se destacó la relevancia de generar y difundir evidencia científica que demuestre la importancia de la inversión en salud, para el desarrollo económico y la disminución de desigualdades. Además, se resaltó el compromiso de los países andinos de fortalecer los instrumentos de análisis y de evaluación económica en salud.

VI Foro Andino de Salud y Economía

El 26 de agosto de 2015 el ORAS-CONHU, el CASE y el Ministerio de Salud de Bolivia, coordinaron el VI Foro en La Paz. Se contó con la participación de delegados de los seis países andinos. En esta oportunidad, tuvo como temas principales el sistema de salud y el financiamiento de la atención de enfermedades no transmisibles.

Asimismo, se realizó el análisis de buenas prácticas de gestión para evitar el alto costo del tratamiento de enfermedades no transmisibles (ENT). Estas patologías constituyen lo que se ha denominado "enfermedades catastróficas", ya que no solo afectan a los pacientes sino también a los sistemas de salud.

En este sentido, se analizaron las alternativas para garantizar la sostenibilidad en el acceso, el diagnóstico y el tratamiento de las ENT, las cuales representan un alto gasto económico para los sistemas de salud de la región.

Se presentó el estudio realizado por el ORAS-CONHU sobre los alimentos altos en grasas y azúcares que se comercializan en la región andina y que afectan la salud. No hay Estado que pueda cubrir las enfermedades crónicas causadas por la mala alimentación, por lo cual, es esencial priorizar la promoción de la salud.

Finalmente, se concluyó que las estrategias de la industria mundial de alimentos procesados que están dirigidas a las niñas, los niños y adolescentes inciden en los problemas de salud presentes y a futuro. Por esta razón, es prioridad desarrollar políticas centradas en la Atención Primaria de la Salud, la prevención de las enfermedades, estrategias de salud familiar, comunitaria e intercultural.

- **VI Taller de Cuentas de Salud**

  El 27 de agosto de 2015 se revisaron los antecedentes, objetivos y compromisos para consolidar las Cuentas de Salud en la región Andina, su uso permite la evaluación del gasto y financiamiento en términos de resultados de salud, la distribución del gasto por enfermedad, edad y género.

VII Foro Andino de Salud y Economía

El VII Foro fue organizado por el ORAS-CONHU, CASE, el Comité Andino de Acceso a Medicamentos y el Ministerio de Salud del Perú. Se realizó los días 2 y 3 de marzo de 2017, en la ciudad de Lima y contó con la colaboración de la OPS/OMS. El tema central fue la eficiencia del gasto en salud en los países de la región Andina.

Participaron los representantes de los ministerios de Salud de los seis países andinos, y en particular delegados de los Comités Andinos. También asistieron especialistas en los temas de economía de la salud y medicamentos, funcionarios de otros sectores, estudiantes, docentes universitarios, representantes de organizaciones internacionales y público en general.

El Foro inició con tres conferencias magistrales sobre la eficiencia del gasto y el acceso a medicamentos, seguido por paneles con presentaciones a cargo de los representantes de cada uno de los países asistentes.

Los temas centrales fueron: las cuentas nacionales, el gasto público y total, los modelos de financiamiento, el mercado farmacéutico, la adquisición y el aprovisionamiento de medicamentos y la propiedad intelectual, entre otros.

Se reiteró que el interés central es mejorar la eficiencia en el gasto, disminuir los costos y racionalizar el uso de medicamentos. También se ratificó la conveniencia del abordaje conjunto de los problemas comunes, por ejemplo, contar con una plataforma para que los países consigan mayor poder de negociación frente a la industria de los insumos médicos, entre ellos los medicamentos. Resulta imperativo que este trabajo mancomunado se consolide, para hacer frente, en particular, a la normativa internacional, derivada del derecho o las protecciones a las patentes.

VIII Foro Andino de Salud y Economía

El VIII Foro se realizó en Lima, el 21 y 22 marzo de 2019. Con la coordinación de CASE y ORAS-CONHU. Contó con la participación de asesores de OPS/OMS, delegados de los seis países andinos, diversas entidades, organizaciones sociales, la academia y la sociedad civil.

Se destacó que los grandes desafíos globales establecidos en la estrategia "Fin a la tuberculosis para el 2030" requieren fortalecer el trabajo intersectorial, la integración, la cooperación, la solidaridad y la complementación. Además, requiere el análisis continuo de las causas estructurales de esta enfermedad y el impacto económico que genera en los países de la región Andina.

El análisis situacional, desarrollado en el evento, determinó que no se están logrando las metas esperadas. Asimismo, se resaltó el aumento en la incidencia de tuberculosis, de los casos multidrogorresistentes, la baja cobertura de pruebas de laboratorio y las deficiencias en la administración regional. Estos factores han sido determinados por acciones que se vieron reflejadas en indicadores negativos de ejecución presupuestal y de gestión. Por ello, se recomendó como prioridad mejorar la administración y la eficiencia del gasto en el manejo de la tuberculosis, y lograr que el tratamiento llegue a todas las personas que lo necesitan.

También se enfatizó en la necesidad de aprender a planificar, gestionar y realizar un gasto eficiente para cerrar la brecha económica del momento. Asimismo, se debe evitar el gasto catastrófico por parte de las personas víctimas de la enfermedad.

Los desafíos planteados fueron los siguientes:

1) Realizar estudios de costo-efectividad de los nuevos medios de diagnóstico rápido de tuberculosis, para determinar cuáles resultan eficientes de acuerdo con el contexto.

2) Fomentar el intercambio, programas y proyectos para fortalecer la integración de los países andinos.

3) Desarrollar intervenciones específicas en ámbitos de fronteras: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, atención integral y en red.

4) Publicar estudios específicos relacionados con el gasto catastrófico de los países andinos.

A final del evento, se presentó el resultado de la Encuesta sobre Institucionalización de las Cuentas de Salud de los países andinos, consolidado por el equipo de Chile en el año 2018.

IX FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

"POR LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD, MEJOREMOS EL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD"

Agenda		
Hora Perú	**Actividad**	**Ponentes**
9:00	Palabras de bienvenida e inauguración.	Dra. María del Carmen Calle Dávila Secretaria ejecutiva del ORAS-CONHU. Dr. Carlos Arósquipa Rodríguez Asesor del Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS.
9:15	Derechos humanos, derecho a la salud y su garantía en tiempos de COVID-19.	Dra. Michelle Bachelet. Declaración de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Dr. Francisco Xavier Mena, Representante Regional Adjunto. Oficina Regional para América del Sur del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
9:45	Diálogo a partir de preguntas.	Moderadora: Soc. Bertha Luz Pineda Restrepo. ORAS-CONHU.
10:00	Saludo en nombre del Comité de Salud y Economía.	Romina Leal Rojas. Jefa Departamento de Economía de la Salud. Presidenta *pro tempore* del Comité de Salud y Economía.
10:05 **20 minutos presentación por país**	En la actual coyuntura de la pandemia: ¿De dónde han conseguido recursos para enfrentar la pandemia COVID-19? ¿Cuáles son las lecciones aprendidas y desafíos para aumentar y mejorar el financiamiento para la garantía del derecho a la salud en los países andinos?	Punto focal de cada país para CASE. Ministerios de Salud Andinos: **Chile** • Econ. Romina Leal Rojas. Jefa Departamento de Economía de la Salud. Ministerio de Salud. **Bolivia** • Econ. Roberto Ávila Cárcamo. Profesional Seguros de Salud. Ministerio de Salud. **Colombia** • Dra. María Andrea Godoy Casadiego. Viceministra del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

		Ecuador • Econ. Andrea Sánchez. Directora nacional de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. **Perú** • Econ. Ana Luz Montalvo Chávez. Directora ejecutiva de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. Ministerio de Salud. **Venezuela** • Econ. Zaila Gonzáles Vivo. Directora general de Planificación y Presupuesto. Dirección General de Gestión Económica en Salud. Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela.
12:15	Diálogo a partir de preguntas.	Moderador: Dr. Carlos Arósquipa Rodríguez. Asesor Programa Subregional para América del Sur OPS Punto Focal CASE.
12:45	Conclusiones	Dra. Marisela Mallqui Osorio Secretaria Adjunta del ORAS-CONHU.
13:00	Cierre	Dra. María del Carmen Calle Dávila Secretaria Ejecutiva del ORAS-CONHU.

1. Palabras de bienvenida. Dra. María del Carmen Calle Dávila. Secretaria ejecutiva del ORAS-CONHU

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, un documento histórico que proclama los derechos inalienables que corresponden a toda persona como ser humano independientemente de su etnia, color, religión, sexo, idioma, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Este año, el lema del Día de los Derechos Humanos está relacionado con la pandemia COVID-19 y se centra en la necesidad de reconstruir para mejorar, asegurándose de que los derechos humanos sean la base de los esfuerzos de la recuperación.

En el marco de la conmemoración del Día de los Derechos Humanos, el ORAS-CONHU, junto al CASE, con la participación de la Oficina Regional para América del Sur del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, y la OPS/OMS, desarrollamos el Foro: **“Por la garantía del derecho a la salud: Mejoremos el Financiamiento de los Sistemas de Salud”.**

La crisis generada por la pandemia hace evidente la necesidad de mejorar las estrategias para respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud. La Observación General N°14: “Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (ONU, 2000), desarrolla el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y afirma que el derecho a la salud, en todas sus formas y a todos los niveles, abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- **Disponibilidad:** las instalaciones, los bienes y los servicios de salud pública y asistencia sanitaria deben estar disponibles en cantidad suficiente en cada país.

- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas, la no discriminación, la accesibilidad física, económica, y a la información.

- **Aceptabilidad:** las instalaciones, bienes y servicios deben respetar la ética médica, ser sensibles al género, y culturalmente apropiados.

- **La calidad:** las instalaciones, los bienes y los servicios de salud deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad; esto requiere de profesionales de salud capacitados, medicamentos y equipos científicamente aprobados y en buen estado, saneamiento adecuado y agua potable.

- **Participación:** se debe mejorar y fomentar la participación de la población en la prestación de servicios preventivos y curativos, en la organización del sector de la salud, y en particular, en las decisiones relativas al derecho a la salud adoptadas en los planos comunitario y nacional.

- **Rendición de cuentas:** los titulares de obligaciones, gobiernos, funcionarios, empresarios y otros, deben respetar, proteger y garantizar los derechos humanos en el ámbito de la salud; todos tienen la responsabilidad de realizar una gestión transparente y eficiente con capacidad de rendición de cuentas a la población.

En la Observación General N° 14 se afirma que el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados: respetar, proteger y cumplir. La obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Debido a la crisis generada por la pandemia COVID-19, los argumentos en favor de aumentar la inversión en salud, en los países andinos, son más fuertes que nunca, así que aumentar los recursos asignados para la salud y para el fortalecimiento de los sistemas de salud no debe verse como un gasto, sino más bien como una inversión para avanzar en la garantía de los derechos humanos y el bienestar de la población.

Les damos la más cordial bienvenida.

2. Saludo institucional. Dr. Carlos Arósquipa. Asesor del Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS

Para el Programa Subregional para América del Sur (OPS/SAM), es sumamente grato compartir esta sesión en un día tan importante por su simbolismo para todas las personas que trabajamos en salud.

Deseo evocar las palabras que diera nuestra directora la Dra. Carissa Etienne, y en su momento la presidenta de la comisión especial creada para conmemorar los 40 años después de Alma-Ata cuando presentó, en la ciudad de México, el ***Informe Salud Universal en el Siglo XXI: 40 Años de Alma-Ata***[10]. Me refiero a su principal mensaje: "No podemos lograr la salud universal si no adoptamos un enfoque de derechos".

Este informe dio diez recomendaciones. La primera: asegurar un modelo institucional del Estado que le permita cumplir con su responsabilidad ineludible de garantizar el derecho a la salud, en el marco de los derechos humanos. La última: desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

Quiero hacer referencia a este informe porque en estos momentos se hace mucho más vigente y urgente adoptar estas recomendaciones, elaboradas por una Comisión de Alto Nivel de distinguidos miembros de nuestra comunidad latinoamericana, en la que se encontraban exministros, académicos, representantes de sindicatos y de la sociedad civil, quienes reafirmaron la importancia y la necesidad de:

- Desarrollar modelos de atención basados en la APS, centrados en las personas y las comunidades, en el respeto a la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad.

- Generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional), para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud.

- Establecer mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado para alinearlo con el objetivo de garantizar el derecho a la salud.

- Eliminar las barreras de acceso a la salud universal.

- Abordar los procesos de determinación social, a través de intervenciones intersectoriales de salud que promuevan cambios sustantivos sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructuras básicas de una población en un territorio.

---

[10] Véase: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

- Valorar los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS.

- Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población.

Quisiera una vez más, reiterar el saludo de todo nuestro equipo y plantear la urgencia de retomar el enfoque de derechos, para abordar un apropiado financiamiento que garantice el efectivo cumplimiento del derecho a la salud. ¡Muchas gracias!

3. Declaración de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Dra. Michelle Bachelet [11]

El Día de los Derechos Humanos de este año cae en un momento que nunca olvidaremos. La COVID-19 ha irrumpido en nuestro mundo y lo ha trastocado. Es una tragedia que presenta, a su vez, una extraordinaria oportunidad para reconstruir este mundo y mejorarlo.

Este Día de los Derechos Humanos es un llamado a la acción. Un llamado que nos exhorta a todos a aprovechar esta oportunidad y edificar ese mundo que anhelamos. Para cumplir esa tarea, debemos aceptar las lecciones que la crisis nos ha proporcionado.

- Erradicar todo tipo de discriminación: el incumplimiento de los derechos humanos vuelve más frágil a la sociedad en su conjunto. Si un solo individuo está en situación de riesgo, todos corremos peligro. La discriminación, la marginación y otras violaciones de derechos humanos nos perjudican a todos.

- Reducir las desigualdades: para recuperarnos de la crisis, también debemos afrontar la pandemia de la desigualdad. Para ello, necesitamos fomentar y proteger los derechos económicos, sociales y culturales. Necesitamos un nuevo compromiso social para una nueva era. La protección social universal, la cobertura sanitaria para todas las personas y otros sistemas que propician el ejercicio de los derechos fundamentales no son un lujo. Son mecanismos que cohesionan a la sociedad y crean un futuro más equitativo.

- Impulsar la participación y solidaridad: todos estamos juntos en esto: las personas, los gobiernos, la sociedad civil, las comunidades de base, el sector privado. Todo el mundo tiene una función que desempeñar en la construcción de un mundo, que sea mejor para las generaciones presentes y futuras. Debemos fomentar la participación, especialmente de los jóvenes y las personas más afectadas.

[11] Véase el mensaje y vídeo en: Naciones Unidas. Día de los Derechos Humanos 10 de diciembre. https://www.un.org/es/observances/human-rights-day/messages https://www.un.org/es/observances/human-rights-day/past-observance-2020

- Impulsar el desarrollo sostenible: necesitamos el desarrollo sostenible para las personas y para el planeta. Los derechos humanos, la Agenda 2030 y el Acuerdo de París son los pilares de una recuperación que no deja a nadie atrás. Ampliar nuestra determinación y redoblar esfuerzos para implementar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), un programa específico orientado a hacer realidad los derechos humanos universales.

Llevar a cabo estas acciones no es solo hacer lo correcto, es también lo más inteligente. Y solo hay una manera de hacerlo: defendiendo los derechos humanos. Porque los derechos humanos permiten crear sociedades más justas y fuertes. Por eso constituyen la respuesta a la crisis humanitaria actual.

Al igual que la situación de emergencia planteada por el cambio climático, la COVID-19 nos recuerda que estamos unidos como miembros de una sola humanidad. Por eso debemos actuar. Porque mediante la acción conjunta lograremos una mejor recuperación. Con mayor solidaridad, podremos forjar un mundo más sostenible y justo. Por todo eso, les pido que se sumen a la defensa de los derechos humanos.

4. Conferencia: Derecho a la salud y su garantía en tiempo de COVID. Dr. Francisco Xavier Mena. Representante Regional Adjunto de la Oficina Regional para América del Sur del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

El 10 de diciembre de 1948 se firmó la Declaración Universal de Derechos Humanos, y hoy podemos decir que la población mundial tomó progresiva conciencia de sus derechos fundamentales.

Esta Declaración proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos. Por eso decimos que los derechos humanos no son específicos de un país, ni son privilegios especiales para ciertos grupos o contextos determinados. Los derechos humanos son inalienables, son para todas las personas, son fundamentales para vivir con dignidad y libertad, y constituyen un poderoso plan de acción.

En el 2020, el día de los derechos humanos cae en un momento que nunca olvidaremos: la COVID-19 ha interrumpido en nuestro mundo y lo ha trastocado. Es una tragedia que presenta a su vez, una extraordinaria oportunidad para reconstruir este mundo y mejorarlo.

Este día de los derechos humanos es un llamado a la acción, un llamado que nos exhorta a todos y a todas para aprovechar esta oportunidad y edificar este mundo que anhelamos. Para cumplir nuestra tarea, debemos aceptar las lecciones que la crisis nos ha proporcionado.

El párrafo uno del Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su

familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". Es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[12] de 1966, que contiene el artículo más exhaustivo del derecho a la salud.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad. (Artículo 12. PIDESC, 1966)

No es solamente la Declaración y el Pacto de Derechos Económicos que hacen mención al derecho a la salud, también lo hace la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial de 1965, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979, la Convención de Derechos del Niño de 1989, y también instrumentos de índole regional como el Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador (1969) de la Organización de Estados Americanos.

Es decir, el derecho a la salud es un derecho humano fundamental, y además es indispensable para el ejercicio de los demás derechos. Por eso decimos e insistimos que toda persona tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir en dignidad. La efectividad del derecho a la salud solo se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación y ejecución de políticas en materia de salud.

[12] Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

El derecho a la prevención y al tratamiento, exige que se establezcan programas para el cuidado de la salud y esto tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados. También, se debe facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, la mejora de la vigilancia epidemiológica, los datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Las medidas que se han adoptado para la contención de la COVID-19 han supuesto una paralización económica y social que afecta a las personas. Es esencial que los gobiernos tomen medidas para detener el coronavirus, y también que emprendan otras iniciativas, para reducir la posible repercusión negativa que estas medidas podrían tener sobre la vida de las personas.

Es primordial que en las políticas públicas de los Estados se incorpore el principio de igualdad y no discriminación en la respuesta a la crisis sanitaria, social y económica provocada por la pandemia, así como la utilización del máximo de los recursos disponibles para garantizar los derechos económicos, sociales y culturales y, en particular, el derecho a la salud.

En un contexto donde muchos países de la región han tenido que acudir a la deuda para tener recursos, es crucial identificar cuáles son y serán las fuentes de ingreso para hacer frente a la necesidad de asegurar el espacio fiscal para satisfacer el derecho a la salud. En este contexto, se deben implementar impuestos progresivos (un sistema tributario que cobra a los más ricos y redistribuye hacia los más pobres), en vez de regresivos (impuestos a los más pobres), que tienden a incrementar más la desigualdad. Los Estados tienen que garantizar el derecho a la salud, tienen que invertir en ese derecho: no es un gasto, es una inversión.

4.1 Diálogo a partir de preguntas de participantes

Moderadora: Socióloga Bertha Luz Pineda Restrepo. ORAS-CONHU

- **Moderadora: ¿Considera que esta crisis obliga a los Estados a replantearse en qué gastan sus recursos? Por ejemplo, redefinir el gasto militar.**

Dr. Francisco Mena: efectivamente, esto nos lleva a una reflexión en todos los países y para quienes tienen a su cargo el manejo de los recursos públicos. Estamos hablando de la peor crisis sanitaria que recuerda la humanidad, en al menos cien años. Es un momento tristemente histórico. Es fundamental ejercer un liderazgo extraordinario.

Me parece que lo más coherente e inteligente es utilizar los recursos que se tienen para ayudar y cuidar a toda la población, incluida la población migrante y privada de la libertad. Pongo el ejemplo de las personas privadas de libertad, porque cuando un Estado priva a alguien de su libertad, también asume el deber de proveerle tratamiento médico.

Es decir, si se tiene que reducir gastos en otras áreas, ¡que se reduzcan! ¡Pero que se amplíen en materia de salud!

- **Moderadora: ¿De qué manera la sociedad civil puede contribuir al posicionamiento de la salud como derecho?**

Dr. Francisco Mena: la sociedad civil es fundamental, es la base democrática de cualquier país. Está llamada a exigir a sus autoridades que rindan cuentas de cómo se está gastando el dinero. La sociedad civil tiene que estar vigilante, activa, es un derecho exigir transparencia e información. Por eso hablamos de la administración pública, porque tiene que ser transparente y la sociedad civil tiene un papel fundamental para que esa transparencia se haga realidad.

El paso por la administración pública es transitorio y tiene que ser honesto. La función judicial tiene la obligación de mostrar que el Estado no va a permitir que los funcionarios públicos corruptos se lleven el dinero del pueblo.

- **Moderadora: ¿Cuál lección nos ha dejado la pandemia?**

Dr. Francisco Mena: yo creo que esta pandemia nos ha dado un buen jalón de orejas a la humanidad, porque si no cuidamos el planeta, contaminamos, seguimos explotando de manera indiscriminada los recursos naturales, por supuesto que el planeta va a reaccionar. Yo creo que la lección es: algo estábamos haciendo mal. Eso quiere decir que, como humanidad, tenemos la obligación de poner todas nuestras capacidades, inteligencia y pasión por mejorar la situación de la vida en este planeta.

5. Presentaciones ministerios de Salud de los países andinos

5.1 Chile: Econ. Romina Leal Rojas. Jefa Departamento de Economía de la Salud. Ministerio de Salud. Presidenta pro tempore del Comité Andino de Salud y Economía

- **Saludo en nombre de la presidencia pro tempore**

Este IX Foro de Salud y Economía, es muy especial debido a que la pandemia nos ha obligado a hacer las cosas de manera diferente. Espero que la jornada sea muy favorable y que podamos aprender de ella lecciones que nos ayuden a contribuir a uno de los principales objetivos que tiene el CASE: generar propuestas para incrementar y mejorar la inversión en salud, en el marco de los procesos de integración regional.

Me gustaría destacar que el comité ha trabajado muy activo a través de los delegados de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, bajo la coordinación del ORAS-CONHU. ¡Muchas gracias!

Recursos para atender la pandemia

PROGRAMAS	Gasto Covid MM USD	%
Sevicios de Salud	498,7	58%
Subsecretaría de Redes Asistenciales	171,3	20%
Atención Primaria de Salud (APS)	104,0	12%
Subsecretaría de Salud Pública	66,7	8%
Fonasa	19,2	2%
Instituto de Salud Pública (ISP)	5,5	1%
FINANCIAMIENTO ADICIONAL COVID 19	**865,3**	**100%**

Promedio del valor dólar entre el 3 de marzo y el 17 de noviembre = 801,79
(fuente: Banco Central de Chile)

Chile cuenta con un sistema de salud mixto, desagregado en un seguro público y un seguro privado. Este último, representado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), en donde se afilian principalmente las personas con mayores ingresos, en tanto la mayor carga y personas afiliadas la tiene el seguro público, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Eso hace que los sistemas sean desagregados, cuando la integración es lo ideal. Desde hace algunos años se está trabajando para integrar ambos seguros y reforzar la APS.

Para dar respuesta a la pandemia COVID-19, el sistema de salud de Chile desarrolló diversas estrategias, a continuación, menciono algunas:

- En la tabla anterior, "Recursos para atender la pandemia", podemos ver los gastos adicionales para atender la pandemia COVID-19, en total, se ha hecho una inyección importante de 865 millones de dólares. Se han otorgado ingresos e inversiones para APS y para atender las consecuencias devastadoras que la pandemia ha tenido en el empleo.

- Se fortaleció la capacidad para realizar exámenes de PCR diariamente; acciones de cuidado y de prevención, como la residencia sanitaria para el aislamiento de las personas enfermas de COVID-19 y la estrategia de trazabilidad.

- Se implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (EPIVIGILA).

- Se mejoró la dotación en los establecimientos de salud.

- En mayo, el Congreso Nacional de Chile aprobó la Ley de Ingreso Familiar de Emergencia. El monto que se asigna a cada familia depende de las características socioeconómicas. Por su parte, el Plan de Alimento contempló, inicialmente, entregar 2,5 millones de canastas de alimentos y productos a las familias que más lo necesitaban.

- El Ingreso Familiar de Emergencia está centrado en la clase media que se mantiene con el salario mes a mes.

- Se permitió a los cotizantes retirar voluntariamente el 10 % de los fondos de ahorro individuales de la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP). En nuestro país se mide la actividad económica a través del Índice Mensual de la Actividad Económica (IMACEC). Este es un indicador que de manera mensual entrega el Banco Central de Chile, en donde es posible apreciar que esta medida del retiro a la AFP produjo una inyección de recursos a las familias. Si se compara el IMACEC de septiembre 2020, midiendo su comportamiento al mismo mes del año anterior, este cayó en un 5,3 %.

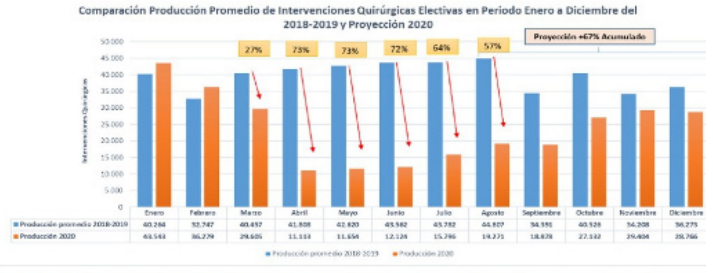
- **Postergación de actividades**

  - La pandemia nos indujo a reducir gastos en hospitalizaciones, en APS, atenciones de urgencias no COVID-19, especialmente las respiratorias. No obstante, debido a las cuarentenas, se pudo apreciar reducción de atenciones respiratorias en niñas y niños. Otra de las causas de no atenciones, se debió a que el recurso humano de salud y la infraestructura estaba avocada a atender a las personas enfermas de COVID-19, y había temor de la población a aproximarse a los servicios de salud.

  - Se postergaron intervenciones y tratamientos correspondientes a las Garantías Explicitas en Salud (GES), que tienen un límite de lista de espera. Las GES sujeto a la Ley 19.966, determina un régimen de garantías explícitas en salud que comprende la cobertura, oportunidad y la calidad de la atención en salud para 85 problemas de salud.

  - También hubo reducción en las intervenciones quirúrgicas (IQ). Hay intervenciones retrasadas, porque la población no asiste a los centros asistenciales por temor a contraer la COVID-19, y la capacidad de los sistemas está concentrada en atender la pandemia.

Producción IQ electivas



Considerando la situación epidemiológica de cada Servicio de Salud y la reactivación paulatina de la actividad Asistencial, **se proyecta un 67% de la producción en relación al promedio de años anteriores**

- **Lecciones aprendidas y desafíos**

La pandemia, si bien ha sido devastadora, también nos da la oportunidad para mejorar y reconstruir. ¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas?

- Al inicio de la pandemia, la APS fue subutilizada e incluso subestimada en aspectos cruciales, como la capacidad para desplegar los servicios de salud en el territorio, descentralizar de manera organizada la detección de los casos, cuidar a los enfermos y hacer seguimiento de la población. La APS es el primer punto de contacto con la comunidad.

- Los funcionarios de la APS conocen a la población y pueden identificar a las personas en riesgo. La acción de la APS requiere la participación de las comunidades y de otros sectores, el acceso y el uso de tecnologías de información y comunicación.

- La telemedicina en Chile, ha crecido durante la última década y ha recobrado mayor relevancia durante la pandemia. Muchos prestadores de salud, hospitales públicos, clínicas y profesionales de la salud, rápidamente han tenido que usar la telemedicina y se ha facilitado el acceso a los servicios. Es decir, tiene el potencial de contribuir a la equidad.

- Los sistemas de información son esenciales. Quedó demostrado que la información oportuna para la toma de decisiones puede generar grandes diferencias en el control de la pandemia, por esto se requiere que los sistemas de información sean oportunos, públicos, universales, transparentes y herramientas centrales de la gestión.

5.2 Bolivia: Econ. Roberto Ávila Cárcamo. Profesional técnico economista. Unidad de Planificación. Ministerio de Salud y Deportes

En Bolivia se inició la pandemia COVID-19 la segunda quincena de marzo, la presidenta del país decretó el estado de emergencia y entramos a una cuarentena rígida a partir del 21 de marzo.

Tuvimos una crisis política en el año 2019, ha habido un gobierno transitorio en toda la gestión 2020 y obviamente, no ha podido hacer mucho. Por ejemplo, hubo muchos problemas para lograr la viabilidad y autorizaciones para que lleguen recursos de cooperación externa. Se ha tenido que recurrir a ajustes del presupuesto, tanto de las instituciones públicas como de los gobiernos subnacionales para atender lo correspondiente a la pandemia COVID-19: compra de medicamentos, insumos, equipamiento, maquinaria, respiradores y otros. El gobierno también ha hecho esfuerzos para la compra de respiradores, pero obviamente, debemos reconocer que la pandemia ha sobrepasado la capacidad instalada del sistema público de salud en Bolivia.

También hemos tenido subregistro en varios momentos, debido a la alta demanda de solicitudes de pruebas de diagnóstico y el número de personas enfermas. Entonces, se han visto colapsados todos los laboratorios, muchas personas han tenido que recurrir a servicios privados y se han disparado los costos de las pruebas. Ni mencionar los costos de los medicamentos necesarios para contener los síntomas y los efectos de la COVID-19.

- **Normatividad**

Debido a que entramos a una cuarentena total, ha implicado que las personas no puedan realizar actividades económicas. Sobre todo, quienes viven, como decimos acá, por cuenta propia, es decir, el que sale a la calle a trabajar a diario y vive al día. En Bolivia, se han dado varias normas como, por ejemplo: "Bono contra el Hambre" y el "Bono Familia", que benefició a 2,9 millones de estudiantes.

El "Bono Canasta" ha beneficiado a adultos mayores y a personas con discapacidad, más o menos un universo de un millón de personas, con un presupuesto desembolsado de 420 millones de bolivianos (USD 60 869 565 millones). También, se entregó un bono a ciudadanos mayores de 18 años que no tienen ningún ingreso económico, lo que benefició a 3,6 millones de personas, con un desembolso de 1800 millones de bolivianos (USD 260 869 565 millones).

También se decidió adelantar el aguinaldo a los adultos mayores, lo que benefició a más de 900 000 adultos mayores, con un desembolso de 333 millones de bolivianos (USD 47 826 086 millones). Todo esto se ha hecho para contribuir a garantizar los derechos de las personas durante la emergencia ocasionada por la pandemia ocasionada por la COVID-19.

Finalmente, otras medidas que se piensan implementar, son el pago de 500 bolivianos (USD 72) a ciudadanos mayores de dieciocho años, y el "Bono Salud" que busca beneficiar a 4 millones de personas.

Esas han sido las principales medidas, entre otras, para enfrentar la pandemia COVID-19. Igualmente, se está trabajando para fortalecer el sistema de salud para que pueda prevenir y enfrentar, de mejor manera, una segunda ola de la pandemia. Se presentó la propuesta para que el presupuesto 2021 asigné el 10 % al sector salud.

Con relación a las vacunas, el nuevo Gobierno ha garantizado que se va a proveer la vacuna, en forma gratuita, para todo el pueblo boliviano. El Ministerio de Salud tiene reuniones con organismos regionales e internacionales, vinculados al área de inmunización para definir cantidades, requerimientos y sobre todo la logística de la distribución de la vacuna. Se han establecido dos vías para su adquisición mediante

el mecanismo de inversión COVAX, y otro de manera directa por el Estado. El primero, mediante el mecanismo COVAX, va a cubrir el 20 % de la población, y el Estado va a cubrir el 80 %. Esta estrategia también tiene que ver con los acercamientos de gestión para adquirir las vacunas, que se han hecho con los laboratorios Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Oxford, Sinovac y Sputnik.

- **Lecciones aprendidas**

En el 2019 se aprobó la Ley 1152 del Sistema Único de Salud, que da cobertura a la atención gratuita en salud, a toda la población no afiliada a los entes gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo. Cuenta con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN) que financia esta cobertura, y a través, también, de Municipios, con recursos que le transfiere el TGN por el concepto de Coparticipación Tributaria Municipal. Definitivamente, el sistema de salud boliviano nunca ha estado listo para enfrentar una pandemia de este tipo, sobre todo, en cuanto a los recursos humanos y económicos, el equipamiento y la infraestructura. La tarea urgente es mejorar todos estos aspectos.

5.3 Colombia: Dra. María Andrea Godoy Casadiego. Viceministra del Ministerio de Salud y Protección Social

En Colombia, la Ley 100 de 1993[13], define que el Sistema de Seguridad Social Integral tiene como objetivo garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Con la Ley Estatutaria 1751, en el año 2015[14], se marca un hito en el SGSSS en Colombia, con un reconocimiento explícito de la salud como derecho fundamental. Se establece que el centro de la salud son las personas, los individuos, sus familias y las comunidades, quienes son los titulares de este derecho fundamental.

La Ley 1751 promueve la complementariedad, la articulación, la interoperabilidad que tiene que existir entre todos los agentes del sector salud, y también entre los diferentes sectores del gobierno, para lograr una afectación positiva en todo lo relacionado con los determinantes sociales de la salud. Estamos haciendo cambios a partir de la Ley Estatutaria, para la materialización del derecho fundamental a la salud. En este momento, se destina a la salud el 7,4 del Producto Interno Bruto (PIB).

[13] Se encuentra disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf
[14] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

- **Recursos extraordinarios y las acciones que se realizaron para atender la pandemia**

El SGSSS colombiano tomó las diferentes fuentes de recursos para hacer frente a la pandemia COVID-19, en rubros como los siguientes:

- **Flujo a partir de los recursos corrientes:** la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado se entregó a las aseguradoras (Empresas Promotoras de Salud). Con esos recursos se solventó la atención de los servicios asistenciales de la población derivados de la COVID-19, así como los otros servicios requeridos por la población.

- El gobierno nacional destinó recursos extraordinarios, específicamente a la creación de un Fondo para la Mitigación de la Emergencia (FOME).

- Se asignó una bonificación al Talento Humano en Salud (BTS).

- Se hizo adquisición directa de los insumos para el diagnóstico.

- Se amplió la oferta de servicios de salud: ventiladores, equipamiento para los establecimientos de salud.

- Se fortaleció la red de laboratorios públicos.

- Se desarrollaron campañas de comunicación y de información a la ciudadanía para la prevención de la COVID-19.

Con la emergencia sanitaria se ha hecho un plan de choque para llegar a un Acuerdo de Punto Final, y hacer saneamientos entre todos los actores de las deudas a nivel nacional y territorial.

- **Principales logros**

- En Colombia se amplió la capacidad para realizar pruebas de laboratorio. Esto permitió que contemos con 146 laboratorios para efectos de procesamiento de pruebas de PCR, con una capacidad de 61 900 muestras diarias.

- Mejora de la disponibilidad y calidad de los datos. Al momento en que se decreta la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social generó un aplicativo que se denomina SegCovid19. Este aplicativo integra diferentes fuentes de información, y nos ha permitido hacer seguimiento permanente de los casos de la COVID-19 así como del número de usuarios. A ese aplicativo tiene acceso el 100 % de los entes territoriales, departamentos, distritos y muchos de los municipios. Esto va de la mano con el aumento de las capacidades de conectividad realizada por el Ministerio de Comunicaciones.

- Reorganización de los servicios de salud y fortalecimiento de atención ambulatoria. Se privilegiaron todas las modalidades domiciliarias de telemedicina, de atención y seguimiento telefónico, así como la entrega domiciliaria de medicamentos. Un modelo de atención para grupos de riesgo, con equipos de monitoreo en salud y más de 2030 líneas para atención telefónica con 816 canales virtuales. Se generaron equipos multidisciplinarios en salud, que permitieron la cobertura de los afiliados en zonas distantes, y la habilitación de servicios de telemedicina.

- Se duplicó y expandió la capacidad de unidades de cuidado crítico, pasamos de 5 mil camas a 11 mil camas de cuidados intensivos y cuidados intermedios, con la concurrencia de equipos biomédicos.

- Se adelantó una serie de campañas para combatir la desinformación, brindar orientación sobre las medidas de prevención y el manejo de la ansiedad, generado por la pandemia en las personas y las comunidades.

- Se fortalecieron las capacidades a nivel territorial en acciones de vigilancia en salud pública.

- Se creo el Fondo de Mitigación de la Emergencia COVID-19. De este fondo, se han destinado alrededor de 7,3 billones de pesos colombianos (aproximadamente 1 750 000 dólares) para la atención de la emergencia. De este mismo fondo se van a destinar recursos para la compra de las vacuna. La meta es tener a toda la población vacunada. Inicialmente, se tienen estimados en Colombia alrededor de 320 mil billones de pesos para las vacunas. Esos recursos son adicionales a los que usualmente dispone el país para la salud. Obviamente la vacuna será gratuita para la población.

- Principales desafíos

  - Reorganizar los servicios de salud y fortalecer el modelo de atención ambulatoria con actividades de telesalud, telemedicina, atención domiciliaria, sobre todo en las zonas dispersas, y optimizar la conectividad de todos los equipos extramurales, para seguir atendiendo bajo el marco de la estrategia de APS.

  - Reorganizar las redes para garantizar la equidad y el acceso en todos los territorios del país.

  - Consolidar el sistema de información integrado, integral, interoperable y articulado entre los diferentes actores.

  - Fortalecer todo lo relacionado con la disponibilidad y calidad de los datos y de la información.

  - Fortalecer la vigilancia, el cumplimiento de todas las obligaciones y compromisos que tienen los actores, en cuanto a la información y atención en salud.

  - Incrementar y desarrollar capacidades para que los Entes Territoriales (ET) puedan brindar una respuesta eficiente. Los ET presentaban unos saldos en sus cuentas, se les flexibilizó la posibilidad de su uso. Definitivamente, el reto es tener una forma de operación y de presupuestación que sea mucho más ágil y que permita hacer frente a situaciones de emergencia.

  - Continuar con el fortalecimiento de la capacitación y el mejoramiento de las condiciones laborales.

5.4 Ecuador: Econ. Andrea Sánchez. Directora nacional de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública

• Marco normativo

En la Constitución del Ecuador, se establece que la salud es un derecho humano que garantiza el Estado y que se vincula con el ejercicio de otros derechos: el derecho al agua, la alimentación y la educación, entre otros. El Sistema Nacional de Salud está conformado por el Ministerio de Salud Pública, por la Seguridad Social, por los Sistemas de Salud de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional y la Red Privada de Salud.

Respecto al financiamiento, el marco normativo establece que la salud, la justicia y la educación serán un gasto prioritario. El financiamiento de la salud tiene que ser oportuno, regular y suficiente, y deben venir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado, que en este caso serían los impuestos, básicamente. Además, se establece que, en el Sistema Nacional de Salud, el presupuesto se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al 0,5 % del PIB hasta llegar al 4 %.

• Panorama económico general

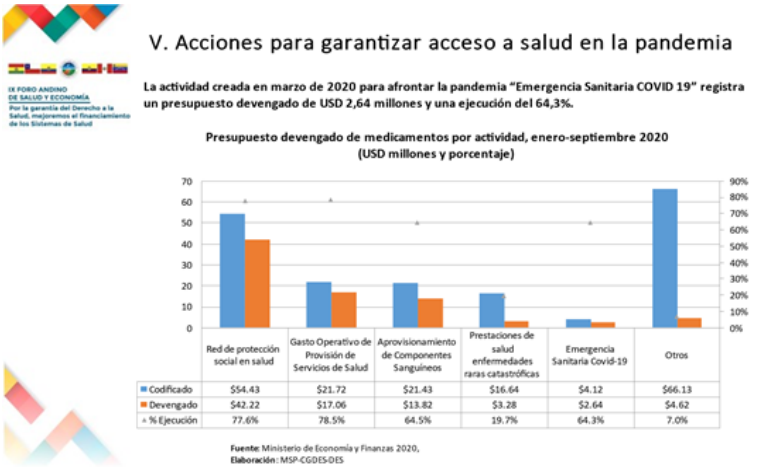
Ecuador tuvo un auge económico entre el año 2001 y 2014, con un crecimiento del PIB del 4,5 %. El PIB real aumentó en un 43 %. La pobreza disminuyó entre el año 2007 y 2014 del 37 % al 22 %, hubo una expansión del sector público y un incremento del gasto público. Sin embargo, tuvimos que ajustar nuestra economía a los precios volátiles del petróleo, que es el ingreso principal del país. Entonces, al tener una economía dolarizada y reservas fiscales limitadas, fue necesario generar políticas monetarias (implementación de políticas anticíclicas).

El Gobierno, básicamente recortó su gasto, principalmente en lo que se refiere a inversión pública, y la deuda pública aumentó alcanzando el 46 % del PIB desde 2018. Hubo varias disminuciones de las reservas internacionales y el mercado laboral se deterioró y aumentó la informalidad laboral. Se ve claramente una disminución del PIB durante los últimos años, con efectos en los ingresos, tanto por impuestos como por ingresos petroleros.

El Banco Mundial estableció que el Ecuador, para el año 2019, tendría un decrecimiento del 0,3 % de su PIB y que su crecimiento en ese mismo año sería del cero por ciento. En el año 2020 se ahonda este decrecimiento del PIB, a causa del impacto de la pandemia COVID-19. Se venía dando, en los últimos años, una disminución en los presupuestos para la Red Pública Integral en Salud, el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud para

las Fuerzas Armadas y Policía. De esta manera, a causa de la emergencia sanitaria y social ingresamos a una fase de mayor contracción económica.

- **Acciones para garantizar el acceso a la salud durante la pandemia COVID-19**



El 12 de marzo de 2020, se declaró el estado de emergencia sanitaria. El 17 de junio se solicitó a toda la red pública integral en salud, la priorización de recursos para el talento humano, insumos e infraestructura a fin de afrontar la emergencia.

Nuestro gasto corriente fue afectado y tuvimos que hacer una reorganización de todo el gasto en salud, para atender de forma prioritaria la emergencia. Básicamente, ante la necesidad urgente de contar con recursos, el Ministerio de Finanzas del Ecuador gestionó ante varios organismos internacionales montos para financiar estos temas, a través del proyecto de inversión denominado: Infraestructura Física, Equipamiento, Mantenimiento, Estudios y Fiscalización en Salud (PIFEMEFS).

Este se incorporó en el proyecto de apoyo a la extensión de la protección social y atención en salud, que básicamente fueron recursos que se destinaron para la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos.

En lo que se refiere al gasto corriente, se activó un proyecto de sostenibilidad de la operación de las unidades del Ministerio de Salud, en donde se hizo la compra de medicamentos y dispositivos médicos para atender la pandemia COVID-19, y otro tipo

de prestaciones en salud que se requería para el normal funcionamiento del sistema en general.

Al presentar todas estas necesidades, el presidente dispuso la recaudación anticipada del impuesto a la renta para el año 2020, a fin de obtener mayor liquidez y recursos para afrontar la pandemia y todo lo que esto implicaba. Básicamente, lo que se hizo fue fortalecer el primer y el segundo nivel de atención. El primer nivel de atención es básicamente para la prevención y el diagnóstico. En el segundo y el tercer nivel se encuentran los hospitales, donde se atiende a las personas que llegan con complicaciones. Se redujeron los gastos administrativos y se dio prioridad al primer, segundo y tercer nivel de atención. Dentro de nuestra estructura programática se creó una partida presupuestaria específica para la emergencia sanitaria.

En las acciones para garantizar el acceso a la salud durante la pandemia, tuvimos las relaciones bilaterales con Asia, Europa y algunos países de América. Tuvimos varios convenios de donación de infraestructura, de equipamiento médico y de bioseguridad para la atención de la pandemia y asistencia financiera no reembolsable. Recibimos cooperación técnica de organismos multilaterales y misiones de expertos regionales. Se establecieron lineamientos de almacenamiento y distribución de las donaciones de forma prioritaria.

También reprogramamos ciertos créditos y recibimos varias donaciones de equipos de bioseguridad, equipos sanitarios y dispositivos médicos. Con la integración regional ORAS-CONHU y PROSUR, básicamente tuvimos intercambio de experiencias para combatir la COVID-19, e hicimos compras regionales a través de PROSUR de medicamentos y de guantes. Se abrió una mesa de diálogo para la adquisición de la vacuna y tuvimos, también, mecanismos de coordinación regional para la respuesta a la pandemia.

En lo que se refiere al propósito de garantizar el acceso oportuno a la vacuna, se han establecido conversaciones con las empresas farmacéuticas: Pfizer, Johnson y AstraZeneca y con los responsables del mecanismo COVAX[15] .

[15] Es uno de los tres pilares del Acelerador de Acceso a Herramientas COVID-19 (ACT), que se lanzó en abril de 2020 con el objetivo de reunir a gobiernos, organizaciones mundiales de salud, fabricantes, científicos, sector privado, sociedad civil y filantropía, con el objetivo de proporcionar un acceso equitativo a los diagnósticos, tratamientos y vacunas contra la COVID-19. Véase: https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax.

Respecto a las acciones para garantizar el acceso a la salud durante la pandemia, se activó la línea de atención telefónica 171, mediante la cual, las personas pueden llamar e indicar cuáles son sus síntomas y obtener citas en los establecimientos de salud, y para la atención través de telemedicina.

Hubo un plan de reforzamiento del primer nivel de atención. Se instalaron carpas y se reorganizó todo el primer nivel, a fin de tener una separación entre las personas que podían estar infectadas, de las que requerían otro tipo de servicios de salud.
Hubo una reorganización de los servicios hospitalarios para la atención de pacientes críticos, en consulta externa y hospitalizaciones. Igualmente, se adecuaron áreas específicas para personas con la COVID-19 y que necesitaban servicios hospitalarios para otras enfermedades.

Con la estrategia de médicos rurales, las personas que se están graduando de médicos tienen que prestar atención durante un año, en lugares dispersos del país. Sin embargo, para atender la emergencia, estos médicos fueron reubicados en zonas prioritarias, en función del número de casos existentes de la COVID-19.

También, se activó la estrategia médica de barrio, en donde se notificaron 720 000 personas en condiciones de vulnerabilidad que podían requerir servicios de salud. El objetivo era brindar atención domiciliaria y que estas personas no se acercarán a los establecimiento de salud.

Hay un convenio específico, que es ECUAVIDA, con el cual se potencia la telemedicina en conjunto con la corporación pública de telecomunicaciones, para que las personas no se desplacen a los establecimientos de salud.

Se hizo teleasistencia con voluntarios, a fin de considerar temas de salud mental. También, se activó el programa "Juntos salimos de esta", que es un código verde, que tiene básicamente tres momentos, que es el de "Conoce tu salud mental, cuida tu salud mental, busca ayuda".

El Ecuador, al ser una nación multiétnica y pluricultural, tiene poblaciones aisladas voluntariamente. Tal es el caso de las comunidades originarias: Tagaeri y Taromenane, que son poblaciones con las cuales nosotros no podemos tener contacto directo, a menos que ellos así lo decidan. En este caso, se capacitó a 1986 técnicos de atención integral en salud, para evitar que el contagio se dé en ese tipo de poblaciones, también se generaron protocolos de prevención.

- **Conclusiones**

En el Ecuador, el derecho a la salud y su financiamiento está garantizado en la Constitución Política. Hemos entrado en una fase de contracción económica que se ve reforzada por la emergencia sanitaria. Los ingresos del Presupuesto General del Estado se han reducido.

Frente al estado de emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud Pública y otros actores clave realizaron varios esfuerzos de gestión y reasignación de recursos en función de la pandemia COVID-19, así recibimos apoyo de la cooperación regional e internacional.

5.5 Perú: Econ. Ana Luz Montalvo Chávez. Directora ejecutiva de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. Ministerio de Salud

- **Recursos presupuestales para enfrentar la pandemia COVID-19**

A la fecha (diciembre de 2020), el presupuesto asignado para la pandemia COVID-19 ha sido de 22 860 millones de soles (USD 5 715 millones), distribuido en tres niveles (nacional, regional y local). Se han promulgado una serie de decretos de urgencia, decretos supremos y medidas para incrementar el presupuesto. Este recurso se distribuyó principalmente en tres sectores:

- Protección social que está a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), que se encargó de dar los bonos de subsistencia a personas de escasos recursos.

- Ministerio de Trabajo y el Seguro Social de Salud (ESSALUD).

- Ministerio de Salud (MINSA).

¿De dónde se han conseguido los recursos para atender la pandemia? Principal y lamentablemente, de créditos. El Estado accedió a créditos internacionales para cubrir los gastos para afrontar la pandemia COVID-19. El 50 % de los recursos ha sido de préstamos. El 46 % son recursos ordinarios, de recaudación y un porcentaje pequeño de donaciones y transferencias.

El gobierno peruano implementó el Programa de Garantías "Reactiva Perú", al cual se asignó 60 000 millones de soles (USD 15 000 millones). También, se adjudicó dinero a las grandes, medianas y pequeñas empresas para que sigan activas y entregó recursos al sector comercio, transporte y comunicaciones.

- **El presupuesto de salud**

En el caso de salud, el presupuesto programado para la atención de la pandemia ascendió a 5 252 millones de soles (USD 1 313 millones), que es el 23 % del total asignado por el Estado peruano para atender la COVID-19.

¿Cómo se han obtenido los recursos adicionales? Básicamente se ha reorientado el gasto. El monto adicional ha sido a través de la reserva de contingencia del Ministerio de Economía y Finanzas, por fuentes de endeudamiento. Se reorientó el presupuesto asignado al inicio del período fiscal, a través de modificaciones presupuestarias a nivel funcional programático institucional, para brindar recursos y atender la pandemia. Asimismo, se ha dado asistencia técnica a los gobiernos regionales, para optimizar su gasto sin afectar la ejecución de sus actividades.

- **Distribución de recursos**

¿Cuáles son los recursos? Principalmente recursos ordinarios y de operaciones especiales de crédito, que fueron los que financiaron más en temas de salud. El 26,5 % fue para recursos humanos, el pago de salarios y bonificaciones. Se han dado bonos al personal de salud para que continúe sus labores, y en el marco de la emergencia sanitaria atienda a las personas afectadas por la COVID-19. También se estipuló un fondo para Contratación Administrativa de Servicios (CAS), y se creó un modelo especial denominado CAS COVID-19, una forma ágil de contratación.

El 22,3 % se asignó a productos farmacéuticos, y el 12,1 % para la adquisición de vacunas. Además, ya iniciamos las acciones de pago para adquirir las vacunas que deben llegar a principios de 2021. También se compró una gran cantidad de equipos de protección personal, a lo que se le ha asignado el 8,2 %. También está la bonificación extraordinaria que se dio al personal de salud, para que no desista y siga dando todo su esfuerzo para atender a los pacientes COVID-19.

El 7,3 % se ha usado para centros de atención y aislamiento temporal, para las personas que no contaban con condiciones para el aislamiento. También, se ha gastado el 2,7 % del presupuesto para plantas generadoras y suministro de oxígeno.

El 2,1 % correspondió al plan de intervención en comunidades indígenas de la Amazonía. Había que evitar el ingreso de la COVID-19 en las comunidades que están aisladas y con muy poco acceso a los servicios de salud. El 1,8 % se gastó en ventiladores mecánicos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se tuvo que incrementar el número de camas UCI.

En el caso de la Seguridad Social (ESSALUD), que pertenece al Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo recibió 1 294 millones de soles (USD 324 millones) para ampliar la oferta prestacional. 112 millones (USD 28 millones) se dio, por ejemplo, para habilitar las cuatro torres en la Villa Panamericana (infraestructura construida para los Juegos Panamericanos), como centros de aislamiento temporal. También, se usó 112 millones (USD 28 millones) para ampliar la oferta de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) a nivel nacional, en forma temporal. ESSALUD amplió su oferta a través de instalaciones temporales para brindar atención a personas aseguradas y no aseguradas; recibió una buena cantidad de recursos para ello.

También, se ha dado presupuesto para la incapacidad temporal de pacientes contagiados por la COVID-19. El Estado peruano adjudicó 200 millones de soles a las empresas para que no despidan a sus trabajadores. En el caso de las empresas que decidan terminar el vínculo con sus trabajadores, se les dio el monto de 652 millones de soles (USD 163 millones) para que los trabajadores reciban un bono. Además, se asignaron recursos para que las personas que quedaban sin trabajo continuarán recibiendo prestaciones de salud a través del seguro social.

- **Principales dificultades**

  - Había un desarrollo insuficiente de telesalud en el sector público. Para el año 2021, el Ministerio de Economía y Finanzas fijó un presupuesto adicional para reforzar la telemedicina a nivel nacional.

  - La pandemia se inició con el cierre de las IPRESS de primer nivel, a nivel nacional y definitivamente eso afectó la atención oportuna de pacientes con COVID-19.

  - La fragmentación del sistema de salud acrecentó los problemas. Por tanto, urge la creación de redes integradas. Estamos en el camino inicial.

  - Hubo un deficiente acceso a medicamentos e insumos por una cadena logística ineficiente. Urge su reestructuración para que tenga un funcionamiento adecuado.

  - El acceso insuficiente a los servicios de salud hizo que los costos se elevaran. El precio de los medicamentos se incrementó y la gente tuvo que gastar más dinero.

- **Desafíos para aumentar el financiamiento y garantizar el derecho a la salud**

  - Tenemos que impulsar una reforma sanitaria con un sistema unificado y universal que elimine las brechas de acceso efectivo a los servicios integrales de salud, donde se retome el rol rector del Ministerio de Salud. Varias normas abren el acceso legal para esto, ahora nos corresponde la implementación.

  - Es importante incrementar sostenidamente el gasto público, con énfasis en el primer nivel. Se ha incrementado el gasto y el presupuesto para salud, pero tiene que ser sostenido y debe ser mayor.

  - Es vital mejorar la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud. El Programa de Inversión Creación de Redes Integradas de Salud (PCRIS), tiene como objetivo apoyar las redes integradas para mejorar la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud.

  - Tenemos que dar un doble impulso a la política multisectorial de salud, para la participación plena de los sectores en la mejora de salud de la población. Este año se aprobó la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”[16], la que es fundamental para su desarrollo.

[16] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf?v=1598736848

5.6 Venezuela: Econ. Zaila Gonzáles Vivo. Directora general de Planificación y Presupuesto. Dirección General de Gestión Económica en Salud. Ministerio del Poder Popular para la Salud

- **El derecho a la salud en Venezuela**

La República Bolivariana de Venezuela garantiza el derecho a la salud de la población, de acuerdo con el mandato constitucional[17] en los artículos 83, 84 y 85.

> La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, artículo. 83. (p. 17)

En Venezuela, el 13 de marzo de 2020, se emitió el Decreto N° 4160, mediante el cual se declara el estado de alarma y la emergencia permanente del sistema de salud, para la prevención y atención de la pandemia de la COVID-19.

- **Medidas adoptadas**

En Venezuela se realizaron acciones como las siguientes, para contener la propagación de la pandemia COVID-19:

- Se adquirieron medicinas, insumos y equipos médicos a través de acuerdos y contratos bilaterales y multilaterales con China, Cuba, Turquía, India, Suiza, Rusia, Qatar, Portugal, España, Alemania, UNICEF, OPS/OMS, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), Sistema de las Naciones Unidas (SNU), Dirección General de Protección Civil y Ayuda Humanitaria de la Unión Europea, entre otros organismos regionales e internacionales y Organizaciones no Gubernamentales (ONG).

- Se constituyó el Comité Nacional de Ética para la Investigación de la COVID-19 (Resolución conjunta N° 094, entre el Ministerio de Ciencia y Tecnología y el Ministerio del Poder Popular para la Salud), un cuerpo colegiado autónomo, institucional, interdisciplinario,

[17] Véase la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el siguiente enlace: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf

plural y de carácter consultivo creado para evaluar, dictaminar, aprobar y asesorar los protocolos de investigación en seres humanos, animales, cultivos y cualquier **experimento que se proponga trabajar con el virus vivo de la COVID-19.**

- **Se activó la participación del poder popular y mantuvo el papel protagónico de los comités de salud en la ejecución de las políticas públicas del sector salud, y su rol como garantes del acceso a los servicios de salud, a través de la contraloría social y el acompañamiento a los** 15 568 equipos básicos de salud desplegados a nivel nacional.

  - Se desarrolló el Módulo de COVID-19 en el Sistema Único de Información en Salud (SUIS), el cual contribuye a la articulación, integración y control del Sistema Público Nacional en Salud (SPNS), a través de:

    o Llenado de las fichas epidemiológicas de los pacientes que se realizan las pruebas de diagnóstico.

    o Enlace con el Instituto Nacional de Higiene "Dr. Rafael Rangel" (INH) y su Sistema EVAL, para indicar los resultados del procesamiento de las muestras de COVID-19.

    o Generación de reportes para la toma de decisiones.

  - Se desarrolló un módulo en el Sistema Patria para la consulta de los pacientes, a los cuales se les realizó las pruebas de diagnóstico. Esto aporta información, de todo el territorio venezolano, si el paciente está infectado o no por la COVID-19.

  - Se aprobó la Resolución N° 083, entre los Ministerios del Poder Popular para Ciencia y Tecnología y el Ministerio del Poder Popular para la Salud, en donde se definen lineamientos para:

    o Desarrollar las investigaciones relacionadas con la COVID-19.

    o Registrar investigadores(as) en la página web del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y Tecnología, interconectado con el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

  - Se han realizado de manera permanente: Jornadas de Atención Integral en Salud, organizadas interinstitucionalmente y garantizó la disposición de más de 15 000 camas, en los diferentes centros de salud, tanto pública como privada.

- **Lecciones aprendidas y desafíos**

Las lecciones aprendidas en cuanto a la experiencia de enfrentar la pandemia COVID-19, y propuestas para las políticas públicas encaminadas al fortalecimiento de los sistemas de salud de la región andina han sido:

- La aplicación temprana de las medidas de cuarentena, distanciamiento físico, restricción del movimiento interno e internacional, métodos de barrera (mascarilla, guantes) y una efectiva coordinación que han contribuido a mantener la curva aplanada.

- El trabajo articulado intrainstitucional e intersectorial, con el fin de implementar los lineamientos y políticas emanados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, contribuye a obtener mejores resultados para la prevención, el diagnostico, el manejo y el tratamiento de la COVID-19.

6. Diálogo a partir de preguntas de participantes

- **Moderador: Dr. Carlos Arósquipa Rodríguez. Asesor Programa Subregional para América del Sur (OPS/OMS) Punto Focal CASE**

Moderador: Luego del diálogo sobre los fondos específicos para emergencias y las gestiones realizadas para la adquisición de las vacunas, las y los participantes han realizado preguntas a cada uno de ustedes. Sin duda, la actual crisis ha evidenciado la necesidad de reformas a los sistemas de salud. ¿Cómo cree usted que podría mejorarse el financiamiento a la salud, a fin de garantizarse el derecho a la misma? Ha habido mucha convulsión social en todos los países. Los ciudadanos están muy molestos y evidentemente esto abre una ventana de oportunidad de participación ciudadana. ¿Cómo cree usted que esto podría incorporarse en el análisis sobre los cambios del sistema de salud? Por favor, dar un mensaje final.

Chile: Romina Leal. Se requiere un sistema que pueda dar respuesta a las necesidades de la población y que sea lo más equitativo posible. En nuestro caso, tenemos como prioridad fortalecer la Atención Primaria de Salud, disminuir el gasto de bolsillo en salud, que es alrededor de un 34 %, para lo cual se está trabajando en políticas que puedan ir en esa dirección.

Reflexión final

El camino va a ser duro, por las consecuencias económicas. Es importante que los países sigamos trabajando en conjunto y compartir las experiencias. Hemos mejorado en la marcha y todavía nos queda mucho por hacer y aprender.

Moderador: ¿De qué manera, el sistema de financiamiento de la salud pública en Ecuador, garantiza la sostenibilidad para mitigar la pandemia COVID-19?

Ecuador: Andrea Sánchez. Nuestra Constitución establece que la salud se tiene que financiar a través de ingresos permanentes. Eso nos da cierta garantía al considerar nuestros ingresos por el petróleo. Debido a que el presupuesto que nos habían asignado no fue suficiente para atender la pandemia, tuvimos que utilizar otros mecanismos de financiamiento. Incluso, el presidente solicitó que el impuesto a la renta se pague con anticipación.

También hemos buscado la participación de las empresas privadas y se han creado fideicomisos para la adquisición de bienes e insumos médicos. Ha sido un desafío priorizar efectivamente los recursos, así como saber canalizar para atender a toda la población de la mejor manera.

Reflexión final

Es muy importante conocer las experiencias internacionales, considerar las buenas prácticas y aplicarlas en el país. ¡Todos estamos aprendiendo! La pandemia aún está aquí y las respuestas no han sido perfectas. Sin embargo, tratamos de hacer lo mejor. Es un desafío diario. También tratamos de que todos los esfuerzos del sector privado se alineen a lo que requiere el Ministerio de Salud.

Moderador: ¿Han previsto, desde el Ministerio de Salud, impulsar evaluaciones para medir el impacto y la efectividad de alguna de las medidas tomadas?

Perú: Ana Montalvo. La pandemia nos tomó a todos con muy poco conocimiento de lo que se tenía que hacer. La pandemia fue el quehacer del día a día, de proponer acciones, de cumplir, de ajustar. En la mañana se pensaba o se sabía una cosa, en la tarde se sabía que no podía ser de esa forma. En el Ministerio de Salud hay evaluación y ajuste permanente.

Reflexión final

Todos los países vamos a retroceder muchos años y nos va a tomar tiempo recuperarnos. Es decir, nos toca un duro camino en los próximos años para recuperarnos y lograr llegar al 2030, fecha límite de los ODS, con buen pie.

El Perú había mejorado sus coberturas de inmunizaciones y reducción de anemia (ya que tenemos un problema muy serio de anemia infantil). Con la pandemia hemos visto retrocesos. Es una sindemia por la falta de atención a otras patologías y problemas. Es una situación sanitaria muy compleja, que va a requerir muchísimo trabajo coordinado y conjunto de todas las instancias que trabajan en salud y del Gobierno.

La pandemia ha dejado al descubierto las inequidades, diferencias sociales y económicas terribles que ha habido en el Perú y en toda Latinoamérica. Eso ha incidido en la mortalidad

a nivel nacional. Para hacer frente a la pandemia y mejorar la situación sanitaria es fundamental ser inclusivos, atender a las personas que menos tienen y con menos acceso. Esas son las personas que tienen que ser prioritarias de ahora en adelante en el sistema sanitario nacional y latinoamericano.

Lamentablemente, nuestra tasa de letalidad ha sido muy alta, porque se ha evidenciado un sistema de salud fragmentado y diferencias sociales y económicas muy altas. Tenemos un gran desafío en el Perú y en Latinoamérica. No veamos los promedios sino las diferencias. Se requiere mayor unión y el trabajo comprometido de todos, para hacer frente a esta situación tan compleja.

Moderador: Nos preguntan sobre el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS). ¿Nos podrían comentar si ha habido una evaluación en relación con el impacto de esta estrategia implementada en Colombia?

Colombia: Otoniel Cabrera. Sí hemos evaluado sobre la marcha las estrategias. La estrategia PRASS[18] se abordó y se repensó a mitad de la pandemia. Se basa en gran parte, en el rastreo y aislamiento de los contactos de los casos probables o sospechosos de COVID–19.

Colombia: Mónica Valderrama: En efecto, la estrategia PRASS nace de la necesidad de reactivación económica, después de un periodo de aislamiento obligatorio para toda la población. Una vez que se pone en marcha esta estrategia trabajamos para fortalecer las competencias en los territorios (departamentos, municipios y distritos), y en las Entidades Promotoras de Salud que son las encargadas del aseguramiento.

Adicionalmente, está el reporte de información que se hace a través de la plataforma SegCovid, en donde no solo las EPS, sino también el call center (central de llamadas), que contrató el gobierno nacional para hacer el rastreo de los contactos, están reportando la información. Lo que se ha buscado con la estrategia es que por lo menos se reporten cinco contactos de la persona (caso inicial). Esto nos ha permitido hacer el seguimiento, tanto a las EPS como a los territorios.

Reflexión final

El gasto social debe aumentar en nuestros países. Yo creo que de acá en adelante nos queda un reto enorme: cerrar esas brechas de desigualdad en nuestros países. Es esencial trabajar en la implementación de unos mecanismos sociales que nos permitan acelerar el cierre de esas brechas. Estos debates y compartir experiencias de cada uno de los países se

[18] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Pruebas-Rastreo-y-Aislamiento-Selectivo-Sostenible.aspx; https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/abece-prass.pdf

deben mantener, nos ayuda porque adquirimos conocimientos de cómo otros países han enfrentado la pandemia. Este espacio es muy enriquecedor para todos los países.

7. Resumen. Dra. Marisela Mallqui. Secretaria adjunta del ORAS-CONHU

Reitero mi agradecimiento especial a cada uno de los ponentes con los que hemos tenido el privilegio de contar esta mañana, y reflexionar sobre los avances y desafíos en torno a los derechos humanos y el derecho a la salud, la COVID-19 y el financiamiento de los sistemas de salud.

Los Gobiernos de los países andinos y los ministerios de Salud, entre otras organizaciones y actores sociales, han desarrollado diversas estrategias para enfrentar la pandemia y atender a la población. No obstante, es esencial redoblar esfuerzos para lograr las metas de los ODS, en un marco que muestre avances en la igualdad y en la garantía de los derechos humanos, así como edificar este mundo que anhelamos. Al igual que la situación de la emergencia planteada por el cambio climático, la COVID-19 nos recuerda que estamos juntos como miembros de una sola humanidad.

Los ponentes en el Foro, miembros del Comité Andino de Salud y Economía, destacaron que consideran la salud como un derecho fundamental en sus propias leyes, y también nos han mostrado que presentan diversas formas de cobertura de salud para sus habitantes. Todos los países andinos han sido muy afectados por la pandemia, aunque en diferentes magnitudes. Casi todos tuvieron limitaciones en la atención en los servicios de salud del primer nivel de atención, y con dedicación casi exclusiva a la COVID-19, relegando la atención de otras patologías.

Todos los países andinos han implementado diversas medidas en respuesta a esta pandemia. Han incrementado, redireccionando y reorientando fondos de diferentes fuentes, créditos, fondos de contingencia y préstamos para fortalecer los servicios de salud con recurso humano, equipamiento, insumos, dispositivos médicos y otros. Es evidente que arrastramos brechas históricas, respecto a lo que era el financiamiento dedicado a la salud.

También escuchamos de todos los países que emitieron múltiples medidas de prevención y protección para la población. Lamentablemente, con poblaciones excluidas, las medidas han sido insuficientes. Todos los países han realizado grandes esfuerzos para expandir la oferta hospitalaria con todo lo que ello ha significado: diversas formas de contratación de recursos humanos, construcción y mejora de infraestructura, uso de otros espacios, mejora del equipamiento e insumos de laboratorios. Han fortalecido la vigilancia epidemiológica con nuevas tecnologías, incluso Colombia nos comentaba respecto al PRASS.

Se mejoró la telesalud, que ha sido también, una forma de llegar a la población en contextos dispersos y alejados. Asimismo, se ha brindado atención a domicilio y se han impulsado respuestas territoriales con mayor participación de la propia comunidad. Han coincidido en que los sistemas de información deben ser oportunos, públicos, universales y transparentes como una herramienta central de gestión. Casi todos los países recibieron donaciones de organismos cooperantes, de otros países, de organizaciones sin fines de lucro, para fortalecer actividades en la provisión de los servicios de salud. A la fecha, todos se encuentran en el mecanismo COVAX para la adquisición de las vacunas contra la COVID-19, también han realizado acuerdos bilaterales adicionales; y ya con el reto de enfrentar lo concerniente al almacenamiento, la distribución y la aplicación de las vacunas de manera oportuna.

Recordamos aquí que fue el ORAS-CONHU, quien promovió reuniones con las direcciones de inmunizaciones de los seis países andinos, desde julio de 2020.

En conclusión, solo alcanzaremos nuestros objetivos comunes si somos capaces de abordar la pandemia COVID-19 y sus consecuencias, a partir de cumplir las normas de derechos humanos, reducir las desigualdades, la exclusión y la discriminación. Los derechos humanos son universales; las personas y sus derechos deben ocupar el primer plano y ser el objetivo central de la respuesta y la recuperación.

Para que la respuesta a la pandemia sea eficaz debe estar basada en la solidaridad, en la cooperación y por supuesto, en mejorar el financiamiento del sistema de salud, fortalecer los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención, y la APS como un pilar de la salud pública. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud y asignar el financiamiento necesario, considerando esto una inversión y no un gasto, para lo cual se requiere de voluntad política.

El uso de los recursos debe ser transparente, con rendición de cuentas permanente, donde la sociedad civil juegue un rol muy importante. Es esencial fomentar la participación social y activa de los más jóvenes, con conciencia del cuidado del ambiente.

Nos queda haber aprendido las lecciones y tomar este momento como una ventana de oportunidad para fortalecer la integración regional, mantener la salud como prioridad en cada uno de nuestros países, asegurar el financiamiento necesario y estar mejor preparados para responder a esta pandemia, que estará con nosotros todavía por más tiempo. También para garantizar los derechos humanos de la población y en particular el derecho a la salud de nuestras poblaciones, recordando que sin presupuesto no hay derechos.

8. Cierre: IX Foro Andino de Salud y Economía. Dra. María del Carmen Calle Dávila. Secretaria ejecutiva del ORAS-CONHU

Quiero agradecer, profundamente, la presencia de todos los ponentes y participantes. Me he sentido muy contenta en este Foro, porque ha sido muy claro que los ministerios de Salud de los seis países andinos han trabajado mucho para enfrentar la pandemia. Todos tuvieron un trabajo valioso, tenaz, continuo y eso ha sido muy claro; y ustedes lo han compartido de manera muy transparente. Definitivamente, ha habido un trabajo muy fuerte y se han usado diferentes mecanismos para proteger a la población.

Se ha reafirmado que nuestros países tienen muchas desigualdades, ¡sí! Lo venimos diciendo hace años. ¿Qué nos ha dicho esta pandemia? Nos ha dicho: "¡Basta!". Tenemos que hacer algo concreto. Y lo dijimos en la reunión del 58° Consejo Directivo de la OPS: "Nosotros, desde el ORAS-CONHU transmitimos un mensaje de integración, de avanzar juntos hacia los mismos objetivos, pero con una nueva visión: que la salud y el bienestar son el eje del desarrollo social y equitativo para toda la humanidad".

No podemos perder la oportunidad. Estamos en un momento que no se va a repetir, en el sentido de que la salud está en el centro de todas las decisiones. Yo tengo cuarenta años de médica y nunca había pasado eso. Es una oportunidad para hacer realidad el enfoque de derechos, interculturalidad, igualdad de género, de territorialidad y justicia social. Coincido en que basta ya de evaluar promedios, tenemos que evaluar desigualdades.

Por otro lado, sabemos que este es el Día Internacional de los Derechos Humanos, y que desde el ORAS-CONHU reafirmamos nuestro compromiso y trabajo por la garantía del derecho a la salud. Porque la salud es un derecho fundamental y social e indispensable para el ejercicio de los demás derechos. Tenemos que trabajar juntos para lograr sociedades más justas y solidarias.

Somos más fuertes de lo que creemos. ¡Somos región Andina, tenemos historia! Recuperémonos, volvamos a ser grandes. La integración regional es más necesaria que nunca. Acaban de decirlo en la reunión de OPS, "la solidaridad Panamericana". Comencemos con la solidaridad andina.

Así lo dice Galeano: "La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar", así que tenemos un camino muy largo por recorrer. Y un tema que ha sido tocado hoy día, que debe ser tocado siempre, es el financiamiento. **Porque sin presupuesto no hay derechos.**

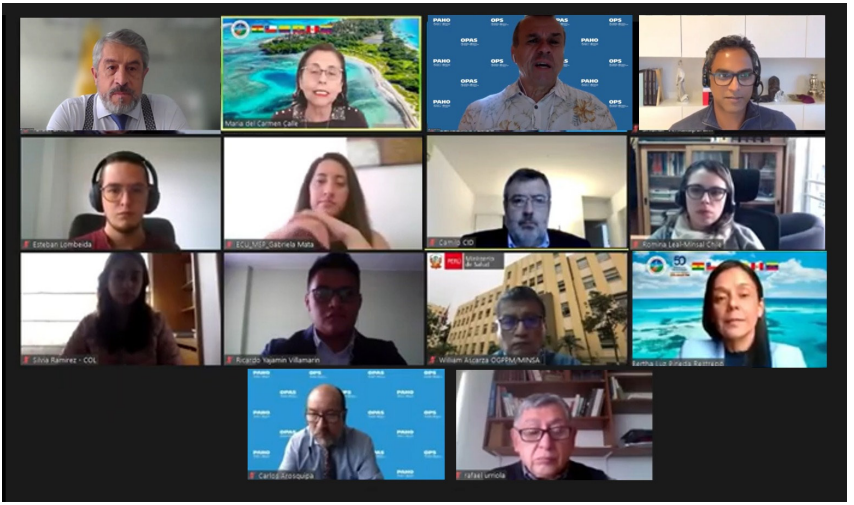
¡Muchas gracias por su presencia!

X FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA: EXPERIENCIAS EMBLEMÁTICAS DE FINANCIAMIENTO PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS PAÍSES ANDINOS

Agenda		
Hora Perú	**Actividad**	**Ponentes**
9:00	Saludo institucional.	**Dra. María del Carmen Calle Dávila** Secretaria ejecutiva del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.
		Dr. Paolo Balladelli Director del Programa Subregional para América del Sur (OPS/OMS)
	Inauguración.	**Dr. José Ruales** Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. En representación de la ministra de Salud Pública de Ecuador. Presidenta XXXIX REMSAA.
9:10	Presentación del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.	**Dra. Marisela Mallqui Osorio** Secretaria adjunta del ORAS-CONHU. Nota: los elementos centrales se presentan en la introducción y en: http://www.orasconhu.org/
9:20	Presentación del Comité Andino de Salud y Economía (CASE).	**Econ. Ricardo Yajamin** Director nacional de Economía de la Salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Presidencia *pro tempore* de CASE.
9:25	Financiamiento de la salud para una recuperación con igualdad y sostenibilidad.	**Econ. Camilo Cid** Oficial de asuntos sociales. División de Desarrollo Social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
9:45 **20 minutos por país**	Presentaciones: Experiencias emblemáticas de financiamiento para enfrentar la pandemia de la COVID-19.	**Directores Economía de la Salud, Cuentas de Salud, Financiamiento Sectorial, Planeamiento y Presupuesto. Ministerios de Salud Andinos:** Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

11:45	Políticas en los países andinos para mitigar la pandemia. Estudio de CASE: indicadores comparables básicos para analizar la pandemia de la COVID-19.	**Econ. Rafael Urriola** Consultor ORAS-CONHU.
12:00	Conferencia: ¿Cómo debemos asignar los recursos sociales y de salud durante una pandemia?	**Dr. Sridhar Venkatapuram** Director adjunto. King's Global Health Institute. Profesor titular de Filosofía y Salud Global. King's College London. Director fundador. MSc Global Health & Social Justice.
12:30	Diálogo a partir de preguntas de participantes.	Preguntas de participantes.
12:55	Conclusiones.	**Dra. Marisela Mallqui** Secretaria adjunta del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.
13:00	Cierre.	**Dra. María del Carmen Calle Dávila** Secretaria ejecutiva del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

- **Moderador:** Dr. Carlos Arósquipa**. Asesor del Programa Subregional para América del Sur (OPS/OMS). Punto Focal CASE.**
- **Moderadora:** Dra. Bertha Luz Pineda Restrepo**. Coordinadora del Comité Andino de Salud y Economía del ORAS-CONHU.**



1. Palabras de bienvenida. Dra. Marisela Mallqui. Secretaria adjunta del ORAS-CONHU

Transmito el saludo de la Dra. María del Carmen Calle Dávila, secretaria ejecutiva del ORAS-CONHU. Asimismo, doy la más cordial bienvenida a este X Foro Andino de Salud y Economía, denominado Experiencias emblemáticas de financiamiento para enfrentar la pandemia COVID-19.

La pandemia COVID-19 ha generado en el mundo y en América latina una crisis de desarrollo sanitario, educativo, económico, social y ambiental. Las personas y las organizaciones nos hemos adaptado rápidamente y se han desarrollado diversos esfuerzos para enfrentarla.

En el presente Foro, analizaremos experiencias emblemáticas de financiamiento para enfrentar la pandemia COVID-19 en los países andinos, con énfasis en los logros y las recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de toda la población de la región andina.

Bienvenidas todas las personas que nos acompañan.

2. Saludo del Dr. Pierre Paolo Balladelli. Director del Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS

Saludos cordiales a todas las autoridades y participantes. Desde el primer foro, realizado en el año 2008 en el Ecuador, se ha ido consolidando este espacio de debate de alto nivel entre los países andinos, sobre la relación entre la economía y la salud.

La interrelación profunda entre salud y economía ha recobrado relevancia con la pandemia COVID-19, que prácticamente ha paralizado al mundo en estos últimos dos años. Esta ha demostrado que es acertado analizar y trabajar en estas dos vertientes.

Ustedes recordarán que, en el año 2000, la OMS organizó una comisión con el fin de crear instrumentos más precisos, para que la simbiosis entre economía y salud pudiera manifestarse y que produjera los efectos deseados. Desde entonces, la comisión analiza y busca la manera de aumentar la inversión en salud, y también la inversión en la economía que permita mejorar la salud. Estos son dos caminos que pueden determinar grandes impulsos para la economía, por un lado, y para la salud, por el otro. Son como las dos caras de una misma moneda y tienen que trabajar en sintonía. Con la pandemia vimos que era posible, a través de protocolos en los ámbitos económicos, mejorar las condiciones de salud.

Es importante el trabajo que ustedes van a desarrollar en este Foro. La OPS se encuentra totalmente alineada con el ORAS-CONHU en este esfuerzo. ¡Muchas gracias!

3. Inauguración. Dr. José Ruales. Viceministro de Gobernanza y Vigilancia. Ministerio de Salud Pública del Ecuador

En primer lugar, hago extensivo un afectuoso saludo de parte de la señora ministra, Dra. Jimena Garzón, quien augura sus mejores deseos para el desarrollo de este importante evento.

Hoy, nos reunimos con el objetivo de analizar estos procesos emblemáticos de financiamiento para contener y para enfrentar la pandemia COVID-19. Se espera compartir las experiencias de los diversos países, las estrategias y los logros, y aprender, incluso, de los errores en este desafío de reconstruir con más equidad y avanzar en la garantía del derecho a la salud de la población.

En el caso de nuestro país, ha sido evidente la transferencia de recursos de otros programas regulares como, por ejemplo, del esquema regular de vacunación, hacia la necesaria atención de la vacunación contra la COVID-19. También la reducción de la atención de programas básicos de salud (atención materno infantil), debido a la movilización masiva de nuestro personal hacia las acciones de la atención de la vacunación contra la COVID-19.

También observamos el incremento del gasto de bolsillo de las familias durante estos últimos dos años, por la reducción de la oferta de los servicios públicos de salud. Serán temas que ustedes analizarán en este importante evento. En este marco, yo tengo el agrado de darles la bienvenida. Muchas gracias y que tengan una excelente jornada.

4. ¿Cómo debemos asignar los recursos sociales y de salud durante una pandemia? Dr. Sridhar Venkatapuram. Director adjunto, King's Global Health Institute. Profesor titular de Filosofía y Salud Global, King's College London. Director fundador, Global Health & Social Justice[19]

Gracias por darme tiempo suficiente para hablarles acerca de esta pregunta tan importante. Empezaré haciéndoles esta pregunta que se me ha hecho tantas veces en estos últimos meses: **¿Cuál es la manera correcta de asignar los recursos en respuesta a una pandemia?**

Esta pregunta surge debido al repentino exceso de la demanda en el sistema de atención de salud, y porque se tienen que tomar decisiones difíciles sobre cómo asignar los recursos. Si ustedes recuerdan bien, cuando los hospitales se sobrecargan surgen las preguntas: ¿quién debe recibir la atención de salud?, ¿debemos gastar más dinero comprando equipos de protección, más ventiladores?

Yo pienso que las preguntas: ¿cómo asignar los recursos a la atención de salud?, ¿qué bienes tienen que ser dados y en qué proporción? son muy importantes. Sin embargo, quiero aprovechar esta oportunidad, ya que este Foro abarca un campo más amplio para hacer una pregunta mucho más importante: ¿Cómo asignamos los recursos económicos durante una pandemia para prevenir las pandemias del futuro? Esta es una pregunta distinta a la de cómo asignar recursos en hospitales o en la atención clínica.

Creo que es importante señalar la diferencia, porque en el caso de los países ricos a principios de la pandemia, ellos se preguntaban ¿cómo evitar la ruptura de los sistemas de salud? Conforme pasaba el tiempo hemos observado, en muchos de los países, una gran incomodidad social, y no por los recursos de salud, sino por dudas acerca de por qué ciertas personas se infectaron. ¿Por qué ciertas personas mueren de manera más desproporcionada que otras? Estas preguntas son más difíciles de responder.

Esto significa que cuando llega esta pandemia, la gente excluida es la que más ha sufrido y ha muerto. Por ejemplo, la pandemia ha golpeado a millones de personas, pero la gran mayoría de ellas ha sido la gente mayor. Ellas han sido excluidas de los sistemas de protección social y salud de diferentes países. Tanto en países ricos como en pobres hemos visto que mucha gente mayor está sufriendo de una gran cantidad de enfermedades, también viven en entornos o ambientes donde su calidad de vida es deficiente. No pueden controlar su entorno, y en ese tipo de instituciones fueron muy vulnerables durante la pandemia.

[19] Véase: https://www.kcl.ac.uk/people/sridhar-venkatapuram

También hemos visto que los grupos étnicos, en diferentes países, han sido extremadamente vulnerables a esta pandemia, porque tenían problemas desde hace mucho tiempo, además eran más vulnerables a las infecciones. Lo importante es reconocer que su vulnerabilidad no solo era inmunológica, sino que en realidad se trataba de una desventaja de toda la vida, y que les hacía adquirir diversos tipos de enfermedades que finalmente les afectaron de manera desproporcionada.

Comienzo por señalar: ¿cuál es la relación entre la salud y el desarrollo? Ha habido muchos debates que dicen que el desarrollo es industrialización y aumentar el PIB. Se ha llegado, incluso, a ver la salud como una inversión muy costosa. Hubo un movimiento, particularmente, al principio de la década del 2000, que mostró cómo la inversión en salud permite tener población más saludable que contribuye a la innovación, al buen funcionamiento de las instituciones y al desarrollo.

Los sistemas de salud se han enfocado en las enfermedades y no en las personas.

Nos hemos enfocado en las vacunas como que ellas son la solución final para la pandemia COVID-19. Observamos que los países ricos invirtieron millones de dólares en vacunas (primera, segunda y tercera dosis). Si señalo esto es porque, al pensar en el futuro, si priorizamos la atención a la enfermedad se repetirán epidemias y pandemias en nuestros países. Cuando haya la siguiente amenaza a la salud, los países ricos, de alguna manera, se van a agenciar las formas para encontrar terapias y vacunas, y lo que va a suceder es que vamos a estar de vuelta en el mismo lugar. Al igual que como el resto de los países, terminaremos buscando maneras de negociar para comprar de diferentes formas y gastar una cantidad significativa de dinero. Durante ese intento muchas personas mueren.

Nuestro entendimiento de cómo estar listos para una pandemia tiene que cambiar. No podemos pensar en las epidemias y pandemias solo como eventos de tipo biológico. Por ejemplo, recordemos que al principio de la pandemia hubo muchas opciones. Había un índice que se llamaba el Índice de Preparación para la Pandemia, que se desarrolló en la Universidad de John Hopkins en los Estados Unidos. Se trató de calificar a los países del mundo de acuerdo con diversos criterios de cómo podían estar preparados para una pandemia. Los países más ranqueados, el Reino Unido y los Estados Unidos, han sido muy afectados por esta pandemia.

Así que, surge la pregunta: ¿existe un entendimiento de cuáles son los diferentes tipos de instituciones, procedimientos y políticas en las que deberíamos gastar nuestros recursos para prevenir la siguiente pandemia? Lo que ha sucedido ahora es que estamos empezando a reconocer que tenemos que pensar mejor, y no solamente en los aspectos biológicos de las epidemias y de las enfermedades infecciosas. Debemos, realmente, entender las implicaciones sociales y económicas.

Para salir de ese ciclo que se repite (en donde esperamos a la siguiente emergencia y luego luchamos a través de ella, y tratamos de comprar las medicinas o vacunas a un precio asequible), existe una manera de prevenir las emergencias de la salud abordando las desigualdades de salud existentes en los países.

Michael Marmot y su equipo mostraron que la mortalidad de la COVID-19 sigue el mismo patrón relacionado con las desigualdades preexistentes de salud en la sociedad. Esto quiere decir, que las personas más afectadas por desigualdades son las que más se enferman con la COVID-19. Conforme se baja más en la escalera socioeconómica, hay mayor probabilidad de morir a causa de la pandemia COVID-19. No es cierto que las personas sean igualmente afectadas. La pandemia demuestra las desigualdades existentes de salud.

¿Qué significa esto en términos de prevenir la siguiente pandemia? Tratemos las causas de salud deficiente: las desigualdades de salud. Cuando nos enfocamos en las enfermedades y no en las personas, pasamos por alto el hecho de que son las capacidades de las personas y las comunidades las que protegen de enfermedades graves.

Les voy a dar un ejemplo muy concreto: cuando ocurrió el confinamiento en los países "ricos" les pedimos a la gente que se queden en casa. No fue lo único que ocurrió, aparte de ese tipo de restricciones, estos individuos fueron ayudados a reducir su exposición para prevenir la infección (se les daba ingreso adicional, tenían Internet, agua potable, alimento, calefacción) y todas esas cosas les permitió continuar sus vidas.

Lo que hemos visto es que las personas que probablemente se quedaron en casa, con todo ese tipo de protección, tenían menos probabilidad de infectarse. Mientras que otras personas que tenían que salir a trabajar tenían mayor probabilidad de infectarse, enfermarse y morir. Al enfocarnos en la enfermedad, descuidamos algo fundamental: son las capacidades de las personas para cuidar sus vidas y prevenir la infección, eso es lo que deberíamos apoyar.

En muchos países de ingresos bajos y medios, hubo mucho confinamiento, pero no hubo soporte adicional para ayudar a la gente en su capacidad de vivir sus vidas y seguir sanos y saludables. Lo que ocurrió es que tuvimos muchas otras personas que murieron por diversos tipos de problemas de salud (algunos murieron de inanición).

Lo que debemos hacer, entonces, es invertir nuestros recursos en ayudar a la gente a que se mantenga sana, prevenir las infecciones, continuar y vivir sus vidas de la mejor manera posible. Ese es un abordaje muy diferente que el de tratar de invertir en la atención a la enfermedad y en hospitales. Entonces, ¿Dónde nos deja esto?

Lo que estoy sugiriendo es que exista una cantidad significativa de recursos económicos y sociales. Por recursos sociales me refiero a investigaciones de la universidad, organizaciones

sociales (por ejemplo, organizaciones vecinales), políticas, programas y proyectos que proporcionen innovaciones, tecnologías y recursos financieros para ayudar a la gente a mantenerse saludable, a prevenir las infecciones y continuar vidas decentes.

Si queremos prevenir una pandemia en el futuro, debemos enfocarnos en la idea de mejorar las capacidades de salud de la población, no solamente a través de la atención de salud, sino cambiando los ambientes sociales que limitan las posibilidades de la gente de estar sana.

¿Queremos enfocarnos en las capacidades de las personas de tener vidas dignas y decentes o invertir en las industrias esperando que puedan de alguna manera beneficiar a los individuos? ¿Cómo entendemos el tipo de desigualdades y agravantes en nuestra sociedad y cómo las reducimos?

Es primordial romper el ciclo de la siguiente crisis y abordar el futuro. Se trata de integrar las estrategias para aumentar las capacidades de las personas para que estén más sanas.

Si nos enfocamos en el bienestar y la calidad de vida, la sociedad se desarrollará de una manera más sostenible y con equidad. ¡Gracias!

5. **Financiamiento de la salud para una recuperación con igualdad y sostenibilidad. Econ. Camilo Cid. Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe**

- **Contexto: la pandemia y la crisis**

La pandemia ha tenido un efecto desproporcionado en la región. Con solo el 8,4 % de la población mundial, los efectos han sido mucho más altos en cuanto a casos. Tenemos, por ejemplo, que el 20 % de los casos del mundo y el 30 % de los fallecidos los aporta América Latina y el Caribe. Reportamos más de 44 millones de casos confirmados, 1,5 millones de muertes, así como consecuencias económicas y sociales sin precedentes.

En el ámbito económico, América Latina y el Caribe ha sido la región del mundo más afectada. Por ejemplo, la caída del producto interno bruto (PIB) en el año 2020 fue de 6,8 %. Ha aumentado el desempleo, situación que afecta más a las mujeres y a los trabajadores informales. Ha habido un aumento importante de la pobreza, pasó de un 30 % en el año 2019 a casi un 34 % en el 2020, y la pobreza extrema de un 11,3 % a un 13,1 %. Si no hubiese habido políticas de transferencias monetarias de emergencia el aumento sería mucho mayor. Se incrementó la desigualdad.

- **Los sistemas de salud y su financiamiento ante la COVID-19**

Me voy a referir a la visión de cómo la economía de la salud ha visto el financiamiento del sector. La recaudación de ingresos es a través de tres vías:

- Los aportes fiscales.
- Las cotizaciones obligatorias de seguros o de seguridad social de salud.
- El gasto de bolsillo.

Luego está la mancomunación de los recursos y cómo se administran. El sistema en la región está segmentado en varios subsistemas de acuerdo con los fondos existentes.

¿Cómo se administran los recursos? Generalmente hay consenso de que estos son los objetivos del financiamiento: equidad, la distribución de los recursos, eficiencia, transparencia e imputabilidad o accountability. La utilización debe ser según la necesidad de las poblaciones, con calidad y con protección financiera para la equidad en el financiamiento. Esos son los objetivos del sistema de financiamiento de salud, siendo el objetivo superior: mejorar el nivel de salud de las poblaciones.

Evidentemente, nuestros sistemas son fragmentados y segmentados. Hay distintos componentes de la organización de los servicios que son fragmentados, y que se caracterizan por funciones sobrepuestas; descoordinación, repetición de niveles de atención con distintos intereses y objetivos, porque responden, a su vez, a diferentes segmentos de los subsistemas.

El subfinanciamiento es una característica muy importante en nuestra región. El ejemplo más claro es la cifra al 2018, que plantea que solamente un par de países de la región superan el 6 % [20] del PIB como gasto público en salud, que son Cuba y Uruguay. Para tener un parámetro, los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) lo lograron hace mucho tiempo; ellos presentan valores entre el 7,2 y 7,6. En nuestra región es el 3,8 % del PIB, lo cual está muy por debajo de estos compromisos y de las necesidades para tener un sistema de salud universal.

El subfinanciamiento público provoca un alto gasto de bolsillo en salud, con un promedio de 34 % en la región, versus el 20 % en los países de la OCDE. Es un subfinanciamiento crónico, porque ha sido así durante mucho tiempo.

El gasto de bolsillo es un problema que genera inequidad, porque las personas no pueden acceder a los servicios de salud o lo hacen empobreciéndose y empobreciendo a sus familias. Está demostrado que el empobrecimiento genera un círculo vicioso para la mala salud, y que el gasto de bolsillo tiene efectos sobre el ingreso inmediato de las familias y sobre los resultados a más largo plazo.

Se puede apreciar que hay países que se empobrecen; el 4 % de la población se empobrece por gastos en salud. Ese es el caso de Haití, un país especialmente complicado. También hay países como Chile, Ecuador o Nicaragua donde cerca del 2 % de la población se empobrece producto de los gastos en salud. En la mayoría de los casos, la cifra está cercana al 1 % de la población empobrecida por gastos en salud.

No solo existen problemas financieros, sino también sistemas de salud con pocos recursos. Todos los países de América Latina presentan baja disponibilidad de médicos por habitante y baja disponibilidad de camas por habitante.

- **La respuesta vista desde el financiamiento**

Con distintos énfasis, los países respondieron a esta pandemia en términos de financiamiento. El gasto global del gobierno aumentó en 2020 a un 25 % del PIB. Es muy importante este aumento del gasto público como respuesta a la pandemia, pero lo que se puede ver en general, es que ha habido mucha redistribución presupuestaria y muchas actividades de salud se dejaron de hacer. Varias encuestas de la OPS/OMS, establecen que el sector más desplazado resultó ser la APS. Por otro lado, se generó un stock adicional de demanda que se está viendo representada durante el 2021 y, probablemente, la tengamos durante varios años más como una demanda adicional a la que normalmente ocurre.

Pese a la caída de los ingresos de los países, se mantuvo el gasto público en salud. Muchos países van a alcanzar el 6%[20] del PIB. El escenario optimista es un espacio fiscal nuevo y renovado para la salud.

Sostengo que no ha habido grandes cambios en los sistemas de salud y en su financiamiento, sino más bien, un redireccionamiento de los recursos para enfrentar la pandemia, pero los sistemas en sus estructuras fundamentales permanecen igual.

Vale la pena recordar que cuando ha habido crisis en la región, han aparecido discusiones de reformas sobre los sistemas de salud y en base a distintas corrientes, y seguramente esta no va a ser la excepción. Ahora que la salud está en el centro de la actual crisis, lo más probable es que se den, con mayor énfasis, las discusiones sobre la reforma.

Es por eso, por lo que en términos generales, la CEPAL ha levantado estas sugerencias:

1) Mantener las políticas fiscales expansivas hacia lo social y hacia la inversión.
2) Mantener la transferencia social de emergencia de apoyo a los sectores productivos y las familias.
3) Aumentar el espacio fiscal vía crecimiento de los ingresos fiscales. Seguramente, en muchos países, implicará reformas fiscales importantes.

[20] Esta es la recomendación a la cual se comprometieron los países en el marco de la OPS en el año 2014, que ha sido muy difícil de lograr.

Es una recomendación global la necesidad de considerar estándares internacionales y el tema impositivo es muy importante. En salud se reproduce o se concreta en los impuestos a los "males sociales", por ejemplo, al alcohol, al tabaco, a las grasas saturadas, entre otros.

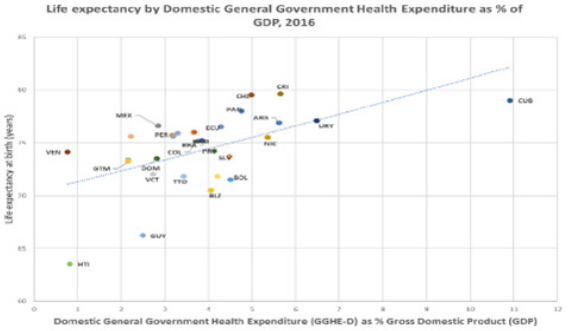
Esto implica, y así plantea la CEPAL, un nuevo contrato social que a su vez produzca un nuevo pacto fiscal. Este nuevo esquema de tributación estimulará la inversión, el empleo, la igualdad, la acción frente al cambio climático, y por supuesto la acción en la protección social, en las políticas sociales y en la salud en particular.

En ese contexto se han registrado iniciativas internacionales y a nivel regional. Quiero señalar, entre otras, la publicación ***Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe***[21] que presentó la CEPAL. Es un plan muy ambicioso que se desarrollará durante un periodo largo y que surge de una discusión concreta, que es la escasez de vacunas a la que estuvo sometida la región, asimismo, propone como prioridad pasar de sistemas tributarios regresivos, a sistemas tributarios más progresivos.

Es posible imaginar sistemas de salud que puedan superar las barreras de acceso, brindar salud universal a las personas, alcanzar los parámetros comprometidos del 6 % del PIB y lograr un adecuado financiamiento de la APS.

La salud es un imperativo, y a la vez es un prerrequisito importante para el desarrollo económico y para el bienestar. Es tanto así, que podemos decir que s**in salud no hay economía posible, y que un sistema de salud robusto será el que permita avanzar hacia el desarrollo sostenible.**

La imagen muestra la relación entre el gasto público y salud, es un indicador de bienestar al igual que de la expectativa de vida.



[21] Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47252/1/S2100557_es.pdf

Hay una relación directa: a mayor gasto público en salud, mayor expectativa de vida en los países. Abajo se muestra el gasto público en salud en los países más desarrollados y cuándo se logró. Suecia, Francia, Alemania y otros lo lograron en la década de los setenta. En eso estamos atrasados en unos veinticinco años. Es importante porque esto del 6 % del PIB no es una cifra del otro mundo, realmente denota el retraso de nuestros sistemas de salud, el estancamiento tan largo que hemos tenido, así como la necesidad de cambios motivados, en esta oportunidad, por la pandemia.

6. Políticas en los países andinos para mitigar la pandemia. Economista Rafael Urriola. Consultor del ORAS-CONHU

La presentación es una reflexión preliminar, acerca del estudio sobre indicadores comparables en respuesta a la pandemia, que trabajamos juntamente con los colegas de CASE. Tal como dijo el doctor Venkatapuram, no se trata solo de pensar en lo que se ha hecho en el plano sanitario, sino qué se ha realizado para resolver los efectos económicos y sociales.

¿Cuáles son los impactos de la pandemia y las políticas desarrolladas en los países andinos para mitigar la pandemia? Para conocer cuál es el impacto y qué ha pasado, es muy importante saber ¿En qué se han gastado los recursos? ¿Cuál es la fuente de esos recursos y cuánto ha sido eso con respecto al PIB de cada país, en proporción al presupuesto público? ¿Cuál ha sido la lógica metodológica que hemos seguido en este estudio?

En primer lugar, partimos de los indicadores sanitarios propiamente, tales como contagios, muertes, vacunas, etc. A partir de ellos nos damos cuenta de que hubo colapso o riesgos de colapso en los sistemas de salud de los países andinos, producto de la velocidad de la propagación de la COVID-19. Fue necesario generar distintas medidas sanitarias, económicas y sociales. Los países hicieron grandes esfuerzos para realizar transferencias a los hogares, se implementaron políticas fiscales con el objetivo de que las empresas mantuvieran los pagos a los trabajadores. También en el caso de los países andinos, ha habido mayor cobertura de los programas llamados de transferencias condicionadas. Hubo otros elementos que en algunos países tuvo mucha importancia, como el retiro de los fondos previsionales, que tanto en Perú como en Chile alcanzaron niveles altos.

Se debe tomar en cuenta, que la respuesta fiscal mundial a la COVID-19 ha sido la más grande en tiempos de paz. El mundo ha gastado 6 trillones de dólares en las distintas maneras de inyectar recursos. Sin embargo, no ha sido suficiente. Los países que tienen menor aporte de seguridad social o menor institucionalidad social, incluso entre los países desarrollados, han tenido que aportar más de manera directa para enfrentar la COVID-19, y Estados Unidos está en alrededor del 21 % del PIB.

Conclusiones

La primera conclusión, es que hay que evitar eliminar bruscamente los apoyos fiscales. Es necesario plantear una situación gradual.

Es indispensable mejorar los sistemas de protección social; tenemos que estar claros de que los países que han tenido mejores sistemas de protección social, son los que han podido responder de mejor manera a las necesidades de las personas. En ese sentido la formalidad es una prioridad, porque en los países que tenían menor informalidad, las personas tuvieron porcentajes menores de pérdidas de ingresos.

Se entendió que había que crear mecanismos menos complejos para entregar las ayudas a las personas que lo necesitaban, porque existían distintas formas de ayuda para ciertos grupos sociales y para distintos momentos (ayuda para mujeres, ayuda para los jefes de familia con ciertas características, etc.).

El teletrabajo ha sido una oportunidad, pero también ha generado precariedad y se deben resolver problemas relacionados con las plataformas digitales, justa remuneración, garantía de los derechos laborales, la protección social y mecanismos para resolución de conflictos, entre otros.

La APS permitió detectar, adecuadamente, a las poblaciones en riesgo desde una perspectiva territorial; en los lugares donde esto se pudo hacer, la expansión de la pandemia fue menor. En este sentido, resulta crucial su fortalecimiento.

Así también, quiero destacar como conclusión algo que la semana pasada ha adoptado la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), el llamado Plan de Autosuficiencia Sanitaria, me permito destacar:

- La compra conjunta internacional de vacunas por parte de los países de la región.
- La creación de consorcios para el desarrollo y la producción de vacunas.
- Plataformas regionales de ensayos clínicos; es decir, la integración regional es una de las tareas que nos va a ayudar a enfrentar futuras situaciones como esta.
- Fortalecer los sistemas de salud, el acceso universal y equidad en la distribución de los recursos.

7. Presentaciones ministerios de Salud de los países andinos[22]

7.1 Ecuador: Econ. Ricardo Yajamin. Director nacional de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Presidente pro tempore del Comité Andino de Salud y Economía

- **Saludos en nombre de la presidencia pro tempore**

Este año, nuestro equipo de Ecuador asume con total predisposición y llenos de emoción, la presidencia pro tempore del CASE. Es importante mencionar que los delegados de los países Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, miembros del CASE, nos reunimos de manera periódica para intercambiar información y trabajar para lograr las actividades propuestas en nuestro plan operativo anual. También, coordinamos el Observatorio Andino de Salud y Economía, un espacio de análisis de intercambio así como de conocimientos y experiencias en temas vinculados a la economía de la salud. Los foros andinos son un mecanismo de trabajo para intercambiar información, planificar y dar seguimiento a los compromisos en temas relevantes.

En nuestra actual coyuntura, la pandemia COVID-19 es el mayor reto global que hemos enfrentado en los ámbitos de salud y economía. Esto ha dado como resultado que los sistemas de salud de los diferentes países generen respuestas de financiamiento frente a la pandemia; es por eso por lo que nos hemos reunido hoy, para compartir estas experiencias de los países miembros. ¡Muchas gracias!

Financiamiento de Ecuador frente a la pandemia COVID-19.

Ponentes:

- Econ. Ricardo Yajamin. Director nacional de Economía de la Salud
- Econ. Gabriela Mata. Analista de costos y evaluación económica
- Econ. Esteban Lombeida. Analista de información estadística sanitaria

- **Pérdidas por la COVID-19**

¿Qué pérdidas ha ocasionado la COVID-19? Con información de una evaluación económica que fue desarrollada con la metodología: Evaluación de Necesidades de Recuperación Post Desastre (PDNA por sus siglas en inglés), que es una metodología desarrollada por el Banco Mundial y las Naciones Unidas, la cual contempla los costos o las pérdidas en este sector, se identificó que se estiman 869 990 millones de dólares de pérdidas en el sector salud; y de estas, el 91 % son del sector público. Esto muestra el gran impacto que tuvo esta enfermedad dentro de nuestro sistema.

[22] A continuación, se presenta un resumen de las ponencias. Para efectos de la síntesis no se reiteran ideas comentadas en el IX Foro ni referentes a la descripción de la pandemia COVID-19, que se encuentran en la introducción.

• **Plan de respuesta Integral**

El Plan desarrolla los siguientes ejes:

1) Acuerdos ministeriales, entre ellos los de emergencia sanitaria, con priorización de recursos y la garantía para la atención a la población.

2) Lineamientos y protocolos en cuanto al manejo de pacientes, vacunación, adquisición de medicamentos y dispositivos médicos.

3) Financiamiento.

4) El Plan Fénix que es una respuesta coordinada interinstitucional e intersectorial.

5) El plan de vacunación que tiene dos momentos importantes:

   a) Con el gobierno anterior y

   b) Plan 9/100 de vacunación con el gobierno actual.

• **Financiamiento**

En Ecuador, enfrentamos la pandemia COVID-19 con un corto espacio fiscal. Durante 2020 y 2021, el gasto corriente que Ecuador logró destinar para atender la pandemia fue de apenas 24 millones de dólares en el primer año, y 29 millones en 2021.

Afortunadamente, se han logrado coaliciones y respuestas coordinadas de diferentes actores: el Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Salud Pública y el Instituto de

Investigación en Salud Pública (INSPI). Además, algunos organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y el Banco Mundial, han cofinanciado la respuesta ante la pandemia. Han conseguido un gasto de inversión de 286 millones en el año 2020, y alcanzado un tope de 787 millones en 2021.

Uno de los principales actores para hacer frente a la pandemia fue el BID, que ayudó con financiamiento reembolsable y no reembolsable, con dos créditos que ascienden a 113 millones de dólares en 2021. Adicionalmente, proyectos de inversión de libre disponibilidad gestionados principalmente por el Ministerio de Finanzas, el proyecto de sostenibilidad, el fortalecimiento de inmunización de hospitales y lugares de atención médica para pacientes con la COVID-19.

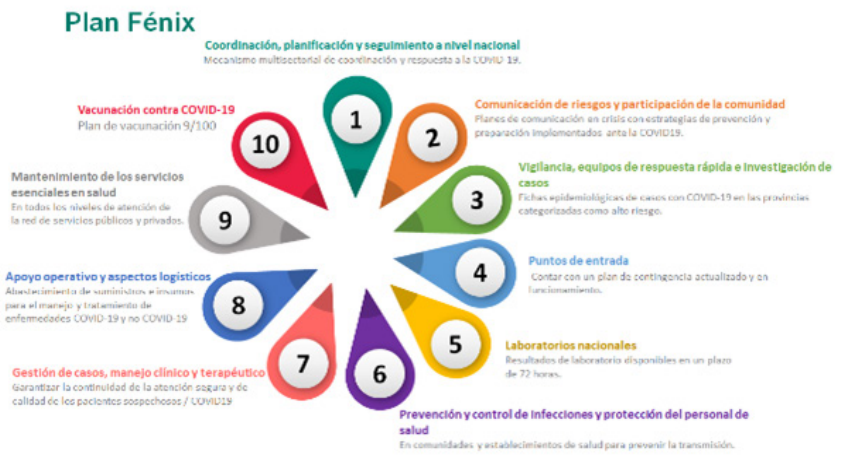
¿Para qué han servido todos estos créditos? Para la adquisición de vacunas, equipamiento, mobiliario, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano que ha sido uno de los ejes transversales.

Con estos recursos hemos logrado dar una respuesta coordinada de planificación y seguimiento, a nivel nacional, con un mecanismo multisectorial de coordinación y respuesta a la COVID-19. También, para el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) conformado por el Ministerio de Salud, Ministerio de Finanzas, fuerzas armadas y otros actores de vital importancia para generar respuestas oportunas.

Adicionalmente, se propició una estrategia y planes de comunicación de riesgos y participación de la comunidad, con estrategias de prevención y preparación ante la COVID-19, vigilancia, equipos de respuesta rápida, investigación de los casos, con lo que se consiguió presentar diariamente, fichas epidemiológicas de los casos en las provincias categorizadas como de más alto riesgo.

Se controlaron los puntos de entrada: puertos, aeropuertos y vía terrestre, para contener la importación de casos. Se trabajó mucho en lo que es la implementación y el fortalecimiento a los laboratorios nacionales, para que puedan dar resultados en un plazo no mayor de 72 horas. Esto es relevante, porque al inicio de la pandemia, nosotros contábamos con apenas un laboratorio que tenía la capacidad técnica y logística para darle abasto a la pandemia, hoy en día ya contamos con más de 17 instituciones capaces de hacerlo.

Se trabajó en la prevención y el control de infecciones y la protección del personal de salud. No obstante, uno de cada diez médicos que trabaja en el sector público se contagió de la COVID-19; de los contagiados, uno de cada diez, lamentablemente, falleció.



El séptimo pilar es la gestión de casos, manejo clínico y terapéutico que enfatiza en contar con guías y protocolos de atención a los pacientes, sumado a la ejecución de fondos disponibles para medicamentos y dispositivos médicos, para disminuir la tasa de letalidad por la COVID-19.

De lo que se trata es de garantizar la provisión de servicios esenciales, reorganizar y adaptar los servicios de salud de acuerdo con los escenarios epidemiológicos, así como garantizar condiciones de trabajo dignas para todos los trabajadores de la salud. Aquí en Ecuador, también se dio un bono de 200 dólares al personal médico, enfermeras y demás asistentes que colaboraron en primera línea durante este periodo. También, se procuró garantizar la continuidad de servicios de atención psicosocial para personas con problemas de salud mental.

- **Plan de vacunación**

Uno de los pilares de la respuesta a la pandemia es el plan de vacunación. Dentro del plan de vacunación existen dos momentos importantes, uno es con el gobierno anterior que fue el Plan Vacunarse; y con el gobierno actual, el Plan de Vacunación 9/100. El Plan Vacunarse, inicialmente, fue una respuesta a las políticas con las que se suscribieron algunos acuerdos y convenios, para la adquisición de los biológicos de las vacunas a través del mecanismo Covax.

Con el Plan de Vacunación 9/100, el objetivo planteado fue lograr vacunar a nueve millones de personas en 100 días; reto que se cumplió exitosamente el 7 de septiembre de 2021. Se logró aplicar 17,4 millones de dosis, dando un total de 19,8 millones de dosis aplicadas. Al Plan de Vacunación se le asignó 227,2 millones de dólares, de los cuáles el 86 % va para la compra de vacunas. El propósito es reducir la mortalidad grave y la mortalidad específica por la COVID-19, mantener el funcionamiento de los servicios de salud, cerrar las brechas de la población que está rezagada, recuperar la economía y mitigar el impacto social.

• Lecciones aprendidas

Hemos identificado cuatro lecciones que creemos que son las más importantes:

1) Un insuficiente espacio fiscal genera la necesidad de cooperación internacional, para financiar sectores claves debilitados por la pandemia.

2) La negociación del país, juntamente con criterios técnicos de financiamiento, permitió un rápido y eficiente proceso de adquisición de vacunas en esta nueva gestión.

3) La evaluación de escenarios y de asignación de recursos permitió elaborar un plan de respuesta de financiamiento, el cual fue bastante importante frente a situaciones de emergencia sanitaria.

4) Un fuerte apoyo internacional y comunitario han sido trascendentales para alcanzar las metas propuestas dentro de este plan de vacunación.

• Desafíos y recomendaciones

Existen desafíos que deberíamos discutir en foros posteriores y debates; entre ellos, la optimización de recursos para asegurar una provisión de servicios sanitarios de calidad, la reactivación económica y una mejora en la calidad de vida posterior al plan de respuesta frente a esta pandemia. El último desafío que hemos identificado es garantizar sistemas de salud universales.

Para finalizar, me gustaría recalcar dos recomendaciones que espero puedan ser aplicadas:

- El fortalecimiento de alianzas regionales, con el propósito de mejorar las capacidades de respuesta frente a futuras emergencias.

- La implementación de estrategias de recuperación entre diversos sectores, privados, públicos y de sociedades civiles, siempre enfocados al beneficio común de mejorar el sistema nacional de salud de cada país.

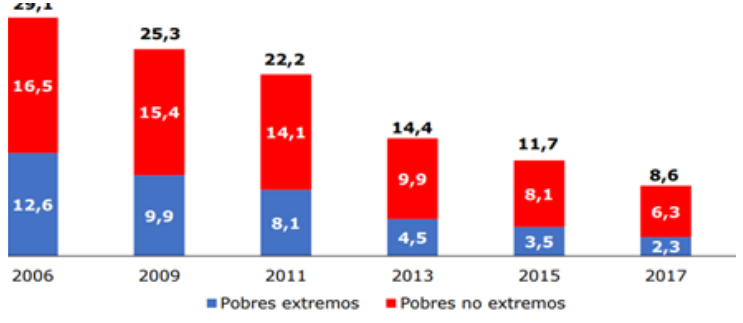
7.2 Chile: Econ. Romina Leal Rojas. Jefa del Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública

- **Antecedentes**

La vacunación ha sido muy exitosa en Chile, a la fecha tenemos más de trece millones de personas vacunadas con esquema completo. También es importante mencionar que, durante este mes, el Instituto de Salud Pública de Chile ha aprobado la vacunación en menores de edad pediátrica (6 a 11 años).

El financiamiento de las vacunas alcanzan alrededor de 200 millones de dólares. El importante avance que ha tenido la vacunación está contribuyendo a que en Chile se vaya normalizando la actividad económica, y obviamente, eso conlleva a un impacto socioeconómico positivo.

La pobreza asociada al ingreso de los hogares en Chile subió de 8,6 a 10,8 %, comparando los años del 2017, 2020, y esto se traduce en que hay alrededor de dos millones de personas que están en situación de pobreza; de ellos, poco más de 831 mil están en la condición de pobreza extrema. Estos datos son de la encuesta de caracterización socioeconómica.



- **Políticas gubernamentales**

En cuanto a las políticas gubernamentales que se han implementado en Chile, tenemos las ayudas directas que ha dado el gobierno, la transferencia directa a los hogares que ha sido muy importante, y en general, podemos decir que se han comprometido recursos para la ayuda directa a las familias, la pequeña y mediana empresa (PYME), de alrededor del 8,7 % del PIB, entre otras. También están las ayudas indirectas destinadas a proteger el empleo, la inversión, las empresas y los hogares; igualmente, se estima que estas ayudas representan el 9 % del PIB.

Dentro de la experiencia emblemática de financiamiento, junto con el tema de las vacunas, también está el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), una ayuda económica para apoyar a los hogares más afectados por la crisis sanitaria y económica provocada por la COVID-19.

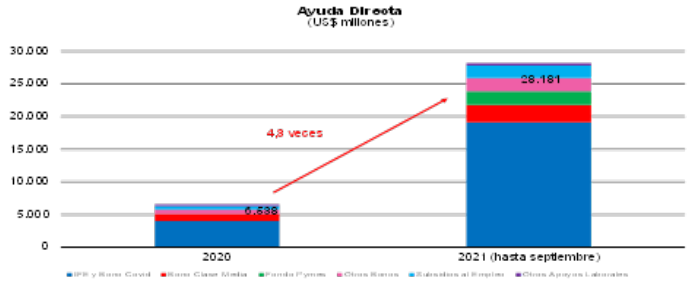
En consecuencia, a partir del mes de abril se anunciaron cambios en el IFE, se aumentó los beneficios y amplió su cobertura. En un comienzo, era para un sector de la población, y luego este IFE pasó a ser universal para todas las personas que estuvieran dentro del registro social de hogares, exceptuando aquellas remuneraciones o ingresos por sobre los ochocientos mil pesos chilenos. Asimismo, recientemente se aprobó la ley del IFE, que lo convertía en universal y donde aumentó los montos, accesos, lo cual permitió acceder a más de siete millones de hogares en el país.

Según fuentes de la CEPAL, los recursos transferidos por el Estado lograron que la pobreza de Chile se mantuviera en un nivel similar previo a la crisis COVID-19. De un 10,7 % inicial, se mantiene y proyecta a un 10,9 % luego de las transferencias del Gobierno.

El Bono Clase Media (se mencionó en el IX Foro), a la fecha tenemos que alrededor de un millón ochocientos bonos los fueron pagados por este concepto. Otra ayuda importante fue el Bono Alivio MYPES, un aporte estatal, para las micro y pequeñas empresas que se han visto afectadas por la pandemia COVID-19. Este fue un bono que se entregó por un millón de pesos para las personas naturales y jurídicas que formaban parte de las MYPES.

Finalmente, otra de las ayudas importantes que se dieron fue el Préstamo Solidario del Estado, un préstamo mensual que otorga el Estado para personas naturales y empresarios individuales que cumplieran con los requisitos establecidos.

En el siguiente gráfico podemos ver un resumen de todas las ayudas y transferencias directas que dio el Gobierno a los hogares, donde se destaca el ingreso familiar de emergencia, el bono de clase media, el fondo para las Pymes y subsidios al empleo, entre otros apoyos laborales, donde podemos ver que respecto al 2020, en el 2021 pasamos de 6,538 millones de dólares a 28,000 millones de dólares.



Fuente: Presentación Ministerio de Hacienda, junio 2021

• Lecciones aprendidas y desafíos

- La APS es fundamental como primer punto de contacto con la comunidad, y principal gestor de la trazabilidad para la detección de los casos.
- Durante la pandemia, la tasa de participación laboral de las mujeres se ha visto mucho más afectada. Es crucial trabajar este tema.
- Es indispensable seguir mejorando la institucionalidad fiscal de forma permanente y estabilizar la deuda pública.
- Las lecciones aprendidas referente a telesalud, telemedicina y sistemas de información se presentaron en el IX Foro.

7.3 Colombia: Adm. Mónica Valderrama. Asesora del Despacho del Viceministerio de Protección Social y directora de la Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Ministerio de Salud y Protección Social

La conferencia inició con la caracterización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. Véase el IX Foro.

Algunas de las experiencias significativas han sido las siguientes:

- **Creación del Fondo de Mitigación de Emergencias**

En el marco de la emergencia sanitaria, el Gobierno declaró el estado de emergencia, por lo tanto, tenía la facultad para expedir leyes, decretos legislativos y decretos con carácter de ley, con el fin de dar respuesta a la pandemia COVID-19. En virtud de ello, se creó el **Fondo de Mitigación de Emergencias**, conocido como FOME, que tiene tres objetivos fundamentales:

1) Atender la emergencia sanitaria en todo lo que tiene que ver con salud, para lo que se destina el 39 % de los recursos.

2) Implementar medidas de protección al ingreso de la población que más lo necesita, se destina el 35 % de los recursos.

3) Promover la protección al empleo y a la actividad económica, se asigna el 26 % de los recursos.

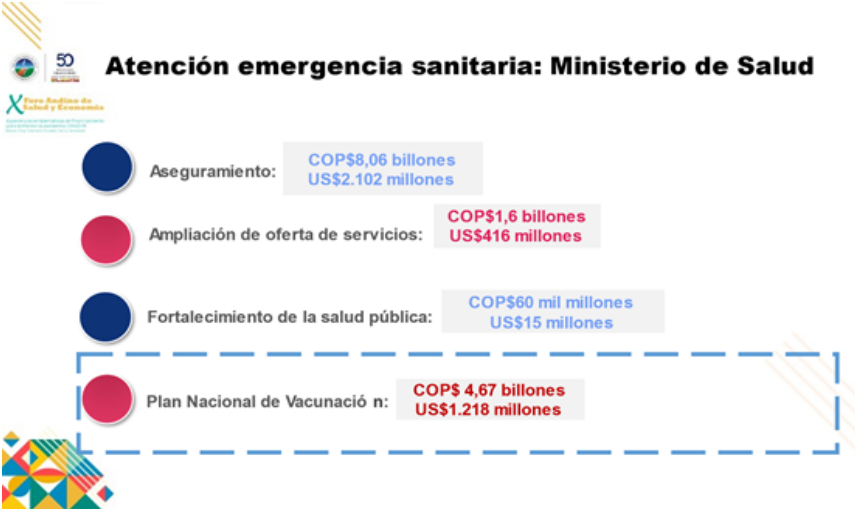
Al FOME se destinaron 40,5 billones de pesos colombianos (10,562 millones de dólares), de fuentes del gobierno nacional: regalías, fondos de pensiones, fondo de riesgos laborales y la inversión de recursos de deuda pública. Este fondo es administrado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

- **Atención en la emergencia**

  El Ministerio de Salud y Protección Social definió un plan de acción encaminado a mitigar y contener la emergencia, con enfoque en el aseguramiento de la prestación del servicio, ampliación de la oferta de servicios, fortalecimiento de la salud pública y desarrollo del Plan Nacional de Vacunación.

- **Atención en emergencia**

  El Ministerio de Salud y Protección Social definió un plan de acción encaminado a mitigar y contener la emergencia: aseguramiento, ampliación de oferta de servicios, fortalecimiento de la salud pública, Plan Nacional de Vacunación.

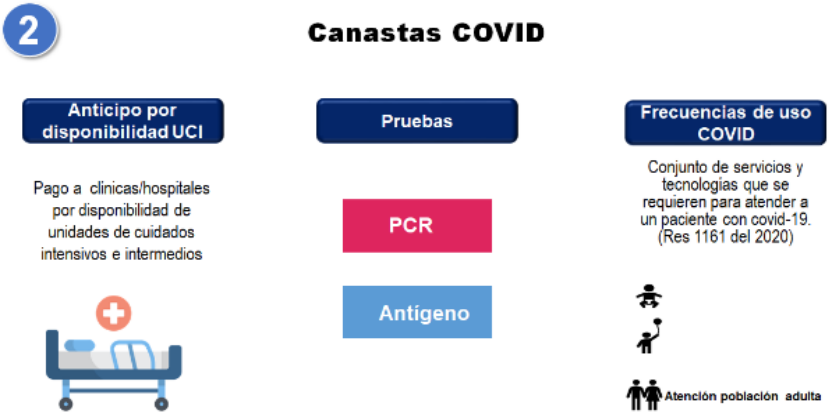


Los principales componentes del plan de acción se describen a continuación:

- **Aseguramiento en salud:** en el Decreto Ley 538 del año 2020, se establecen las medidas para garantizar este componente:

  - **Activos por emergencia:** se garantizó la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), para que continuaran garantizando el servicio de salud a la población. La disminución en las cotizaciones (las personas redujeron la cotización en el régimen contributivo) ocasionó que los recursos del SGSSS también bajaran.

  - **Canastas COVID-19:** este mecanismo corresponde a los servicios y tecnologías en salud para pacientes con COVID-19, y tiene tres actividades fundamentales: **1)** Anticipos por disponibilidad de unidades de cuidados intensivos e intermedios, que es un reconocimiento que se hace a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), por la disponibilidad de unidades de cuidados intensivos e intermedios. **2)** Pruebas para SARS-CoV-2: PCR o antígeno, **3)** Otros servicios que se requieren (medicamentos y servicios ambulatorios), por ejemplo unidades de cuidados intensivos intermedios.



Para anticipos de unidades de cuidados intensivos e intermedios, se han girado recursos por 463 mil millones de pesos (120 millones de dólares). Estos recursos tienen como objetivo ayudar a las EPS a garantizar la disponibilidad de servicios. Esto ha permitido que la capacidad instalada en las instituciones esté lista en los momentos críticos de la emergencia, y tener aproximadamente trece mil camas disponibles de unidades de cuidados intensivos.

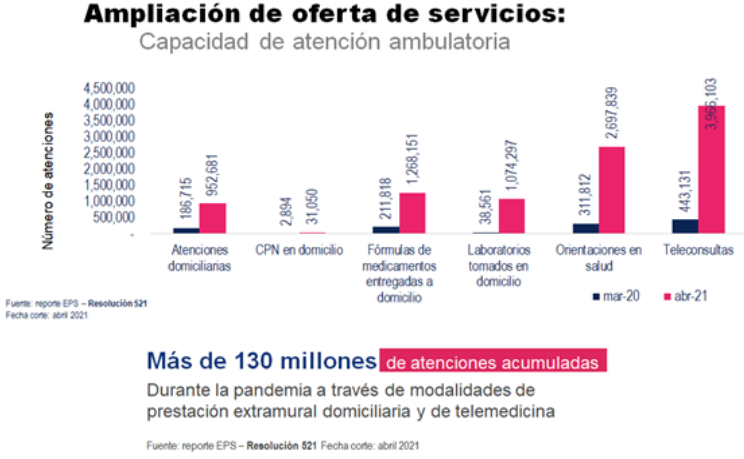
Hemos podido reconocer un billón de pesos a los prestadores por pruebas diagnósticas. Estas pruebas se están reconociendo directamente por el Estado, a través de la Administradora de los Recursos del Sistema (ADRES).

- **Bonificación al talento humano:** se asignó una bonificación, especialmente al recurso humano que se encuentra en primera línea, y no solo para aquellos que están en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), sino para aquellos que realizan vigilancia epidemiológica. Hemos reconocido a la fecha a 266 017 profesionales, con 403 mil millones de pesos (105 millones de dólares).

- **Compensación económica temporal:** se creó la compensación económica temporal, para personas del régimen subsidiado que se han enfermado de COVID-19. Se han reconocido, a la fecha, 53 mil millones de pesos a 266 mil núcleos familiares. Estos recursos ofrecen una protección al ingreso de esta población.

- **Ampliación de oferta de servicios**

Como ejemplo de este componente, se ha trabajado en la ampliación de la capacidad de servicios ambulatorios, esto ha permitido la prestación de servicios de manera intramural y a través de telesalud y telemedicina. También nos ha servido para implementar la entrega de medicamentos de manera ambulatoria, y ha evitado que la población de alto riesgo, como la población mayor, se movilice a los establecimientos de salud.



Pasamos de tener 5346 camas de cuidados intensivos, a contar con 13 105 camas totalmente dotadas. El Gobierno ha entregado ventiladores, monitores, bombas de infusión, y eso ha permitido que en los picos epidemiológicos haya bajado la tasa de mortalidad.

Se realizaron capacitaciones para la atención en unidades de cuidados intensivos a 54 680 personas; y para vacunación a 59 532 profesionales. Se trabajó con las administradoras de riesgos laborales para que entreguen los elementos de protección personal.

- **Plan Nacional de Vacunación**

Se inició la vacunación de adultos mayores y progresivamente se abrió por quinquenios en los diferentes rangos etarios. Contamos con un portafolio

diversificado de laboratorios, con vacunas de Janssen, Pfizer, Sinovac, AstraZeneca y Moderna; el mecanismo COVAX, apoyos bilaterales y las que hemos recibido por donación.

En este momento nuestra población total es de 51 millones de habitantes; hemos avanzado hasta la población del quinquenio de los doce años. A la fecha hemos aplicado 35 millones de dosis, aproximadamente, el 31 % de la población ya se encuentra vacunada con esquema completo.

Como Gobierno tenemos dos enfoques, uno es la implementación completa del Plan Nacional de Vacunación; y otro es continuar con el Programa de Rastreo y Aislamiento Selectivo de aquella población que aún está pendiente por vacunar, o que por decisión propia ha decidido no acceder a la vacuna.

Tenemos un monitoreo constante del Plan de Vacunación, adicionalmente hemos avanzado en otros sectores, tomado medidas económicas, medidas relacionadas con la protección al ingreso y continuamos avanzando en la mitigación de la emergencia.

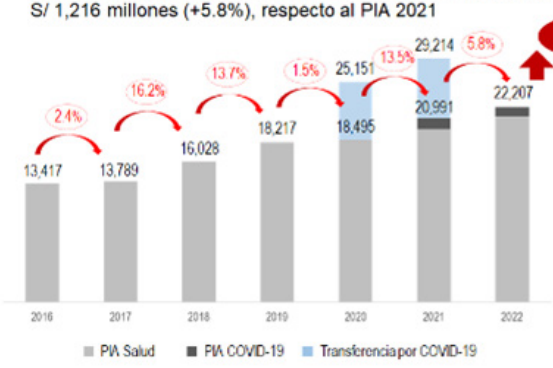
7.4 Perú: Adm. William R. Ascarza. Director general de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Ministerio de Salud

Desde el caso cero y durante el año 2020 hemos tenido picos elevados, por lo que somos uno de los países más afectados. A principios de 2021, la segunda ola nos pegó con fuerza. Actualmente, han disminuido los casos COVID-19, significa que están dando resultado las medidas desarrolladas. Los datos del país son alarmantes, y la crisis nos ha encontrado con un sistema de salud fragmentado, recursos escasos y la necesidad de responder con agilidad.

En la gráfica apreciamos la evolución del presupuesto para la salud. Cabe recordar que en el Perú tenemos tres niveles de gobierno: nacional, regional y local, en el gobierno nacional está el Ministerio de Salud y sus organismos especializados. Los gobiernos regionales tienen cierta autonomía, pero este presupuesto se controla a través de los recursos de salud, que llamamos Función Salud.

Evolución del Presupuesto de la Función Salud

En el 2022, el presupuesto asciende a S/ 22,207 millones, lo cual implica un crecimiento de S/ 1,216 millones (+5.8%), respecto al PIA 2021



PIA COVID-19:
Año 2021: 1,308 millones
Año 2022: 1,119 millones

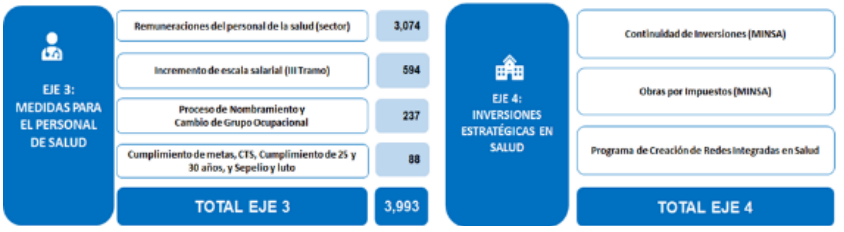
Transferencia por COVID-19:
Año 2020: 6,656 millones
Año 2021: 7,007 millones

El incremento 2022 se explica principalmente por:

- ✓ **S/ 500 millones** adicionales para lograr el 100% del **aseguramiento universal** en salud
- ✓ **S/ 580 millones adicionales** para el **incremento remunerativo** (valorización principal)
- ✓ S/ 200 millones adicionales para la adquisición de **suministros médicos** en la CMS

Ejes Estratégicos en la Función Salud:

El presupuesto para la Función Salud asciende a S/ 22,207 MM, el cual implica un incremento de S/ 1,216 MM para financiar las principales acciones **durante el AÑO 2022**:



El presupuesto creció para atender la COVID-19. Con escasos recursos del Estado se recortó presupuesto a otros sectores para redireccionar recursos al sector salud, asimismo, hubo necesidad de endeudamiento público.

En el año 2021, para la atención de la emergencia sanitaria, hasta el corte de hace unos días, se han destinado 8313 millones de soles (2213 millones de dólares) para personal de salud, servicios complementarios, bonificación extraordinaria, atención de pacientes, medicamentos, oxígeno y otros insumos, la continuidad de los centros de atención de aislamiento temporal, equipamiento y mantenimiento, la adquisición de equipamiento, monitores, ventiladores y ambulancias. En la adquisición de vacunas se han invertido 2 257 millones de soles (564 millones de USD).

A mediados de 2021 nos llegó con mucha fuerza la segunda ola, y tuvimos que reabrir rápidamente centros de salud. Entonces, necesitamos tener en alerta estos lugares para poder atender a los pacientes de presentarse la tercera ola. Actualmente, como política fiscal se ha determinado que el Ministerio de Economía y Finanzas, con quién estamos trabajando muy estrechamente, asigne un fondo de contingencia para la tercera ola contra la COVID-19. Para el próximo año, tenemos en total en la Función Salud, es decir, en todo el sector público para salud, 22 200 millones de soles (5500 millones USD), un 6 % más con respecto a 2021[23].

Se ha creado el programa de redes integrales de salud, con el objetivo de no trabajar simplemente por establecimientos, sino que se complementen los servicios entre el primer y el segundo nivel territorialmente. Es un esfuerzo que se está priorizando para el año 2022, y este año ya tiene un avance.

- **Lecciones aprendidas**

Todos tenemos lecciones muy parecidas: necesitamos fortalecer nuestro sistema de vigilancia epidemiológica, las estrategias de detección temprana y aislamiento de los casos sospechosos. El control epidemiológico es fundamental, así como incrementar la capacidad de respuesta a nivel hospitalario; y, sobre todo, fortalecer la capacidad del primer nivel. El primer nivel de atención es esencial.

Teníamos un presupuesto por resultados, rígido, tuvieron que darse medidas de flexibilidad. También se realizaron acciones para que la información estadística incida en la toma de decisiones.

- **Desafíos y recomendaciones**

  - Formular y planificar presupuestos más flexibles y ágiles. No podemos ponernos camisas de fuerza per se; debemos tener elementos que nos permitan reaccionar rápido, y no tener normas que nos amarren al momento de formular, planificar y ejecutar. Para el próximo año será fundamental continuar las acciones de seguimiento y ejecución. Por ejemplo, el personal que atiende a la salud y que da soporte a la salud ha sido afectado, por lo tanto, nuestras respuestas para las contrataciones y adquisiciones también han sido afectadas. Se necesita darle los apoyos y el seguimiento correspondiente, aún más a los que trabajan más cerca del

[23] Se realiza una detallada explicación de la planificación de recursos para el año 2022. Puede ver la ponencia en los siguientes enlaces: https://www.facebook.com/orasconhu/videos/2963100827237026
https://www.youtube.com/watch?v=I_fiAHj892U

problema. Se requiere una preparación más exigente de lo habitual para formular los presupuestos.

- Es prioridad tener una historia clínica electrónica, intensificar la telesalud y la receta electrónica. Esto ayudaría a tener información interoperativa entre los diversos subsistemas del sector, así como a mejorar el sistema de salud.

- Frente a las atenciones regulares no COVID-19, hemos bajado la guardia y se comienza a ver, de alguna manera, un mayor requerimiento de los ciudadanos y de los pacientes para que se garanticen otras atenciones, por ejemplo, las enfermedades crónicas y una serie de servicios regulares.

- Las regiones y los gobiernos locales juegan un papel muy importante. Es fundamental monitorearlos y apoyarlos para que su ejecución no caiga; y a nivel central, donde se hacen adquisiciones importantes, también no bajar la guardia para cumplir los objetivos, que como Estado nos hemos propuesto.

- Estas son parte de las lecciones que hemos aprendido, y creo que nos ha costado aprenderlas. Pero también es importante reconocer que el trabajo mancomunado y bien articulado es fundamental, para atender las necesidades de salud de la población.

7.5 Venezuela: Econ. Zaila Gonzáles Vivo. Directora general de Planificación y Presupuesto. Dirección General de Gestión Económica en Salud. Ministerio del Poder Popular para la Salud

Las principales acciones que realizamos en Venezuela, para atender la emergencia sanitaria han sido:

- Desarrollo del Módulo de COVID-19 en el Sistema Único de Información en Salud (SUIS), que contribuye en la consolidación, articulación, integración y control del Sistema Público Nacional en Salud (SPNS), un organismo dependiente del Gobierno, que establece las directrices de la organización y financiamiento del sistema de salud público del país, y asesora el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela.

- Distribución de 26 018 280 unidades de medicamentos y 30 837 379 materiales médico quirúrgico: incluye equipos de protección del personal de salud para la disminución del riesgo de contagio de la COVID-19.

- Instalación de 30 equipos pruebas antigénicas rápidas: enfocados en el diagnóstico de COVID-19 en todas las entidades federales del país.

- Disponibilidad de 22 990 camas de hospitalización y UCI para la atención de la pandemia COVID-19.

- Atención gratuita y personalizada (año 2020 hasta agosto 2021), se han beneficiado 341 433 personas, mediante la realización de 1 268 166 PCR para diagnosticar COVID-19, con el apoyo del gobierno de China y de Rusia.

- Implementación del Sistema de Vigilancia y Acompañamiento de Gestantes y/o Puérperas (sospechosas, probables o confirmadas por COVID-19): hasta la fecha se registran 2789 casos sospechosos, incluidos 571 casos confirmados.

- Apertura de seis laboratorios moleculares enfocados en el diagnóstico o descarte, mediante la técnica de RT-PCR contra el virus SARSCoV-2 (COVID-19) y dos laboratorios móviles itinerantes.

- Instalación de cinco equipos Gerexpert para la detención de la COVID-19.

- Desarrollo, mediante el Sistema Patria, de una pestaña para consulta de resultados: para los pacientes que se realizan la prueba PCR (Virocult) y las pruebas PDR Antigénica.

- Adquisición de insumos a través de la cooperación regular, asistencia técnica y cooperación no reembolsable, tanto bilateral como multilateral del año 2020-2021, a través del financiamiento para el combate de la pandemia COVID-19.

- Traslado de 101 509 muestras e insumos a las áreas de difícil acceso del territorio nacional, en convenio con el Ministerio del Poder Popular de Transporte (MPPT), a través del Instituto Nacional de Aeronáutica Civil Venezuela (INAC-CIAC).

- **Principales logros**

  - Se han afianzado alianzas locales, nacionales, regionales e internacionales para enfrentar la pandemia COVID-19.

  - Desarrollo de acciones que impactan en la salud colectiva.

  - Incremento de nuestras capacidades de invención y liderazgo.

  - Uso racional y óptimo de nuestros recursos.

- **Desafíos y recomendaciones**

  - Asegurar el acceso de toda la ciudadanía a las intervenciones de prevención de la COVID-19, así como a recursos para la recuperación de su salud a nivel individual y colectivo.

  - Garantizar el derecho a la salud de acuerdo con los valores y principios del humanismo, accesibilidad, universalidad, gratuidad, solidaridad, intersectorialidad, pertinencia cultural y lingüística, calidad, calidez, corresponsabilidad, eficiencia y eficacia.

  - Establecer todas las directrices generales y específicas para la ejecución de un Programa Nacional de Actuaciones Integrales, a través de la Red de Atención Comunal de Salud (RACS) orientada a la salud. Además de incentivar y mantener las alianzas internacionales (OMS, OPS, UNICEF, COVAX, etc.) y regionales (ORAS-CONHU), en pro del beneficio de la población venezolana.

8. Reflexiones finales

Dr. Sridhar Venkatapuram

Muchas gracias por la oportunidad de participar en el Foro. Quiero decir, en primer lugar, que tengo mucha admiración por todas las personas que han trabajado en los Ministerios de Salud para enfrentar la crisis generada por la pandemia COVID-19. La pesadilla que hemos sufrido es increíble. Quiero expresarles toda mi gratitud y admiración por haber llegado tan lejos. Hay mucho camino que recorrer todavía, y les deseo valor y fuerza en los próximos meses o quizás años.

Tenemos que romper el ciclo, y podemos mejorar la salud de la gente, brindar más atención para lograr igualdad y equidad en nuestros países, tratar de entender quiénes son las personas excluidas y marginadas y cómo ayudarlos a prevenir la muerte. También identificar quiénes se han vuelto vulnerables por las políticas que se han implementado en la pandemia, y tratar de averiguar cómo podemos apoyarlos para que tengan una vida digna. Diría que ese tipo de moral se debe promover.

La ciencia es sólida. Conocemos los conceptos epidemiológicos, y las cifras financieras son claras. **Creo que es el compromiso ético el que tiene que estar más claro**. El reto es, cómo reconfigurar esto para que la gente pueda alinearse con equidad y vidas dignas.

Dr. Camilo Cid, CEPAL

Ha sido un Foro muy rico en ideas. Se ha planteado, de parte de los países, los temas más urgentes, los que les ha motivado a generar políticas. Algunos más enfocados, por supuesto, en el tema de protección social, otros más enfocados en el sistema de salud, lo nos permite hacernos a una idea de cómo ha sido la respuesta.

Muy interesante la ponencia del Dr. Venkatapuram, en el sentido de llamarnos, también, a hacer la reflexión y considerar al sector de la salud como otro determinante social, dentro de un conjunto de problemas de la sociedad.

Me gustaría señalar, para terminar, tres ideas: La primera, la forma que está adquiriendo la recuperación social, económica y en salud, no es transformadora. El rebote económico es muy impactante y no se logran cambios sustantivos que permitan el desarrollo social. No hay un crecimiento inclusivo. Segundo, para lograr un nuevo pacto social y fiscal, con incidencia en el sector salud, la protección social tiene que estar acompañada con una forma de desarrollo económico inclusivo, solidario, igualitario y sostenible. Más que nunca, la salud se vuelve significativa para el desarrollo. No hay economía sin salud.

En tercer lugar, hay que entender que si enfocamos la respuesta solo en el financiamiento, vamos a dejar fuera la discusión de la transformación, o al menos de la reestructuración de los sistemas de salud para tener unas mejores respuestas.

Chile: Eco. Romina Leal

Es importante seguir fortaleciendo los sistemas de salud y la protección social, mejorar la recaudación para dar respuesta al impacto que ha tenido la pandemia en los distintos sectores, salud, educación, y por supuesto, también para tener el control de la deuda fiscal.

Colombia: Ing. Silvia Ramírez

Es difícil prever el impacto que podría tener la pandemia, es sustancial considerar recursos adicionales para la mitigación. Esto no solo en el sector salud, porque como hemos visto, todos los sectores son responsables.

Ecuador: Eco. Gabriela Mata

La pandemia desnudó nuestras falencias, incluso dentro de un escenario global de corrupción, que tal vez agravó aún más el poder reaccionar a la pandemia. Sin embargo, los esfuerzos han sido importantes; lo hemos podido ver el día de hoy, y eso es lo que debe continuar. La pandemia sigue y nos incumbe fortalecer los sistemas de salud.

Ecuador: Eco. Ricardo Yajamin

La cooperación internacional y la integración regional han sido importantes para lograr una correcta logística de una campaña de vacunación, la que ha sido efectiva en Ecuador. Además, hay que recordar que el apoyo interinstitucional y de cooperación de sectores públicos y comunitarios, han sido claves en la respuesta para afrontar esta pandemia.

Perú: Adm. William Ascarza

Es prioridad centrar la salud como un componente básico del desarrollo humano. La salud es multidimensional, hay que incidir en los factores que contribuyen a un mejor estado de salud. Simplemente, lo que ha hecho la COVID-19 es desnudar nuestras deficiencias y nos toca atacar los problemas desde la raíz. Tenemos que buscar las mejores sinergias entre nosotros para responder de manera conjunta y efectiva ante estas necesidades.

9. Resumen: Sociol. Bertha Luz Pineda. Coordinadora del Comité Andino de Salud y Economía del ORAS-CONHU

La conferencia del Dr. Venkatapuram[24], nos reitera que se requieren medidas sin precedentes para acabar con el inaceptable aumento de las desigualdades. Esto no es fruto del azar, sino el resultado de decisiones deliberadas: la "violencia económica" que tiene lugar cuando las decisiones políticas, a nivel estructural, están diseñadas para favorecer a los más poderosos[25]. Las desigualdades matan y las soluciones están a nuestro alcance. Tenemos la oportunidad para centrar nuestras acciones en la justicia social y en fortalecer las capacidades de las personas para ser saludables.

En la presentación de la CEPAL, sobre el financiamiento de la salud para una recuperación con igualdad y sostenibilidad, el economista Camilo Cid destacó el impacto desproporcionado, así como la sobrerrepresentación de casos COVID-19 y muertes en América Latina. Esta es la región más afectada por la crisis de la COVID-19, tanto en lo referente a la actividad económica, al empleo y a otras consecuencias sociales. Estos impactos contribuyen al incremento de la pobreza y también al incremento de la desigualdad.

También se realizó un análisis de los sistemas de salud: segmentados, fragmentados y con un subfinanciamiento crítico. El insuficiente financiamiento público en salud acrecienta el alto gasto de bolsillo e incide en el aumento de la pobreza y la desigualdad. Es prioridad sostener las políticas fiscales expansivas para una recuperación transformadora.

---

[24] Véase: https://www.kcl.ac.uk/people/sridhar-venkatapuram
[25] Oxfam, 2022. Las desigualdades matan. Disponible en: https://www.oxfam.org/es/informes/las-desigualdades-matan

Las experiencias presentadas muestran los datos de impactos sociales y económicos ocasionados por la pandemia, las políticas y acciones gubernamentales, con la participación de diversas organizaciones para enfrentar la pandemia: la dotación de los servicios de salud (pruebas diagnósticos, camas UCI, ventiladores, oxígeno y otros insumos), la formación del recurso humano, la vigilancia en salud pública, los sistemas de información, la telesalud. Respecto a la respuesta para mitigar las consecuencias, se recalcó en mecanismos como los siguientes: el ingreso familiar de emergencia, los bonos, los recursos asignados para contribuir al fortalecimiento y mantenimiento de las pequeñas y medianas empresas, los préstamos solidarios, los mecanismos de protección financiera, los fondos de mitigación de emergencias, así como los planes y avances en el plan de vacunación, entre muchas otras medidas. El trabajo interinstitucional, intersectorial y comunitario han sido fundamentales para avanzar en los objetivos propuestos; así como la cooperación bilateral y de organismos regionales e internacionales.

Se plantean muchos desafíos y recomendaciones, entre los que podemos destacar:

- Mejorar la institucionalidad fiscal de manera permanente.
- Elaborar los planes de respuesta con base en la evidencia científica, fundamentos técnicos y a partir de los resultados de la evaluación de la asignación de recursos.
- Desarrollar las acciones centradas en el imperativo ético de la garantía del derecho a la salud, y en la Atención Primaria de la Salud.
- Fortalecer la telesalud y la telemedicina; que los sistemas de información sean oportunos, públicos, universales y transparentes.
- Evaluar y plantear políticas públicas para lograr sistemas de salud y protección social universales.
- Superar el enfoque asistencial, centrado en la enfermedad.

10. Cierre: IX Foro Andino de Salud y Economía. Dra. María del Carmen Calle Dávila, secretaria ejecutiva del ORAS-CONHU

Mis primeras palabras son de agradecimiento a todos nuestros panelistas y participantes. Nos han dicho que el Organismo Andino de Salud está en el camino correcto, y eso es lo que más me ha gustado, sinceramente, porque el 11 de junio del año en curso, tuvimos la Reunión de Ministros y Ministras de Salud del Área Andina (máxima autoridad del ORAS-CONHU), y aprobaron la conformación de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud, que viene trabajando en una línea de base sobre las desigualdades sociales de salud.

No es lo mismo enfrentar una pandemia con ciudadanos que tengan todo lo que se requiere para una cuarentena tranquila, que enfrentar una pandemia con ciudadanos con tantas desigualdades injustas; no solo estoy hablando de diferencias económicas, sino de diferencias sociales y culturales en general.

Ahora, el tema prioritario no es solo las personas contagiadas y fallecidas, sino las secuelas que están quedando después de la COVID-19 y las consecuencias de haber dejado de hacer intervenciones quirúrgicas, vacunación regular, control de ENT, infecciosas y otras que están resurgiendo.

Este Foro nos dice: "Sigamos en el camino, no paremos en nuestro trabajo", nosotros tenemos que mejorar los servicios (tener más camas UCI, más vacunas) y especialmente trabajar para reducir las desigualdades. Si nosotros contribuimos a que las desigualdades disminuyan, habrá más posibilidades de una mejor calidad de vida para las personas y de mayor bienestar. Todas las conferencias realizadas hoy nos dicen: "Sigamos adelante".

11. Síntesis de entrevistas

En esta sección se presentan algunas citas de entrevistas realizadas con algunos miembros o exmiembros del CASE.

Los entrevistados fueron:

- **Augusto Portocarrero.** Exmiembro del CASE, presidente pro tempore en 2010 y participante de los primeros foros.
- **Carlos Arósquipa.** Asesor del Programa Subregional para América del Sur (OPS/OMS). Punto focal de CASE.
- **Gabriela Mata Egas.** Analista de costos y evaluación económica del Ministerio de Salud de Ecuador. Punto focal de CASE.
- **Rafael Urriola.** Exmiembro y consultor de CASE.
- **Romina Leal. J**efa del Departamento de Economía de la Salud. Presidenta pro tempore de CASE en el 2020-2021.

Las preguntas formuladas fueron: ¿Cuáles creen que son los logros principales de CASE? ¿Cuáles son las áreas principales de trabajo? ¿Cuáles son los principales desafíos? ¿Cómo avanzamos en el reconocimiento de la salud, como un derecho universal para todas las personas?

- **Principales logros**

El CASE ha logrado articular a los países de la región en diversos temas contingentes y acordes a la realidad [...], han entregado información relevante para la toma de decisiones de las autoridades. Esto se hizo mediante la generación de insumos técnicos como reportes, documentos y noticias y en el Observatorio Andino. **Romina Leal.**

El logro principal es el de la perseverancia, seguir existiendo en el tiempo y juntando experiencias e iniciativas para la planificación en conjunto [...]. Integrados y unidos somos más. La idea del CASE es excelente y cuenta con respaldo institucional; pero, hay que ser bien honestos, no siempre los países asignan ni las decisiones, ni los recursos suficientes para llevar a cabo las ideas que comparten, y las prioridades dejan este tipo de actividades postergadas debido a la coyuntura. No siempre lo urgente es lo más importante. Los recursos son escasos y las necesidades son múltiples. **Rafael Urriola.**

Los principales logros del CASE se enmarcan en los esfuerzos por generar espacios para compartir las experiencias de los países de la región, para dar un aporte al direccionamiento estratégico de los sistemas de salud, desde la visión de la Economía de la Salud. Desde el CASE se han realizado talleres de alta relevancia, que denotan acciones realizadas con el fin de garantizar el derecho a la salud contemplando aspectos políticos, epidemiológicos, económicos y sociales, que dejan ver las diferentes realidades de los países miembro. **Gabriela Mata Egas.**

Quizá uno de los mayores logros de CASE sea la continuidad. La continuidad es extraña, quiero decir que no es usual en Latinoamérica [...], existe la continuidad en los Foros de Salud y Economía en estos últimos 10 años. Otro logro importante es la interacción con las diferentes comisiones, la Comisión de VIH, la Comisión de medicamentos, con las cuales se ha logrado coordinar esfuerzos a través del tiempo, para una gestión multisectorial que favorezca a nuestros países y a nuestros pobladores. **Augusto Portocarrero.**

Identifico tres logros principales del CASE: 1) Haberse consolidado como uno de los grupos intergubernamentales andinos más sólidos, con un trabajo ininterrumpido en los últimos 10 años. 2) Haber evolucionado, de ser un grupo principalmente técnico a uno más político. 3) Haber afianzado una alianza estratégica sinérgica con la OPS, en el tema de Cuentas Nacionales en Salud y fortalecimiento de capacidades. **Carlos Arósquipa.**

- **Principales temas**

Los principales temas han sido el financiamiento, las Cuentas de Salud y medicamentos. En cuanto a cuáles temas relevantes retomar, sugiero fortalecer la elaboración de

las Cuentas de Salud a los países de la región, ya que es un gran insumo para las autoridades. **Romina Leal.**

Un tema relevante para el CASE ha sido el desarrollo de la investigación, que permita contar con evidencia en cuanto a la situación de los sistemas de salud en el contexto actual. Por ejemplo, se realizó un estudio donde se analizaron indicadores comparables entre los países, en la situación de emergencia sanitaria mundial causada por la pandemia del COVID19, mostrando el contexto económico y social como efecto de esta pandemia. Los talleres generados y las reuniones mensuales del comité permiten discutir temas importantes, así como planificar las actividades en las que, desde este espacio, se puede aportar a la misión de las máximas autoridades sanitarias. Una actividad que creería que no hay que dejar de lado, es la capacitación continua en el ámbito de Economía de la Salud. Las actividades como los boletines de noticias, compartir estudios de economía de la salud que se desarrollen en los diferentes países. Con esto, el impulso que se quiere dar al Observatorio del CASE, son actividades que se han venido desarrollando, por lo que se hablaría de continuar uniendo esfuerzos que permitan reforzar su realización. **Gabriela Mata Egas.**

Uno de los temas principales que ha trabajado el CASE, es la asignación de recursos en relación con el gasto en salud. Cómo se logra que ese gasto sea justo, equitativo y suficiente. Como se mencionó, la rutina del CASE es la de trabajar en comisiones, por ello surgió el imperativo de trabajar las Cuentas Nacionales de Salud. Se debe retomar el hecho de homogeneizar las cuentas nacionales para dilucidar nuevos indicadores correctos, y asumir cuál debería ser el gasto en salud, según la realidad de cada país. **Augusto Portocarrero.**

Temas trabajados: cuentas nacionales en salud y fortalecimientos de capacidades nacionales, financiamiento de la salud y enfermedades de alto costo, mecanismo de pago a proveedores de salud y financiamiento de la tuberculosis. Creo que se debería retomar los siguientes temas: espacio fiscal para incrementar financiamiento de la salud, financiamiento como herramienta para promover equidad y eficiencia en los sistemas de salud, así como reforma de los sistemas de salud en pro de la salud universal. **Carlos Arósquipa.**

- **Principales desafíos**

Fortalecer a los países, mediante discusiones en torno a las necesidades de información y las aplicaciones potenciales que se generen, a través de diversos estudios realizados en conjunto, donde se exponga el funcionamiento y la realidad que cada país enfrenta a través de sus sistemas de salud. Para ello, es necesario institucionalizar y fortalecer ciertos temas en cada departamento, en la unidad u oficina de economía de la salud de los países. **Romina Leal.**

Los desafíos del comité, ante la pandemia, siguen siendo los mismos desde su creación: generar evidencia que permita la lectura de la economía y la salud, la generación de espacios para compartir las experiencias de los diferentes países, y mantener el compromiso de cada uno de los países miembro. **Gabriela Mata Egas.**

Uno de los principales desafíos es conquistar la voluntad de las autoridades y lograr decisiones políticas. Todo depende de la fuerza que tomen los acuerdos del CASE en las autoridades. Desarrollar altas capacidades de análisis y exposición de argumentos […], Se debe dejar en claro para qué sirve lo que se hace. **Rafael Urriola.**

[…] la pandemia COVID-19 pone en evidencia que no hay que volver a la normalidad, y que requerimos transformaciones estructurales para la garantía del derecho a la salud de todas las personas. Esta pasa por el esfuerzo conjunto de la región, y sistemas de salud integrados e interrelacionados. **Augusto Portocarrero.**

Escalar hacia una acción más política y multisectorial, que incluya a los Bancos de Desarrollo como aliados e interlocutores, pasar de las consultorías temáticas a la elaboración de policy briefs, para que sirva más a los países y a los que toman decisiones, brindar orientaciones para reformas de los sistemas de salud más sistémicos e integrales, en pro de la salud universal. **Carlos Arósquipa.**

- **Convergencia entre salud y economía**

A través del fortalecimiento de las mesas interinstitucionales, en cada país de la región en donde se articule salud, economía, desarrollo social y estadísticas […] **Romina Leal.**

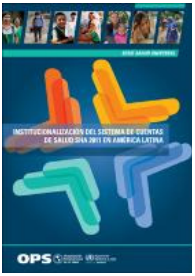
Es un esfuerzo clave el análisis de los diferentes temas que se identifican como prioritarios, entre los países miembros, para lograr crear un espacio desde donde el análisis económico presente evidencias para apoyar la toma de decisiones de las autoridades sanitarias. Mantener y fortalecer estos espacios de estudio, investigación y discusión permitirán cumplir con los objetivos de la región. **Gabriela Mata Egas.**

[…] el principal objetivo es el de construir un espacio de integración en lo cultural, social, económico y político entre sus pueblos, con el fin de lograr una inclusión social, fortalecer la democracia y reducir las desigualdades, en el marco del fortalecimiento de la soberanía e independencia de los Estados, donde el derecho a la salud está garantizado para todas las personas. Tenemos una herramienta muy poderosa en las cuentas nacionales […]. **Augusto Portocarrero.**

Aprovechar la pandemia por COVID-19 como evidencia de la importancia de financiar servicios de salud resilientes, con buen primer nivel, para enfrentar futuras pandemias. No insistir en el argumento que salud es más importante que la economía y viceversa,

sino más bien, encauzar el debate hacia la necesidad de trabajar ambos como líneas de trabajo interdependientes y que, sin salud, no puede haber desarrollo económico. **Carlos Arósquipa.**

12. Resultados de la encuesta: Cuentas de Salud



Cuentas de Salud es uno de los temas prioritarios del CASE, aspectos clave sobre su relevancia se encuentran en la publicación Institucionalización del Sistema de Cuentas de *Salud SHA (OPS/OMS, 2021)*[26]. Con el objetivo de analizar los avances en el tema, CASE diseñó y aplicó una encuesta en 2018, que en esta ocasión actualizó y aplicó en junio de 2022, con sus miembros (una encuesta por país). A continuación se presenta una síntesis de los resultados[27].

1) Situación de las cuentas de salud en los Ministerios de salud

- Los países (excepto Bolivia) cuentan con un marco legal y/o normativo (resolución, decreto o ley) que obliga a generar Cuentas de Salud.
- Chile y Perú cuentan con un presupuesto específico para los procesos de Cuentas de Salud.
- Los cinco países andinos cuentan con personal para la elaboración de Cuentas de Salud.
- Respecto a las preguntas ¿Cuántos profesionales trabajan en la elaboración de Cuentas de Salud? ¿Cuál es el perfil? y ¿cuántas personas se deberían dedicar de manera exclusiva a Cuentas de Salud? Se presenta un cuadro resumen de las respuestas.

[26] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55550/OPSHSSHS210014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
[27] Los resultados y gráficos de la encuesta se encuentran en el siguiente enlace: https://prezi.com/view/Grwwy8VWlx2FNEN4XIsD/

País	N° de profesionales que se dedican a CS	Perfil	Cuántos profesionales se deberían dedicar a CS
Bolivia	1	Economista	5
Chile	2	Ingeniero estadístico Ingeniero informático	3
Colombia	3	Contadora Pública Economista	5
Ecuador	3	Economista Ingeniero comercia	5
Perú	4	Economistas	6

- En los países (excepto Bolivia) los profesionales dedicados a Cuentas de Salud realizan otras funciones.
- En Chile, Ecuador y Perú se cuenta con apoyo informático. En Bolivia y Colombia, no.
- En Bolivia, Chile y Ecuador, el personal actual que lleva las Cuentas de Salud ha recibido capacitación específica en el tema. En Colombia y Perú, no.
- En cuanto a las necesidades de capacitación se destacó:

País	Necesidades de capacitación
Bolivia	• Reforzamiento sobre la codificación del SHA 2011. • Límites del gasto en salud. • Construcción de matrices de datos. • Interpretación de los resultados de CS.
Chile	• Uso y aplicación de CS en las políticas. • Estandarización y manejo de bases de datos con información de cuentas. • Ejemplificar procesos de países en levantamiento de CS, en todos sus ámbitos desde la producción hasta el uso en políticas.
Colombia	• Metodología SHA, sus componentes y especificidades contables. • Uso estratégico para regulación del sistema. • Seguimiento a metas del sistema. • Planeación y evaluación del gasto e ingresos.
Ecuador	• Cuantificación de esquemas. • Manejo de la herramienta HAPT[28]. • Propuesta metodológicas de gastos por enfermedad. • Propuestas y metodologías para estimar gasto de hogares (gasto de bolsillo). • Talleres prácticos con información de un país (Ecuador). • Propuestas metodológicas para estimar gasto de atención.
Perú	• Capacitación y asistencia técnica en ejes: financiamiento, provisión, función (consumo), gasto de capital. • Propuestas metodológicas para: estimar gasto primer nivel de atención, gasto de hogares, gasto por enfermedad y por establecimiento de salud.

[28] Herramientas disponibles y específicamente a la descripción de la herramienta de producción (HAPT, por sus siglas en ingles). El HAPT es un software especializado para trabajar SHA2011, que permite organizar la información y verificar su consistencia.

2) Producción de cuentas de salud

- En cuanto a la situación de las Cuentas de Salud se notan las diferencias con respecto a consumo, financiamiento y provisión.

- Son diversas las barreras por las cuales no se completó el clasificador de financiamiento, provisión y consumo. Las principales causas son la limitación de disponibilidad de información, de tiempo, de recursos humanos y la necesidad de acompañamiento técnico.

- Por otro lado, Bolivia y Perú producen tablas de análisis, donde cruzan dos o más variables (en el caso de Perú este aspecto no se publicó en el informe de Cuentas de Salud 2002 al 2019).

3) Coordinación con otras instituciones

- En Chile y Perú, existe una Comisión o Comité Nacional de Cuentas de Salud que integra a dos o más de las instituciones clave. En Bolivia, Colombia y Ecuador, no existe Comisión o Comité.

- Se considera que los principales integrantes del Comité Interinstitucional deben ser: Ministerio de Salud, Ministerio de Economía, Banco Central del país, Superintendencia de Banca y Seguros, Institutos Nacionales de Estadística, Superintendencia de Salud, Seguros Sociales, autoridades regionales y municipalidades, establecimiento de salud.

- Por otro lado, se mostraron los principales objetivos para la producción de cuentas de salud y destacó:

    - Definir políticas relacionadas con el financiamiento de la salud, que promuevan la equidad y la eficiencia.

    - Obtener mayor conocimiento sobre los roles de financiamiento de las instituciones del Sistema de Salud.

    - Conocer en qué servicios se utilizan los recursos.

    - Conocer los beneficiarios de los servicios financiados.

    - Producir estadísticas de ingresos y gastos en salud: cumplir con el reporte a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), realizar seguimiento a la política.

- Determinar el movimiento financiero de recursos de salud de todos los sectores involucrados.

- Contar con un insumo para la toma de decisiones de las máximas autoridades de salud.

- Realizar un reporte a organismos internacionales para la comparación internacional.

4) Utilización de cuentas de salud para las políticas públicas de salud

- A partir de las Cuentas de Salud, los países (excepto Bolivia) han producido una serie de documentos de análisis, boletines de indicadores, memorias de seminarios, anuarios, infografías, entre otros. En Chile y Perú se han realizado seminarios internacionales y eventos de presentación de los informes.

- En Chile, Colombia y Perú las máximas autoridades (alta dirección) utilizan las Cuentas de Salud para la toma de decisiones. En Bolivia (Ley 1152), Colombia y Perú algunas políticas públicas, sociales y de salud, han tenido como fundamento las Cuentas de Salud.

5) Cooperación y asistencia técnica para la elaboración, difusión y utilización de las cuentas de salud

- Colombia y Perú entregan resultados de Cuentas de Salud a la OPS/OMS. Bolivia y Ecuador, no.

- En los países (excepto Colombia) se discuten los resultados de Cuentas de Salud con OPS/OMS.

- En los países (excepto Chile) OPS/OMS retroalimentan los resultados preliminares de Cuentas de Salud.

- En el año 2021 y 2022, Ecuador y Perú han contado con la asistencia de OPS/OMS para elaborar las Cuentas de Salud. Bolivia, Chile y Colombia, no.

- Respecto de la pregunta qué sugerencias tiene en cuanto a la cooperación y asistencia técnica de la OPS/OMS en la elaboración, difusión y utilización de Cuentas de Salud se encontró:

País	Sugerencias
Bolivia	• Apoyo para la capacitación en CS a cargo de expertos internacionales. • Apoyo en la socialización de los resultados de CS con equipo técnico de OPS con conocimiento sólido en la metodología.
Colombia	• Acompañamiento para impulsar el uso de CS y en el desarrollo de temas faltantes.
Chile	• Promover a nivel de autoridades el uso de CS. • Monitoreo en la aplicación de políticas a partir de las CS.
Ecuador	• Acompañamiento práctico y asistencia técnica permanente durante el proceso de elaboración de CS. • Talleres prácticos de experiencias exitosas en la región. • Disponer de un sistema informático que facilite la cuantificación de los esquemas. • Disponer de un manual oficial traducido al español. • Capacitación práctica, en respuesta a necesidades específicas, por expertos en la construcción de cuentas. • Guías metodológicas adaptada a cada país de la región. • Generación de formatos o modelos para recopilar la información por esquemas. • Generar un programa de especialización en CS, metodología SHA vinculado a la academia, que permita la divulgación del conocimiento teórico y permita aterrizar en lo práctico.
Perú	• Capacitación periódica y asistencia técnica permanente. • Respuesta a consultas permanentes. • Elaborar guías metodológicas por países, modelos y formatos para recopilar información. • Normativa internacional.

En conclusión, existen muchos desafíos para lograr las Cuentas de Salud. Es prioridad realizar un programa de capacitación a todos los países. Asimismo, se debe efectuar asistencia técnica para resolver las necesidades específicas de cada país.

Cabe destacar que los puntos focales del Comité Andino de Salud y Economía con otros funcionarios de sus equipos en los ministerios de Salud participaron en la Reunión Regional Virtual: "Situación de las Cuentas de Salud en América Latina. Retos y Oportunidades", los días 5 a 7 de diciembre de 2022. El evento fue coordinado por la Unidad de Financiamiento y Economía de la Salud (OPS/OMS Washington). Se analizaron los avances y propuestas de desarrollo de las cuentas de salud, los problemas enfrentados por los diferentes equipos y las propuestas de solución basadas en buenas prácticas y lecciones aprendidas.