



COUNTRY PROFILE

IBEROAMERICAN OBSERVATORY OF
PUBLIC POLICIES IN ORAL HEALTH

2020

Mariana Lopes Galante
Fernanda Campos de Almeida Carrer
Aline Neumann
Amanda Iida Giraldes
Nicole Pischel

Catálogo da Publicação

Galante, Mariana Lopes.

Country Profile - Iberoamerican Observatory of Public Policies in Oral Health / Mariana Lopes Galante, Fernanda Campos de Almeida Carrer, Aline Neumann, Amanda Iida Giralde, Nicole Pischel, organizadores; Mariana Lopes Galante, Aline Neumann, Amanda Iida Giralde, Nicole Pischel, Duber Ignacio Osorio Bustamante, tradutores; Janaina Bergoli Galeazzi, Thaila Barradas, desenho gráfico. – São Paulo : FOU SP, 2021. 278p.

E-book.

ISBN: 978-65-5787-016-7

Política de Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Sistemas de Saúde. 4. América Latina. I. Galante, Mariana Lopes. II. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. III. Neumann, Aline. IV. Giralde, Amanda Iida. V. Pischel, Nicole. VI. Bustamante, Duber Ignacio Osorio. VII. Galeazzi, Janaina Bergoli. VIII. Barradas, Thaila. IX. Título.

CDD 617.601

Fábio Jastwebski – Bibliotecário - CRB8/5280



ORGANIZED BY

Mariana Lopes Galante

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Aline Neumann

Amanda Iida Giraldes

Nicole Pischel

TRANSLATION

Mariana Lopes Galante

Aline Neumann

Amanda Iida Giraldes

Nicole Pischel

Duber Ignacio Osorio Bustamante

GRAPHIC DESIGN

Janaina Bergoli Galeazzi

Thaila Barradas



This material was produced with financial support from LAOHA (Latin American Oral Health Association), CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e Fundecto-FFO.

ARGENTINA

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

BOLIVIA

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

BRAZIL

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

CHILE

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

COLOMBIA

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

COSTA RICA

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

CUBA

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

ECUADOR

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

DOMINICAN REPUBLIC

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

GUATEMALA

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

HAITI

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

MEXICO

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

PARAGUAY

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

PERU

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)

URUGUAY

[ENGLISH](#) - [ESPAÑOL](#) - [PORTUGUÊS](#)





Argentina

por Aline Neumann

ARGENTINA – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

The Argentine health system is characterized by excessive fragmentation, which occurs primarily in three major sub-sectors. This fragmentation is expressed in different sources (and volumes) of financing; different coverages, co-insurance and co-payments applied; control and inspection regimes.

In addition, fragmentation continues within each of the sub-sectors:

The public sub-sector is fragmented at national, provincial and municipal levels. Subject to regulations issued by different jurisdictions.

The social security sub-sector refers to 4 different universes (GATTI et al., 2017):

1. National social works (285 in total, covering a population of eleven million) and, among them, one of special features: the National Social Services Institute for retirees and pensioners (known as PAMI, acronym for Integral Health Care Plan), which provides coverage to approximately three million inhabitants.
2. Provincial social works (one for each province and the autonomous city of Buenos Aires), covering about five million people.
3. Social works of the Armed Forces and Security, covering approximately eight hundred thousand people.
4. Social works of universities and national and judicial legislative parts, with three hundred and twenty thousand beneficiaries.

The compulsory social insurance sector is organized around Social Works (OS), which guarantee and provide services to workers and their families. Most operating systems operate through contracts with private suppliers and are financed with contributions from workers and employers.

The private sub-sector, which, in terms of voluntary insurance (prepaid medicine), is expressed in many entities, with a covered population of approximately two million and eight hundred thousand.

The private sector is made up of health professionals and establishments that serve individual claimants, beneficiaries of operating systems and private insurance. This sector also includes voluntary insurance entities called Prepaid Medicine Companies, financed mainly with premiums paid by families and / or companies.

According to Belló and Becerril-Montekio (2011) (BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011) we can observe how the health system is structured through the scheme developed by the authors : <https://www.scielosp.org/media/assets/spm/v53s2/06f01.jpg>

GOVERNMENT ROLE

The role of the State is exercised through various mechanisms of rectory; regulation and control of the global activity of the system.

Among the State's activities are: Informing and providing services directly to the population, purchasing services from the private sector, financing health services and regulating health (exercise of professions, demands for establishments, approval of medicines, among others).

The Ministry of Health and Environment, which interacts with the respective provincial ministries within the scope of COFESA (Federal Health Council). Some of the regulation and control activities are carried out, in addition to those carried out by the Ministry, by organizations with different degrees of decentralization, such as the National Administration of Medicines, Food and Technology (ANMAT) and the Health Services Superintendence (SSS)(GATTI et al., 2017).

FINANCING

The public sub-sector is financed by general revenue. These resources are established annually in national, provincial and municipal budgets. In addition to financing the direct provision of services through public establishments (hospitals, health centers and gas stations), public expenditures finance public health actions related to promotion, prevention and regulation (MINISTERIO DE SALUD).

Social Security has sources of funding for contributions from workers and employers in relation to public, private and pension wages and has a source of contribution from provincial resources of individuals, companies and nationals (AX, 2018).

Contributions, for social works, reach 8%, corresponding to 3% for the employee and 5% for the employer, while in the case of provincials the contributions reach an average of 11%, varying according to the jurisdiction considered. Social Works execute their expenses through their own effectors and also contract services in the private sector (GONZALEZ Y RIVAS, 2019).

Private household expenses include direct expenses with medical benefits and medicines, coinsurance payments, contribution bonuses and voluntary insurance fees.

In 2011, the Prepaid Medicine Law was enacted in the private sector, recognizing the existence of users whose relationship is intermediated by social works. This year, there were 280 national social works that served 39% of the population. And about 30% of the population depended on public services.

COVERAGE

The Argentine Constitution, in its article 13, establishes health as a right of the people and a duty of the State. The Argentine Republic is a Federal State; integrated by 23 provinces and the autonomous city of Buenos Aires (federal capital) (MINISTERIO DE SALUD,; BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011).

These 24 political-administrative units are those that, by constitutional mandate, are responsible for the care and protection of the population's health. As health is a constitutional right, it can be said that there are no legal barriers that prevent Argentines from accessing public health services. That is why they are considered "universal coverage".

SERVICES OFFERED

The Mandatory Medical Program (PMOE - Res.201 / 02 MS) establishes the essential basic benefits that social assistance and insurance agents must guarantee to the entire beneficiary population.

Resolution 201/2002 (<http://argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-201-2002-73649>):

- Annex I Coverage: This annex determines basic coverage in: Primary Health Care; Secondary Care Hospitalization; Mental health; Rehabilitation; Dentistry; Medications; among others
- Annex II Catalog of benefits: List of benefits that social assistance and health workers are obliged to provide according to the established conditions.

The PMO does not apply:

- For the public sector, regulated at the provincial and municipal levels, offering services defined according to the criteria established by the different provincial ministries of health;
- For provincial social Works;
- For the private sector that does not belong to Prepaid Medicine Companies (EPM) schemes.

More information at: <http://www.msal.gov.ar/redes/proyectos-provinciales/>

ACCESS AND QUALITY

National Social Works (OS) are regulated by the Superintendency of Health Services (SSS), whose main objective is to ensure compliance with the policies of the area for its members. National OSs and Prepaid Medicine Companies (EMP) have an obligation to comply with the benefits established by the Mandatory Medical Program (PMO), whose compliance is monitored by the SSS.

In regulatory matters, it is important to highlight the role of the National Administration for Medicines, Food and Medical Technology - ANMAT - which has national competences, in order to ensure that medicines and medical devices are ready and effective for citizens (AMANDA GALLI, 2017).

The National Government defined Universal Health Coverage (CUS), in 2016, as a policy to reduce inequalities in access to health services, allowing everyone a homogeneous, comprehensive, adequate, timely service and with quality standards, regardless of social class (Ministerial Resolution No. 1013/18).

12 health objectives have been proposed for the country, among them, its priorities are universal health coverage; develop a health technology assessment agency and a quality accreditation system. These objectives are interdependent, since the proposal to expand coverage in a first phase begins by naming all those who are not affiliated with social security - especially those most vulnerable - so that, gradually, in a later phase, they can have access effective (which requires updating as a precondition when the rating agency is in operation(GONZALEZ Y RIVAS, 2019).

In order to improve the performance of the health system, generating optimal conditions for serving the population, with tasks of continuous improvement in the establishments, a plan was developed for the evaluation and improvement of quality that includes: 1) The evaluation of a set of aspects, called focus of assessment, of which a di-

agnosis of the situation regarding the performance of the health establishment and 2) The subsequent development of an improvement plan based on the gaps in quality identified in the diagnosis made.

More information at: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001619cnt-Plan%20deevaluacion%20mejora%20de%20calidaden%20el%20PNA.pdf>

INTEGRATION AND COORDINATION

Argentina has a program called Redes that aims to strengthen the model of care based on Primary Health Care (PHC), through the creation, strengthening and consolidation of provincial health service networks.

The networks promote a change in the management and health care model through different lines of action, linked to the management of health service networks, the training of health teams and the community approach. The strengthening of health service networks is materialized through the implementation of provincial projects in geographical areas defined by each jurisdiction, based on the problems prioritized in previous diagnoses.

To do this, actions are focused on the definition of reference and counter-reference circuits; implementation of programmed shift systems at the first level and protected shifts at the second level of service; access to laboratory tests and complementary studies; development of information systems for the network; implementation of clinical practice guides; reorganization of specialized care in extra-hospital spaces to improve access; prevention, health promotion and active search for people with vulnerabilities; and strengthening the resolution capacity of the First Level of Care in general, so that it really acts as a gateway to the service network (MINISTRY OF SALUD ARGENTINA).

ELECTRONIC HEALTH RECORD

The Argentine Ministry of Health website has: Epidemiological bulletins, alerts and recommendations; Publications, regulations and surveillance notifications and Health status rooms where health information generated in different areas and levels of the health system is analysed and evaluated on a permanent and systematic basis, in addition to having an analysis of the country's health situation (last version made in 2018) and regional health determinants.

More information about the data at: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia>

The Health Statistics and Information Directorate (DEIS) is the national level of the Health Statistics System. Its objective is to intervene in the implementation and development of national and local health statistics programs and to disseminate their results (<http://www.deis.msal.gov.ar/>)

COST CONTAINMENT

Total health expenditure, from the perspective of financing schemes, has the following components:

- Government funding schemes and contributory and mandatory health services
- Voluntary payment schemes for health services
- Direct domestic expenses

- Financing schemes for the rest of the world

The scheme presented below illustrates the amount and percentage of population covered by different subsystems in relation to Argentine GDP in 2017: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>

Where as, in most cases, public expenditure of 6% of GDP is a useful reference (OPSOMS, 2014).

The estimate made allows us to realize that Argentina reaches the proposed target, since for 2017 this expenditure represented 6.6% of GDP (MINISTÉRIO DA SALUD ARGENTINA, 2019).

INNOVATION

In the current government plan, health is mentioned in 2 goals:

Universal Health Coverage: Today, more than 15 million Argentines do not have formal health coverage. Although they have access to the public health system, they do not have a general practitioner for routine care, or free access to the necessary medicines or the possibility to schedule shifts for the studies they need. Universal health coverage is the way for all Argentines to be able to access quality health services.

AMBA Public Health System: seeks to plan and execute health care policies in the Metropolitan Region of Buenos Aires, with the participation of city, province and nation governments, to balance and improve the health of one of the most densely populated areas in the country and with high demand for health.

More information can be obtained at: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/ArgentinaObjetosdeGobierno.pdf>

ORAL HEALTH

The National Directorate of Oral Health, (Ministry of Health of the Argentine Nation) created under Decree 580/2015, aims to propose, develop and control the actions of promotion, prevention, assistance and rehabilitation of oral health, in an efficient, equitable way and solidary, in order to reduce the morbidity of oral diseases and improve the quality of life of the population.

Among the actions of the National Directorate of Oral Health we have (ARGENTINA, 2015):

1. Propose national oral health policies, their principles, objectives and implementation strategies in order to strengthen oral health in the general policies proposed by the Ministry of Health.
2. Strengthen local and regional jurisdictional networks, articulating them in a national oral health network based on the extension, deepening and consolidation of the Primary Health Care strategy.
3. Strengthen the response capacity of the health sector in the promotion, prevention, assistance and rehabilitation of oral health.
4. Promote attention and the importance of oral health and healthy behaviors and lifestyles, coordinating actions with the various programs in the jurisdictions of the Ministry of Health.

5. Support education and the promotion of oral health in the various educational fields, in coordination with the Ministry of Education and / or the competent authorities of the field.
6. Develop training strategies for human resources in oral health with interdisciplinary and participatory criteria.
7. Coordinate actions aimed at unifying criteria on best oral health practices.
8. Inclusion of oral health indicators in the health information and notification systems of the Argentine Republic.
9. Promote awareness and social communication campaigns adapted to various risk groups and aimed at the community in general.
10. Promote and develop scientific research that guides the definition of health policies in oral health and supports decision-making.

The programs that make up the National Directorate of Oral Health are as follows(GONZALEZ Y RIVAS, 2019):

Primary Oral Care and Prevention Program: The objective of the Program is to strengthen health measures, with the objective of reducing oral diseases, through the effective execution of actions and programs focused on the framework of Primary Health Care. Likewise, it is proposed to cover all working age groups. In conjunction with the different Directorate programs, devising comprehensive and integrated strategies.

National Mouth Cancer Program: Its main objective is to reduce the morbidity and mortality of Mouth Cancer in the Argentine Republic, training health professionals involved in the specialty, optimizing their actions and making the population aware of risk behaviors that should be avoided to prevent this disease.

National Oral Rehabilitation Program: The Program's objective is to develop a dental care system for oral rehabilitation across the country, promote social inclusion and achieve universal access for partially or totally edentulous patients, with timely and comprehensive care, adding promotion, prevention, care and rehabilitation. To this end, the work is carried out in conjunction with the Primary Care and Oral Care and Mouth Cancer programs, so that the production of prostheses is another step towards the patient's comprehensive oral health.

National programs in private institutions: The Confederation of Dentistry of the Argentine Republic, formed by dentists who, on behalf of the confederate entities, carry out for the first time a unique program for the whole country. The "Sonríe Argentina" program was carried out for five years from 1996 to 2000 for 700 thousand children and 26.6 thousand teachers. Based on these successful results, the "Sonríe Argentina" program was implemented from 2001 to 2005, for 1,391,300 children and 56,525 teachers. In both programs, the geographic coverage was 20 Argentine provinces, sponsored by the World Health Organization (WHO), the Pan American Health Organization (PAHO), the Latin American Dental Federation (FOLA), the Honorable Chamber of Deputies of the Nation and the Ministries of Health and Education of the provinces under the program.

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

We will describe the actions carried out by the province of Buenos Aires, as each province has its particularities and jurisdiction.

In addition to the Dental Hospitals and Specialized Dental Hospitals, the Dental Hospital Guard Service of the Ministry of Health of the Government of the City of Buenos Aires attends to the dental urgencies and emergencies of the population 24 hours, 365 days a year.

The “Sorriso de Buenos Aires” program is the oral health program of the Buenos Aires city government. The component of oral health in comprehensive health care is the scientific-technical-social response to the particular expressions of the health-disease process at its collective and individual levels.

The general objective of the program is to improve the quality of life of the population through the Oral Health component, through activities and actions that contribute to reducing the prevalence of oral diseases.

Activities:

- Oral health workshops for children, families, teachers and the community in general.
- Brushing education for children at the initial and primary levels of public schools in the city of Buenos Aires.
- Dental screening for children at the initial and primary levels of public schools in the city of Buenos Aires to detect the need for treatment.
- Health promotion and disease prevention activities in places open to the community in general.
- Comprehensive dental assistance.

The actions are carried out in: Early Childhood Centers (CPI) of the Ministry of Social Development of the City of Buenos Aires; Public Schools of the Ministry of Education of the City of Buenos Aires; Healthy Stations of the General Directorate of Healthy Development under the Deputy Government of the City Hall and in the Health Sector of the Ministry of Health of the City of Buenos Aires: School Health Program, Buenos Aires Coverage Plan, Health Centers, Medical Center of Neighborhood, Dental Centers, Hospital Establishments.

In addition, Buenos Aires is a province of the Redes program and offers services such as (GOBIERNO BUENOS AIRES):

Health for School and Neighborhood

Health education workshops (EPS) for children for parents and teachers, in which topics related to the oral health component are addressed. Application of fluoride varnish to children at an initial level and approach using the Atraumatic Restoration Technique (TRA) in children of primary age. Delivery of toothbrushes and supplies for their execution. Control and monitoring.

Including Smiles (social prostheses)

It is aimed at the population at risk of tooth loss, in order to carry out not only functional rehabilitation, but to promote their social and work inclusion. It includes health promotion, dental care and rehabilitation through removable prostheses. Local dentists are responsible for preparing the patient's mouth (suitable prosthesis), recording the subsequent check after the delivery of the prosthesis.

Health in Sport

Promotion, prevention of accidents in sport and delivery of mouthguards aimed at the population of primary and secondary level who play impact sports. It was designed to work with these age groups in areas of non-formal edu-

cation (neighborhood clubs). It proposes workshops on EPS, diagnosis and timely referral of the population of the program to be attended at municipal health centers, delivery of toothbrushes and adaptation and delivery of mouthguards.

The program is aimed at all people who do not have medical coverage (neither prepaid nor social assistance) and who accredit habitual and permanent residence in the city of Buenos Aires.

Buenos Aires is part of the National Networks Program, the services offered are integrated into the network. The program aims to:

- Coordinate the actions of the planned oral health policies; establish standards and procedures for dental care;
- Guide and evaluate the effectors' professional and performance profile, according to the population's health requirements;
- Pact with the different actors in the health system on the ways in which populations are approached;
- Define clinical approach protocols with the different effectors in the health system;
- Update the report forms;
- Favor work by levels of attention and resolution and work in networks.

Strategically, the Public Health Policy Implementation Program is organized in two central areas (Territorial Work Area and Knowledge Management Area), with a coordination that integrates them and functional work units by the Health Regions.



ARGENTINA – ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud argentino se caracteriza por una fragmentación excesiva. Se pueden identificar tres grandes subsectores (público, seguridad social y privado). Esta fragmentación se expresa en diferentes fuentes (y volúmenes) de financiación; diferentes coberturas, co-seguros y co-pagos aplicados, régimen y órganos de control y fiscalización.

Además de esto, la fragmentación continúa dentro de cada uno de los subsectores:

El subsector público está fragmentado en tres niveles: Nacional, provincial y municipal. Así mismo, se encuentra sujeto a la reglamentación emitida por las diferentes jurisdicciones.

El subsector de seguridad social hace referencia a 4 universos diferentes (GATTI et al., 2017):

1. Obras sociales nacionales (285 en total, cubriendo una población de 11 millones) y, dentro de ellas, una con características especiales: el Instituto de Servicios Sociales Nacionales para jubilados y pensionados (conocida como PAMI, sigla para Plan de Asistencia Integral a la Salud), que ofrece cobertura a aproximadamente tres millones de habitantes.
2. Obras sociales provinciales (una para cada provincia y la ciudad autónoma de Buenos Aires) que cubren cerca de cinco millones de personas.
3. Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, cubriendo aproximadamente 800.000 personas.
4. Obras sociales de universidades y órganos legislativos nacionales y judiciales, con 320.000 beneficiarios.

El sector de seguro social obligatorio está organizado en torno de las Obras Sociales (OS), que garantizan y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de los sistemas operacionales funciona a través de contratos con oferentes privados y es financiada con aportes de trabajadores y empleados.

El subsector privado que, en términos de seguro voluntario (medicina prepagada), se expresa en muchas entidades, con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientos mil.

El subsector privado está formado por profesionales y establecimientos de salud que atienden demandas individuales, beneficiarios de sistemas operacionales y seguros privados. Este subsector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagada, financiadas principalmente con premios pagos por familias y/o empresas.

Estructura del Sistema de Salud mediante esquema desarrollado por Belló e Becerril-Montekio (2011) (BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011) - : <https://www.scielosp.org/media/assets/spm/v53s2/06f01.jpg>

PAPEL DEL GOBIERNO

El papel del Estado es ejercido a través de varios mecanismos de dirección, reglamentación y control de la actividad global del sistema.

Entre las actividades del estado se encuentran: Realizar informes y prestación de servicios directamente a la población, comprar servicios al sector privado, financiar servicios de salud y regular el sector (ejercicio profesional, demandas de establecimientos, aprobación de medicamentos, entre otros).

El Ministerio de Salud y Medio Ambiente interactúa con los ministerios provinciales respectivos en el ámbito del COFESA (Consejo Federal de Salud). Algunas de las actividades de regulación y control son ejercidas, además del ministerio, por organizaciones con diferentes grados de descentralización, como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) (GATTI et al., 2017).

FINANCIACIÓN

El subsector público es financiado por impuestos generales. Estos recursos son definidos anualmente en presupuestos nacionales, provinciales y municipales. Además de financiar la prestación directa de los servicios por medio de establecimientos públicos (hospitales, centros y puestos de salud), con el gasto público también se financian acciones de salud pública relacionadas con la promoción de la salud, las prevención de la enfermedad y la reglamentación en el sector (MINISTERIO DE SALUD, ARGENTINA).

La Seguridad Social dispone de las fuentes de financiación de las contribuciones de trabajadores y empleadores en relación a los salarios públicos, privados y pensiones, igualmente cuenta con la contribución de recursos nacionales, provinciales de individuos y empresas (MACHADO, 2018).

Las contribuciones para obras sociales alcanzan el 8%, correspondiendo el 3% al empleado y 5% al empleador, mientras que en el caso de las provincias las contribuciones alcanzan una media de 11%, variando de acuerdo con la jurisdicción considerada. Las Obras Sociales ejecutan sus recursos a través de efectores propios y también por medio de servicios contratados con el sector privado (GONZALEZ Y RIVAS, 2019).

Los gastos privados de las familias incluyen gastos directos en beneficios y medicamentos, pago de co-seguros, bonos de contribución y tasas de seguro voluntario.

En 2011 se promulgó la ley de Medicina Pre-pagada, en el sector privado, reconociendo la existencia de usuarios cuya relación es intermediada por obras sociales. En ese año existían 280 obras sociales nacionales que atendían al 39% de la población. Cerca del 30% de la población dependía de servicios públicos.

COBERTURA

La Constitución argentina, en su artículo 13, establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. La República de Argentina es un Estado Federal, integrado por 23 provincias y por la ciudad autónoma de Buenos Aires (capital federal) (MINISTERIO DE SALUD, ; BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011).

Estas 24 unidades político-administrativas tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de la población. Ya que la salud es un derecho constitucional, se puede afirmar que no existen barreras legales que impidan a los argentinos el acceso a los servicios públicos de salud. Es por eso que se considera que hay una "cobertura universal".

SERVICIOS OFRECIDOS

El Programa Médico Obligatorio (PMO-Res. 201 / 02 MS) establece los beneficios básicos esenciales que los agentes de asistencia social y de seguros deben garantizar a toda la población beneficiaria.

Resolución 201/2002 (<http://argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-201-2002-73649>):

- Anexo I Cobertura: Este anexo determina la cobertura básica en: Atención Primaria en Salud, Cuidados Secundarios de Hospitalización, Salud Mental, Rehabilitación, Odontología, Medicamentos, entre otras.
- Anexo II Catálogo de beneficios: Lista de beneficios que los agentes de asistencia social y de salud están obligados a ofrecer de acuerdo con las condiciones establecidas.

El PMO no se aplica:

- Para el sector público, reglamentado a nivel provincial y municipal, ofreciendo servicios definidos de acuerdo con los criterios establecidos por los diferentes ministerios provinciales de salud
- Para las Obras Sociales Provinciales.
- Para el sector privado que no pertenece a esquemas de Empresas de Medicina Pre-pagada (EMP).

Mas información en: <http://www.msal.gov.ar/redes/proyectos-provinciales/>

ACCESO Y CALIDAD

Las Obras Sociales nacionales (OS) son reglamentadas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), cuyo principal objetivo es garantizar el cumplimiento de las políticas del sector para sus miembros. Las OS nacionales y las Empresas de Medicina Pre-pagada (EMP) tienen la obligación de cumplir con los beneficios establecidos por el Programa Médico Obligatorio (PMO), cuya conformidad es monitoreada por la SSS.

En cuestiones regulatorias es relevante destacar el papel de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica-ANMAT-, la cual posee competencia nacional con el fin de garantizar que los medicamentos y dispositivos médicos a disposición de los ciudadanos sea eficaz y segura (AMANDA GALLI, 2017).

El Gobierno Nacional definió en 2016 la Cobertura Universal en Salud (CUS) como una política para reducir desigualdades en el acceso a los servicios de salud, permitiendo a todos una atención homogénea, incluyente, adecuada, oportuna y con patrones de calidad, independientemente de la clase social (Resolución Ministerial N° 1013/18).

Se propusieron 12 objetivos en salud para el país. Dentro de ellos, sus prioridades son la cobertura universal, desarrollar una agencia de evaluación de tecnologías en salud y un sistema de acreditación de calidad. Estos objetivos son interdependientes, ya que la propuesta de ampliar la cobertura en una primera fase comienza por la identificación de todos aquellos que no están afiliados a la seguridad social - especialmente aquellos más vulnerables- para que, gradualmente, en una fase posterior, puedan tener acceso efectivo (esto exige una actualización como condición previa cuando la agencia de evaluación esté en funcionamiento) (GONZALEZ Y RIVAS, 2019).

Con el propósito de mejorar el desempeño del sistema de salud, generando condiciones óptimas para la atención de la población, con tareas de mejoramiento continuo en los establecimientos, fue elaborado un plan para la evaluación y el mejoramiento de la calidad que incluye: 1) Evaluación de un conjunto de aspectos, llamados focos de evaluación, con los cuales se hace un diagnóstico sobre el desempeño de los establecimientos de salud y 2) El desa-

rollo subsecuente de un plan de mejoramiento basado en los vacíos de calidad identificados en el diagnóstico realizado.

Más información en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001619cnt-Plan%20deevaluaciony%20mejora%20de%20calidaden%20el%20PNA.pdf>

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

Argentina cuenta con el programa “Redes” que busca fortalecer el modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud (APS) mediante la creación, fortalecimiento y consolidación de las redes provinciales de servicios de salud.

La redes promueven un cambio en el modelo de gestión y atención en salud por medio de diferentes líneas de acción vinculadas a la administración de las redes de servicios de salud, a la formación de equipos de salud y al abordaje comunitario. El fortalecimiento de las redes de servicios de salud es materializado a través de la implementación de proyectos provinciales en áreas geográficas definidas por cada jurisdicción, con base en los problemas priorizados en diagnósticos previos.

Con el objetivo de lograr esto, se concentran acciones para la definición de circuitos de referencia y contrarreferencia, la implementación de sistemas de turnos programados en el primer nivel y turnos protegidos en el segundo nivel de atención, el acceso a test de laboratorio y estudios complementarios, el desarrollo de sistemas de información para la red, la implementación de guías de práctica clínica, la reorganización de la atención especializada en espacios extra-hospitalarios para mejorar el acceso; acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y búsqueda activa de personas con vulnerabilidad y el fortalecimiento de la capacidad de resolución en el primer nivel de atención en general, para que este realmente funcione como una puerta de entrada a la red de servicios (MINISTERIO DE SALUD, ARGENTINA).

REGISTRO ELECTRÓNICO DE SALUD

La página web del Ministerio de Salud Argentino cuenta con: Boletines, alertas y recomendaciones epidemiológicas, reglamentos y notificaciones de vigilancia en salud, una sección con información sobre la situación de salud donde los datos generados en las diferentes áreas y niveles del sistema de salud son analizados y evaluados de forma permanente y sistemática, además cuenta con un análisis de la situación de salud del país (la versión más reciente es de 2018) y de determinantes de salud regionales. Más información sobre estos datos en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia>

La Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) es el nivel nacional del Sistema de Estadística de Salud. Su objetivo es intervenir en la implementación y desarrollo de programas nacionales y locales de estadísticas de salud y publicar sus resultados. (<http://www.deis.msal.gov.ar/>)

CONCENTRACIÓN DE COSTOS

El gasto total en salud, en la perspectiva de los esquemas de financiación, posee los siguientes componentes:

- Esquemas de financiación del gobierno y de servicios de salud contributivo y obligatorio
- Esquemas de pago voluntario por servicios de salud

- Gastos domésticos directos
- Esquemas de financiación del resto de la población.

El esquema presentado a continuación ilustra la cantidad y porcentaje de población cubierta por diferentes subsistemas en relación al PIB argentino en 2017: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>

Considerando que, en la mayoría de los casos, un gasto público de 6% del PIB es una referencia útil (OPS/OMS, 2014), la estimativa hecha permite percibir que Argentina alcanza la meta propuesta, ya que para 2017 ese gasto representaba 6,6% del PIB (MINISTÉRIO DA SALUD ARGENTINA, 2019).

INNOVACIÓN

En el plan de gobierno vigente, la salud es mencionada en 2 metas:

Cobertura Universal de Salud: En la actualidad, más de 15 millones de argentinos no tienen cobertura formal en salud. Aunque tengan acceso al sistema público de salud, no tienen un clínico general para atención de rutina o libre acceso a los medicamentos necesarios o la posibilidad de agendar citas para los exámenes que requieren.

El Sistema de Salud Pública de la Área Metropolitana de Buenos Aires -AMBA- busca planear y ejecutar políticas de asistencia médica en esta zona, con la participación de los gobiernos de la ciudad, de la provincia y de la nación, también pretende equilibrar y mejorar la salud de una de las áreas más densamente pobladas del país y con alta demanda en salud. Más información en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/ArgentinaObjetivosdeGobierno.pdf>

SALUD BUCAL

La Dirección Nacional de Salud Bucodental (Ministerio de Salud de la Nación Argentina) creada por el Decreto 580/2015, tiene como objetivos proponer, desarrollar y controlar las acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud bucodental, de manera eficiente, equitativa y solidaria, con el fin de reducir la morbilidad por enfermedades bucodentales y mejorar la calidad de vida de la población.

Entre las acciones de la Dirección Nacional de Salud Bucodental, están (ARGENTINA, 2015):

1. Proponer políticas nacionales de salud bucodental, sus principios, objetivos y estrategias de implementación para fortalecer la salud bucodental en las políticas generales propuestas por el Ministerio de Salud.
2. Fortalecer las redes jurisdiccionales locales y regionales, articulándolas en una red nacional de salud bucodental basada en la extensión, profundización y consolidación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
3. Fortalecer la capacidad de respuesta del sector de la salud en la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud bucal.
4. Promover la atención y la importancia de la salud bucodental y de los comportamientos y estilos de vida saludables, coordinando acciones con los diversos programas en las jurisdicciones del Ministerio de Salud.

5. Apoyar la educación y la promoción de la salud bucodental en los diversos campos educativos, en coordinación con el Ministerio de Educación y / o las autoridades competentes del campo.
6. Desarrollar estrategias de formación de recursos humanos en salud bucodental con criterios de interdisciplinariedad en la atención y participativos.
7. Coordinar acciones dirigidas a unificar criterios sobre las mejores prácticas de salud bucodental.
8. Inclusión de indicadores de salud bucodental en los sistemas de información y notificación en salud de la República Argentina.
9. Promover campañas de sensibilización y comunicación social adaptadas a diversos grupos de riesgo y dirigidas a la comunidad en general.
10. Promover y desarrollar investigaciones científicas que guíen la definición de políticas de salud en salud bucodental y apoyen la toma de decisiones.

Los programas que conforman la Dirección Nacional de Salud Bucodental son los siguientes (GONZALEZ Y RIVAS, 2019) (Argentina, 2015):

Programa de Prevención y Asistencia Primaria Bucodental: El objetivo del programa es fortalecer las medidas de salud, orientadas a la reducción de enfermedades bucales, mediante la efectiva ejecución de acciones y programas focalizados en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Así mismo, se propone cubrir a todos los grupos etarios trabajando en conjunto con los distintos programas de la Dirección, elaborando estrategias integrales e integradas.

Programa Nacional de Cáncer Bucal: Su objetivo principal es la disminución de la morbimortalidad del Cáncer Bucal en la República Argentina, mediante la capacitación de los profesionales de la salud involucrados en la especialidad, para optimizar su accionar, y a través de la sensibilización a la población en las conductas de riesgo que deben evitarse para prevenir esta enfermedad.

Programa Nacional de Rehabilitación Bucodental: Tiene como objetivo desarrollar un sistema de atención odontológica de rehabilitación bucodental en todo el país, promoviendo la inclusión social y logrando el acceso universal de poblaciones de pacientes parcial o totalmente desdentados a la asistencia oportuna e integral, donde se conjugan la promoción, la prevención, la atención y rehabilitación oral. Para ello se trabaja articuladamente con los programas de Prevención y Asistencia Primaria Bucodental y Cáncer Bucal, a fin de que la confección de prótesis sea un paso más hacia la salud bucal integral del paciente.

Programas Nacionales en Instituciones Privadas: La Confederación Odontológica de la República Argentina, formada por odontólogos que, en representación de las entidades confederadas, realizan por primera vez un programa único para todo el país. El programa "Argentina Sonríe" se llevó a cabo durante cinco años, de 1996 a 2000, para 700 mil niños y 26.6 mil docentes. Con base en estos resultados, considerados como exitosos, el programa "Sonríe Argentina" se implementó de 2001 a 2005, beneficiando 1,391,300 niños y 56,525 maestros. En ambos programas, la cobertura geográfica fue de 20 provincias argentinas, patrocinadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y los Ministerios de Salud y Educación de las provincias del programa.

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD BUCAL

Serán descritas las acciones realizadas por la provincia de Buenos Aires, ya que cada provincia tiene sus particularidades y jurisdicción.

Además de los Hospitales Odontológicos y los Hospitales Odontológicos Especializados, el Servicio de Guardia de los Hospitales Odontológicos del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires atiende las urgencias y emergencias odontológicas de la población las 24 horas, los 365 días del año.

"Buenos Aires Sonríe" es el programa de salud bucal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. El componente salud bucal en la atención integral a la salud es una respuesta científico-técnica-social a las expresiones particulares del proceso de salud-enfermedad en sus niveles colectivo e individual.

El objetivo general del programa es mejorar la calidad de vida de la población a través del componente de Salud Bucal, a través de actividades y acciones que contribuyan a reducir la prevalencia de enfermedades bucales.

Actividades

- Talleres de salud bucal dirigidos a niños/as, familias, docentes y comunidad en general.
- Enseñanza de cepillado en niños/as de nivel inicial y primario de escuelas públicas de la Ciudad de Buenos Aires.
- Screening odontológico a niños/as de nivel inicial y primario de escuelas públicas de la Ciudad de Buenos Aires para detectar la necesidad de tratamiento.
- Actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en lugares abiertos a la comunidad en general.
- Atención odontológica integral.

Las acciones se llevan a cabo en: Centros de Primera Infancia (CPI) dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires; Escuelas Públicas dependientes del Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires; Estaciones Saludables de la Dirección General de Desarrollo Saludable dependientes de la Vice-jefatura de Gobierno de la Ciudad y en los Efectores de Salud dependientes del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires: Programa Salud Escolar, Plan Cobertura Porteña, Centros de Salud, Centro Médicos Barriales, Centros Odontológicos, Establecimientos Hospitalarios.

Además, Buenos Aires es una provincia del programa Redes y ofrece servicios tales como (GOBIERNO BUENOS AIRES):

Salud para la Escuela y el Barrio

Talleres de Educación Permanente en Salud (EPS) destinados a niños y niñas, padres y profesores, en los cuales son abordados temas relacionadas al componente bucal de la salud. Se aplica barniz de flúor y se realizan abordajes por medio de Técnicas de Restauración Atraumática (TRA) en niños y niñas en edad primaria. Se entregan cepillos de dientes y suplementos para su utilización. También se hacen actividades de control y monitoreo.

Incluyendo Sonrisas (prótesis sociales)

Está dirigido a la población en riesgo de pérdida de dientes, para llevar a cabo no solo la rehabilitación funcional, sino también para promover su inclusión social y laboral. Incluye promoción de la salud, atención odontológica y rehabilitación a través de prótesis removibles. Los odontólogos locales son responsables de preparar la boca del paciente (prótesis adecuada), registrando el control posterior después de la entrega de la prótesis.

Salud en el Deporte

Promoción, prevención de accidentes en el deporte y entrega de protectores bucales dirigidos a la población de nivel primario y secundario que practican deportes de impacto. Fue diseñado para trabajar con estos grupos de edad en áreas de educación no formal (clubes de barrio). Propone talleres sobre EPS, diagnóstico y derivación oportuna de la población del programa para ser atendidos en centros municipales de salud, entrega de cepillos de dientes y adaptación y entrega de protectores bucales.

El programa está dirigido a todas las personas que no tienen cobertura médica (ni prepagada ni asistencia social) y que acrediten residencia habitual y permanente en la ciudad de Buenos Aires.

Buenos Aires hace parte del Programa Nacional Redes, los servicios ofrecidos están integrados en la red. El programa tiene como objetivo:

- Coordinar las acciones de las políticas de salud bucal planificadas; establecer normas y procedimientos para la atención odontológica;
- Orientar y evaluar el perfil profesional y de desempeño de los efectores, de acuerdo con los requisitos de salud de la población;
- Pactar con los diferentes actores del sistema de salud sobre las formas en que se abordan las poblaciones;
- Definir protocolos de abordaje clínico con los diferentes efectores en el sistema de salud;
- Actualizar los formularios de informes;
- Favorecer el trabajo por niveles de atención y resolución y el trabajo en redes.

Estratégicamente, el Programa de Implementación de Políticas Públicas de Salud Bucal está organizado en dos áreas centrales (Área de Trabajo Territorial y Área de Gestión del Conocimiento), con una coordinación que las integra y las unidades de trabajo funcionales de las Regiones de Salud.



ARGENTINA – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde argentino é caracterizado por fragmentação excessiva, que se dá em primeiro lugar em três grandes subsetores. Essa fragmentação é expressa em diferentes fontes (e volumes) de financiamento; diferentes coberturas, cosseguros e co-pagamentos aplicados; regime e órgãos de controle e fiscalização.

Além disso, a fragmentação continua dentro de cada um dos subsetores:

O subsetor público é fragmentado em níveis: Nacional, provincial e municipal. Sujeito aos regulamentos emitidos pelas diferentes jurisdições.

O subsetor da segurança social faz referência a 4 universos diferentes (GATTI et al., 2017):

1. Obras sociais nacionais (285 no total, cobrindo uma população de onze milhões) e, dentre elas, uma de características especiais: o Instituto Serviços sociais nacionais para aposentados e pensionistas (conhecida como PAMI, sigla para Plano de Assistência Integral à Saúde), que fornece cobertura a aproximadamente três milhões de habitantes.
2. Obras sociais provinciais (uma para cada província e a cidade autônoma de Buenos Aires), que cobrem cerca de cinco milhões de pessoas.
3. Obras sociais das Forças Armadas e da Segurança, cobrindo aproximadamente oitocentas mil pessoas.
4. Obras sociais de universidades e órgãos legislativos nacionais e Judicial, com trezentos e vinte mil beneficiários.

O setor de seguro social obrigatório é organizado em torno das Obras Sociais (OS), que garantem e prestam serviços aos trabalhadores e suas famílias. A maioria dos sistemas operacionais opera através de contratos com fornecedores privados e é financiada com contribuições de trabalhadores e empregadores.

O subsector privado, que, em termos de seguro voluntário (medicina pré-paga), é expresso em muitas entidades, com uma população coberta de aproximadamente dois milhões e oitocentos mil.

O setor privado é formado por profissionais e estabelecimentos de saúde que atendem demandantes individuais, beneficiários de sistemas operacionais e seguros privados. Esse setor também inclui entidades de seguro voluntário chamadas Empresas de Medicina Pré-paga, financiadas principalmente com prêmios pagos por famílias e/ou empresas.

Segundo Belló e Becerril-Montekio (2011) (BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011) podemos observar como se estrutura o sistema de saúde através do esquema desenvolvido pelos autores: <https://www.scielosp.org/media/assets/spm/v53s2/06f01.jpg>

PAPEL DO GOVERNO

O papel do Estado é exercido através de vários mecanismos de reitoria; regulamentação e controle da atividade global do sistema.

Entre as atividades do Estado estão: Informes e prestação de serviços diretamente à população, comprar serviços ao setor privado, financiar serviços de saúde e regular a saúde (exercício de profissões, demandas de estabelecimentos, aprovação de medicamentos, entre outros).

O Ministério da Saúde e Meio Ambiente, que interage com os ministérios provinciais respectivos no âmbito da COFESA (Conselho Federal de Saúde). Algumas das atividades de regulação e controle são exercidas, além das exercidas pelo ministério, por organizações com diferentes graus de descentralização, como a Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia (ANMAT) e a Superintendência de Serviços de Saúde (SSS) (GATTI et al., 2017).

FINANCIAMENTO

O subsetor público é financiado por receitas gerais. Esses recursos são estabelecidos anualmente em orçamentos nacionais, provinciais e municipais. Além de financiar a prestação direta de serviços por meio de estabelecimentos públicos (hospitais, centros de saúde e postos), as despesas públicas financiam ações de saúde pública relacionadas à promoção, prevenção e regulamentação (MINISTERIO DE SALUD).

A Segurança Social dispõe das fontes de financiamento das contribuições dos trabalhadores e empregadores em relação aos salários públicos, privados e pensões e dispõe de fonte de contribuição de Recursos provinciais de indivíduos, empresas e nacionais (MACHADO, 2018).

As contribuições, para as obras sociais, atingem 8%, correspondendo 3% ao empregado e 5% ao empregador, enquanto no caso dos provinciais as contribuições atingem uma média de 11%, variando de acordo com a jurisdição considerada. As Obras Sociais executam suas despesas através de efetores próprios e também contratam serviços no setor privado (GONZALEZ Y RIVAS, 2019).

As despesas privadas das famílias incluem despesas diretas com benefícios e medicamentos médicos, pagamentos de cosseguro, bônus de contribuição e taxas de seguro voluntário.

Em 2011 promulgou-se a Lei de Medicina Pré-paga, no setor privado, reconhecendo a existência de usuários cuja relação é intermediada por obras sociais. Neste ano existiam 280 obras sociais nacionais que atendiam a 39% da população. E cerca de 30% da população dependia de serviços públicos.

COBERTURA

A Constituição Argentina, em seu artigo 13, estabelece a saúde como direito do povo e dever do Estado. A República Argentina é um Estado Federal; integrado por 23 províncias e pela cidade autônoma de Buenos Aires (capital federal) (MINISTERIO DE SALUD, ; BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011).

Essas 24 unidades político-administrativas são aquelas que têm, por mandato constitucional, a responsabilidade pelo cuidado e proteção da saúde da população. Como a saúde é um direito constitucional, pode-se afirmar que não existem barreiras legais que impeçam os argentinos de acessar os serviços públicos de saúde. É por isso que eles são considerados como “cobertura universal”.

SERVIÇOS OFERECIDOS

O Programa Médico Obrigatório (PMOE – Res.201 / 02 MS) estabelece os benefícios básicos essenciais que os agentes de assistência social e de seguros devem garantir a toda a população beneficiária.

Resolução 201/2002 (<http://argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-201-2002-73649>):

- Anexo I Cobertura: Este anexo determina a cobertura básica em: Atenção Primária à Saúde; Cuidados Secundários Hospitalização; Saúde mental; Reabilitação; Odontologia; Medicações; entre outras
- Anexo II Catálogo de benefícios: Lista de benefícios que os agentes de assistência social e de saúde são obrigados a fornecer de acordo com as condições estabelecidas.

O PMO não se aplica:

- Para o setor público, regulamentado em nível provincial e municipal, oferecendo serviços definidos de acordo com os critérios estabelecidos pelos diferentes ministérios provinciais da saúde.
- Para as Obras Sociais provinciais,
- Para o setor privado que não pertence a esquemas de Empresas de Medicina Pré-paga (EPM)

Mais informações em: <http://www.msal.gov.ar/redes/proyectos-provinciales/>

ACESSO E QUALIDADE

As Obras Sociais Nacionais (OS) são regulamentadas pela Superintendência de Serviços de Saúde (SSS), cujo principal objetivo é garantir o cumprimento das políticas da área para seus membros. As OS nacionais e as Empresas de Medicina Pré-paga (EMP) têm a obrigação de cumprir os benefícios estabelecidos pelo Programa Médico Obrigatório (PMO), cujo A conformidade é monitorada pelo SSS.

Em questões regulatórias, é relevante destacar o papel da Administração Nacional Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica – ANMAT – que possui competências nacional, a fim de garantir que medicamentos e dispositivos médicos a prontidão dos cidadãos seja eficaz e segura (AMANDA GALLI, 2017).

O Governo Nacional definiu a Cobertura Universal Saúde (CUS), em 2016, como política para reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, permitindo a todos um atendimento homogêneo, abrangente, adequado, oportuno e com padrões de qualidade, independentemente de classe social (Resolución Ministerial N° 1013/18).

Foram propostos 12 objetivos de saúde para o país, dentre eles, suas prioridades são cobertura de saúde universal; desenvolver uma agência de avaliação de tecnologia da saúde e um sistema de credenciamento de qualidade. Esses objetivos são interdependentes, uma vez que a proposta de ampliar a cobertura em uma primeira fase começa pela denominação de todos aqueles que não estão afiliados à segurança social – especialmente aqueles mais vulneráveis – para que, gradualmente, em uma fase posterior, possam ter acesso efetivo (que exige sua atualização como condição prévia quando a agência de avaliação estiver em funcionamento (GONZALEZ Y RIVAS, 2019).

De forma a melhorar o desempenho do sistema de saúde, gerando condições ótimas para o atendimento da população, com tarefas de melhoria contínua nos estabelecimentos, foi elaborado um plano para a avaliação e melhoria da qualidade que inclui: 1)A avaliação de um conjunto de aspectos, chamados focos de avaliação, dos quais um di-

agnóstico de situação sobre o desempenho do estabelecimento de saúde e 2)O desenvolvimento subsequente de um plano de melhoria baseado nas lacunas no qualidade identificada no diagnóstico realizado.

Mais informações em: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001619cnt-Plan%20deevaluaciny%20mejora%20dela%20calidaden%20el%20PNA.pdf>

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

A Argentina conta com um programa chamado Redes que visa fortalecer o modelo de atenção baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), através da criação, fortalecimento e consolidação de redes provinciais de serviços de saúde.

As redes promovem uma mudança no modelo de gestão e atenção à saúde por meio de diferentes linhas de ação, vinculadas à gestão das redes de serviços de saúde, ao treinamento das equipes de saúde e à abordagem da comunidade. O fortalecimento das redes de serviços de saúde é materializado através da implementação de projetos provinciais em áreas geográficas definidas por cada jurisdição, com base nos problemas priorizados em diagnósticos anteriores.

Para fazer isso, são concentradas ações para a definição de circuitos de referência e contra referência; implementação de sistemas de turnos programados no primeiro nível e turnos protegidos no segundo nível de atendimento; acesso a testes de laboratório e estudos complementares; desenvolvimento sistemas de informação para a rede; implementação de guias de prática clínica; reorganização do atendimento especializado em espaços extra-hospitalares para melhorar o acesso; ações de prevenção, promoção da saúde e busca ativa de pessoas com vulnerabilidades; e fortalecimento da capacidade de resolução do Primeiro Nível de Atenção em geral, para que esta realmente atue como uma porta de entrada para a rede de serviços (MINISTÉRIO DA SALUD ARGENTINA).

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

O site do Ministério de Saúde Argentino conta com: Boletins, alertas e recomendações epidemiológicas; Publicações, regulamentos e notificações de vigilância e Salas de situação de saúde onde as informações de saúde geradas nas diferentes áreas e níveis do sistema de saúde são analisadas e avaliadas de forma permanente e sistemática, além de contar com uma análise de situação de saúde do país (última versão feita em 2018) e de determinantes de saúde regionais. Mais informações sobre os dados em: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia>

A Direção de Estatísticas e Informações de Saúde (DEIS) é o nível nacional do Sistema de Estatísticas de Saúde. Seu objetivo é intervir na implementação e desenvolvimento de programas nacionais e locais de estatísticas de saúde e disseminar seus resultados (<http://www.deis.msal.gov.ar/>).

CONTENÇÃO DE CUSTOS

A despesa total em saúde, na perspectiva dos esquemas de financiamento, possui os seguintes componentes:

- Esquemas de financiamento do governo e de serviços de saúde contributivo e obrigatório;
- Esquemas de pagamento voluntário por serviços de saúde;
- Despesas domésticas diretas;

- Esquemas de financiamento do resto do mundo.

O esquema apresentado abaixo ilustra a quantidade e porcentagem população coberta por diferentes subsistemas em relação ao PIB argentino no ano de 2017: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>

Considerando que, na maioria os casos, uma despesa pública de 6% do PIB é uma referência útil (OPSOMS, 2014).

A estimativa feita nos permite perceber que a Argentina atinge a meta proposto, uma vez que para 2017 essa despesa representava 6,6% do PIB (MINISTÉRIO DA SALUD ARGENTINA, 2019).

INOVAÇÃO

No plano do atual governo a saúde é mencionada em 2 metas:

Cobertura Universal de Saúde: Hoje, mais de 15 milhões de argentinos não têm cobertura formal de saúde. Embora tenham acesso ao sistema público de saúde, não têm um clínico geral para atendimento de rotinas, ou livre acesso aos medicamentos necessários ou a possibilidade de agendarem turnos para os estudos de que precisam. A Cobertura Universal de saúde é o caminho para todos os argentinos poderem acessar serviços de saúde de qualidade.

Sistema de Saúde Pública da AMBA: busca planejar e executar políticas de assistência médica na Região Metropolitana de Buenos Aires, com a participação dos governos da cidade, da província e da nação, equilibrar e melhorar a saúde de uma das áreas mais densamente povoadas da país e com alta demanda por saúde.

Mais informações podem ser obtidas em: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/ArgentinaObjetivosdeGobierno.pdf>

SAÚDE BUCAL

A Direção Nacional de Saúde Bucal, (Ministério da Saúde da Nação Argentina) criado sob o Decreto 580/2015, tem como objetivos propor, desenvolver e controlar as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde bucal, de modo eficiente, equitativo e solidário, com o intuito de reduzir a morbidade das enfermidades bucais e melhorar a qualidade de vida da população.

Dentre as ações da Direção Nacional de Saúde Bucal temos (ARGENTINA, 2015):

1. Propor políticas nacionais de saúde bucal, seus princípios, objetivos e estratégias de implementação, a fim de fortalecer a saúde bucal nas políticas gerais propostas pelo ministério da saúde.
2. Fortalecer as redes jurisdicionais locais e regionais, articulando-as em uma rede nacional de Saúde Bucal baseada na extensão, aprofundamento e consolidação da estratégia de Atenção Primária à Saúde.
3. Fortalecer a capacidade de resposta do setor da saúde na promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde bucal.
4. Promover a atenção e a importância da saúde bucal e de comportamentos e estilos de vida saudáveis, coordenando ações com os vários programas das jurisdições do ministério da saúde.
5. Apoiar a educação e a promoção da saúde bucal nos vários campos educacionais, em coordenação com o ministério da educação e / ou as autoridades competentes do campo.

6. Desenvolver estratégias de treinamento para recursos humanos em saúde bucal com critérios interdisciplinares de atendimento e participativos.
7. Coordenar ações voltadas à unificação de critérios sobre as melhores práticas de saúde bucal.
8. Inclusão de indicadores sobre saúde bucal nos sistemas de informação e notificação de saúde da república argentina.
9. Promover campanhas de conscientização e comunicação social adaptadas aos vários grupos de risco e direcionadas à comunidade em geral.
10. Promover e desenvolver pesquisas científicas que orientem a definição de políticas de saúde em saúde bucal e apoiem a tomada de decisões.

Os programas que compõem a Direção Nacional de Saúde Bucal são os seguintes(GONZALEZ Y RIVAS, 2019):

Programa de Prevenção e Assistência Primária Bucal: O objetivo do Programa é fortalecer as medidas de saúde, com o objetivo de reduzir as doenças bucais, através da efetiva execução de ações e programas focados no quadro da Atenção Primária à Saúde. Do mesmo modo, propõe-se cobrir todos os grupos etários trabalhando em conjunto com os diferentes programas da Direção, elaborando estratégias integrais e integradas.

Programa Nacional de Câncer de Boca: Seu principal objetivo é reduzir a morbidade e mortalidade do Câncer de Boca na República Argentina, capacitando profissionais de saúde envolvidos na especialidade, otimizando suas ações e conscientizando a população de comportamentos de risco que deve ser evitado para prevenção desta doença.

Programa Nacional de Reabilitação Oral: O objetivo do Programa é desenvolver um sistema de atendimento odontológico para reabilitação oral em todo o país, promover a inclusão social e alcançar o acesso universal para pacientes parcialmente ou totalmente edêntulos, com um atendimento oportuno e abrangente, agregando a promoção, a prevenção, cuidados bucais e reabilitação. Para este fim, o trabalho é realizado em conjunto com os programas de Atenção Primária e Cuidados orais e Câncer de Boca, de modo que a produção de próteses seja mais um passo em direção à saúde bucal integral do paciente.

Programas Nacionais em Instituições Privadas: A Confederação de Odontologia da República Argentina, formada por dentistas que, em nome das entidades confederadas, realizam pela primeira vez um programa único para todo o país. O programa “Sonríe Argentina” foi realizado por cinco anos de 1996 a 2000 para 700 mil crianças e 26,6 mil professores. Com base nesses resultados bem-sucedidos, o programa “Sonríe Argentina” foi implementado de 2001 a 2005, para 1.391.300 crianças e 56525 professores. Em ambos os programas, a cobertura geográfica era de 20 províncias argentinas, patrocinadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Federação Dental Latino-Americana (FOLA), a Honorable Câmara dos Deputados da Nação e dos Ministérios da Saúde e Educação das províncias no âmbito do programa.

SERVIÇOS E COBERTURA DE SAÚDE BUCAL

Iremos descrever as ações realizadas pela província de Buenos Aires, visto de cada província apresenta suas particularidades e jurisdição.

Além dos Hospitais Odontológicos e Hospitais Odontológicos Especializados, o Serviço de Guarda dos Hospitais Odontológicos do Ministério da Saúde do Governo da Cidade de Buenos Aires atende às urgências e emergências odontológicas da população 24 horas, 365 dias por ano.

O programa “Sorriso de Buenos Aires” constitui o programa de saúde bucal do governo da cidade de Buenos Aires. O componente de saúde bucal na atenção integral à saúde é a resposta científico-técnico-social às expressões particulares do processo saúde-doença em seus níveis coletivo e individual.

O objetivo geral do programa é melhorar a qualidade de vida da população por meio do componente Saúde Bucal, por meio de atividades e ações que contribuam para a diminuição da prevalência de doenças bucais.

Atividades:

- Oficinas de saúde bucal voltadas para crianças, famílias, professores e comunidade em geral.
- Ensino de escovação em crianças dos níveis inicial e primário de escolas públicas da cidade de Buenos Aires.
- Triagem dentária para crianças dos níveis inicial e primário de escolas públicas da cidade de Buenos Aires para detectar a necessidade de tratamento.
- Atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças em locais abertos à comunidade em geral.
- Assistência odontológica abrangente.

As ações são realizadas em: Centros de Primeira Infância (CPI) do Ministério do Desenvolvimento Social da Cidade de Buenos Aires; Escolas Públicas do Ministério da Educação da Cidade de Buenos Aires; Estações Saudáveis da Diretoria Geral de Desenvolvimento Saudável sob o Governo Adjunto da Prefeitura e no Setor de Saúde do Ministério da Saúde da Cidade de Buenos Aires: Programa de Saúde Escolar, Plano de Cobertura de Buenos Aires, Centros de Saúde, Centro Médico de Bairro , Centros Odontológicos, Estabelecimentos Hospitalares.

Além disso, Buenos Aires constitui uma província do programa Redes e oferece serviços como (GOBIERNO BUENOS AIRES):

Saúde para Escola e Bairro

Oficinas de educação em saúde (EPS) destinadas às crianças para pais e professores, nas quais são abordados tópicos relacionados ao componente oral da saúde. Aplicação de verniz fluoretado em crianças de nível inicial e abordagem por meio da Técnica de Restauração Atraumática (TRA) em crianças em idade primária. Entrega de escovas de dente e suprimentos para sua execução. Controle e monitoramento

Incluindo Smiles (próteses sociais)

Destina-se à população em risco de perda de dentes, a fim de realizar não apenas uma reabilitação funcional, mas promover sua inclusão social e laboral. Inclui a promoção da saúde, atendimento odontológico e reabilitação através de próteses removíveis. Os dentistas locais são responsáveis por preparar a boca do paciente (prótese adequada), registrando o controle subsequente após a entrega da prótese.

Saúde no Esporte

Promoção, prevenção de acidentes no esporte e entrega de protetores bucais direcionados à população do nível primário e secundário que praticam esportes de impacto. Ele foi projetado para trabalhar com essas faixas etárias em áreas de educação não formal (clubes de bairro). Propõe oficinas sobre EPS, diagnóstico e encaminhamento oportuno da população do programa a ser atendido nos centros de saúde municipais, entrega de escovas de dente e adaptação e entrega de protetores bucais.

O programa é destinado a todas as pessoas que não têm cobertura médica (nem pré-paga nem assistência social) e que credenciam residência habitual e permanente na cidade de Buenos Aires. Buenos Aires faz parte do Programa nacional Redes, os serviços oferecidos estão integrados a rede. O programa tem por objetivo:

- Coordenar as ações das políticas de saúde bucal planejadas; estabelecer padrões e procedimentos para atendimento odontológico;
- Orientar e avaliar o perfil profissional e de desempenho dos efetores, de acordo com os requisitos de saúde da população;
- Pactuar com os diferentes atores do sistema de saúde sobre as modalidades de abordagem das populações;
- Definir protocolos de abordagem clínica com os diferentes efetores do sistema de saúde;
- Atualizar os formulários do relatório;
- Favorecer o trabalho por níveis de atenção e resolução e trabalhar em redes.

Estrategicamente, o Programa de Implementação de Políticas Públicas em Saúde Oral está organizado em duas áreas centrais (Área de Trabalho Territorial e Área de Gestão do Conhecimento), com uma coordenação que as integra e unidades funcionais de trabalho pelas Regiões de Saúde.

AMANDA GALLI, M. P. y S. S. Contenidos Transversales-El Sistema De Salud Argentino. 2017. Disponible em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf>>.

ARGENTINA. **Decreto 580/2015**, 2015. . Disponible em: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245853/norma.htm>>.

BELLÓ, M.; BECERRIL-MONTEKIO, V. M. [The health system of Argentina]. **Salud publica de Mexico**, v. 53 Suppl 2, n. 1, p. s96–s108, 2011. Disponible em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877098>>.

GATTI, C.; VILLALBA, R.; MOLINA, G.; ALEGRÍA, H. Modulo de Salud social y comunitaria. **Módulo 7: Salud y Participación comunitaria**, p. 31–32, 2017. Disponible em: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001032cnt-modulo_7_salud-participacion-comunitaria.pdf>.

GOBIERNO BUENOS AIRES. **Programa de Implementación de Políticas Públicas en Salud Bucal**.

GONZALEZ Y RIVAS, M. **Developing a team to improve oral health: the oral health in the Argentina Republic**. 1. ed. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

MACHADO, C. V. Health policies in Argentina, Brazil and Mexico: Different paths, many challenges. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2197–2212, 2018.

MINISTÉRIO DA SALUD ARGENTINA. **Proyectos provinciales**, [s.d.]. Disponible em: <<http://www.msal.gov.ar/redes/proyectos-provinciales/>>.

MINISTÉRIO DA SALUD ARGENTINA. ¿ Cuánto gasta Argentina en salud ? 2019.

MINISTERIO DE SALUD. **Salud como Derecho**. Disponible em: <<https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/el-sistema-de-salud-en-argentina>>.





por Aline Neumann

BOLIVIA – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

With the adhesion of the free universal Health System, the public health system is characterized by referral and counter-reference processes between levels of care, aiming at expanding access and promoting health (BOLIVIA, 2018).

The Ministry of Health as governing body has different levels of relationship with all members of the sector: the public sub-sector, short-term social security, the private for-profit and non-profit sub-sector and the traditional medicine sub-sector (MINISTERIO DE SALUD BOLIVIA, 2017).

SAFCI is the health policy of the Plurinational State of Bolivia, complementing and articulating the health workers and traditional doctors of indigenous peoples from the countryside with the individual, family and community, based on their organizations in Participatory Management and Social Control and Comprehensive Care Intercultural health (MINISTERIO SALUD Y DEPORTES, 2013).

The levels, structures and spaces of participatory management are divided into:

Central: State structure of the Ministry of Health, with spaces for deliberation of national assemblies / congresses and social structure of the national social council of health.

Departmental: State structure of SEDES (departmental health service), with spaces for deliberation of departmental assemblies / congresses and social structure of the departmental social council of health.

Municipal or Indigenous Autonomy Originario Campesino (IOC): State structure of the maximum municipal executive authority or IOC, with space for deliberation by the Municipal Bureau or IOC and social structure of municipal social councils or health IOC.

Location: State structure of the 1-level establishment or of the community/ neighborhood, with space for deliberation of general meetings and assemblies, with social participation of committees and local health authority.

The participatory management structure can be seen in: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/BOX.79/documentos/nsafci1057.pdf>

Beneficiaries will have access to health services necessarily through First Level establishments in the public sub-sector or mobile health teams. Access to health services on the second, third and fourth levels of care will be exclusively by reference to the lower level.

Exceptions to the provisions of emergency cases will be regulated by the Ministry of Health, must be met immediately at any level of care of the National Health System.

GOVERNMENT ROLE

The powers of the Ministry of Health and Sports, within the scope of the powers granted at central level by the State Political Constitution, include the regulation, planning, control and conduct of the National Health System, formed by the social security sectors in the short term. public and private, for-profit and non-profit and traditional medicine.

The Ministry of Health is the governmental body in the sector that promotes and guarantees the rights and duties to health of Bolivians and Bolivians; through the regulation and execution of inclusion policies and access to comprehensive intercultural health for individuals, families and communities, without exclusion or discrimination (BOLIVIA, 2009), implementing the Health Policy of the Intercultural Community Community and the Unified Health System with social participation.

FINANCING

The General Treasury of the Nation finances the human resources in health of the public sub-sector and the operation of the National Health Programs.

The financing of Health Products corresponding to the Third and Fourth Level of Assistance will be covered with resources from the General Treasury of the Nation, in accordance with the policies implemented by the government of the Plurinational State (BOLIVIA, 2019).

The Autonomous Municipal Governments and the Indigenous Peasants will finance the attention of their population in the First and Second Level of Care, with resources of 15.5% (fifteen points and five percent) of the Municipal Tax Co-Participation or the equivalent to the HDI.

Autonomous Territorial Entities, within the scope of their health competencies and responsibilities, may allocate additional resources from taxes, royalties or own resources, to finance extraordinary benefits or special programs for the promotion, prevention and early diagnosis of diseases of high incidence, prevalence and / or high burden, within its jurisdiction, for the most vulnerable populations (BOLIVIA, 2018).

The National Compensatory Health Fund - COMSALUD Fund aims to timely and effectively complement the resources of the Municipal Health Accounts when the Municipal Autonomous Governments and Indigenous Peasants demonstrate that the resources are insufficient for the payment of health benefits.

COVERAGE

The system covers services divided into levels of care (BOLIVIA, 2019):

- **First Level of Health Care:** It is the set of health units whose main function is to serve as a permanent initial point of contact for individuals, families and communities with the health system and to provide the closest possible access to health care. It mainly carries out health promotion and disease prevention activities, but it also offers general health care, nursing services and, according to the type of establishment, specialized outpatient consultation, dentistry, hospitalization and low complexity, complementary exams. to solve most common health problems.
- **Second Level of Health Care:** It is the network of hospitals that offers services, at least, in the basic specialties of: Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, General Surgery, Pediatrics and Anesthesiology, which attend most cases that require hospitalization or specialized care that the 1st level cannot offer. It also carries out health promotion and disease prevention activities, and can count on other specialties according to the local epidemiological profile.
- **Third level of health care:** It is the network of hospitals, general or specialized, with high resolution and technological capacity, whose health services that, due to their complexity, cannot be efficiently served in

the network of first and second level establishments and that require specific human, structural or technological resources.

- Fourth Level of Health Care: It is the network of health institutes charged with offering the highest technology available to solve health problems at lower levels and generate new knowledge that feeds the development of the health system as a whole.

Beneficiaries of free comprehensive health care in the public health sub-sector are:

- a) Bolivians who are not protected by the Short Term Social Insurance Subsector.
- b) Foreigners who are not protected by the Short Term Social Insurance Subsector, under international instruments, under the principle of reciprocity and under the same conditions as Bolivians.
- c) Foreigners who are in the Plurinational State of Bolivia not included in subsection b and belong to the following population groups: 1. Pregnant women, from the beginning of pregnancy to six (6) months after delivery; 2. Women in relation to sexual and reproductive health care; 3. Girls and boys under 5 (five) years of age; 4. Women and men from sixty (60) years of age; 5. People with disabilities

SERVICES OFFERED

Beneficiaries will have access to health services necessarily through First level establishments in the public subsector or mobile health teams. Access to health services in the second, third and fourth levels of care will be exclusively by reference to the lower level (BOLIVIA, 2018).

Exceptions to the provisions of emergency cases will be regulated by the Ministry of Health, must be met immediately at any level of care of the National Health System.

ACCESS AND QUALITY

Social Control systematizes and analyses the perception of the relevant and appropriate quality of medical assistance in the Territorial Health Unit, obtained by the Local Health Committees, according to the criteria, opportunity, availability, resolution and relevance. It also monitors the physical and financial execution of the municipal Health Plan projects, annual operating agendas and compliance with the internal regulations of the Local Health Management Authority, coordinates the actions for solving problems related to the Local Health Management Authority. the quality of medical care and services, coordinates with the Technical Manager of the Territorial Health Unit the solution and identification of problems and demands and monitors the implementation and consolidation of participatory health management and comprehensive intercultural care (MINISTERIO DE SALUD PLURINATIONAL STATE OF BOLIVIA, 2011).

The Maximum Instance of Local Health Management prepares its internal regulations according to its reality, based on national standards, guarantees the implementation of Intercultural Community Family Health and its models: Participatory Management and Care, guarantees the formation and work of the Municipal Board every six months (for planning and monitoring), to prepare, define and monitor the progress of the Municipal Health Strategy (SGA), it tracks the performance of the entire health team in the municipality in accordance with Law 1178 and regulations of the Ministry of Health, manages and controls the equitable distribution of human resources of the health system in the Municipal Network, among other control attributions, also guaranteeing the quality of care.

The main strategy of the SAFCI policy is Health Promotion, which is a political process of social, intersectoral mobilization, transforming social determinants of health, carried out in co-responsibility between the organized population, authorities, the health sector and other sectors. Their means are:

- Education for life.
- Reorientation of health services.
- Social mobilization.
- Strategic alliances.

INTEGRATION AND COORDINATION

The Intercultural Community Family Health Policy (SAFCI) provides for participatory management and social control, which is the interaction of social actors and institutions to make decisions about health actions in an efficient, harmonious and balanced way, with the aim of transforming health determinants, reorient health services, strengthen traditional medicine and generate health protection habits through planning, execution-administration and monitoring-social control (MINISTERIO SALUD Y DEPORTES, 2013).

ELECTRONIC HEALTH RECORD

The Bolivian Ministry of Health has a National Health Information System - Epidemiological Surveillance (SNIS-VE), being a technical unit of the Ministry of Health that regulates and administers health information, focused on management, public health surveillance and the analysis of the health situation for decision making at different levels of the health system.

To access the information visit: <https://snis.minsalud.gob.bo/conociendo-al-snis-ve/mision-y-vision>

COST CONTAINMENT

The Autonomous Municipal Governments and Indigenous Peasants will be responsible for a specific tax account called "Municipal Health Account", for the administration of (BOLIVIA, 2018):

1. Fifteen and a half percent (15.5%) of resources from municipal tax co-participation or the equivalent to resources from the municipal HDI.
2. The funds transferred to them by the National Compensatory Health Fund.

The Municipal Health Account will be used to finance benefits granted at First, Second and Third Level healthcare facilities and at Fourth Level Health Institutes in the municipal jurisdiction.

Health units of all levels of care, once payment has been received for the assistance provided, should prioritize the provision and timely and continuous replacement of medicines, supplies and reagents necessary to ensure continuity of care to beneficiaries.

Autonomous Municipal Governments and Indigenous Peasant Debtors are obliged to reimburse emerging payments for health benefits made to their beneficiary population sent to health facilities in other Municipalities.

If there are accumulated annual balances of resources in the municipal health account, they will be reallocated to the health benefits of the following management or they can be used in the following order of priorities: strengthening health equipment and infrastructure, special health programs or contracting resources health facilities.

INNOVATION

Law 1069 of May 28, 2018 and Law 1152 of February 20, 2019 modify Law No. 475, of December 30, 2013, on the Provision of Comprehensive Health Services to the Plurinational State of Bolivia to expand the beneficiary population with free medical assistance, moving to a Unified Health System, Universal and Free.

The Ministry of Health socialized and validated the Unified Health Information System (SUIS) for its subsequent implementation at the national level, in order to strengthen the systematization of information generated in health units.

With the implementation of this new system, customer service and computer systems will be improved. The country's nine Departmental Health Services (SEDES), the General Directorate of Planning and the National Health Information System (SNIS) of the Ministry of Health participated in the validation. SUIS will replace the current SNIS.

More information at: <https://www.minsalud.gob.bo/1788-sistema-unico-de-informacion-en-salud-fue-socializado-y-validado-para-su-implementacion>

ORAL HEALTH

Since its implementation, the National Oral Health Program seeks to respond to needs in the field of dental care, providing dental services within the scope of the action lines of the Intercultural Community Family Health (SAFCI) model. (VILLEGAS, 2019).

It aims to substantially reduce dental caries rates in the Bolivian population, eliminate the population's exclusion levels in relation to oral health throughout the national territory, carry out, coordinate joint actions with all dental care entities in the country, promote and contribute for the democratization of oral health in the population of the entire national context, to evaluate the administrative and operational costs of the services according to the activities of the dental area and to strengthen the work of the National Health Information System (SNIS-VE) with the provision of information on oral health in the different action fronts.

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

MSyD's oral health services offer is basically carried out through SEDES (Departmental Health Services) and municipal governments (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES., 2006). Dental care in health establishments in the municipalities is primary, with a preventive profile in the areas: diagnosis, periodontics, dental surgery, endodontics and oral surgery.

The treatments normally performed are: sealants, simple extraction, fluoridation, pulpotomies, among others; complex surgical treatments are also performed (extraction of retained teeth) and maxillofacial surgery in third level hospitals.

The model of Comprehensive Oral Health Care in the national health system is guided by the following Accessibility principles: it must be accessible geographically, economically, functionally, socioculturally and technologically; Equity: Oral health services will be provided in relation to the needs of users and the right to oral health: as a constitutional principle that confers obligations and rights to the person, society and institutions.

The proposed model of oral health care is comprehensive, with an emphasis on promotion and prevention, establishing an appropriate balance with the healing and restorative components and a complementary relationship with medical care; also seeking to articulate the other sectors of development (social, economic and environmental), in order to contribute to human development to improve the quality of life and eliminate disparities in health, facilitating collaboration between individuals, health professionals, communities and politicians in all levels of society to make the most of existing initiatives.

Description of the fixed office equipment and mobile teams, as well as instruments and supplies can be found in this document: <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/send/23-programa-salud-oral/273-normas-de-salud-oral>. As well as the description of human resources activities.



BOLIVIA – ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

Con un Sistema de Salud universal gratuito, el sistema de salud público boliviano se caracteriza por procesos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención, teniendo como objetivo ampliar el acceso y la promoción de la salud (BOLIVIA, 2018).

El Ministerio de Salud como órgano rector tiene diferentes niveles de relación con todos los integrantes del sector: el subsector público, la seguridad social a corto plazo, el subsector privado y sin fines de lucro y el subsector de medicina tradicional (MINISTERIO DE SALUD BOLIVIA, 2017).

La Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural -SAFCI- es la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia. Complementa y articula a los trabajadores de la salud y los médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígenas Originario Campesinos (IOC) con la persona, la familia y la comunidad, madre tierra y cosmos; esto con base en sus organizaciones en la Gestión Participativa, Control Social y Atención Integral Intercultural de la Salud (MINISTERIO SALUD Y DEPORTES, 2013).

Los niveles, estructuras y espacios de gestión participativa se dividen en:

Central: Estructura estatal del Ministerio de Salud, con espacios para la deliberación asambleas / congresos nacionales y estructura social del consejo social nacional de salud.

Departamental: Estructura estatal de la SEDES (Servicio Departamental de Salud), con espacios para la deliberación de asambleas / congresos departamentales y estructura social del consejo social departamental de salud.

Municipal o Indígena Originario Campesino (IOC): Estructura estatal de máxima autoridad ejecutiva a nivel municipal o IOC, con espacio para la deliberación de la Mesa Municipal o IOC y estructura social de los consejos sociales municipales o IOC de salud.

Local: Estructura estatal que se desarrolla en un Establecimiento de Salud (unidad operativa básica de la Red Funcional de Servicios de Salud) de primer nivel y en sus comunidades o barrios, con espacio para la deliberación en reuniones y asambleas generales, con participación social de comités y autoridades locales de salud.

La estructura de gestión participativa se puede ver en: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/BOX.79/documentos/nsafci1057.pdf>

PAPEL DEL GOBIERNO

Los poderes del Ministerio de Salud y Deportes, dentro del alcance de las facultades atribuidas a nivel central por la Constitución Política del Estado, incluyen la regulación, planificación, control y conducción del Sistema Nacional de Salud, formado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público, privado con y sin ánimo de lucro y medicina tradicional.

El Ministerio de Salud es el organismo gubernamental que promueve y garantiza los derechos y deberes en salud de bolivianos y bolivianas. Esto, a través de la regulación e implementación de políticas de inclusión y acceso a la salud intercultural integral para individuos, familias y comunidades, sin exclusión ni discriminación (BOLIVIA, 2009),

implementando La Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud con participación social.

FINANCIACIÓN

La Tesorería General de la Nación financia los recursos humanos en salud del subsector público y la operación de los Programas Nacionales de Salud. El financiamiento de los Productos de Salud correspondientes al Tercer y Cuarto Nivel de Atención se cubre con recursos del Tesoro General de la Nación, de acuerdo con las políticas implementadas por el gobierno del Estado Plurinacional (BOLIVIA, 2019).

Los Gobiernos Municipales Autónomos y Campesinos Indígenas financiarán la atención de su población en el primer y segundo nivel de atención, con recursos del 15,5% de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente al IDH (Índice de Desarrollo Humano).

Las Entidades Territoriales Autónomas, dentro del alcance de sus competencias y responsabilidades en salud, pueden asignar recursos adicionales de impuestos, regalías o recursos propios, para financiar beneficios extraordinarios o programas especiales para la promoción, prevención y diagnóstico temprano de enfermedades de alta incidencia, prevalencia y/o alta carga, dentro de su jurisdicción, para las poblaciones más vulnerables (BOLIVIA, 2018).

El Fondo Compensatorio Nacional de Salud - Fondo COMSALUD - tiene como objetivo complementar de manera oportuna y efectiva los recursos de las Cuentas Municipales de Salud cuando los Gobiernos Autónomos Municipales y Campesinos Indígenas demuestren que los recursos son insuficientes para el pago de los beneficios de salud.

COBERTURA

El sistema abarca servicios divididos en niveles de atención (BOLIVIA, 2019):

- Primer nivel de atención en salud: Es el conjunto de unidades de salud cuya función principal es servir de punto de contacto inicial permanente de individuos, familias y comunidades con el sistema de salud y proporcionar el acceso más cercano posible a la atención en salud. Realiza, principalmente, actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, pero también ofrece atención general en salud, servicios de enfermería y, según el tipo de establecimiento, consultas ambulatorias especializadas, odontología, hospitalización y exámenes complementarios de baja complejidad, suficientes para resolver la mayoría de los problemas de salud más frecuentes.
- Segundo nivel de atención en salud: Es la red de hospitales que ofrece servicios, por lo menos, en las especialidades básicas de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Anestesiología, que prestan servicios en la mayoría de los casos que requieren hospitalización o atención especializada que el primer nivel no puede ofrecer. También realiza actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, pudiendo contar con otras especialidades según el perfil epidemiológico local.
- Tercer nivel de atención en salud: Es la red de hospitales, generales o especializados, con alta resolución y capacidad tecnológica, cuya oferta de servicios de salud, por su complejidad, no podrían ser cubiertos eficientemente en la red de establecimientos de primer y segundo nivel y que requieren recursos humanos, estructurales o tecnológicos específicos.

- Cuarto nivel de atención en salud: Es la red de institutos de salud encargados de proporcionar la más alta tecnología disponible para resolver los problemas de salud y generar nuevos conocimientos que alimenten el desarrollo del sistema de salud en su conjunto.

Son beneficiarios de la atención integral en salud en el subsector público y de forma gratuita:

- a) Los bolivianos y bolivianas que no están protegidos por el Subsector de Seguro Social de Corto Plazo.
- b) Los extranjeros que no estén protegidos por el Subsector de Seguro Social de Corto Plazo, dentro del ámbito de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que los bolivianos.
- c) Extranjeros que se encuentren en el Estado Plurinacional de Bolivia y que no estén incluidos en el inciso b) y que pertenezcan a los siguientes grupos de población: 1. mujeres embarazadas, desde el inicio del embarazo hasta seis meses después del parto; 2. mujeres en relación a la atención de la salud sexual y reproductiva; 3. niñas y niños menores de cinco años; 4. mujeres y hombres a partir de los sesenta años y 5. personas con discapacidad.

SERVICIOS OFRECIDOS

Los beneficiarios tendrán acceso a los servicios de salud necesariamente a través de los establecimientos del primer nivel del subsector público o de los equipos móviles de salud. El acceso a los servicios de salud del segundo, tercer y cuarto nivel será exclusivamente por referencia al nivel inferior (BOLIVIA, 2018).

Las excepciones a las disposiciones de los casos de emergencia serán reguladas por el Ministerio de Salud, deben ser atendidas inmediatamente en cualquier nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

ACCESO Y CALIDAD

El Control Social sistematiza y analiza la percepción de la calidad, relevancia y oportunidad de la atención médica en las Unidades Territoriales de Salud, obtenido por los Comités Locales de Salud, según los criterios de oportunidad, disponibilidad, resolutivez y relevancia. También supervisa la ejecución física y financiera de los proyectos del Plan Municipal de Salud, las agendas anuales de operación y el cumplimiento del reglamento interno de la Instancia Máxima de Gestión Local de Salud (IMGLS), coordina con la IMGLS las acciones para resolver los problemas relacionados con la calidad de los cuidados y los servicios médicos, también dirigen junto con el con el Coordinador Técnico de la Unidad Territorial de Salud la solución e identificación de problemas y demandas y, finalmente, supervisa la implementación y consolidación de la gestión participativa de la salud y la atención intercultural integral (MINISTERIO DE SALUD ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, 2011).

La Instancia Máxima de Gestión Local de Salud (IMGLS) elabora su reglamento interno de acuerdo a su realidad, basado en normas nacionales, garantiza la implementación de SAFCI (Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural) y sus modelos: Gestión Participativa y Atención, asegura la conformación y el trabajo de la Mesa Municipal de Salud cada seis meses (para la planificación y el seguimiento), para elaborar, definir y controlar el progreso de la Estrategia Municipal de Salud (EMS), monitorea el desempeño de todo el equipo municipal de salud de acuerdo con la Ley 1178 y el reglamento del Ministerio de Salud, gestiona y controla la distribución equitativa de los recursos humanos del sistema de salud en la Red Municipal, entre otros deberes de control, asegurando también la calidad de la atención.

La principal estrategia de la política SAFCI es la Promoción de la Salud, que es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de los determinantes sociales de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, las autoridades, el sector salud y otros. Sus medios son:

- Educación para la vida.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Movilización social.
- Alianzas estratégicas.

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

La Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) prevé la Gestión participativa y el Control social, que es la interacción de los actores sociales y las instituciones para tomar decisiones sobre las acciones de salud de manera eficiente, armónica y equilibrada, con el objetivo de transformar los determinantes de la salud, reorientar los servicios de salud, fortalecer la medicina tradicional y generar hábitos de protección de la salud a través de la planificación, la ejecución-administración y el control social-monitoreo (MINISTERIO SALUD Y DEPORTES, 2013).

REGISTRO ELECTRÓNICO DE SALUD

El Ministerio de Salud de Bolivia cuenta con un Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), siendo una unidad técnica del Ministerio de Salud que regula y administra la información sanitaria, centrada en la gestión, la vigilancia en salud pública y el análisis de la situación de salud para la toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de salud.

Para acceder a la información visite: <https://snis.minsalud.gob.bo/conociendo-al-snis-ve/mision-y-vision>

CONTENCIÓN DE COSTOS

Los Gobiernos Municipales Autónomos y Campesinos Indígenas serán responsables de una cuenta fiscal específica llamada "Cuenta Municipal de Salud", para la administración de (BOLIVIA, 2018):

1. 15,5% de los recursos de coparticipación tributaria municipal o el equivalente a los recursos del IDH municipal.
2. Los recursos que les transfiere el Fondo Compensatorio Nacional de Salud .

La Cuenta Municipal de Salud se utilizará para financiar los beneficios otorgados en los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel y en los Institutos de cuarto nivel en la jurisdicción municipal.

Los establecimientos de salud de todos los niveles de atención, una vez recibido el pago de la asistencia prestada, deben dar prioridad al suministro y la sustitución oportuna y continua de medicamentos, suministros y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención a los beneficiarios.

Los Gobiernos Municipales Autónomos y Deudores Campesinos Indígenas Nativos están obligados a reembolsar los pagos emergentes de los beneficios de salud realizados a su población beneficiaria remitida a los establecimientos de salud de otros Municipios.

En caso de haber saldos anuales acumulados de recursos en la cuenta municipal de salud, estos serán reasignados a los beneficios de salud de la siguiente gestión o podrán ser utilizados en el siguiente orden de prioridades: fortalecimiento de equipamientos e infraestructura de salud, programas especiales de salud o contratación de recursos humanos de los establecimientos de salud.

INNOVACIÓN

La Ley 1069 de 28 de mayo de 2018 y la Ley 1152 de 20 de febrero de 2019 modifican la Ley Nº 475 de 30 de diciembre de 2013, sobre la de Prestación de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia para ampliar la población beneficiaria con asistencia médica gratuita, avanzando hacia un Sistema Único de Salud universal y gratuito.

El Ministerio de Salud socializó y validó el Sistema Único de Información de Salud (SUIS) para su posterior implementación a nivel nacional con el fin de fortalecer la sistematización de la información generada en las unidades de salud.

Con la implementación de este nuevo sistema se mejorará el servicio al cliente y los sistemas informáticos. Los nueve Servicios Departamentales de Salud (SEDES) del país, la Dirección General de Planificación y el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del Ministerio de Salud participaron en la validación. El SUIS reemplaza al SNIS.

Más información en: <https://www.minsalud.gob.bo/1788-sistema-unico-de-informacion-en-salud-fue-socializado-y-validado-para-su-implementacion>

SALUD BUCAL

Desde su implementación, el Programa Nacional de Salud Oral busca satisfacer las necesidades en el campo de la atención odontológica, brindando servicios odontológicos dentro de las líneas de acción del modelo SAFCI (Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural) (VILLEGAS, 2019).

SERVICIOS Y COBERTURA DE SALUD ORAL

La oferta de servicios de salud oral del Ministerio de Salud y Deportes es realizada básicamente a través de los SEDES (Servicios Departamentales de Salud) y los gobiernos municipales (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES., 2006). La atención odontológica, en los establecimientos de salud municipales, hace parte del primer nivel de atención, con un perfil preventivo en las áreas de diagnóstico, periodoncia, cirugía dental, endoncia y cirugía oral.

Los tratamientos normalmente realizados son: Sellantes, exodoncias simples, fluorización, pulpotomías, entre otros; también se realizan tratamientos quirúrgicos complejos (exodoncia de dientes retenidos) y cirugía maxilofacial en hospitales de tercer nivel.

El modelo de Atención Integral de Salud oral en el Sistema Nacional de Salud es orientado por los siguientes principios: Accesibilidad, debe ser accesible desde el punto de vista geográfico, económico, funcional, sociocultural y tecnológico; Equidad, serán prestados servicios de salud oral en relación a las necesidades de los usuarios y el Derecho

a la Salud oral: como principio constitucional que confiere obligaciones y derechos a la persona, la sociedad y las instituciones.

El modelo propuesto de atención en salud oral es integral, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estableciendo un equilibrio adecuado con los componentes curativos y restauradores y una relación complementaria con la atención médica; también busca articular los demás sectores del desarrollo (social, económico y ambiental) con el fin de contribuir al desarrollo humano para mejorar la calidad de vida y eliminar las inequidades en salud, facilitando la colaboración entre individuos, profesionales de la salud, comunidades y políticos en todos los niveles de la sociedad para aprovechar al máximo de las iniciativas existentes.

La descripción de los equipos de consultorios y de unidades móviles, así como de instrumentales, insumos y las actividades de recursos humanos, puede ser encontrada en: <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/send/23-programa-salud-oral/273-normas-de-salud-oral>.



BOLIVIA – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

Com a adesão do Sistema Único de Saúde universal gratuito, o sistema de saúde público se caracteriza pelos processos de referência e contra referência entre os níveis de atenção, visando a ampliação do acesso e a promoção da saúde (BOLIVIA, 2018).

O Ministério da saúde como entidade reitora tem diferentes níveis de relação com todos os integrantes do setor: o subsetor público, a seguridade social de curto prazo, o subsetor privado com e sem fim lucrativo e o subsetor da medicina tradicional (MINISTERIO DE SALUD BOLIVIA, 2017).

A SAFCI é a política de saúde do Estado Plurinacional da Bolívia, complementando e articulando os funcionários de saúde e médicos tradicionais dos povos indígenas originários campesinos com o indivíduo, família e comunidade, com base em suas organizações em Gestão Participativa e Controle Social e Cuidado Integral Intercultural de saúde (MINISTERIO SALUD Y DEPORTES, 2013).

Os níveis, estruturas e espaços da gestão participativa são divididos em:

Central: Estrutura estatal do Ministério da Saúde, com espaços de deliberação de assembleias/congressos nacionais e estrutura social do conselho social nacional de saúde.

Departamental: Estrutura estatal das SEDES (serviço departamental de saúde), com espaços de deliberação de assembleias/congressos departamentais e estrutura social do conselho social departamental de saúde.

Municipal ou Autonomia Indígena Originário Campesino (IOC): Estrutura estatal da máxima autoridade executiva municipal ou IOC, com espaço de deliberação da Mesa Municipal ou IOC e estrutura social de conselhos sociais municipais ou IOC de saúde.

Local: Estrutura estatal do estabelecimento de 1 nível ou da comunidade/bairro, com espaço de deliberação de reuniões gerais e assembleias, com participação social de comitês e autoridade local de saúde.

A estrutura da gestão participativa pode ser vista em: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/BOX.79/documentos/nsafci1057.pdf>

Os Beneficiários terão acesso aos serviços de saúde necessariamente através dos estabelecimentos de Primeiro nível do subsetor público ou das equipes móveis de saúde. O acesso aos serviços de saúde do segundo, terceiro e quarto nível de atendimento será exclusivamente por referência do nível inferior.

Exceções às disposições de casos de emergências serão regulamentadas pelo Ministério da Saúde, devem ser atendidas imediatamente em qualquer nível de atendimento do Sistema Nacional de Saúde.

PAPEL DO GOVERNO

Os poderes do Ministério da Saúde e do Esporte, no âmbito dos poderes atribuídos ao nível central pela Constituição Política do Estado, incluem a regulamentação, o planejamento, o controle e a condução do Sistema Nacional de Saúde, formado pelos setores de seguridade social a curto prazo, público e privado, com e sem fins lucrativos e medicina tradicional.

O Ministério da Saúde é o órgão governamental do setor que promove e garante os direitos e deveres à saúde de bolivianos e bolivianas; através da regulamentação e execução de políticas de inclusão e acesso à saúde intercultural integral para indivíduos, famílias e comunidades, sem exclusão ou discriminação (BOLÍVIA, 2009), implementando a Política de Saúde da Comunidade da Comunidade Intercultural e o Sistema Único de Saúde com participação social.

FINANCIAMENTO

O Tesouro Geral da Nação financia os recursos humanos em saúde do subsetor público e a operação dos Programas Nacionais de Saúde.

O financiamento dos Produtos de Saúde correspondentes ao Terceiro e Quarto Nível de Assistência será coberto com recursos do Tesouro Geral da Nação, de acordo com as políticas implementadas pelo governo do Estado Plurinacional (BOLÍVIA, 2019).

Os Governos Municipais Autônomos e os Camponeses Indígenas financiarão a atenção de sua população no Primeiro e Segundo Nível de Atenção, com recursos de 15,5% (quinze pontos e cinco por cento) da Co-Participação Tributária Municipal ou o equivalente ao IDH.

As Entidades Territoriais Autônomas, no âmbito de suas competências e responsabilidades de saúde, pode alocar recursos adicionais de impostos, royalties ou recursos próprios, para o financiamento de benefícios extraordinários ou programas especiais de promoção, prevenção e diagnóstico precoce de doenças de alta incidência, prevalência e/ou alta carga, no âmbito de sua jurisdição, para as populações mais vulneráveis (BOLÍVIA, 2018).

O Fundo Nacional de Saúde Compensatório – Fundo COMSALUD tem o objetivo de complementar oportuna e efetivamente os recursos das Contas Municipais de Saúde quando os Governos Autônomos Municipais e Camponeses Indígenas demonstrarem que os recursos são insuficientes para o pagamento de benefícios à saúde.

COBERTURA

O sistema cobre serviços divididos em níveis de atenção (BOLÍVIA, 2019):

- Primeiro Nível de Assistência à Saúde: É o conjunto de unidades de saúde cuja principal função é servir como ponto de contato inicial permanente de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde e fornecer o acesso mais próximo possível aos cuidados de saúde. Realiza, sobretudo, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também oferece atendimento geral de saúde, serviços de enfermagem e, de acordo com o tipo de estabelecimento, consulta ambulatorial especializada, odontologia, hospitalização e exames complementares de baixa complexidade, suficiente para resolver a maioria dos problemas de saúde mais frequentes.
- Segundo Nível de Assistência à Saúde: É a rede de hospitais que oferece serviços, pelo menos, nas especialidades básicas de: Medicina Interna, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Pediatria e Anestesiologia, que atendem à maioria dos casos que requerem hospitalização ou atendimento especializado que o 1º nível não pode oferecer. Também realiza atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, podendo contar com outras especialidades de acordo com o perfil epidemiológico local.
- Terceiro nível de atenção à saúde: É a rede de hospitais, gerais ou especializados, com alta resolução e capacidade tecnológica, cujos serviços de saúde que, devido à sua complexidade, não podem ser atendidos

eficientemente na rede de estabelecimentos de primeiro e segundo nível e que requerem recursos humanos, estruturais ou tecnológicos específicos.

- Quarto Nível de Assistência à Saúde: É a rede de institutos de saúde encarregados de oferecer a mais alta tecnologia disponível para resolver problemas de saúde dos níveis inferiores e gerar novos conhecimentos que alimentam o desenvolvimento do sistema de saúde como um todo.

São beneficiários da atenção integral em saúde de carácter gratuito no subsetor público de saúde:

1. Bolivianas e bolivianos que não são protegidos pelo Subsetor de Seguro Social de Curto Prazo.
2. Estrangeiros que não sejam protegidos pelo Subsetor de Seguro Social de Curto Prazo, no âmbito de instrumentos internacionais, sob o princípio da reciprocidade e nas mesmas condições que os bolivianos.
3. Estrangeiros que estão no Estado Plurinacional da Bolívia não incluídos na subseção b e pertencentes aos seguintes grupos populacionais: 1. Gestantes, desde o início da gravidez até seis (6) meses depois ao parto; 2. Mulheres em relação a cuidados de saúde sexual e reprodutiva; 3. Meninas e meninos com menos de 5 (cinco) anos de idade; 4. Mulheres e homens a partir dos sessenta (60) anos de idade; 5. Pessoas com deficiência.

SERVIÇOS OFERECIDOS

Os Beneficiários terão acesso aos serviços de saúde necessariamente através dos estabelecimentos de Primeiro nível do subsetor público ou das equipes móveis de saúde. O acesso aos serviços de saúde do segundo, terceiro e quarto nível de atendimento será exclusivamente por referência do nível inferior (BOLIVIA, 2018).

Exceções às disposições de casos de emergências serão regulamentadas pelo Ministério da Saúde, devem ser atendidas imediatamente em qualquer nível de atendimento do Sistema Nacional de Saúde.

ACESSO E QUALIDADE

O Controle Social sistematiza e analisa a percepção da qualidade relevante e apropriada da assistência médica na Unidade Territorial de Saúde, obtida pelos Comitês Saúde Local, de acordo com os critérios, oportunidade, disponibilidade, resolutividade e relevância. Ele também acompanha a execução física e financeira dos projetos do Plano Saúde municipal, agendas anuais de operação e conformidade do regulamento interno da Instância Máxima de Gerenciamento Local de Saúde, coordena com a Instância Máxima da Gestão Local de Saúde as ações de solução para problemas relacionados à qualidade dos cuidados e serviços médicos, coordena com o Gerente Técnico da Unidade Territorial de Saúde a solução e identificação de problemas e demandas e monitora a implementação e consolidação da gestão participativa da saúde e atenção intercultural integral (MINISTERIO DE SALUD ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, 2011).

A Instância Máxima da Gestão Local de Saúde elabora seus regulamentos internos de acordo com sua realidade, com base nos padrões nacionais, garante a implementação da Saúde Familiar Comunitária Intercultural e seus modelos: Gestão Participativa e Atenção, garante a formação e o trabalho da Junta Municipal de Saúde a cada seis meses (para planejamento e monitoramento), para preparar, definir e monitorar o progresso da Estratégia Municipal de Saúde (SGA), acompanha o desempenho de toda a equipe de saúde do município de acordo com a Lei 1178 e regulamentos do Ministério da Saúde, gerencia e controla a distribuição equitativa dos recursos humanos do siste-

ma saúde na Rede Municipal, entre outras atribuições de controle, garantindo também a qualidade de atendimento.

A principal estratégia da política SAFCI é a Promoção da Saúde, que é um processo político de mobilização social, intersetorial, transformador de determinantes sociais da saúde, realizado em corresponsabilidade entre a população organizada, autoridades, setor de saúde e outros setores. Seus meios são:

- Educação para a vida.
- Reorientação dos serviços de saúde.
- Mobilização social.
- Alianças estratégicas.

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

A Política de Saúde Familiar Comunitária Intercultural (SAFCI) prevê a Gestão participativa e Controle social, que é a interação de atores sociais e Instituições para tomar decisões sobre ações de saúde de maneira eficiente, harmoniosa e equilibrada, com o objetivo de transformar determinantes da saúde, reorientar os serviços de saúde, fortalecer a medicina tradicional e gerar hábitos de proteção à saúde, através do planejamento, execução-administração e monitoramento-controle social (MINISTERIO SALUD Y DEPORTES, 2013).

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

O Ministério de Saúde Boliviano possui um Sistema Nacional de Informação em Saúde – Vigilância Epidemiológica (SNIS-VE), sendo uma unidade técnica do Ministério da Saúde que regula e administra as informações em saúde, voltadas para o gerenciamento, vigilância em saúde pública e a análise da situação da saúde para tomada de decisão nos diferentes níveis do sistema de saúde.

Para ter acesso as informações visite: <https://snis.minsalud.gob.bo/conociendo-al-snis-ve/mision-y-vision>

CONTENÇÃO DE CUSTOS

Os Governos Municipais Autônomos e Camponeses Indígenas serão responsáveis por uma conta fiscal específica chamada “Conta Municipal de Saúde”, para a administração de (BOLIVIA, 2018):

1. Quinze e meio por cento (15,5%) dos recursos da coparticipação tributária municipal ou o equivalente aos recursos provenientes do IDH municipal.
2. Os recursos transferidos a eles pelo Fundo Nacional de Saúde Compensatório.

A Conta Municipal de Saúde será usada para financiar os benefícios concedidos em estabelecimentos de saúde de Primeiro, Segundo e Terceiro Nível de atenção e em Institutos de Quarto Nível de Saúde na jurisdição municipal.

As unidades de saúde de todos os níveis de atenção, uma vez recebido o pagamento pela assistência prestada, devem priorizar o fornecimento e a substituição oportuna e contínua de medicamentos, suprimentos e reagentes necessários para garantir a continuidade do atendimento aos beneficiários.

Os Governos Municipais Autônomos e Devedores Camponeses Indígenas Nativos são obrigados a reembolsar os pagamentos emergentes pelos benefícios de saúde feitos à sua população beneficiária encaminhada aos estabelecimentos de saúde de outros Municípios.

Caso houver saldos anuais acumulados de recursos na conta municipal de saúde, eles serão realocados para os benefícios de saúde da seguinte gestão ou poderão ser utilizados na seguinte ordem de prioridades: fortalecimento de equipamentos e infraestrutura de saúde, programas especiais de saúde ou contratação de recursos humanos dos estabelecimentos de saúde.

INOVAÇÃO

A Lei 1069 de 28 de Maio de 2018 e a Lei 1152 de 20 de Fevereiro de 2019O modificam a Lei nº 475, de 30 de dezembro de 2013, sobre a Prestação de Serviços de Saúde Integral ao Estado Plurinacional da Bolívia para expandir a população beneficiária com assistência médica gratuita, movendo-se para um Sistema Único de Saúde, Universal e Gratuito.

O Ministério da Saúde socializou e validou o Sistema Único de Informação em Saúde (SUIS) para sua posterior implementação em nível nacional, a fim de fortalecer a sistematização das informações geradas nas unidades de saúde.

Com a implementação deste novo sistema, o atendimento ao cliente e os sistemas de computadores serão aprimorados. Os nove Serviços Departamentais de Saúde (SEDES) do país, a Diretoria Geral de Planejamento e o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) do Ministério da Saúde participaram da validação. O SUIS substituirá o atual SNIS.

Mais informações em: <https://www.minsalud.gob.bo/1788-sistema-unico-de-informacion-en-salud-fue-socializado-y-validado-para-su-implementacion>

SAÚDE BUCAL

Desde sua implementação, o Programa Nacional de Saúde Bucal busca responder às necessidades no campo da assistência odontológica, fornecendo serviços odontológicos no âmbito das linhas de ação do modelo de Saúde Familiar Comunitária Intercultural (SAFCI) (VILLEGAS, 2019).

Tem como objetivo diminuir substancialmente as taxas de cárie dentária na população boliviana, eliminar os níveis de exclusão da população em relação à saúde bucal em todo o território nacional, realizar, coordenar ações conjuntas com todas as entidades de atendimento odontológico do país, promover e contribuir para a democratização da saúde bucal na população de todo o contexto nacional, avaliar os custos administrativos e operacionais dos serviços de acordo com as atividades da área odontológica e fortalecer o trabalho do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS-VE) com o fornecimento de informações sobre saúde bucal nas diferentes frentes de ação.

SERVIÇOS E COBERTURA DE SAÚDE BUCAL

A oferta de serviços de saúde bucal do MSyD é realizada basicamente através da SEDES (Serviços Departamentais de Saúde) e dos governos municipais (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES., 2006). O atendimento odontológico,

nos estabelecimentos de saúde dos municípios, é primário, com perfil preventivo nas áreas: diagnóstico, periodontia, cirurgia dentária, endodontia e cirurgia oral.

Os tratamentos normalmente realizados são: vedantes, exodontia simples, fluoretação, pulpotomias, entre outros; tratamentos cirúrgicos complexos também são realizados (exodontia de dentes retidos) e cirurgia maxilofacial em hospitais de terceiro nível.

O modelo de Atenção Integral à Saúde Bucal no sistema nacional de saúde é orientado pelos seguintes princípios da Acessibilidade: deve ser acessível geograficamente, economicamente, funcionalmente, socioculturalmente e tecnologicamente; Equidade: Serão prestados serviços de saúde bucal em relação às necessidades dos usuários e Direito à saúde bucal: como princípio constitucional que confere obrigações e direitos à pessoa, à sociedade e às instituições.

O modelo proposto de atenção à saúde bucal é integral, com ênfase na promoção e prevenção, estabelecendo um equilíbrio adequado com os componentes curativos e restauradores e uma relação complementar com a atenção médica; buscando também articular os demais setores do desenvolvimento (social, econômico e ambiental), a fim de contribuir para o desenvolvimento humano para melhorar a qualidade de vida e eliminar as disparidades na saúde, facilitando colaboração entre indivíduos, profissionais de saúde, comunidades e políticos em todos os níveis da sociedade para tirar o máximo proveito das iniciativas existentes.

Descrição dos equipamentos de consultório fixo e equipes móveis, assim como instrumentais e insumos pode ser encontrado nesse documento: <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/send/23-programa-salud-oral/273-normas-de-salud-oral>. Assim como a descrição das atividades de recursos humanos.

BOLIVIA. **DECRETO SUPREMO N° 29894**, 2009. .

BOLIVIA. **LEY No 1069 del 28 de Mayo de 2018**, 2018. .

BOLIVIA. **LEY N° 1152**, 2019. .

MINISTERIO DE SALUD BOLIVIA. **PLAN ESTRATÉGICO Institucional 2016-2020**, 2017. .

MINISTERIO DE SALUD ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Local en Salud. p. 36, 2011.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Manual de Normas en Salud Oral. p. 221, 2006. Disponible em: <https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/saludOral/2010-Normas_Salud_Oral-6316.pdf>.

MINISTERIO SALUD Y DEPORTES. **Salud Familiar Comunitaria Intercultural**, 2013. .

VILLEGAS, S. F. **Developing a team to improve oral health: The oral health public policy of the ministry pf health plurinational state of bolivia**. [s.l: s.n.]





por Nicole Pischel

BRAZIL – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

The Brazilian Health System, called Sistema Único de Saúde (SUS) was created in 1990 by Law 8080, also called the “Organic Health Law”, thus providing universal access for the population to the public health system, without any discrimination. According to the Federal Constitution of 1988 (CF-88), "Health is the right of all and the duty of the State" (Brasil, 1990).

As we know that the individual's full well-being consists of a broader set of economic and social policies (employment, housing, sanitation, good food, education, security, etc.), the importance of a good health policy that guarantees universality, equity, integrality and quality is indisputable.

Therefore, the SUS network is broad and encompasses both actions and health services. It encompasses primary, medium and high complexity care, urgent and emergency services, hospital care, actions and services for epidemiological, health and environmental surveillance and pharmaceutical assistance.

GOVERNMENT ROLE

The Sistema Único de Saúde (SUS) is governed by the three spheres of the Federation, Ministry of Health, States and Municipalities, where each has its own responsibilities.

The Ministry of Health has the function of offering conditions for the promotion, protection and recovery of the population's health, reducing illnesses, controlling endemic and parasitic diseases and improving health surveillance, thus giving more quality of life to Brazilians. It has the challenge of guaranteeing the citizen's right to health care and providing conditions so that this right is available to everyone, regardless of each person's social condition (Brasil, 1990).

The State Secretary of Health (SES) is involved in the formulation of health policies and actions. It has the functions of regulating, formulating and evaluating health policies, negotiating and coordinating state health policy (Ministerio da Saúde, 2001).

The Municipal Health Secretariat (SMS) is responsible for planning, developing, guiding, coordinating and executing the municipality's health policy, comprising both outpatient and hospital care; it is also your responsibility to plan, develop and carry out health and epidemiological surveillance actions within your competence (Ministério da Saúde, 2001).

The Health Council is a collegial, resolute and definitive body of the Sistema Único de Saúde - SUS in each sphere of Government, part of the basic structure of the Ministry of Health, the State Health Secretariat, the Federal District and the Municipalities. It acts in the formulation and proposition of strategies and in the control of the execution of Health Policies, including, in their economic and financial aspects.

FINANCING

SUS is financed with citizens' taxes. Law 8080 and 8142 of the Federal Constitution 1988 provides that the three spheres of government - federal, state and municipal - finance the Sistema Único de Saúde (SUS), generating the

necessary revenue to defray expenses with public health actions and services. According to Complementary Law No. 141 of 2012, municipalities and the Federal District must annually apply at least 15% of the collection of taxes on actions and public health services, the states 12% and the Union, the amount applied must correspond to the amount committed in the previous financial year, plus the percentage related to the variation of the Gross Domestic Product (GDP) of the year preceding that of the annual budget law (CNM, 2018).

COVERAGE

SUS can be used by all Brazilians, as it is a comprehensive, egalitarian and universal system, that is, it does not make any distinction between users. Also included are foreigners who are in Brazil, they can use the entire network for free.

It is the only health system in the world that serves more than 190 million people, 80% of whom depend exclusively on it for any health care (Brasil, 1988).

SERVICES OFFERED

SUS offers services and treatments ranging from disease prevention to complex treatments.

The SUS's gateway is the UBS (Basic Health Unit), where it offers outpatient care and low complexity consultations, such as general practice, pediatrics, obstetrics, gynecology and dentistry. There is also treatment against smoking and other support with or without the use of medications. Preventive vaccination actions and epidemiological surveillance, food and nutritional surveillance are offered. Condom distribution, as well as awareness campaigns.

In addition, community health agents who work in territories and go to homes are offered by SUS. SAMU Ambulance (Mobile Emergency Service). Medicines from the basic to the high cost. Mental health care (psychosocial care center). Diagnostic tests ranging from rapid tests such as HIV to CT scans. Blood bank. Physiotherapy, specialized therapies, prostheses and orthoses, acupuncture, psychologist. Prenatal care and deliveries (Rede Cegonha), chemotherapy and radiotherapy, hemodialysis are also offered. Low, medium and high complexity surgeries; cardiac and oncological, reparative surgeries. Transplants - of organs: heart, liver, lung, kidney; tissues: cornea and bone marrow. Hospitalizations are surgical, obstetric, psychiatric, pediatric, for rehabilitation or for chronic cases.

More info at: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas>

ACCESS AND QUALITY

According to data from 2012, the Brazilian Health System is composed of 32.809 teams and covers 103.600 million Brazilians. Due to the great growth of the network, the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care was instituted with the objective of expanding access and improving its quality, allowing greater transparency and effectiveness of Government actions directed to this area.

In addition, the program's purpose was to expand the impact of PHC on the health conditions of the population and on the satisfaction of its users, through strategies to facilitate access and improve the quality of PHC services and actions; Promote greater compliance of UBS with the principles of AB, increasing the effectiveness in improving health conditions, user satisfaction, the quality of health practices and the efficiency and effectiveness of the health system; Promote quality and innovation in PHC management, strengthening the processes of Self-Assessment,

Monitoring and Evaluation, Institutional Support and Permanent Education in the three spheres of government; Improve the quality of food and use of Information Systems as a management tool for PHC; Stimulate the focus of PHC on the user, promoting the transparency of management processes, participation and social control and the health responsibility of health professionals and managers with the improvement of health conditions and user satisfaction (BRASIL, 2011; ALMEIDA; GIOVANELLA, NUNAN, 2012).

INTEGRATION AND COORDINATION

In 2010, the Health Care Networks were defined as a network for organizing health actions and services, integrated by a technical, logistical and management support system, guaranteeing comprehensive care. In order to promote the integration of health actions and services with continuous, comprehensive, quality care, maintaining equity, access, clinical and economic efficiency.

The Health Care Network has as a form of organization the polyarchic model, where the system's form of action is proactive and continuous, based on the care of each individual carried out by professionals and the user with an active search. The emphasis of the interventions is on promotion, prevention, care and rehabilitation, with the collaborative care being carried out by multiprofessional teams and users and their families and with a focus on supported self-care (BRASIL, 2010).

Thus, we have PHC as the communication center, the gateway to the Sistema Único de Saúde, and forwarding it to other attentions (secondary and tertiary) and to support centers (diagnosis and pharmaceutical assistance).

ELECTRONIC HEALTH RECORD

In 2017, a new Electronic Information System, SEI, was implemented, a process management system and electronic archival documents, with the objective of standardizing information, increasing productivity, allowing access to information in real time and promoting greater administrative efficiency.

The Integrated Protocol System is a database containing documentary or process information, in order to result in greater efficiency, reduce the loss of documents and delay in processing.

More info at: <https://www.saude.gov.br/sei>

COST CONTAINMENT

SUS is a very complex system, so there was a need for a program that could evaluate the results and improve cost management, to assist in decision making. For this reason, the National Cost Management Program (PNGC) was created, with the purpose of calculating the costs of services provided, related to the productive activity; provides information about your resources so that everyone can effectively manage costs; subsidize decision making, budget definition, investment policy and planning of operational activities; enable the exchange of information; facilitate the identification of inefficient activities; perform accountability, aiming at greater transparency to social control (BRASIL.MINISTERIO DA SAUDE; SECRETARIA DE CIENCIA ; SAUDE, 2006).

INNOVATION

Sus has a Science and Technology area that is responsible for encouraging the development of health research, which invests in research and scientific and technological knowledge to improve and innovate the Sistema Único de Saúde (BRASIL.MINISTERIO DA SAUDE, 2008).

ORAL HEALTH

In 2004, a National Oral Health Policy (PNSB) called Brasil Sorridente was created, in order to guarantee actions to promote, prevent and recover Brazilian oral health. Thus, it was possible to align oral health with the family health strategy, implementing health professionals in the interdisciplinary team. It also allowed for the expansion and qualification of specialized care, with the implementation of Dental Specialization Centers (CEO) and Regional Dental Prostheses Laboratories (LRPD), as well as hospital assistance.

Smiling Brazil also includes dental assistance to the indigenous community and has actions such as the Health at School Program and the Fluoridation of Public Water Supply ([COORD.] DORIVAL PEDROSO DA SILVA, GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR, MARIA ERCILIA DE ARAUJO. [ORG.] MARIANA LOPES GALANTE, MARY CAROLINE SKELTON MACEDO, 2019).

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

Dental services are offered to all Brazilian citizens of all age groups. And it aims to expand the population's access to dental treatment through actions to promote, prevent and recover oral health.

The Oral Health teams work integrated with the Family Health teams, with the basic composition of: dental surgeon and oral health assistant, or dental surgeon, oral health assistant and oral health technician (BRASIL, 2013).

The CEOs (Dental Specialty Center) are offered: Oral diagnosis, with emphasis on diagnosis and detection of oral cancer; Specialized periodontics; Minor soft and hard tissue oral surgery; Endodontics; and Assistance to people with special needs. There is also the dental surgeon of the Hospitalization Authorization (AIH) and instituted the National Oncology Care Policy, to guarantee access for people diagnosed with cancer to public health establishments to treat and care for the pathology (BRASIL, 2004).

The Regional Dental Prosthesis Laboratory (LRPD) performs the following procedures: total mandibular prosthesis, total maxillary prosthesis, removable partial mandibular prosthesis, removable partial maxillary prosthesis and fixed / adhesive coronary / endodontically-treated prostheses (per element).

In Law 6,050 of 1974, the application of fluoridation in water stations was implemented with the intention of covering the population's access to fluoride.



BRASIL - ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

El Sistema de Salud de Brasil, llamado Sistema Único de Salud (SUS), fue creado en 1990 por la Ley 8.080, conocida como "Ley Orgánica de Salud", proporcionando así el acceso universal de la población al sistema público de salud sin discriminación alguna. Según la Constitución Federal de 1988 (CF-88), La "salud es un derecho de todos y un deber del Estado" (BRASIL, 1990).

Como es sabido, el pleno bienestar del individuo consiste en un conjunto más amplio de políticas económicas y sociales (empleo, vivienda, saneamiento, buena alimentación, educación, seguridad, etc.), es indiscutible la importancia de una buena política de salud que garantice universalidad, equidad, integralidad y calidad.

Por lo tanto, la red del SUS es amplia y abarca tanto acciones como servicios de salud. Engloba la atención primaria, de media y alta complejidad, servicios de urgencia y emergencia, atención hospitalaria, acciones y servicios de vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental y asistencia farmacéutica.

PAPEL DEL GOBIERNO

El Sistema Único de Salud (SUS) es regido en las tres esferas de la Federación, el Ministerio de Salud, los Estados y los municipios, donde cada uno tiene sus responsabilidades.

El Ministerio de Salud tiene la función de ofrecer condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud de la población, reduciendo las enfermedades, controlando las enfermedades endémicas y parasitarias y mejorando la vigilancia en salud, dando así una mayor calidad de vida a los brasileños. Tiene el desafío de garantizar el derecho del ciudadano a la atención en salud y proporcionar condiciones para que este derecho esté al alcance de todos, independientemente de la condición social de cada uno (BRASIL, 1990).

La Secretaria Estatal de Salud (SES) participa en la formulación de políticas y acciones de salud. Tiene las funciones de regulación, formulación y evaluación de políticas de salud, así como de negociación y coordinación de la política estatal de salud (MINISTERIO DE SALUD, BRASIL 2001).

La Secretaría Municipal de Salud (SMS) tiene como atribuciones planificar, desarrollar, guiar, coordinar y ejecutar la política de salud del municipio, comprendiendo tanto la atención ambulatoria como la hospitalaria; también es su responsabilidad planear, desarrollar y ejecutar acciones de vigilancia sanitaria y epidemiológica relacionadas con su competencia (MINISTERIO DE SALUD, BRASIL 2001).

El Consejo de Salud es un órgano colegiado, resolutivo y definitivo del Sistema Único de Salud - SUS- en cada esfera del Gobierno, hace parte de la estructura básica del Ministerio de Salud, de las Secretarías de Salud de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios. Actúa en la formulación y propuesta de estrategias y en el control de la ejecución de las Políticas de Salud, incluidos sus aspectos económicos y financieros.

FINANCIACIÓN

El SUS es financiado con los impuestos de los ciudadanos. Las leyes 8080, 8142 (ambas de 1990) y la Constitución Federal de 1988 establecen que las tres esferas del gobierno - federal, estatal y municipal - financian el Sistema

Único de Salud (SUS), generando los ingresos necesarios para sufragar los gastos con acciones y servicios públicos de salud. De acuerdo con la Ley Complementaria No. 141 de 2012, los municipios y el Distrito Federal deben invertir anualmente al menos el 15% de la recaudación de impuestos sobre acciones y servicios públicos de salud; los estados el 12% y la Unión, el monto aplicado debe corresponder al valor comprometido en el ejercicio financiero anterior, aumentado del porcentaje relativo a la variación del Producto Interno Bruto (PIB) del año anterior al de la ley de presupuesto anual (CNM, 2018).

COBERTURA

El SUS puede ser utilizado por todos los brasileños, ya que es un sistema integral, igualitario y universal, es decir, no hace ninguna distinción entre los usuarios. También se incluyen extranjeros que estén en Brasil, quienes pueden usar toda la red de forma gratuita.

Es el único sistema de salud en el mundo que atiende a más de 190 millones de personas, de las cuales el 80% depende exclusivamente de él para cualquier tipo de atención en salud (BRASIL, 1988).

SERVICIOS OFRECIDOS

El SUS ofrece servicios y tratamientos que van desde la prevención de enfermedades hasta tratamientos complejos.

La puerta de entrada al SUS son las UBS (Unidades Básicas de Salud), donde se ofrece atención ambulatoria y consultas de baja complejidad en medicina general, pediatría, obstetricia, ginecología y odontología. También existe un tratamiento contra el tabaquismo y otros tipos de apoyo con o sin el uso de medicamentos. Se ofrecen acciones preventivas de vacunación y vigilancia epidemiológica así como vigilancia alimentaria y nutricional. Distribución de preservativos y campañas de concientización en salud.

Adicionalmente, el SUS cuenta con agentes comunitarios de salud, quienes actúan en los territorios y hacen visitas domiciliarias; un Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU); entrega de medicamentos, desde los básicos hasta los de alto costo; atención en salud mental (centro de atención psicosocial); exámenes diagnósticos que van desde pruebas rápidas para VIH hasta tomografías computarizadas; banco de sangre; fisioterapia, que incluye terapias especializadas, prótesis y ortesis, acupuntura y atención psicológica; también se ofrece atención prenatal y de partos (red de cigüeñas- “rede cegonha” en el original en portugués), quimioterapia y radioterapia, hemodiálisis; cirugías de baja, media y alta complejidad; cirugías cardíacas y oncológicas, cirugías reparadoras; trasplantes de órganos: corazón, hígado, pulmón, riñón; tejidos como córnea y médula ósea; internaciones bien sean quirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas, para rehabilitación o para casos crónicos.

Para conocer más: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas>

ACCESO Y CALIDAD

Según datos de 2012, el Sistema Único de Salud brasileño está compuesto por 32,809 equipos y cubre 103,600 millones de brasileños. Debido al gran crecimiento de la red se instauró el Programa Nacional de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB) con el objetivo de ampliar el acceso y mejorar su calidad, permitiendo una mayor transparencia y efectividad de las acciones del Gobierno dirigidas a esta área. (BRASIL, 2008).

Además de esto, se cita como finalidad del programa, ampliar el impacto de la Atención Básica-AB- en las condiciones de salud de la población y en la satisfacción de sus usuarios, ello por medio de estrategias para facilitar el acceso y mejorar la calidad de los servicios y acciones de la AB; promover un mayor cumplimiento de Unidades Básicas de Salud-UBS- con los principios de AB, aumentando la efectividad en la mejoría de las condiciones de salud, en la satisfacción de los usuarios, en la calidad de las prácticas de salud y en la eficiencia y efectividad del sistema de salud; promover la calidad y la innovación en la gestión de la AB, fortaleciendo los procesos de autoevaluación, monitoreo y evaluación, apoyo institucional y educación permanente en las tres esferas del gobierno; mejorar la calidad de la alimentación y el uso de los sistemas de información como herramienta de gestión para la AB; estimular el enfoque de la AB en el usuario, promoviendo la transparencia de los procesos de gestión, la participación y el control social y la responsabilidad sanitaria de los profesionales y gestores de salud con el mejoramiento de las condiciones de salud y la satisfacción de los usuarios (BRASIL, 2011; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

En 2010 se definieron las Redes de Atención a la Salud (RAS) como una red para organizar las acciones y servicios en salud, integradas por un sistema de apoyo técnico, logístico y de gestión, garantizando la integralidad del cuidado. Todo esto, con el fin de promover la integración de acciones y servicios de salud con atención continua, integral y de calidad, manteniendo la equidad, el acceso, la eficiencia clínica y económica.

Las RAS tienen como forma de organización un modelo poliárquico, donde la acción del sistema es proactiva y continua, basada en el cuidado de cada individuo realizado por los profesionales y por el usuario con una búsqueda activa de casos. El énfasis de las intervenciones está en la promoción, prevención, cuidado y rehabilitación, realizando atención colaborativa por parte de equipos multiprofesionales, por usuarios y sus familias, bajo un enfoque de autocuidado apoyado (BRASIL, 2010).

Por lo tanto, se tiene a la APS como el centro de comunicación, la puerta de entrada al Sistema Único de Salud, a partir de la cual se hace encaminamiento para los demás niveles de atención (secundario y terciario) y los centros de apoyo (diagnóstico y asistencia farmacéutica).

REGISTRO ELECTRÓNICO DE SALUD

En 2017 se implementó un nuevo Sistema Electrónico de Información, el SEI, un sistema de gestión de procesos y documentos electrónicos de archivo, con el objetivo de estandarizar la información, aumentar la productividad, permitir el acceso a la información en tiempo real y promover una mayor eficiencia administrativa.

El Sistema de Protocolo Integrado es una base de datos que contiene información documental o de procesos, con el fin de lograr una mayor eficiencia, disminuir la pérdida de documentos y las demoras en los trámites.

Conozca más en: <https://www.saude.gov.br/sei>

CONTENCIÓN DE COSTOS

El SUS es un sistema muy complejo, por lo que surgió la necesidad de un programa con el que fuera posible evaluar los resultados y mejorar la gestión de costos para ayudar en la toma de decisiones. Por esta razón, se creó el Programa Nacional de Gestión de Costos (PNGC), con el fin de calcular los costos de los servicios prestados, relacionados con la actividad productiva. Este programa proporciona información sobre sus recursos para que todos puedan

administrar los costos de manera efectiva, subsidiar la toma de decisiones, la definición del presupuesto, la política de inversión y la planificación de actividades operativas; así mismo, permite el intercambio de información, facilita la identificación de actividades ineficientes y la rendición de cuentas; todo ello con el objetivo de lograr una mayor transparencia y control social (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.; SECRETARIA DE CIENCIA; SAÚDE., 2006).

INNOVACIÓN

El SUS tiene un área de Ciencia y Tecnología que se encarga de fomentar el desarrollo de la investigación en salud, que invierte en investigación y conocimiento científico y tecnológico para mejorar e innovar el Sistema Único de Salud (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

SALUD BUCAL

En 2004 fue creada una Política Nacional de Salud Bucal (PNSB) llamada Brasil Sonriente (“Brasil Sorridente” en el original en portugués) para garantizar acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal de la población brasileña. De esta forma fue posible alinear la salud bucal con la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), incorporando profesionales de la salud en un equipo interdisciplinario. Del mismo modo, permitió la expansión y cualificación de la atención especializada gracias a la implementación de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratorios Regionales de Prótesis Dentales (LRPD) así como Asistencia Hospitalaria.

“Brasil Sorridente” también incluye asistencia odontológica a la comunidad indígena y tiene acciones como el Programa Salud en la Escuela y la Fluorización de Aguas de Abastecimiento Público ([COORD.] DORIVAL PEDROSO DA SILVA, GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR, MARIA ERCILIA DE ARAUJO. [ORG.] MARIANA LOPES GALANTE, MARY CAROLINE SKELTON MACEDO, 2019).

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD BUCAL

Los servicios odontológicos son ofrecidos a todos los ciudadanos brasileños de todas las edades. Tienen como objetivo ampliar el acceso de la población a tratamiento odontológico por medio de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal.

Los equipos de Salud Bucal trabajan integrados con los equipos de Salud de la Familia. El equipo básico de salud bucal está compuesto por: odontólogo (a) y auxiliar de salud bucal; ó por odontólogo (a), auxiliar de salud bucal y técnico en salud bucal (BRASIL, 2013).

En los CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) se ofrece: diagnóstico bucal, con énfasis en el diagnóstico y detección de cáncer de boca; Periodoncia especializada; Cirugía oral menor de tejidos blandos y duros; Endodoncia y Atención a personas con necesidades especiales. También hay odontólogos (as) para la Autorización de Internación Hospitalaria (AIH). Igualmente, se instituyó la Política Nacional de Atención Oncológica para garantizar el acceso de las personas diagnosticadas de cáncer a los establecimientos públicos de salud para su tratamiento y cuidado (BRASIL, 2004).

Los Laboratorios Regionales de Prótesis Dental (LRPD) realizan los siguientes procedimientos: prótesis total mandibular, prótesis total maxilar, prótesis parcial removible mandibular, prótesis parcial removible maxilar y prótesis de coronas intrarradiculares fijas y adhesivas (por elemento). Mediante la Ley 6.050 de 1974 se implementó fluoración en las estaciones de agua con la intención de cubrir el acceso de la población al flúor.

BRASIL - PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de Saúde do Brasil, denominado Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 pela Lei 8.080, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, assim proporcionando acesso universal da população ao sistema público de saúde, sem qualquer discriminação. Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1990).

Como é do nosso conhecimento que o pleno bem-estar do indivíduo consiste em um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é indiscutível a importância de uma boa política de saúde que garanta a universalidade, equidade, integralidade e qualidade.

Portanto, a rede do SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

PAPEL DO GOVERNO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é regido nas três esferas da Federação, Ministério da Saúde, Estados e Municípios, onde cada um tem seus encargos.

O Ministério da Saúde tem a função de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro. Tem o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e dar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos, independente da condição social de cada um (BRASIL, 1990).

A Secretária Estadual de Saúde (SES) tem participação na formulação das políticas e ações de saúde. Tem as funções de regulação, de formulação e avaliação de políticas de saúde, de negociação e coordenação da política estadual de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem como atribuições planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município, compreendendo tanto o cuidado ambulatorial quanto o hospitalar; é de sua responsabilidade também planejar, desenvolver e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica afetas à sua competência (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001).

O Conselho de Saúde é órgão colegiado, resolutivo e definitivo do Sistema Único de Saúde - SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.

FINANCIAMENTO

O SUS é financiado com os impostos dos cidadãos. A Lei 8080 e 8142 da constituição Federal 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. De acordo com a Lei Complementar nº 141 de 2012, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, os estados 12% e a União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual (CNM, 2018).

COBERTURA

O SUS pode ser usado por todos os brasileiros, pois é um sistema integral, igualitário e universal, ou seja, não faz qualquer distinção entre os usuários. Estão inclusos também estrangeiros que estiverem no Brasil, podem utilizar de toda a rede gratuitamente.

É o único sistema de saúde do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas depende exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde (BRASIL, 1988).

SERVIÇOS OFERECIDOS

O SUS oferece serviços e tratamentos que vão da prevenção de doenças a tratamentos complexos.

A porta de entrada do SUS são as UBS (Unidade Básica de Saúde), onde oferece atendimentos ambulatoriais e consultas de baixa complexidade, como clínica geral, pediatria, obstetrícia, ginecologia e odontológico. Há também o tratamento contra tabagismo e outros apoios com ou sem o uso de medicamentos. São oferecidas ações preventivas de vacinação e vigilância epidemiológica, vigilância alimentar e nutricional. Distribuição de preservativos, assim como campanhas de conscientização.

Além disso é oferecido pelo SUS agentes comunitários de Saúde que atuam em territórios e vão as casas. Ambulância SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Medicamentos desde os básicos até o de alto custo. Atendimento à saúde mental (centro de atenção psicossocial). Exames diagnóstico desde testes rápidos como para HIV até tomografias computadorizadas. Banco de sangue. Fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses acupuntura, psicólogo. Também é oferecido atendimento pré-natal e partos (rede cegonha), quimioterapia e radioterapia, hemodiálise. Cirurgias de baixa, média e alta complexidade; cardíacas e oncológicas, cirurgias reparadoras. Transplantes – de órgãos: coração, fígado, pulmão, rim; tecidos: córnea e medula óssea. Internações sejam cirúrgicas, obstétrica, psiquiátrica, pediátrica, para reabilitação ou para casos crônicos.

Saiba mais em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas>

ACESSO E QUALIDADE

Segundos dados de 2012 o Sistema Único de Saúde brasileiro é composto por 32.809 equipes e cobre 103,600 milhões de brasileiros. Por conta do grande crescimento da rede, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da mesma, permitindo maior transparência e efetividade das ações do Governo direcionadas a essa área (BRASIL, 2008).

Além disso foi citado como finalidade do programa ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo; Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB; Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

Em 2010 foi definido a Redes de Atenção à Saúde como sendo uma rede de organização de ações e serviços de saúde, integradas por um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, garantindo a integralidade do cuidado. A fim de promover a integração de ações e serviços de saúde com atenção contínua, integral, de qualidade, mantendo equidade, acesso, eficiência clínica e econômica.

A Rede de Atenção à Saúde tem como forma de organização o modelo poliárquico, onde a forma de ação do sistema é proativa e contínua, baseada no cuidado de cada indivíduo realizada pelos profissionais e pelo usuário com uma busca ativa. A ênfase das intervenções é de promoção, prevenção, cuidado e reabilitação, sendo a atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com enfoque no autocuidado apoiado (BRASIL, 2010).

Sendo assim, temos as APS como o centro de comunicação, a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, e encaminhando para as demais atenções (secundária e terciária) e aos centros de apoio (diagnóstico e assistência farmacêutica).

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

Em 2017 foi implementado um novo Sistema Eletrônico de Informações, o SEI, um sistema de gestão de processos e documentos arquivísticos eletrônicos, com o objetivo de uniformizar as informações, aumentar a produtividade, permitir acesso a informações em tempos reais e promover maior eficiência administrativa.

O Sistema Protocolo Integrado é uma base de dados onde contém informações documentais ou de processos, a fim de resultar em maior eficiência, diminuir a perda de documentos e a demora no trâmite.

Saiba mais em: <https://www.saude.gov.br/sei>

CONTENÇÃO DE CUSTOS

O SUS é um sistema muito complexo, logo surgiu a necessidade de um programa que fosse possível avaliar os resultados e aprimorar a gestão de custos, para auxiliar na tomada de decisão. Por isso, foi criado o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), com a finalidade de calcular os custos dos serviços prestados, relacionados à atividade produtiva; fornece informação de seus recursos para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos; subsidiar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operaci-

onais; possibilitar a troca de informações; facilitar a identificação de atividades ineficientes; realizar prestação de contas, visando maior transparência ao controle social (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.; SECRETARIA DE CIENCIA; SAÚDE., 2006).

INOVAÇÃO

O sus possui uma área de Ciência e Tecnologia que é responsável pelo incentivo ao desenvolvimento de pesquisa em saúde, que investe em pesquisas e conhecimento científico e tecnológico para melhoria e inovações do Sistema Único de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

SAÚDE BUCAL

Em 2004 foi criada uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) denominada Brasil Sorridente, a fim de garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal brasileira. Assim foi possível o alinhamento da saúde bucal com a estratégia de saúde da família, implementando profissionais da saúde na equipe interdisciplinar. E permitiu também a ampliação e qualificação da Atenção especializada, com a efetuação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), assim como a Assistência Hospitalar.

O Brasil Sorridente ainda abrange assistência odontológica à comunidade indígena e possui ações como o Programa Saúde na Escola e a Fluoretação das Águas de Abastecimento Público ([COORD.] DORIVAL PEDROSO DA SILVA, GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR, MARIA ERCILIA DE ARAUJO. [ORG.] MARIANA LOPES GALANTE, MARY CAROLINE SKELTON MACEDO, 2019).

SERVIÇOS E COBERTURA SAÚDE BUCAL

Os serviços odontológicos são oferecidos a todos cidadãos brasileiros de todas as faixas etárias. E tem como objetivo ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

As equipes de Saúde Bucal trabalham integradas às equipes de Saúde da Família, com composição básica de: cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, ou de cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2013) .

Nos CEOs (Centro de Especialidade Odontológico) são oferecidos: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; e Atendimento a portadores de necessidades especiais. Também há o cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, para garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar da patologia (BRASIL, 2004).

O Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) realiza os seguintes procedimentos: prótese total mandibular, prótese total maxilar, prótese parcial mandibular removível, prótese parcial maxilar removível e próteses coronárias/intrarradiculares fixas/adesivas (por elemento).

Na Lei no 6.050 de 1974 foi implementado a aplicação de fluoretação nas estações de água na intenção de abranger o acesso da população ao flúor.

[COORD.] DORIVAL PEDROSO DA SILVA, GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR, MARIA ERCILIA DE ARAUJO. [ORG.] MARIANA LOPES GALANTE, MARY CAROLINE SKELTON MACEDO, A. C. F. [Aut.] F. C. de A. C. . . [e. al.]. [Trad.] M. L. G. . . [e. al.]. **Developing a team to improve oral health: oral health public policies in Brazil [livro eletrônico]**. [s.l: s.n.]

ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 375–391, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.; SECRETARIA DE CIENCIA, T. e I. E.; SAÚDE., D. de E. da. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos-Conceitos e Metodologias**. [s.l: s.n.]

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ciência, tecnologia e inovação em saúde**, 2008. .

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988. . Disponível em: <<http://www.uol.com.br>>.

BRASIL. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm**Brasil, 1990. .

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**Brasília, 2004. . Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>.

BRASIL. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.

BRASIL. Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. p. 1–39, 2010.

BRASIL. **Portaria 1654**, 2011. .

BRASIL. **Brasil Sorridente: passo a passo**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_2013.pdf>.

CNM, C. N. dos M. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. [s.l: s.n.]v. 1

MINISTERIO DA SAÚDE. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. [s.l: s.n.]





por Amanda Iida Giraldes

CHILE – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

Currently, the Health System of Chile is mixed both in its insurance and in the provision of services with the existence of the National Health Fund (FONASA) and the private system ISAPRES.

- In the public sector, the National Health System (SNS) offers outpatient and hospital health benefits to its beneficiary population through 29 Health Services distributed in 15 regions of the country, while PHC is administered mainly by municipalities under technical guidance from the Ministry of Health.
- In the private sector, ISAPRES, whose operation corresponds to the logic of private insurance more than that of social insurance, offers its users several service plans according to the coverage to which they access and according to their ability to pay and risk.

Since the 2000s, a series of reforms have been implemented to address health inequalities resulting from geographical and socioeconomic differences due to this mixed model. One of them was the use of "health guarantees", to provide universal and equitable coverage of quality health care in a mixed health system. The program, called GES (Explicit Guarantees in Health), defines the legally required rights for explicit health benefits for 80 priority health conditions, which represent 75% of the burden of disease. GES was accompanied by other measures, in the context of a Health System Reform, to increase public funding and ensure these guarantees throughout the country (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

The care network of each health service consists of a set of public care facilities that are part of the Service, the municipal primary health care facilities of its territory and other public or private establishments that maintain agreement with the respective Health Service to carry out health actions, which must collaborate and complement each other to effectively address the population's health needs. The network of each service will be organized with the first level of Primary Care, composed of establishments that will perform assistance functions in a given territory (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

ROLE OF GOVERNMENT

The Chilean government created the Ministry of Health to coordinate, maintain and organizing health care for Chileans, dictating general norms on technical, administrative and financial issues to which the system's organizations and entities must adhere, carry out prevention, promotion, protection and recovery activities of health and rehabilitation of sick people (LABRA, 2001; WHO, 2017).

In addition, its actions are:

1. Ensure proper compliance with health regulations, through the Regional Ministry of Health, without prejudice to the competence conferred by law to other organizations.
2. To carry out public health surveillance and assess the health situation of the population.
3. Process data for statistical purposes and maintain records or databases on the subjects within your competence.
4. Formulate the sector budget.

5. Formulate, evaluate and update the Universal Access System with Explicit Guarantees.
6. Formulate, evaluate and update the strategic guidelines of the health sector or National Health Plan, consisting of health objectives, national priorities and people's needs.
7. Establish the policies and standards of investment in infrastructure and equipment of public establishments that integrate the assistance networks.
8. Ensure effective coordination of health networks at all levels.
9. Establish the minimum standards to be met by institutional health providers, such as hospitals, clinics, clinics and medical centers, in order to ensure that services achieve the quality required for the safety of users.
10. Establish an accreditation system for institutional suppliers authorized to operate.
11. Establish a system of certification of specialties and subspecialties of individual health care providers legally authorized to pursue their respective professions, i.e. individuals who grant health benefits.
12. Establish, by resolution, health care protocols. For these purposes, health care protocols are understood as instructions on the operational management of certain health problems. They will be referential and will only be mandatory for the public and private sectors, if there is a cause of health that deserves, which must be declared in a resolution of the Ministry of Health.
13. Implement, in accordance with the law, alternative dispute settlement systems on the civil liability of individual and institutional providers, public or private, originated in the granting of health actions, without prejudice to the corresponding jurisdictional actions.
14. Formulate policies that allow the intake of an intercultural health approach into health programmes

FINANCING

Chile's Health System is mixed both in its insurance and in the provision of services. Public insurance, called the National Health Fund (FONASA), covers approximately 79% of the population, including those who contribute 7% of their monthly income (compulsory contributions) to people in need of resources, the insurance is funded by the state through a direct tax contribution. On the other hand, in the private system represented by ISAPRES, it comprises 15% of the population, concentrating on people with higher socioeconomic status, that is, younger population and workers with higher economic income; and users who contribute to ISAPRES will not need to contribute to the state system. The remaining percentage corresponds to uninsured persons and those who contribute to the armed forces' own health insurance (2.9%) (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

Direct health spending is 38% of total health spending and mainly affects families with fewer resources. FONASA and ISAPRE compete for the common source of funding (mandatory contribution of employees with a monthly limit equivalent to approximately US\$ 2,860).

About 50% of public health funding comes from user taxation, which will go to the National Health Services System (SNSS) and FONASA to help cover expenses. ISAPRE covers your expenses using only user contributions (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

COVERAGE

About 74% of the population is affiliated to the public subsystem (FONASA), 17% belong to ISAPRE, 2% belong to the health system of the Armed Forces and 7% of the population is considered "independent", since they are not linked to any health system.

The country's health systems service has undergone even more emphatic changes since the early 2000s, intending to improve health efficiency and quality by giving users a universal health plan and a public health benefits package, as well as individual health services. This reform has empowered citizens as health rights holders. It promoted a strengthening in primary care, with emphasis on prevention. It also identified a set of health problems for which it determined procedures and standardized deadlines for the disease. With this, universal guarantees were established for beneficiaries, regardless of whether they are insured in the public or private service (BECERRIL-MONTEKIO; BY DIOS REYES; MANUEL, 2011).

This above-mentioned reform refers mainly to a law that entered into force in 2005, the Law of Explicit Guarantees in Health (AUGE or GES), which establishes a mandatory health plan for health institutions, regardless of the public or private sector.

SERVICES OFFERED

In 2003, Chile had 2,177 public and private health facilities. Of these, 1,998 belonged to the public sector and almost all (1,983) to the SNSS. The vast majority of public sector establishments (1,776) corresponded to special outpatient care centers, primary care services and rural health posts. Meanwhile, the private sector had only 179 establishments: 45 hospitals of mutual employers and 134 hospitals and private clinics about closed care. In open care, there is a non-quantified network of individual and grouped doctor's offices.

The services offered are: food programs, rehabilitation, treatment of communicable diseases, national cancer program, prevention of tobacco consumption, child health, women's health, comprehensive health program of adolescents, oral health, adult health, mental health, occupational health and sexual and reproductive health.

More information at: <http://www.minsal.cl/>

ACCESS AND QUALITY

In 2000, Chile's Oral Health policy prioritized children under 20 years of age in both the 2000-2010 Health Goals and the National Health Strategy 2011-2020. Already in 2007, the Ministry of Health developed a proposal for intersectoral intervention to promote hygiene and feeding habits and the prevention of caries in children.

Oral health care in Chile, even before GES, had a predominantly preventive approach, with coverage of fluoridation of drinking water in the national territory, reaching about 83% of the urban population. Dental care aimed to protect and limit the damage, focusing on population groups in a period of temporary and definitive tooth eruption, ages in which health education proved to be more effective. In the area of diagnosis and treatment, the focus was on the population of a higher age of biological risk. This is why only integrated dental care was prioritized in children aged 4, 6 and 12, and pregnant adolescents and/or first pregnancy.

On the other hand, oral health is an issue that has been continuously prioritized by the Chilean population, possibly due to the socio-economic and cultural changes produced in the country. Also, it is one of the areas where people have major access problems due to high costs, especially those from disadvantaged socioeconomic groups.

Therefore, considering the epidemiological situation and public opinion, the Health Reform also considered some dental care. Thus, dental Management (with care for the services mentioned above: Comprehensive health care to cracked children, Comprehensive oral health for 6-year-old children, Outpatient Dental Emergencies, Comprehensive oral health for 60-year-old adults and Comprehensive oral health of pregnant women), together with other complementary programs, configure the services and the main programs that make up the current offer of dental care in the public health system, which are detailed below (OVALLE; VIGUERAS, 2019):

- Drinking water fluoridation program: The use of fluorides for the prevention of dental caries is the measure considered as the main strategy for prevention and control of caries, with high-quality scientific evidence supporting it.
- Preventive Promotional Program "Sowing Smiles": Aimed at children attending vulnerable preschool establishments, aims to increase the percentage of children under 6 years free of caries. It includes self-care and specific protection activities translated into tooth brushing and the application of fluoridated varnish at an early age. Its funding, defined as a specific budget line, includes the annual delivery to each child of a dental hygiene kit (toothbrush and fluoridated toothpaste), along with promotional activities carried out as part of the dental team's visit to kindergartens.
- Comprehensive Dental Program: Its objective is to improve the oral health of the population benefited at the primary level of care, through preventive care, reparation and / or prosthetic rehabilitation according to priority groups. Its objectives are to improve the quality and resolution of dental care in PHC, as well as to improve the accessibility of dental care in hard-to-reach communities.
- The "More smiles for Chile" program; appears in 2014, aiming to reach 400,000 women with high dental care between 2014 and 2017. This program, although with much wider coverage, is the continuity of a program initiated in 1994 as a component of Oral Health of the Intersectoral Support Program for Women Head of Families, intending to improve the individual development of women, recovery of self-esteem, insertion in the labor market and oral health care of their families.

INTEGRATION AND COORDINATION

The system offered preventive care and health promotion to children is integrated into the care network. On the other hand, through Law 19,966 of Universal Access to Explicit Guarantees (PEEK) or Explicit Guarantees in Health (GES), since 2005 a system has been defined and implemented that guarantees the coverage of access, opportunity, quality and financial protection of users through surveys and meetings of citizens (GIOVANELLA et al., 2012).

ELECTRONIC HEALTH RECORDS

They have electronic health records because they have benefits (ADAMO; MINISTERIO DE SALUD, 2016):

- Ensures continuity of service.
- Better health outcomes and more patient safety.
- Better interaction and communication between health professionals.
- Increased workflow efficiency.
- More efficient use of health resources.

In 2016 health was "connected" and they created reg-1 records (formal system of the form), where the system is standardized with clinical data and patient management.

COST CONTAINMENT

Since 2005, per capita health spending in Chile has increased, in 2013 it was 7%. Public health spending in Chile has been 8.6% per year since 2005 and is growing faster compared to other OECD countries. However, the private sector continues to play a significant role in Chile, in contrast to other OECD countries, where the public sector is the main source of health financing (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2013).

INNOVATION

The most recent innovations introduced in the Chilean health system originated from a set of bills sent to parliament in 2002:

- The Health and Management Authority Act, which justifies the functions of providing health services and regulation from the sector, strengthens the health authority and creates a system of accreditation of public and private suppliers;
- Law of the General Health Guarantee Regime, which creates a system of explicit guarantees of access, opportunity, quality and financial protection for a set of priority pathologies;
- ISAPRE Solvency Act, which guarantees the stability of the system and protects members from insolvency; And
- Isapre's Operation Modification Law, which improves transparency and improves the role of the Superintendence.

The reform focuses on the needs and rights of patients and defines the General Health Guarantee Regime as a tool for prioritizing health that establishes a Universal System with Explicit Guarantees translated into a People's Health Plan.

In January 2005, the Universal Access Plan with Explicit Guarantees (AUGE) was implemented, which guarantees timely access to quality services for health problems, including cancer in children, breast cancer, leukemias, ischemic heart diseases, HIV/AIDS and diabetes. Diseases are incorporated into this plan according to their health importance, the effectiveness of treatment, the financial impact on families and people's expectations.

The core of the change introduced by the AUGE Plan lies in the explanation of four guarantees:

1. Access: FONASA and ISAPRE must grant guaranteed health benefits.
2. Quality: all suppliers must be accredited with the Health Superintendence, according to the quality criteria.
3. Opportunity: there are maximum deadlines for the delivery of guaranteed benefits.
4. Financial protection: a co-payment ceiling is set per year to avoid catastrophic expenses by establishing a maximum co-payment contribution from a beneficiary per benefit or group of guaranteed benefits.

These innovations have had remarkable progress, paying attention to more than nine million and 300,000 cases since their inception until December 2009 and ensuring access to quality care for all, providing financial protection

for the diseases defined in the plan. The AUGÉ plan also contributed to the modernization of the state in general and the health sector in particular, granting greater autonomy and flexibility in the management of hospital establishments and allowing network managers to focus their work on the articulation of health care.

Resources were also raised and investments were made in infrastructure and equipment to benefit the guaranteed and unsecured problems. The study was also promoted with an evidence-based clinical management model, with clinical practice guidelines and care protocols and with explicit prioritization criteria (BECERRIL-MONTEKIO; BY DIOS REYES; MANUEL, 2011).

More information at: https://ongceres.cl/2019/04/30/no-las-isapres-no-deben-asegurar-a-gente-enferma-una-discusion-sobre-la-reforma-al-sistema-de-salud-en-chile/?gclid=CjwKCAiA_f3uBRAmEiwAzPuaM71ngm2zyCGN6lJPFuP7rNI3DNZDxwvm3jziSbWnZeDxkfBEWolTdxoCPFkQAvD_BwE

ORAL HEALTH

Oral health is recognized as one of the country's health priorities, both for the prevalence and severity of oral diseases and for the greater perception of the population about these pathologies that affect their general health and quality of life. The Oral Health Policy aims to prevent and promote oral health of the population, with emphasis on the most vulnerable groups (ROGGERONE, 2016).

HEALTH SERVICES AND COVERAGE

The Oral Health Policy aims at the prevention and promotion of oral health of the population, with emphasis on the most vulnerable groups and also considers recovery activities in priority groups, through cost-effective actions based on the best available evidence.

Thus, since the 2000s, dental care programs have prioritized some vulnerable groups considering the marked inequalities observed in health. In this context, the Chilean Health System proposed the objective of providing health care defined in a basic basket of benefits. On the other hand, through Law 19,966 of Universal Access to Explicit Guarantees (PEEK) or Explicit Guarantees in Health (GES), since 2005 a system has been defined and implemented that guarantees the coverage of access, opportunity, quality and financial protection of an initial group of 25 health conditions that gradually increased from July 2005 to the 80 pathologies guaranteed to date, defined and prioritized according to the degree of the disease, the impact on the quality of life and the expenses they represent; and also according to the organized opinion of users through surveys and meetings of citizens.

The dental care programs contemplated in the GES Scheme are (OVALLE; VIGUERAS, 2019):

- Comprehensive health care for cracked children
- Comprehensive oral health for 6-year-olds
- Outpatient Dental Emergencies
- Comprehensive oral health for adults 60 years old
- Comprehensive oral health of pregnant women

These services are guaranteed under a social protection policy with a focus on rights guaranteed and demanded by citizens. Its compliance may be required by both public insurance beneficiaries (FONASA) and private insurance (ISAPRES) before the corresponding bodies established by law. This, in the context of a Reform that sought to address the problems of access to dental care for adults, who even had limited access to emergency dental care, even before this law, or had to get up early to try to reach one of the few quotas for these care, those that were programmed from the supply and not from the demand for the need for care.

The dental treatment of morbidity considers the activities of dentists performed from Monday to Friday afternoon and Saturday morning, in order to facilitate the care of those who work or study.

Outpatient dental emergency care: given the low coverage of comprehensive dental care offered in the Public Health System, especially in the adult population, and given the precarious oral conditions and the great impairment of oral health accumulated in this population, the State had to ensure the timely care of the outpatient dental emergency for the entire population that requires it, together with a progressive increase in dental resources that allow an increase in the available clinical supply.

With limited additional coverage that can be granted, care was restricted by hours of care generally incompatible with schoolwork or activities. For this reason, the "Improve Access Program" aims to improve access to oral care in the population enrolled in the fourth year of Middle Education (last secondary education course), and in adults over 20 years of age, in places compatible with educational and work activities

The components in access improvement are:

- Resolution of dental specialties in PHC

Strategies : Endodontics in PHC, Protheses in PHC

- Approach to dental care in hard-to-reach populations

Strategies: Dental Mobile Clinics, Comprehensive dental care to "Men of scarce resources"

- Dental promotion and prevention

Strategies: Dental support in Community Family Health Centers

- Comprehensive care

Strategies: Comprehensive dental care to women "Más sonrisas para Chile", Clinical audits in 5% of integral dental discharges "; Más Sonrisas para Chile".



CHILE - ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

Actualmente, el Sistema de Salud de Chile es mixto tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios. Cuenta con un Fondo Nacional de Salud-FONASA- y con Instituciones de Salud Previsional-ISAPRES-.

- En el sector público, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ofrece beneficios de salud ambulatorios y hospitalarios a su población beneficiaria a través de 29 Servicios de Salud distribuidos en 15 regiones del país, mientras que la APS es administrada principalmente por los municipios bajo la dirección técnica del Ministerio de Salud.
- En el sector privado, ISAPRES, cuya operación corresponde a la lógica de los seguros privados más que a la del seguro social, ofrece a sus usuarios varios planes de servicios de acuerdo con la cobertura a la que acceden y de acuerdo con su capacidad de pago y riesgo.

A partir de la década de 2000 se implementaron una serie de reformas destinadas a enfrentar las desigualdades en salud resultantes de las diferencias geográficas y socioeconómicas causadas por este modelo mixto. Una de ellas fue la utilización de "garantías de salud", mediante las cuales se proporciona cobertura universal, equitativa y de calidad en salud dentro del sistema. El programa, llamado GES (Garantías Explícitas en Salud), define los derechos legalmente exigibles por la población para recibir beneficios en salud, los cuales son explícitos para 80 condiciones de salud priorizadas y que representan el 75% de la carga de enfermedad. El GES fue acompañado de otras medidas, en el contexto de una Reforma del Sistema de Salud, para aumentar la financiación pública y asegurar esas garantías en todo el país (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

La red asistencial de cada servicio de salud está constituida por un conjunto de establecimientos públicos que forman parte del servicio, los establecimientos municipales de APS de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenio con el servicio de salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementar entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. La red de cada servicio se organizará con un primer nivel de atención, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

PAPEL DEL GOBIERNO

El gobierno de Chile creó el Ministerio de Salud con el objetivo de coordinar, mantener y organizar la atención de salud de los chilenos, dictar normas generales sobre cuestiones técnicas, administrativas y financieras a las que los organismos y entidades del sistema deben adherirse, realizar actividades de prevención, promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de personas enfermas (LABRA, 2001; WHO, 2017).

Además, tiene como acciones:

1. Garantizar el debido cumplimiento de los reglamentos en salud, a través del Ministerio Regional de Salud, sin perjuicio de las competencias atribuidas por ley a otras organizaciones.
2. Realizar vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
3. Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bases de datos sobre los asuntos de su competencia.

4. Formular el presupuesto del sector.
5. Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.
6. Formular, evaluar y actualizar las directrices estratégicas del sector salud o del Plan Nacional de Salud, consistiendo en objetivos de salud, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
7. Establecer las políticas y normas de inversión en infraestructuras y equipamientos de los establecimientos públicos que integran las redes de asistencia.
8. Garantizar una coordinación eficaz de las redes de salud en todos los niveles.
9. Establecer los estándares mínimos a ser cumplidos por los proveedores institucionales de salud, como hospitales, clínicas y centros médicos, a fin de garantizar que los servicios alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.
10. Establecer un sistema de acreditación para proveedores institucionales autorizados a operar.
11. Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores de asistencia sanitaria individuales legalmente autorizados para ejercer sus respectivas profesiones, es decir, de las personas físicas que otorgan beneficios a la salud.
12. Establecer, mediante resolución, protocolos de asistencia a la salud. Para estos fines, los protocolos de asistencia a la salud se entienden como instrucciones sobre la gestión operativa de ciertos problemas de salud. Serán de carácter referencial y sólo serán obligatorios para los sectores público y privado, si existe una causa de salud que merezca, lo que debe ser declarado en la resolución del Ministerio de Salud.
13. Implementar, en virtud de la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de proveedores individuales e institucionales, públicos o privados, originados en la concesión de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes.
14. Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.

FINANCIAMIENTO

Como ya fue mencionado, el sistema de salud chileno es mixto tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios. El seguro público, llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA), cubre aproximadamente el 79% de la población, incluyendo aquellos que contribuyen con el 7% de sus ingresos mensuales (contribuciones obligatorias) y a las personas carentes de recursos; el seguro es financiado por el Estado mediante una contribución fiscal directa.

Por otra parte, en el sector privado, representado por ISAPRES, se engloba el 15% de la población, concentrándose en las personas de mayor nivel socioeconómico, es decir, población más joven y trabajadores con mayor renta económica. Los usuarios que contribuyan con ISAPRES no tendrán que contribuir con el sistema estatal. El porcentaje restante corresponde a personas no aseguradas y aquellas que contribuyen al propio seguro de salud de las Fuerzas Armadas (2,9%) (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

El gasto directo en salud es del 38% del gasto total en salud y afecta principalmente a familias con menos recursos. FONASA e ISAPRES compiten por la fuente común de financiamiento (contribución obligatoria de funcionarios con límite mensual equivalente a aproximadamente US\$ 2.860).

Alrededor del 50% de la financiación de la salud pública proviene de la tributación de los usuarios, que irá al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y a FONASA para ayudar a cubrir los gastos. ISAPRES cubre sus gastos utilizando sólo las contribuciones de los usuarios (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

COBERTURA

Cerca del 74% de la población está afiliado al subsistema público (FONASA), el 17% pertenece a ISAPRES, el 2% pertenece al sistema de salud de las Fuerzas Armadas y el 7% de la población es considerado "independiente", ya que no están conectados a ningún sistema de salud.

El sistema de salud chileno pasó por cambios aún más enfáticos desde el comienzo de la década de 2000, con el objetivo de mejorar la eficiencia y la calidad de la salud, dando a los usuarios un plan de salud universal y un paquete de beneficios de salud pública, además de servicios de salud individuales. Esta reforma empoderó a los ciudadanos como titulares de derechos en el área de la salud, también promovió un fortalecimiento en la atención primaria, con énfasis en la prevención e, igualmente, identificó un conjunto de problemas de salud para los que determinó procedimientos y plazos estandarizados por enfermedad. Con ello se establecieron garantías universales para los beneficiarios, independientemente de estar asegurados en el servicio público o privado (BECERRIL-MONTEKIO; DE DIOS REYES; MANUEL, 2011).

Dicha reforma se refiere principalmente a una ley que entró en vigor en 2005, la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES), que establece un plan de salud obligatorio para las instituciones prestadoras de servicios de salud, independientemente si son del sector público o privado.

SERVICIOS OFRECIDOS

En 2003, Chile poseía en total 2.177 establecimientos de salud. De ellos, 1.998 pertenecían al sector público y casi todos (1.983) al SNSS. La gran mayoría de los establecimientos del sector público (1.776) correspondían a centros de atención ambulatoria especial, servicios de atención primaria y puestos de salud rurales. Mientras tanto, el sector privado sólo contaba con 179 centros: 45 hospitales de empleadores mutuos y 134 hospitales y clínicas privados en lo que se refiere a cuidados cerrados. En la atención abierta, existe una red no cuantificada de consultorios de médicos individuales y agrupados.

Los servicios ofrecidos son: programas alimentarios, rehabilitación, tratamiento de enfermedades transmisibles, programa nacional del cáncer, prevención al consumo de tabaco, salud infantil, salud de la mujer, programa de salud integral de los adolescentes, salud bucal, salud al adulto, salud mental, salud ocupacional y salud sexual y reproductiva.

Más información en: <http://www.minsal.cl/>

ACCESO Y CALIDAD

En el 2000 la política de Salud Bucal de Chile priorizó a los menores de 20 años de edad tanto en los Objetivos Sanitarios 2000-2010 como en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Ya en 2007, el Ministerio de Salud desarrolló una propuesta de intervención intersectorial para promover hábitos de higiene y alimentación así como la prevención de caries en niños y niñas.

La atención de salud bucal en Chile, incluso antes del GES, tuvo un enfoque predominantemente preventivo, con cobertura de fluoración de agua potable a nivel nacional, alcanzando cerca del 83% de la población urbana. La atención odontológica pretendía proteger y limitar el daño, con foco en los grupos poblacionales en período de erupción dental temporal y permanente, edades en que la educación para la salud demostró ser más efectiva. En el área de diagnóstico y tratamiento, el énfasis fue sobre la población de mayor edad de riesgo biológico. Es por eso que sólo la atención odontológica integrada fue priorizada en niños de entre 4, 6 y 12 años, y adolescentes embarazadas y/o primer embarazo.

Por otro lado, la salud bucal es una cuestión que ha sido priorizada continuamente por la población chilena, posiblemente debido a los cambios socioeconómicos y culturales producidos en el país. Además de ello, es una de las áreas donde las personas tienen mayores problemas de acceso debido a los altos costos, especialmente aquellos de grupos socioeconómicos desfavorecidos.

Por lo tanto, considerando la situación epidemiológica y la opinión pública, la Reforma de la Salud también consideró algunos cuidados odontológicos. Así, los GES Odontológicos (con atención destinada a los servicios mencionados anteriormente: Atención integral en salud a pacientes fisurados, salud bucal integral para niños de 6 años, urgencias odontológicas ambulatorias, salud bucal integral para adultos de 60 años y salud bucal integral para gestantes), junto con otros programas complementarios, configuran los servicios y los principales programas que componen la oferta actual de atención odontológica en el sistema de salud pública, que son detallados a continuación (OVALLE; VIGUERAS, 2019):

- Programa de fluorización de agua potable: El uso de fluoruros para la prevención de caries dental es la medida considerada como la principal estrategia de prevención y control de caries, con evidencias científicas de alta calidad que lo sustentan.
- Programa Promocional Preventivo "Sembrando Sonrisas": Destinado a niños que frecuentan establecimientos preescolares vulnerables, pretende aumentar el porcentaje de niños y niñas con menos de 6 años libres de caries. Contempla actividades de autocuidado y protección específica traducidas en el cepillado dental y en la aplicación de barniz de flúor a una edad temprana. Su financiación, definida como una línea presupuestaria específica, incluye la entrega anual a cada niño de un kit de higiene dental (cepillo y pasta de dientes fluorada) junto con actividades de promoción realizadas como parte de la visita del equipo de salud bucal a los jardines infantiles.
- Programa Odontológico Integral: Su objetivo es mejorar la salud bucal de la población beneficiada en el primer nivel de atención, a través de cuidados preventivos, reparadores y/o rehabilitación protésica de acuerdo con los grupos prioritarios. Sus objetivos son mejorar la calidad y resolución de la atención odontológica en la APS, así como mejorar la accesibilidad de la atención en salud bucal en comunidades de difícil acceso.
- El programa "Más sonrisas para Chile", que surge en 2014, y tiene como objetivo alcanzar 400.000 mujeres con alta odontológica entre 2014 y 2017. Dicho programa, aunque con una cobertura mucho más amplia, es la continuidad de un programa iniciado en 1994 como componente de la Salud Bucal del Programa de Apoyo Intersectorial a las Mujeres Cabeza de Familias, con el objetivo de mejorar el desarrollo individual de las mujeres, recuperación de la autoestima, inserción en el mercado de trabajo y la atención de salud bucal de sus familias.

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

El sistema ofertado de atención preventiva y de promoción de salud a los niños y niñas está integrado en la red de atención. Por otra parte, a través de la Ley 19.966 de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) o Garantías

Explícitas en Salud (GES), desde 2005 fue definido e implementado un sistema que garantiza la cobertura de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera de los usuarios a través de encuestas (pesquisa) y reuniones de ciudadanos (GIOVANELLA et al., 2012).

REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD

Se poseen registros electrónicos de salud, pues ello tiene como beneficios (ADAMO; MINISTERIO DE SALUD, 2016):

- Garantizar la continuidad de la atención.
- Mejores resultados de salud y más seguridad del paciente.
- Mejor interacción y comunicación entre los profesionales de la salud.
- Mayor eficiencia del flujo de trabajo.
- Uso más eficiente de los recursos de la salud.

En 2016 la salud quedó "conectada" y se crearon los registros REG-1 (sistema formal de ficha), donde el sistema es estandarizado con datos clínicos y gerenciamientos de los pacientes.

CONTENCIÓN DE COSTOS

Desde 2005, el gasto per cápita en salud en Chile ha aumentado, en 2013 fue de 7%. El gasto público en salud en Chile ha sido del 8,6% anual desde 2005 y está creciendo más rápidamente en comparación con otros países de la OCDE. Sin embargo, el sector privado sigue desempeñando un papel significativo en Chile, en contraste con otros países de la OCDE, donde el sector público es la principal fuente de financiación de la salud (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2013).

INNOVACIÓN

Las innovaciones más recientes introducidas en el sistema de salud chileno tuvieron su origen en un conjunto de proyectos de ley enviados al parlamento en 2002:

- La Ley de Salud y Autoridad de Gestión, que separa las funciones de prestación de servicios de salud y regulación del sector, fortalece la autoridad de salud y crea un sistema de acreditación de proveedores públicos y privados
- Ley del Régimen General de Garantías de Salud, que establece un sistema de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías prioritarias
- Ley ISAPRES de solvencia, que garantiza la estabilidad del sistema y protege a los miembros contra la insolvencia
- Ley de Modificación de la Operación de ISAPRES, que mejora la transparencia y mejora el papel de la Superintendencia.

La reforma se centra en las necesidades y derechos de los pacientes y define el Régimen General de Garantías de Salud como una herramienta para la priorización de la salud que establece un Sistema Universal con Garantías Explícitas traducidas en un Plan de Salud de las Personas.

Como ya fue descrito en párrafos anteriores, en enero de 2005 fue implantado el Plan Universal de Acceso con Garantías Explícitas (AUGE), que garantiza acceso oportuno a servicios de calidad para problemas de salud, incluyendo cáncer en niños, cáncer de mama, leucemias, Cardiopatías isquémicas, VIH / SIDA y diabetes. Las enfermedades se incorporan a este plan de acuerdo con su importancia sanitaria, la eficacia del tratamiento, el impacto financiero en las familias y las expectativas de las personas.

El núcleo del cambio introducido por el Plan AUGE se encuentra en la explicación de cuatro garantías:

1. Acceso: FONASA e ISAPRES tienen la obligación de conceder beneficios garantizados a la salud.
2. Calidad: todos los proveedores deben estar acreditados ante la Superintendencia de Salud, de acuerdo con los criterios de calidad.
3. Oportunidad: hay plazos máximos para la entrega de beneficios garantizados.
4. Protección financiera: se establece un techo de co-pagamento anual para evitar gastos catastróficos, estableciendo una contribución máxima de co-pago de un beneficiario por beneficio o grupo de beneficios garantizados.

Estas innovaciones tuvieron como impacto un progreso notable, prestando atención a más de 9 millones 300 mil personas y sus casos desde su creación hasta diciembre de 2009, garantizando acceso a cuidados de calidad para todos, ofreciendo protección financiera para las enfermedades definidas en el plan. Con AUGE también se contribuyó a la modernización del estado en general y del sector salud en particular, otorgando mayor autonomía y flexibilidad en la gestión de los establecimientos hospitalarios y permitiendo que los gestores de la red concentren su trabajo en la articulación de la asistencia en salud.

Del mismo modo, se recaudaron recursos y se realizaron inversiones en infraestructura y equipos para generar beneficios con relación a los problemas garantizados y no garantizados. El trabajo también fue promovido con un modelo de gestión clínica basado en evidencias, con directrices de práctica clínica y protocolos de atención y con criterios explícitos de priorización (BECERRIL-MONTEKIO; DE DIOS REYES; MANUEL, 2011).

Más información en: https://ongceres.cl/2019/04/30/no-las-isapres-no-deben-asegurar-a-gente-enferma-una-discusion-sobre-la-reforma-al-sistema-de-salud-en-chile/?gclid=CjwKCAiA_f3uBRAmEiwAzPuaM71ngm2zyCGN6IJPfU7rNI3DNZDxwvm3jzjSbWnZeDxkfBEWoITdxoCPFkQAvD_BwE

SALUD BUCAL

La salud bucal es reconocida como una de las prioridades en salud del país, tanto por la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucales como por la mayor percepción de la población sobre estas patologías que afectan su salud general y calidad de vida. La Política de Salud Bucal busca la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables (ROGGERONE, 2016).

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD

La Política de Salud Bucal busca la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables y también considera las actividades de recuperación en grupos prioritarios, a través de acciones costo-eficaces y con base en la mejor evidencia disponible.

Así, desde la década de 2000, los programas de atención odontológica han priorizado algunos grupos vulnerables considerando las desigualdades notables observadas en la salud. En este contexto, el sistema de salud chileno propuso como objetivo proporcionar la atención en salud definida en una canasta básica de beneficios. Por otra parte, a través de la Ley 19.966 de AUGE (o GES), desde 2005 se definió e implementó un sistema que garantiza la cobertura de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera de un grupo inicial de 25 condiciones de salud que aumentaron gradualmente desde julio de 2005 para 80 patologías garantizadas hasta la fecha, definidas y priorizadas según el grado de la enfermedad, el impacto en la calidad de vida, los gastos que representan y también de acuerdo con la opinión organizada de los usuarios a través de encuestas (pesquisas) y reuniones de ciudadanos.

Los programas de atención odontológica contemplados en el Régimen GES son (OVALLE; VIGUERAS, 2019):

- Atención integral de salud a niños y niñas con fisuras
- Salud bucal integral para niños y niñas de 6 años
- Urgencias odontológicas ambulatorias
- Salud bucal integral para adultos de 60 años
- Salud bucal integral de gestantes

Estos servicios están garantizados bajo una política de protección social centrada en derechos garantizados y exigidos por los ciudadanos. Su cumplimiento puede ser exigido tanto por los beneficiarios del seguro público (FONASA) como por el seguro privado (ISAPRES) ante los órganos correspondientes establecidos por ley. Esto, en el ámbito de una reforma que trató de abordar los problemas de acceso a la atención odontológica para adultos, quienes tuvieron acceso limitado a la atención odontológica de urgencia o tuvieron que levantarse temprano para intentar alcanzar una de las pocas citas para esa atención, las que fueron programadas a partir del suministro y no de la demanda de la necesidad de atención.

Con la cobertura adicional limitada que puede ser concedida, la atención fue restringida por horarios de atención generalmente incompatibles con el trabajo o las actividades escolares. Por esa razón, el "Programa Mejorar el Acceso" buscó mejorar el acceso al cuidado bucal en la población matriculada en el cuarto año de la Educación Media (último curso de la educación secundaria), y en adultos con más de 20 años, en lugares compatibles con actividades educativas y de trabajo. Los tratamientos odontológicos de morbilidades se realizan de lunes a viernes por la tarde y sábado por la mañana, con el fin de facilitar la atención de quien trabaja o estudia.

Con relación a la atención de urgencias odontológicas ambulatorias, frente a la baja cobertura de atención odontológica integral ofrecido en el sistema de salud público, especialmente en la población adulta, y en vista de las condiciones bucales precarias y del gran perjuicio de la salud bucal acumulada en esta población, el Estado tuvo que garantizar la atención oportuna de la atención odontológica ambulatoria para toda la población que la exige, junto con un aumento progresivo de los recursos odontológicos que permiten un aumento de la oferta clínica disponible.

Los componentes para mejorar el acceso son:

- Resolución de especialidades odontológicas en la APS

Estrategias : Endodoncia en la APS, Prótesis en la APS

- Abordaje de la atención odontológica en poblaciones de difícil acceso

Estrategias: Clínicas Móviles Odontológicas, Atención odontológica integral a "Hombres de escasos recursos"

- Promoción y prevención en odontología

Estrategias: Apoyo odontológico en Centros Comunitarios de Salud Familiar

- Odontología Integral

Estrategias: Atención odontológica integral a las mujeres "Más Sonrisas para Chile", Auditorías clínicas en 5% de las altas odontológicas integrales "Más Sonrisas para Chile".



CHILE – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

Atualmente, o Sistema de Saúde do Chile é misto tanto no seu seguro como na prestação de serviços com a existência do Fundo Nacional de Saúde (FONASA) e o sistema privado ISAPRES.

- No setor público, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) oferece benefícios de saúde ambulatorial e hospitalar à sua população beneficiária através de 29 Serviços de Saúde distribuídos em 15 regiões do país, enquanto a APS é administrada principalmente por municípios sob orientação técnica do Ministério da Saúde.
- No setor privado, a ISAPRES, cuja operação corresponde à lógica dos seguros privados mais do que a do seguro social, oferece aos seus usuários vários planos de serviços de acordo com a cobertura a que acessam e de acordo com sua capacidade de pagamento e risco.

A partir da década de 2000, foram implementadas uma série de reformas destinadas a abordar as desigualdades em saúde resultantes de diferenças geográficas e socioeconômicas devido a este modelo misto. Uma delas foi a utilização de “garantias de saúde”, para fornecer cobertura universal e equitativa da assistência de saúde com qualidade em um sistema de saúde misto. O programa, chamado GES (Garantias Explícitas em Saúde), define os direitos legalmente exigíveis para benefícios de saúde explícitos para 80 condições de saúde prioritárias, que representam 75% da carga de doença. O GES foi acompanhado por outras medidas, no contexto de uma Reforma do Sistema de Saúde, para aumentar o financiamento público e assegurar essas garantias em todo o país (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

A rede assistencial de cada Serviço de saúde está constituída por um conjunto de estabelecimentos assistenciais públicos que formam parte do Serviço, os estabelecimentos municipais de Atenção Primária de saúde do seu território e os demais estabelecimentos públicos ou privados que mantenham convênio com o Serviço de saúde respectivo para executar ações de saúde, os quais deverá colaborar e complementar entre si para resolver de maneira efetiva as necessidades de saúde da população. A rede de cada serviço se organizará com um primeiro nível de Atenção Primária, composto por estabelecimentos que exercerão funções assistenciais em um determinado território (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

PAPEL DO GOVERNO

O governo do Chile criou o Ministério de Saúde com o objetivo de coordenar, manter e organizar a atenção de saúde aos chilenos, ditar normas gerais sobre questões técnicas, administrativas e financeiras às quais os organismos e entidades do Sistema devem aderir, realizar atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação de pessoas doentes (LABRA, 2001; WHO, 2017).

Além disso, tem como ações:

1. Garantir o devido cumprimento dos regulamentos de saúde, através do Ministério Regional da Saúde, sem prejuízo da competência atribuída por lei a outras organizações.
2. Realizar vigilância em saúde pública e avaliar a situação de saúde da população.
3. Tratar dados para fins estatísticos e manter registros ou bancos de dados sobre os assuntos de sua competência.

4. Formular o orçamento do setor.
5. Formular, avaliar e atualizar o Sistema de Acesso Universal com Garantias Explícitas.
6. Formular, avaliar e atualizar as diretrizes estratégicas do setor de saúde ou Plano Nacional de Saúde, consistindo em objetivos de saúde, prioridades nacionais e necessidades das pessoas.
7. Estabelecer as políticas e normas de investimento em infraestrutura e equipamentos dos estabelecimentos públicos que integram as redes de assistência.
8. Garantir uma coordenação eficaz das redes de saúde, em todos os níveis.
9. Estabelecer os padrões mínimos a serem cumpridos pelos provedores institucionais de saúde, como hospitais, clínicas, clínicas e centros médicos, a fim de garantir que os serviços atinjam a qualidade exigida para a segurança dos usuários.
10. Estabelecer um sistema de credenciamento para fornecedores institucionais autorizados a operar.
11. Estabelecer um sistema de certificação de especialidades e subespecialidades de prestadores de cuidados de saúde individuais legalmente autorizados a exercer suas respectivas profissões, ou seja, de pessoas físicas que concedam benefícios à saúde.
12. Estabelecer, mediante resolução, protocolos de assistência à saúde. Para esses fins, os protocolos de assistência à saúde são entendidos como instruções sobre o gerenciamento operacional de certos problemas de saúde. Serão de caráter referencial e somente serão obrigatórios para os setores público e privado, caso exista uma causa de saúde que mereça, o que deve ser declarado em resolução do Ministério da Saúde.
13. Implementar, nos termos da lei, sistemas alternativos de solução de controvérsias sobre responsabilidade civil de provedores individuais e institucionais, públicos ou privados, originados na concessão de ações de saúde, sem prejuízo das ações jurisdicionais correspondentes.
14. Formular políticas que permitam incorporar uma abordagem de saúde intercultural nos programas de saúde.

FINANCIAMENTO

O Sistema de Saúde do Chile é misto tanto no seu seguro como na prestação de serviços. O seguro público, chamado Fundo Nacional de Saúde (FONASA), cobre aproximadamente 79% da população, incluindo aqueles que contribuem com 7% de sua renda mensal (contribuições compulsórias) para as pessoas carentes de recursos, o seguro é financiado pelo Estado através de uma contribuição fiscal direta. Por outro lado, no sistema privado representado pelo ISAPRES, engloba 15% da população, concentrando nas pessoas de maior nível socioeconômico, ou seja, população mais jovem e trabalhadores com maior renda econômica; e os usuários que contribuirão com a Isapre não precisarão contribuir com o sistema estatal. A percentagem restante corresponde a pessoas não seguradas e aquelas que contribuem para o próprio seguro de saúde das Forças Armadas (2,9%) (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

O gasto direto com saúde é de 38% do total de gastos com saúde e afeta principalmente famílias com menos recursos. FONASA e ISAPRES competem pela fonte comum de financiamento (contribuição obrigatória de funcionários com limite mensal equivalente a aproximadamente US\$ 2.860).

Cerca de 50% do financiamento da saúde pública provém da tributação de usuários, que irá para o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS) e para o Fonasa para ajudar a cobrir as despesas. O Isapre cobre suas despesas utilizando apenas as contribuições dos usuários (OVALLE; VIGUERAS, 2019).

COBERTURA

Cerca de 74% da população é filiado ao subsistema público (Fonasa), 17% pertencem ao ISAPRE, 2% pertence ao sistema de saúde das Forças Armadas e 7% da população são considerados "independentes", já que eles não estão ligados a qualquer sistema de saúde.

O serviço dos sistemas de saúde do país passou por mudanças ainda mais enfáticas desde o começo dos anos 2000, com objetivo de melhorar a eficiência e a qualidade de saúde, dando aos usuários um plano de saúde universal e um pacote de benefícios de saúde pública, além de serviços de saúde individuais. Tal reforma apoderou os cidadãos como titulares de direitos na área da saúde. Promoveu um fortalecimento na atenção primária, com ênfase na prevenção. Também identificou um conjunto de problemas de saúde para os quais determinou procedimentos e prazos estandardizados por doença. Com isso, estabeleceram-se garantias universais para os beneficiários, independentemente de estarem segurados no serviço público ou privados (BECERRIL-MONTEKIO; DE DIOS REYES; MANUEL, 2011).

Essa reforma supracitada refere-se, principalmente, a uma lei que entrou em vigor em 2005, a lei de Garantias Explícitas em Saúde (AUGE ou GES), que estabelece um plano de saúde obrigatório para as instituições prestadoras de saúde, independentemente do setor público ou privado.

SERVIÇOS OFERECIDOS

Em 2003, o Chile possuía 2 177 estabelecimentos de saúde, públicos e privados. Desses, 1.998 pertenciam ao setor público e quase todos (1.983) ao SNSS. A grande maioria dos estabelecimentos do setor público (1.776) correspondia a centros de atendimento ambulatorial especial, serviços de atenção primária e postos de saúde rurais. Enquanto isso, o setor privado possuía apenas 179 estabelecimentos: 45 hospitais de mútuos empregadores e 134 hospitais e clínicas particulares no que diz respeito a cuidados fechados. No atendimento aberto, existe uma rede não-quantificada de consultórios de médicos individuais e agrupados.

Os serviços ofertados são: programas alimentares, reabilitação, tratamento de doenças transmissíveis, programa nacional do câncer, prevenção ao consumo do tabaco, saúde infantil, saúde da mulher, programa de saúde integral dos adolescentes, saúde bucal, saúde ao adulto, saúde mental, saúde ocupacional e saúde sexual e reprodutiva.

Mais informações em: <http://www.minsal.cl/>

ACESSO E QUALIDADE

Em 2000 a política de Saúde Bucal do Chile priorizou os menores de 20 anos de idade tanto nos Objetivos Sanitários 2000-2010 como na Estratégia Nacional da Saúde 2011-2020. Já em 2007, o Ministério de Saúde desenvolveu uma proposta de intervenção intersectorial para promoção de hábitos de higiene e alimentação e a prevenção de cáries nas crianças.

Os cuidados de saúde bucal no Chile, mesmo antes do GES, tiveram uma abordagem predominantemente preventiva, com cobertura de fluoretação de água potável no território nacional, atingindo cerca de 83% da população urbana. O atendimento odontológico visava proteger e limitar o dano, com foco nos grupos populacionais em um período de erupção dentária temporária e definitiva, idades em que a educação para a saúde mostrou ser mais efetiva. Na área de diagnóstico e tratamento, o foco foi sobre a população de maior idade de risco biológico. É por isso que apenas cuidados dentários integrados foram priorizados em crianças com idade entre 4, 6 e 12, e adolescentes grávidas e/ou primeira gravidez.

Por outro lado, a saúde bucal é uma questão que foi priorizada continuamente pela população chilena, possivelmente devido às mudanças socioeconômicas e culturais produzidas no país. Além disso, é uma das áreas em que as pessoas têm maiores problemas de acesso devido a altos custos, especialmente aqueles de grupos socioeconômicos desfavorecidos.

Portanto, considerando a situação epidemiológica e a opinião pública, a Reforma da Saúde também considerou alguns cuidados odontológicos. Assim, os GES Odontológicos (com cuidados destinados à serviços mencionados anteriormente: Atenção integral de saúde a crianças fissuradas, Saúde oral integral para crianças de 6 anos, Urgências Odontológicas Ambulatoriais, Saúde oral integral para adultos de 60 anos e Saúde oral integral de gestantes), juntamente com outros programas complementares, configuram os serviços e os principais programas que compõem a oferta atual de atendimento odontológico no sistema de saúde pública, que são detalhados a seguir (OVALLE; VIGUERAS, 2019):

- Programa de fluoretação de água potável: O uso de fluoretos para prevenção de cáries dentárias é a medida considerada como a principal estratégia de prevenção e controle de cáries, com evidências científicas de alta qualidade que o sustentam.
- Programa Promocional Preventivo “Semeando Sorrisos”: Destinado a crianças que frequentam estabelecimentos pré-escolares vulneráveis, visa aumentar a porcentagem de crianças com menos de 6 anos livre de cárie. Contempla atividades de autocuidado e proteção específica traduzidas na escovação dos dentes e na aplicação de verniz fluoretado em uma idade precoce. O seu financiamento, definido como uma linha orçamental específica, inclui a entrega anual a cada criança de um kit de higiene dental (escova de dentes e pasta de dente fluoretada), juntamente com atividades promocionais realizadas como parte da visita da equipe dentária aos jardins de infância.
- Programa Odontológico Integral: Seu objetivo é melhorar a saúde bucal da população beneficiada no nível primário de atenção, através de cuidados preventivos, reparadores e / ou reabilitação protética de acordo com os grupos prioritários. Os seus objetivos são melhorar a qualidade e a resolução do atendimento odontológico na APS, bem como melhorar a acessibilidade dos cuidados dentários em comunidades de difícil acesso.
- O programa “Mais sorrisos para o Chile”; surge em 2014, visando atingir 400 mil mulheres com alta odontológica entre 2014 e 2017. O referido programa, embora com uma cobertura muito mais ampla, é a continuidade de um programa iniciado em 1994 como componente da Saúde Bucal do Programa de Apoio Intersetorial às Mulheres Chefe de Famílias, com o objetivo de melhorar o desenvolvimento individual das mulheres, recuperação da auto estima, inserção no mercado de trabalho e do cuidados de saúde bucal de suas famílias.

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

O sistema ofertado de atendimento preventivos e de promoção de saúde à crianças está integrado na rede de atenção. Por outro lado, através da Lei 19.966 de Acesso Universal a Garantias Explícitas (AUGE) ou Garantias Explí-

citadas em Saúde (GES), desde 2005 foi definido e implementado um sistema que garante a cobertura de acesso, oportunidade, qualidade e proteção financeira dos usuários através de pesquisas e reuniões de cidadãos (GIOVANELLA et al., 2012).

REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

Eles possuem registros eletrônicos de saúde por esse ter como benefícios (ADAMO; MINISTERIO DE SALUD, 2016):

- Garante a continuidade do atendimento
- Melhores resultados de saúde e mais segurança do paciente
- Melhor interação e comunicação entre profissionais de saúde
- Maior eficiência do fluxo de trabalho
- Uso mais eficiente dos recursos de saúde

Em 2016 a saúde ficou “conectada” e eles criaram os registros REG-1 (sistema formal de ficha), onde o sistema é padronizado com dados clínicos e gerenciamentos dos pacientes.

CONTENÇÃO DE CUSTOS

Desde 2005 os gastos per capita em saúde no Chile tem aumentado, em 2013 foi de 7%. Os gastos públicos em saúde no Chile têm sido de 8,6% ao ano desde 2005 e está crescendo mais rapidamente em comparação com os outros países da OCDE. No entanto, privado setor continua a desempenhar um papel significativo no Chile, em contraste com outros países da OCDE, onde o setor público é a principal fonte de financiamento da saúde (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2013).

INOVAÇÃO

As inovações mais recentes introduzidas no sistema de saúde chileno tiveram origem em um conjunto de projetos de lei enviados ao parlamento em 2002:

- A Lei de Saúde e Autoridade de Gestão, que separa as funções de prestação de serviços de saúde e regulamentação do setor, fortalece a autoridade de saúde e cria um sistema de credenciamento de fornecedores públicos e privados;
- Lei do Regime Geral de Garantias de Saúde, que cria um sistema de garantias explícitas de acesso, oportunidade, qualidade e proteção financeira para um conjunto de patologias prioritárias;
- Lei ISAPRE de solvência, que garante a estabilidade do sistema e protege os membros contra situações de insolvência; e
- Lei de Modificação da Operação do ISAPRE, que melhora a transparência e aprimora o papel da Superintendência.

A reforma se concentra nas necessidades e direitos dos pacientes e define o Regime Geral de Garantias de Saúde como uma ferramenta para priorização da saúde que estabelece um Sistema Universal com Garantias Explícitas traduzidas em um Plano de Saúde das Pessoas.

Em janeiro de 2005, foi implantado o Plano Universal de Acesso com Garantias Explícitas (AUGE), que garante acesso oportuno a serviços de qualidade para problemas de saúde, incluindo câncer em crianças, câncer de mama, leucemias, cardiopatias isquêmicas, HIV / AIDS e diabetes. As doenças são incorporadas a este plano de acordo com sua importância sanitária, a eficácia do tratamento, o impacto financeiro nas famílias e as expectativas das pessoas.

O cerne da mudança introduzida pelo Plano AUGE encontra-se na explicação de quatro garantias:

1. Acesso: A FONASA e o ISAPRE têm a obrigação de conceder benefícios garantidos à saúde.
2. Qualidade: todos os fornecedores devem ser credenciados junto à Superintendência de Saúde, de acordo com os critérios de qualidade.
3. Oportunidade: existem prazos máximos para a entrega de benefícios garantidos.
4. Proteção financeira: define-se um teto de co-pagamento por ano para evitar despesas catastróficas, estabelecendo uma contribuição máxima de co-pagamento de um beneficiário por benefício ou grupo de benefícios garantidos.

Essas inovações tiveram como impacto um progresso notável, prestando atenção a mais de nove milhões e 300 mil casos desde a sua criação até dezembro de 2009 e garantindo acesso a cuidados de qualidade para todos, oferecendo proteção financeira para as doenças definidas no plano. O plano AUGE também contribuiu para a modernização do estado em geral e do setor da saúde em particular, concedendo maior autonomia e flexibilidade na gestão dos estabelecimentos hospitalares e permitindo que os gerentes de rede concentrem seu trabalho na articulação dos cuidados de saúde

Também foram levantados recursos e feitos investimentos em infraestrutura e equipamentos para beneficiar os problemas garantidos e não garantidos. O trabalho também foi promovido com um modelo de gerenciamento clínico baseado em evidências, com diretrizes de prática clínica e protocolos de atendimento e com critérios explícitos de priorização (BECERRIL-MONTEKIO; DE DIOS REYES; MANUEL, 2011).

Mais informações em: https://ongceres.cl/2019/04/30/no-las-isapres-no-deben-asegurar-a-gente-enferma-una-discusion-sobre-la-reforma-al-sistema-de-salud-en-chile/?gclid=CjwKCAiA_f3uBRAmEiwAzPuaM71ngm2zyCGN6JPFuP7rNI3DNZDxwvm3jzjSbWnZeDxkfBEWolTdxoCPFkQAvD_BwE

SAÚDE BUCAL

A saúde bucal é reconhecida como uma das prioridades de saúde do país, tanto pela prevalência e gravidade das doenças bucais quanto pela maior percepção da população sobre essas patologias que afetam sua saúde geral e qualidade de vida. A Política de Saúde Bucal visa à prevenção e promoção da Saúde Bucal da população, com ênfase nos grupos mais vulneráveis (ROGGERONE, 2016).

SERVIÇOS E COBERTURA DE SAÚDE

A Política de Saúde Bucal visa à prevenção e promoção da Saúde Bucal da população, com ênfase nos grupos mais vulneráveis e também considera as atividades de recuperação em grupos prioritários, através de ações de custo eficaz com base na melhor evidência disponível.

Assim, desde a década de 2000, os programas de cuidados odontológicos tem priorizado alguns grupos vulneráveis considerando as desigualdades marcantes observadas na saúde. Neste contexto, o Sistema de Saúde chileno propôs como objetivo fornecer cuidados de saúde definidos em uma cesta básica de benefícios. Por outro lado, através da Lei 19.966 de Acesso Universal a Garantias Explícitas (AUGE) ou Garantias Explícitas em Saúde (GES), desde 2005 foi definido e implementado um sistema que garante a cobertura de acesso, oportunidade, qualidade e proteção financeira de um grupo inicial de 25 condições de saúde que aumentaram gradualmente de julho de 2005 para as 80 patologias garantidas até à data, definidas e priorizadas de acordo com o grau da doença, o impacto na qualidade de vida e as despesas que representam; e também de acordo com a opinião organizada dos usuários através de pesquisas e reuniões de cidadãos.

Os programas de cuidados odontológicos contemplados no Regime GES são (OVALLE; VIGUERAS, 2019):

- Atenção integral de saúde a crianças fissuradas
- Saúde oral integral para crianças de 6 anos
- Urgências Odontológicas Ambulatoriais
- Saúde oral integral para adultos de 60 anos
- Saúde oral integral de gestantes

Estes serviços são garantidos sob uma política de proteção social com foco em direitos garantidos e exigidos pelos cidadãos. Seu cumprimento pode ser exigido tanto pelos beneficiários do seguro público (FONASA) quanto pelo seguro privado (ISAPRES) perante os órgãos correspondentes estabelecidos por lei. Isso, no âmbito de uma Reforma que procurou abordar os problemas de acesso ao atendimento odontológico para adultos, que até tiveram acesso limitado aos cuidados dentários de emergência, mesmo antes desta lei, ou tiveram que se levantar cedo para tentar alcançar uma das poucas cotas para esses cuidados, as que foram programadas a partir do fornecimento e não da demanda da necessidade de atenção.

O tratamento odontológico da morbidade considera as atividades de reparadores realizadas de segunda a sexta-feira à tarde e sábado de manhã, a fim de facilitar o atendimento de quem trabalha ou estuda.

Cuidados de emergência odontológica ambulatorial: diante da baixa cobertura de atendimento odontológico abrangente oferecido no Sistema de Saúde Pública, especialmente na população adulta, e em vista das condições bucais precárias e do grande prejuízo da saúde bucal acumulada neste população, o Estado teve que garantir o atendimento oportuno da emergência odontológica ambulatorial para toda a população que a exige, juntamente com um aumento progressivo dos recursos odontológicos que permitem um aumento da oferta clínica disponível.

Com a cobertura adicional limitada que pode ser concedida, o atendimento foi restrito por horas de cuidados geralmente incompatíveis com o trabalho ou as atividades da escola. Por esse motivo, o “Programa Melhorar o Acesso” visa melhorar o acesso ao cuidado bucal na população matriculada no quarto ano da Educação Média (último curso da educação secundária), e em adultos com mais de 20 anos, em lugares compatíveis com atividades educacionais e de trabalho .

Os componentes em melhoria de acesso são:

- Resolução de especialidades odontológicas na APS
Estratégias : Endodontia na APS, Próteses na APS
- Abordagem da atenção odontológica em populações de difícil acesso
Estratégias: Clínicas Móveis Odontológicas, Atenção odontológica integral à “Homens de recursos escassos”
- Promoção e prevenção odontológica

Estratégias: Apoio odontológico em Centros Comunitários de Saúde Familiar

- Odontología Integral

Estratégias: Atenção odontológica integral às mulheres “Más sonrisas para Chile”, Auditorias clínicas em 5% das altas odontológicas integrais “Más Sonrisas para o Chile”.

ADAMO, G. L.; MINISTERIO DE SALUD. **Registro Clínico electrónico Ficha clínica : Requerimientos del estándar de acreditación De la Ficha Clínica en Papel a la Historia Clínica Electrónica**, 2016. .

BECERRIL-MONTEKIO, V.; DE DIOS REYES, J.; MANUEL, A. Sistema de salud de Chile. **Salud Publica de Mexico**, v. 53, n. SUPPL. 2, 2011.

GIOVANELLA, L.; FEO, O.; FARIA, M.; TOBAR, S. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

LABRA, M. E. Política e Saúde no Chile e no Brasil: Contribuições para uma Comparação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 361–376, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200007&nrm=iso>.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. OECD Health Statistics; Country Note: How does health spending in CHILE compare? p. 1–2, 2013. Disponível em: <http://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd_bv_id=health-data-en&doi=data-00546-en#>.

OVALLE, M. C.; VIGUERAS, L. C. **Developing a team to improve oral health: HEALTH SYSTEM IN CHILE**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

ROGGERONE, L. P. Inequidades En Salud Bucal. Factores Que Determinan Su Realidad En Chile. **Acta Bioethica**, v. 22, n. 2, p. 315–319, 2016.

WHO. **Salud Américas**. [s.l: s.n.]





por Nicole Pischel

COLOMBIA – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

The Political Constitution of 1991 defines social security as a mandatory public service and non-transferable right of the population, administered, coordinated and monitored by the State. Therefore, health care and environmental sanitation were defined as public services administered by the State, organized in a decentralized manner, by levels of care and with community participation. Health and basic sanitation, as well as other essential public services, are the responsibility of subnational territories, especially municipalities and districts. In the case of small municipalities that do not obtain administrative certification, health services are jointly responsible for the municipality and the department (CASTRO et al., 2019).

The Colombian Health System is structured in two regimes, the Contributory (RC) and the Subsidized (RS), in the first there are people who contribute money through their employment contract, or independently. And in the second, there is state aid. People affiliated to the RC are served by Health Promotion Companies (EPS), and those in RS are attended by Administradoras del Regimen Subsidiado (ARS). Both schemes have access to the Plan Obligatorio de Salud (POS).

Adherence to the Health System for both schemes is made through the Benefit Plan Administration Entities (EAPB) (formerly EPS) and health care is offered by the Health Service Providers (IPS) (IPS are institutions that provide hospital and outpatient health services, such as clinics, hospitals and professionals, among others). Both EAPB and IPS can be public, private or mixed. The Benefit Plan (PB) (previously called the Mandatory Health Plan - POS) is the set of procedures, drugs, therapies and diagnostic aids to which the population affiliated to the SGSSS is entitled. People affiliated to both schemes have access to the same Benefit Plan (law 1122 of 2007 and 1438 of 2011) (CASTRO et al., 2019).

The organization chart of how the structure of the Colombian Health System is organized can be found at: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/SG/GT/organigrama-minsalud.pdf>

GOVERNMENT ROLE

The actors and institutions that are part of the line of planning, decision, allocation of resources and operation are: Ministry of Protection Superintendence of Health Services, territorial entities and health departments, EPS, IPS, hospitals of different levels and communities.

The direction, guidance and conduct of the SGSSS are the responsibility of the Ministry of Health and Social Protection. Departmental, district and municipal health entities contribute to the direction of the system.

FINANCING

Public health is the responsibility of the State. It is the responsibility of territorial governments, such as departments, districts and municipalities, to take collective action in social spaces addressed to human groups. Individual preventive actions are the responsibility of insurers.

COVERAGE

The Health System has as its objective the universal coverage of the Colombian population, it still has a percentage of people who are out of work, some of them are people who are temporarily out of work, or the independents who do not get the minimum income to pay the corresponding percentage. (MINSALUD, 2018).

Currently, the national coverage of SGSSS membership is over 95%. This was a great success for the health system, thus revealing the universality of health coverage in the country.

SERVICES

The Quality Assurance Mandatory Health System establishes qualification parameters for hospitals, outpatient clinics and independent professionals, who offer the provision of health services through different types of health service providers, public or private institutions, offering their services. services to any of the System's payers.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

ACCESS AND QUALITY

The two schemes are linked through a resource fund called Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). All people who have income equal to or above a minimum wage are obliged to belong to the Contributory Scheme, the contribution percentages vary according to the classification of workers, independent or retired. The people who are part of the Subsidized Scheme are those who are unable to pay and are identified by the municipal administrations through a data survey carried out by the System of Identification and Classification of Potential Beneficiaries for Social Programs.

In August 2017, the Resources Administrator of the General Social Security System in Health (ADRES) assumed the functions previously performed by FOSYGA. The main objective of ADRES is to guarantee the adequate flow of resources from the General Social Security System in Health (SGSSS) and implement the respective controls on the matter.

(<https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/ADRES-Assumed-FOSYGA-Activities-On-August-1st.aspx>)

INTEGRATION AND COORDINATION

To obtain better effectiveness and efficiency, Law 100 sought to separate the functions of management (regulation), insurance and provision of health services.

Topics such as direction and regulation are addressed to the Ministry of Health - national level. At the territorial level, departmental, district and municipal authorities assume responsibility, which also includes the Territorial Councils for Social Security in Health, which define the variables of the development of the insurance system.

(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

ELECTRONIC HEALTH RECORD

Law 1122 of 2007 allowed the consolidation of the Integrated Social Protection Information System (SISPRO), which captures and systematizes the information from the Epidemiological Surveillance System (SIVIGILA) and makes the data available to the National Health Institute (INS), MPS, CRES, CNSSSS and Territorial Entities.

The Individual Service Delivery Registry (RIPS) is also part of the information system, regulated by Resolution 3374 of 2000, monitors the benefits that the services provided to individuals affiliated and non-affiliated of the social security system, the data is collected by the institutions service providers in the country, public and private (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

COST CONTAINMENT

In Colombia, health spending has increased in recent years. In the 2000s it represented only 5.9% of GDP, in 2011 it reached 6.5%. Of the latter, 4.9% refers to the public sector and 1.6% corresponds to financing from the private sector.

INNOVATION

Law 100 of 1993 had several partial reforms. Among them are Law 1122 of 2007, which enabled the creation of the National Public Health Plan - PNSP (Decree 3,039 of 2007); Law 1438 of 2011, through which primary health care was adopted and the development of a 10-year health plan (10-year Public Health Plan-PDSP) was proposed, which was subsequently built and approved with effect from 2012 to 2021; and Law 1,751, of 2015, which aims to guarantee the fundamental right to health, regulate it and establish its protection mechanisms.

ORAL HEALTH

Through Law 100 of 1993, a set of oral health benefits was included in the health system. In this way, the population that previously paid for these services with money out of their own pocket would start to receive them within the scope of the care they are entitled to by joining the referred system (SGSSS). In 1989, salt fluoridation started in Colombia, a project that helped to reduce the prevalence and severity of tooth decay.

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

Among the oral health services offered to the population covered by the system are: educational and preventive activities in oral health, emergency dental procedures, dental fillings, root canals for single and multi-root teeth, basic procedures for oral and maxillofacial surgery (including extractions dental and surgical care and rehabilitation of patients with severe craniofacial anomalies), as well as the elaboration, insertion, adaptation and control of prostheses supported by total mucosa (CASTRO et al., 2019). Among the educational and preventive activities we can mention the control of bacterial plaque, supragingival scraping or mechanical control of the plaque, the application of fluoride and sealants in children and in the population under 18 years old.

The Health Benefits Plan includes dental procedures such as endodontic treatment in single or multi-root elements, restorations (in amalgam, composite resin or glass ionomer). Oral and maxillofacial surgeries, surgeries and rehabilitation of patients with severe cranial anomalies (such as cleft lip) and mucosal supported dentures.

COLOMBIA - ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

La Constitución Política de 1991 define la seguridad social como un servicio público obligatorio y un derecho intransferible de la población, administrado, coordinado y monitoreado por el Estado. La atención en salud y el saneamiento ambiental se definieron como servicios públicos administrados por el Estado, organizados de manera descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria. La salud y el saneamiento básico, así como otros servicios públicos esenciales, son responsabilidad de los territorios subnacionales, especialmente los municipios y distritos. En el caso de municipios pequeños que no obtienen certificación administrativa, los servicios de salud son responsabilidad conjunta del municipio y el departamento (CASTRO et al., 2019).

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia se pueden identificar el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiado (RS). En el primero están incluidas las personas que contribuyen con dinero a través de su contrato de trabajo, o de manera independiente, ya en el segundo, las personas sin capacidad de pago reciben un subsidio o ayuda estatal.

La afiliación al SGSSS para ambos regímenes se hace mediante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) (antes llamadas EPS) y la atención en salud es ofrecida por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (las IPS son instituciones que prestan servicios de salud hospitalarios y ambulatorios como clínicas, hospitales, profesionales independientes, entre otros). Tanto las EAPB como las IPS pueden ser de carácter público, privado o mixto. El Plan de Beneficios en Salud (PBS) (antes llamado Plan Obligatorio de Salud-POS) es el conjunto de procedimientos, medicamentos, terapias y ayudas diagnósticas a las que tiene derecho la población afiliada al SGSSS. Las personas afiliadas a ambos regímenes tienen acceso al mismo PBS (Ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011) (CASTRO et al., 2019).

El organigrama y la estructura del sistema de salud colombiano se puede encontrar en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/SG/GT/organigrama-minsalud.pdf>

PAPEL DEL GOBIERNO

Entre los actores e instituciones que forman parte de la línea de planificación, decisión, vigilancia, asignación de recursos y operación dentro del SGSSS están: El Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales (Departamentos, municipios y distritos), EAPB e IPS, incluyendo hospitales de diferentes niveles, y las comunidades.

FINANCIAMIENTO

El financiamiento del SGSSS colombiano está basado en un concepto de solidaridad y mueve recursos provenientes de las cotizaciones o aportes de las familias (trabajadores) y las empresas o de recursos propios de la nación. Así mismo, hay un fondo público disponibilizado para financiar el aseguramiento (del RS), para las acciones preventivas en el ámbito de la salud pública y para la atención de catástrofes. (CASTRO et al., 2019).

La salud pública es responsabilidad del Estado y en este sentido, es de competencia de los gobiernos territoriales como los departamentos, distritos y municipios, desarrollar acciones colectivas en salud. Por su parte, las acciones preventivas individuales son responsabilidad de las aseguradoras (EAPB).

COBERTURA

El Sistema de Salud tiene como objetivo la cobertura universal de la población colombiana, sin embargo aún hay un porcentaje de personas que están por fuera de este, algunas de ellas son personas que están temporalmente sin trabajo o trabajadores independientes que no obtienen el ingreso mínimo para pagar el porcentaje correspondiente para afiliarse al régimen subsidiado (MINSALUD, COLOMBIA 2018).

SERVICIOS

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. El SOGCS está integrado por cuatro componentes, a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El SOGCS establece parámetros de calificación para hospitales, clínicas de atención ambulatoria y profesionales independientes que ofrecen la prestación de servicios de salud a través de diferentes tipos de proveedores, instituciones públicas o privadas, a cualquiera de los pagadores del Sistema.

ACCESO Y CALIDAD

Los dos esquemas están vinculados a través de un fondo de recursos conocido como Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). De acuerdo al artículo 157 de la ley 100 de 1993, harán parte del régimen contributivo, las personas con vínculos laborales mediante contratos de trabajo, servidores públicos, pensionados y jubilados así como trabajadores independientes con capacidad de pago (ingresos iguales o superiores a un salario mínimo legal mensual vigente). A su vez, las personas que forman parte del Régimen Subsidiado son aquellas sin capacidad de pago para cubrir el monto necesario de cotización al sistema de salud, estas personas son identificadas por las administraciones municipales a través de una encuesta de datos realizada por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales-SISBEN.

En agosto de 2017, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) asumió las funciones que anteriormente desempeñaba el FOSYGA. La ADRES tiene como objetivo principal garantizar el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e implementar los respectivos controles sobre la materia.

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

Para obtener una mayor efectividad y eficiencia, la Ley 100 de 1993 buscó separar las funciones de gestión (regulación), aseguramiento y provisión de los deservicios de salud.

Temas tales como la dirección y regulación del sistema están a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social -

nivel nacional. Por su parte, a nivel territorial, estas funciones son asumidas por las autoridades departamentales, distritales y municipales. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

REGISTRO ELECTRÓNICO EN SALUD

La Ley 1122 de 2007 permitió la consolidación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, que entre sus funciones tiene capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y poner los datos a disposición del Instituto Nacional de Salud (INS), del Ministerio de Salud y Protección Social y de las entidades territoriales. (Ley 1122 de 2007)

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) también forma parte del sistema de información. Está regulado por la Resolución 3374 de 2000 y hace referencia al conjunto de datos relacionados con la atención realizada por los prestadores de servicios de salud a las personas afiliadas y no afiliadas al sistema. Los datos son recopilados por las instituciones proveedoras de servicios de salud en todo el país, tanto públicas como privadas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

CONTENCIÓN DE COSTOS

En Colombia, el gasto en salud ha aumentado en los últimos años. En la década de 2000 representaba solo el 5,9% del PIB, en 2011 alcanzó el 6,5%. De estos últimos, el 4.9% se refiere al sector público y el 1.6% corresponde al financiamiento del sector privado.

INNOVACIÓN

La ley 100 de 1993 ha tenido varias reformas parciales. Entre ellas están la Ley 1122 de 2007 que posibilitó la creación del Plan Nacional de Salud Pública—PNSP (Decreto 3039 de 2007); la ley 1438 de 2011 mediante la cual se adoptó la atención primaria en salud y se planteó la elaboración de un plan decenal de salud (Plan Decenal de Salud Pública-PDSP), el cual posteriormente fue construido y aprobado con vigencia de 2012 a 2021; y la ley 1751 de 2015 cuyo objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

SALUD BUCAL

Mediante la ley 100 de 1993 se incluyó un conjunto de beneficios en salud bucal dentro del sistema de salud. De este modo, la población que antes pagaba por dichos servicios con dinero de sus propios bolsillos pasaría a recibirlos como parte la atención a la cual tienen derecho por su afiliación a dicho sistema (SGSSS). En 1989, comenzó la fluoración de la sal en Colombia, un proyecto que contribuyó a reducir la prevalencia y la gravedad de la caries dental.

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD BUCAL

Entre los servicios en salud bucal ofrecidos a la población afiliada al sistema están: actividades educativas y preventivas en salud bucal, procedimientos odontológicos de urgencia, obturaciones dentales, endodoncias de dientes uni y multiradicales, procedimientos básicos de cirugía oral y maxilofacial (incluyendo extracciones dentales y atención quirúrgica y rehabilitación de pacientes con anomalías craneofaciales severas), así como la elaboración, inserción, adaptación y control de prótesis totales mucosoportadas. (CASTRO et al., 2019). Entre las actividades educativas y preventivas se pueden mencionar el control de placa bacteriana, el raspado supra y sub gingival, la aplicación de fluoruros y de sellantes en niños y población menor de 18 años.



COLÔMBIA – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

A Constituição Política de 1991 define a seguridade social como um serviço público obrigatório e direito intransferível da população, ministrado, coordenado e monitorado pelo Estado. Sendo assim, foi definido cuidados de saúde e saneamento ambiental como serviços públicos administrados pelo Estado, organizados de maneira descentralizada, por níveis de atenção e com participação da comunidade. A saúde e o saneamento básico, bem como outros serviços públicos essenciais, são de responsabilidade dos territórios subnacionais, especialmente os municípios e distritos. No caso de pequenos municípios que não obtêm certificação administrativa, os serviços de saúde são conjuntamente responsáveis pelo município e pelo departamento (CASTRO et al., 2019).

O Sistema de Saúde Colombiano é estruturado em dois Regimes, o Contributivo (RC) e o Subsidiado (RS), no primeiro encontram-se as pessoas que aportam dinheiro através de seu contrato de trabalho, ou de forma independente. E no segundo, há um auxílio do Estado. As pessoas afiliadas ao RC são atendidas por Empresas Promotoras de Saúde (EPS), e as do RS são atendidas pelas Administradoras del Regimen Subsidiado (ARS). Os dois regimes contam com o acesso ao Plan Obligatorio de Salud (POS).

A adesão ao Sistema de Saúde para ambos os regimes é feita através das Entidades Administradoras de Planos de Benefícios (EAPB) (anteriormente denominadas EPS) e os cuidados de saúde são oferecidos pelas Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS) (os IPS são instituições que prestam serviços hospitalares e ambulatoriais de saúde, como clínicas, hospitais e profissionais liberais, entre outros). Tanto o EAPB quanto o IPS podem ser públicos, privados ou mistos. O Plano de Benefícios (PB) (anteriormente denominado Plano de Saúde Obrigatório-POS) é o conjunto de procedimentos, medicamentos, terapias e auxílios diagnósticos a que tem direito a população filiada ao SGSSS. Pessoas filiadas a ambos os regimes têm acesso ao mesmo Plano de Benefícios (lei 1122 de 2007 e 1438 de 2011) (CASTRO et al., 2019).

O organograma de como é organizado a estrutura do Sistema de Saúde Colombiano pode ser encontrado em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/SG/GT/organigrama-minsalud.pdf>

PAPEL DO GOVERNO

Os atores e instituições que fazem parte da linha de planejamento, decisão, vigilância, alocação de recursos e operação: Ministério da Proteção Superintendência de Serviços de Saúde, entidades territoriais e secretarias de saúde, EPS, IPS, hospitais de diferentes níveis e comunidades.

A direção, orientação e conduta do SGSSS são do encargo do Ministério da Saúde e Proteção Social. As entidades de saúde departamental, distrital e municipal contribuem para a direção do sistema.

FINANCIAMENTO

A saúde pública é de responsabilidade do Estado. É de responsabilidade dos governos territoriais, como departamentos, distritos e municípios, ações coletivas em espaços sociais endereçado a grupos humanos. Já as ações preventivas individuais são de responsabilidade das seguradoras.

COBERTURA

Sistema de Saúde tenha como objetivo a cobertura universal da população colombiana, ainda possui uma porcentagem de pessoas que ficam fora, algumas delas são as pessoas que ficam sem trabalho transitoriamente, ou os independentes que não conseguem os ingressos mínimos para pagar a porcentagem que corresponde para aderir ao esquema subsidiado. (MINSALUD, 2018).

Atualmente, a cobertura nacional da afiliação do SGSSS é superior a 95%. Isto foi um grande êxito do sistema de saúde, assim revelando a universalidade da cobertura de saúde no país.

SERVIÇOS

O Sistema de Saúde Obrigatório de Garantia de Qualidade estabelece parâmetros de habilitação aos hospitais, ambulatórios e os profissionais independentes, que oferecem a prestação de serviços de saúde realizada por meio dos diferentes tipos de prestadores de serviços de saúde, instituições públicas ou privadas, ofertando seus serviços a qualquer um dos pagadores do Sistema.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

ACESSO E QUALIDADE

Os dois Regimes estão ligados através de um fundo de recursos nomeado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todas as pessoas que têm ingressos iguais ou superiores a um salário mínimo estão obrigadas a pertencer ao Regime Contributivo, as porcentagens do aporte variam segundo a classificação de trabalhadores, independentes ou aposentados. As pessoas que fazem parte do Regimen Subsidiado são as que não têm capacidade de pagar e são identificadas pelas administrações municipais através de um levantamento de dados feito pelo Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

Em agosto de 2017, o Administrador dos Recursos do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (ADRES) assumiu as funções anteriormente desempenhadas pelo FOSYGA. O principal objetivo do ADRES é garantir o fluxo adequado de recursos do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS) e implementar os respectivos controles sobre a matéria. (<https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/ADRES-Assumed-FOSYGA-Activities-On-August-1st.aspx>)

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

Para obter melhor eficácia e eficiência, a Lei 100 buscou separar as funções de gestão (regulamentação), seguro e provisão de serviços de saúde.

Temas como direção e regulamentação são destinadas ao Ministério de Saúde – nível nacional. Em nível territorial quem assume são autoridades departamentais, distritais e municipais, o que inclui também os Conselhos Territoriais de Seguridade Social em Saúde, esses definem as variáveis do desenvolvimento do sistema de seguros. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

A Lei 1122 de 2007, permitiu a consolidação do Sistema Integrado de Informações de Proteção Social (SISPRO), que captura e sistematiza as informações do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVIGILA) e disponibiliza os dados para o Instituto Nacional de Saúde (INS), MPS, CRES, CNSSSS e Entidades Territoriais.

O Registro Individual de Prestação de Serviços (RIPS) também faz parte do sistema de informações, regulamentada pela Resolução 3374 de 2000, monitora os benefícios que o serviços prestados aos indivíduos afiliadas e não afiliadas do sistema de seguridade social, os dados são coletadas pelas instituições prestadoras de serviços no país, públicos e privados (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

CONTENÇÃO DE CUSTOS

Na Colômbia, os gastos em saúde tiveram um acréscimo nos últimos anos. Nos anos 2000 representava apenas 5,9% do PIB, em 2011 chegou a 6,5%. Desse último, 4,9% referente ao setor público e 1,6% corresponde ao financiamento por parte do setor privado.

INOVAÇÃO

A Lei 100 de 1993 teve várias reformas parciais. Entre eles estão a Lei 1122 de 2007 que possibilitou a criação do Plano Nacional de Saúde Pública - PNSP (Decreto 3.039 de 2007); Lei 1438 de 2011, por meio da qual foi adotada a atenção primária à saúde e proposto o desenvolvimento de um plano decenal de saúde (Plano Decenal de Saúde Pública-PDSP), o qual foi posteriormente construído e aprovado com efeitos de 2012 a 2021; e a Lei 1.751, de 2015, que visa garantir o direito fundamental à saúde, regulamentá-lo e estabelecer seus mecanismos de proteção.

SAÚDE BUCAL

Por meio da Lei 100 de 1993, um conjunto de benefícios de saúde bucal foi incluído no sistema de saúde. Desta forma, a população que anteriormente pagava estes serviços com dinheiro do próprio bolso passaria a recebê-los no âmbito dos cuidados a que têm direito pela sua adesão ao referido sistema (SGSSS). Em 1989, a fluoretação do sal começou na Colômbia, um projeto que contribuiu para reduzir a prevalência e a gravidade da cárie dentária.

SERVIÇOS E COBERTURA SAÚDE BUCAL

Dentre os serviços de saúde bucal oferecidos à população conveniada ao sistema estão: atividades educativas e preventivas em saúde bucal, procedimentos odontológicos de emergência, obturações dentárias, canais radiculares para dentes unitários e multirradiculares, procedimentos básicos de cirurgia bucal e maxilo-facial (incluindo extrações dentárias e cuidados cirúrgicos e reabilitação de pacientes com anomalias craniofaciais graves), bem como a elaboração, inserção, adaptação e controle de próteses sustentadas por mucosa total. (CASTRO et al., 2019). (CASTRO et al., 2019). Dentre as atividades educativas e preventivas podemos citar o controle da placa bacteriana, raspagem supragengival ou controle mecânico da placa, a aplicação de flúor e selantes em crianças e na população menor de 18 anos.

No Plano de Benefícios de Saúde abriga os procedimentos odontológicos como tratamento endodôntico em elementos uni ou multirradículas, restaurações (em amálgama, resina composta ou ionômero de vidro). Cirurgias orais e maxilofaciais, cirurgias e reabilitação de pacientes com anomalias do crânio severas (como fenda labial) e próteses totais mucosuportadas.

CASTRO, G. J. O.; SALAZAR, S. M. Z.; DELGADO, G. J.; PULIDO, J. H. T.; SANDOVAL, S. **Developing a team to improve oral health: oral health policies in Colombia under the general social health insurance system: a panoramic approach.** São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

COLOMBIA. **La Ley 1122 del 2007. Medicina,** 2007. .

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA Y DEMOGRAFIA. **Plan Decenal de Salud Pública,** 2013. .

MINSALUD. Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia. n. 17, p. 46, 2018. Disponible em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/estructura-gasto-salud-publica-colombia.pdf>>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Perfil De Los Sistemas De Salud. Colombia.** [s.l: s.n.]v. 3

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

<https://www2.sisben.gov.co/sisben/Paginas/Que-es.aspx>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abece-adres.pdf>

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R3374000.pdf>





por Aline Neumann

COSTA RICA – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

Costa Rica's health system provides health, water and sanitation services. The health services component includes a public and a private sector. The public sector is dominated by Casa Costarricense de Seguro Social (CCSS), an autonomous institution in charge of financing, purchasing and providing most personal health services. CCSS is financed with contributions from affiliates, employees and the state, and administers 3 schemes: sickness and maternity insurance, disability, old age and death insurance, and the no-contribution scheme. CCSS provides services at its own facilities or at private sector facilities with whom it establishes "management commitments" contracts. The private sector comprises a wide network of providers that offer outpatient and specialty services for profit. These services are financed with payments and private agreements. The National Insurance Institute operates in both the public and private sectors, being responsible for covering labor and traffic risks, and for providing medical hospital services and related trauma rehabilitation. The Ministry of Health has a specialized public health department that relies on a network of operating units at regional and local levels, in charge of surveillance, epidemiological control and rectory of the system (SÁENZ et al., 2011).

The organization chart of the health system is described by Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL (2011) is available here: <http://www.scielo.org.mx/img/revistas/spm/v53s2/11f01.jpg>

GOVERNMENT ROLE

The Ministry of Health (MS) manages the actors involved in the social production of health, encouraging their active participation and directing their actions towards the development and constant improvement of people's health levels. Administration is understood as the political, technical, administrative and legal capacity to direct, lead, regulate and control the process of social health production (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

FINANCING

The CCSS is financed by tripartite contributions (employers, workers and the State). Currently, the contribution quota is 22.91% of the payroll. Employers contribute 14.16%, the worker contributes 8.25% and the State contributes 0.50%, divided between the Sickness and Maternity Insurance and the Disability, Old Age and Death Insurance. Voluntary and independent policyholders contribute according to the declared income and the State contributes 0.25%. If the income is less than \$ 885, the contribution will be 10.5% and, if the income exceeds that amount, 13.5% will be contributed. Non-contributory schemes are financed by the State through the Social Development and Family Aid Fund, as well as specific charges for electronic lottery activities and the sale of cigarettes and liquors. (SÁENZ et al., 2011).

COVERAGE

Costa Rica's Political Constitution defines the inalienable right of workers to protection against disease risks through social insurance. The General Health Law defines the health of the population as a good of public interest

and stipulates that it is an essential function of the State to guarantee the health of Costa Ricans, guaranteeing the right to health benefits for all inhabitants of the country.

Health insurance was established for the working population and, over the years, has been extended to new beneficiaries closely linked to the category of contributor and non-contributor of the system. Since its founding in 1941, CCSS coverage has grown consistently until the 1990s. Since then, the percentage of policyholders has fluctuated between 85.6 and 87.6% (2008). All minors (18 years old) and pregnant women who are not protected by the family benefit, non-contributory pensioners and identified indigent are insured by the State.

The recognition by the CCSS of a category of "uninsured", initially justified for the universalization of primary care, allowed the country's inhabitants with contributory capacity to choose not to contribute to health insurance, but can make use of the provision of services according to and third levels through emergency care.

Despite current policies, there are still groups of the population without access to social security, such as poor refugees, informal workers, undocumented migrants, temporary workers, some indigenous populations whose geographic access to services is limited, people in conditions of poverty not informed of their rights and 28.8% of workers in the agricultural sector without health coverage or pensions (SÁENZ et al., 2011).

SERVICES OFFERED

The National Insurance Institute offers health benefits in the following cases: Accidents at work, occupational diseases and traffic accidents. The Costa Rica Social Security Fund, through Health and Maternity Insurance, covers the following benefits: General, special and surgical medical assistance, hospital assistance, pharmacy service, dental care, cash allowance for direct policyholders, burial fee. and social benefits.

The establishments that make up the local level of the CCSS meet health needs and problems of complex complexity, ranging from low to highly specialized, which is why they are also organized into different levels of care (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004):

- 1) First level of care: Includes basic health services that carry out health promotion, disease prevention, cure and less complex rehabilitation actions. These actions are the responsibility of members of support teams and basic teams of comprehensive health care (EBAIS) and serve outpatient consultation, general medicine in clinics, health posts and posts, community offices, residences, schools and work centers.
- 2) Second level of care: provides support for the first level of care and offers outpatient and hospital interventions for basic specialties and some subspecialties: Internal Medicine, pediatrics, gynecology and obstetrics, psychiatry, general surgery, neonatology, otolaryngology, orthopedics, cardiology, dermatology, ophthalmology and others (according to the epidemiological profile of the population).
- 3) Third level of care: Provides more complex outpatient and hospitalization services in the specialties and subspecialties of the second level of care and in all other subspecialties: allergology, urology, peripheral vascular, hematology, nephrology, infectology, neurology and psychiatrics. In addition, support, diagnostic and therapeutic services that require high technology and expertise are provided at this level. Typical establishments at this level of care are regional hospitals and national general and specialized hospitals.

ACCESS AND QUALITY

In Costa Rica and for the purposes of the CCSS, the national territory is divided into 7 health regions. Each of them is subdivided into health areas that correspond to the country's political-administrative division, whose population varies between 15,000 and 40,000 inhabitants in rural areas and between 30,000 and 60,000 inhabitants in urban

areas. The health areas are considered the basic administrative units of the institution and are in charge of an area director guided by a technical and administrative team called the Support Team. The health areas are responsible for the health service network of the first level of care that operates in its geographical area.

The support teams constitute the human resources assigned to the Health Areas to collaborate with technical and administrative supervision actions, continuing education and attendance of EBAIS reference cases and must be constituted, at least, by the following members: 1 doctor specialized in family and community medicine 1 dentist 1 pharmacist 1 microbiologist 1 nurse 1 social worker 1 nutritionist. In addition, the support team has human resources from the administrative area.

In turn, each of the health areas is subdivided into two or more health sectors which are geographical divisions in which, on average, between 4,000 and 4,500 people live. Each of the health sectors is responsible for a human resources team called the Basic Comprehensive Health Care Team (EBAIS), composed of at least: 1 general physician 1 nursing assistant and 1 technical assistant for primary health care (ATAPS)

The emphasis of the activities included in the basic offer of services is prevention, and these are delivered, as mentioned above, in intramural (at the level of external consultation) and extramural (home, schools, work centers, recreation centers) modalities. Thus, the first level of care constitutes the gateway to the National Health System and, specifically, to the health services subsystem where, through the referral and counter-referral system, access to the second and third levels is guaranteed. of attention (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

INTEGRATION AND COORDINATION

The care model requires that actions are carried out in coordination with the participation of different members of the health teams (support and basic teams), so that interdisciplinary interventions facilitate a comprehensive and integrated approach.

The redesigned health model encourages a change in attitude in society towards health, as it is no longer an eminently individual issue, but has become a collective situation, which is everyone's responsibility to maintain, preserve and improve it. Therefore, in the implementation of the model, social participation is promoted, in order to build together what interests everyone. To make social participation concrete, at least three specific areas are foreseen: self-care in health, execution of activities and management of health services and others (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

ELECTRONIC HEALTH RECORDS

The Ministry of Health has a specialized health surveillance board, supported by a network of operational units at regional and local levels, focused on the surveillance of health events. The Institute of Research and Education in Nutrition and Health supports epidemiological surveillance with laboratories and National Reference Centers.

Since 2002, the Ministry of Health has published a list of indicators on the health status of the population. The monitoring of 66 notifiable diseases predominates, 11 of which are subject to stricter control due to their importance and transmissibility (SÁENZ et al., 2011).

The MS and the CCSS jointly assess the activities carried out in the health sector. Some programs evaluate themselves annually, as management commitments. Others are monitored less frequently, such as user satisfaction. Both institutions hire public and private organizations, including international agencies such as the Pan American

Health Organization, to conduct context analysis and assess results and impact. In addition, several academic institutions, such as national universities, ECLAC, the World Bank and the Inter-American Development Bank, implement independent evaluation studies (SÁENZ et al., 2011).

COST CONTAINMENT

In 2017, public spending as a% of GDP was 7.3%, of which 5.4% was earmarked for public domestic health expenditure. Domestic public expenditure represented 73.5% of current health expenditure and 26.9% of total general government expenditure (WHO, 2019).

INNOVATION

The IV Innova Salud Forum was held in 2019 at the Costa Rica Convention Center and allowed the units of the institution to disclose their initiatives and the keys that allowed them to become true samples of innovation in the provision of services that the institution has, exchanging innovative experiences and analysing the provision of health services in four thematic areas covering the life cycle: the use of technology and connectivity processes in health services, the development of health care processes adapted to the needs of adolescents, the use of devices printed on 3D to offer new therapeutic options for people with disabilities and quality of life in the elderly (CCSS, 2019).

ORAL HEALTH

Regarding oral health, the General Health Law of Costa Rica, in its article 16, states: Every student must undergo preventive medical and dental examinations and participate in education programs on complementary health and nutrition that educational establishments must offer. public and private.

Dental care for the entire population is administered by CCSS in its 3 levels of care and with national coverage. The provision of services in dentistry at all levels of care has been organized according to the standards of dental services since 1997.

In addition, Costa Rica was the first country in America and the third in the world to apply salt fluoridation massively to the population. At the end of 1987, 75% of Costa Rican consumption salt was fluoridated and iodized (BRENES, W., PORRAS, R., SALAS, A., MORA, H., BERMUDEZ, G., MOLINA, G., BRENDER, R., ROJAS, M., SANDOVAL, A., HIRSCH, R., HOFFMAISTER, F., ZAMORRA, M., CHAVEZ, N., MURILLO, A., PARRA, A., LUGO, S. AND SOLIS, 2019).

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

The services are distributed in the 3 levels of care according to the Standards of Dental Services. For the first level of care, the benefits of education, prevention and clinical care are divided according to the age group: Child and adolescent, woman, adult and elderly, with different services ranging from plaque control, pharmacotherapy, control instructions to plaque and nutrition, topical sealants and fluorides, periodontics (simple scrapes), minor surgery, uniradicular endodontics, restorations and emergencies, among others. The services offered evolve in complexity in the second and third levels of care, including trauma, biopsies, multiradicular endodontics, implants, grafts, complex surgeries, prostheses, TMJ treatment, among others. (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

COSTA RICA – ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud de Costa Rica brinda servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y otro privado. El sector público está a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), una institución autónoma encargada de financiar, comprar y proporcionar la mayoría de los servicios de salud personal. La CCSS se financia a partir de contribuciones de afiliados, empleados y del estado. Así mismo, administra 3 regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen de no contribución. La CCSS proporciona servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos de "compromisos de gestión". El sector privado comprende una amplia red de proveedores que ofrecen servicios ambulatorios y especializados con fines de lucro. Estos servicios se financian con pagos y convenios privados. El Instituto Nacional de Seguros opera tanto en el sector público como en el privado, siendo responsable de cubrir los riesgos laborales y de tránsito así como conceder servicios de atención médica hospitalaria y de rehabilitación de traumas relacionados. El Ministerio de Salud cuenta con un departamento especializado de salud pública y una red de unidades operativas a nivel regional y local, encargándose de la vigilancia, el control epidemiológico y la rectoría del sistema (SÁENZ et al., 2011).

El organigrama del sistema de salud costarricense descrito por Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL (2011) está disponible aquí: <http://www.scielo.org.mx/img/revistas/spm/v53s2/11f01.jpg>

PAPEL DEL GOBIERNO

El Ministerio de Salud (MS) ejerce la administración sobre los actores involucrados en la producción social de la salud, fomentando su participación activa y dirigiendo sus acciones hacia el desarrollo y la mejora constante de los niveles de salud de las personas. Se entiende por administración la capacidad política, técnica, administrativa y legal para dirigir, liderar, regular y controlar el proceso de producción de salud social (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

FINANCIAMIENTO

La CCSS se financia con contribuciones tripartitas (empleadores, trabajadores y el Estado). Actualmente, la cuota de contribución es del 22,91% de la nómina. Los empleadores aportan 14.16%, el trabajador aporta 8.25% y el Estado contribuye 0.50%, divididos entre el Seguro de Enfermedad y Maternidad y el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Los asegurados voluntarios e independientes contribuyen de acuerdo con el ingreso declarado y el Estado contribuye con el 0.25%. Si el ingreso es inferior a US \$ 885, la contribución será del 10.5% y, si el ingreso excede esa cantidad, se aportará el 13.5%. Los regímenes no contributivos son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), así como con cargos específicos por actividades de lotería electrónica y la venta de cigarrillos y licores. El sector privado se financia con pagos directos realizados por los usuarios en el momento de la asistencia (SÁENZ et al., 2011).

COBERTURA

La Constitución Política de Costa Rica define el derecho de los trabajadores a la protección contra los riesgos de enfermedades a través del seguro social como inalienable. La Ley General de Salud define la salud de la población como un bien público y estipula que es una función esencial del Estado garantizar la salud de los costarricenses, garantizando el derecho a beneficios de salud para todos los habitantes del país.

El seguro de salud se estableció para la población trabajadora y, a lo largo de los años, se ha extendido a los nuevos beneficiarios estrechamente vinculados a la categoría de contribuyente y no contribuyente del sistema. Desde su fundación en 1941, la cobertura de la CCSS ha crecido constantemente hasta la década de 1990. Desde entonces, el porcentaje de asegurados ha fluctuado entre 85.6 y 87.6% (2008). Todos los menores de 18 años y las mujeres embarazadas que no están protegidas por el beneficio familiar, los pensionados no contributivos y los indigentes identificados como tal están asegurados por el Estado.

El reconocimiento por parte de la CCSS de una categoría de "no asegurados", inicialmente justificada por la universalización de la atención primaria, permitió a los habitantes del país con capacidad contributiva elegir no contribuir al seguro de salud, pero pudiendo hacer uso de la prestación de servicios de segundo y tercer nivel a través de atención de emergencia.

A pesar de las políticas actuales, todavía hay grupos de población sin acceso a la seguridad social, como refugiados pobres, trabajadores informales, inmigrantes indocumentados, trabajadores temporales, algunas poblaciones indígenas cuyo acceso geográfico a los servicios es limitado, personas que viven en condiciones de pobreza no informadas de sus derechos y 28.8% de trabajadores en el sector agrícola sin cobertura de salud o pensiones (SÁENZ et al., 2011).

SERVICIO OFRECIDOS

El Instituto Nacional de Seguros ofrece beneficios de salud en los siguientes casos: accidentes laborales, enfermedades profesionales y accidentes de tránsito. El Fondo de Seguridad Social de Costa Rica, a través del seguro de salud y maternidad, cubre los siguientes beneficios: asistencia médica general, especial y quirúrgica, asistencia hospitalaria, servicio de farmacia, atención odontológica, subsidio en efectivo para asegurados directos, tarifa de entierro y beneficios sociales.

Los establecimientos que conforman el nivel local de la CCSS satisfacen las necesidades de salud y los problemas de diversa complejidad, que van desde bajos a altamente especializados, por lo que también están organizados en diferentes niveles de atención (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004):

1. Primer nivel de atención: Incluye servicios básicos de salud que llevan a cabo promoción de la salud, prevención de enfermedades, cura y acciones de rehabilitación menos complejas. Estas acciones son responsabilidad de los miembros de los equipos de apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en salud (EBAIS) y atienden consultas externas, medicina general en clínicas y puestos de salud, oficinas comunitarias, residencias, escuelas y centros de trabajo.
2. Segundo nivel de atención: Brinda apoyo para el primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias para especialidades básicas y algunas subespecialidades: medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, psiquiatría, cirugía general, neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología y otros (según el perfil epidemiológico de la población).

3. Tercer nivel de atención: Proporciona servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades: alergología, urología, vascular periférica, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría. Además, en este nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéuticos que requieren alta tecnología y experiencia. Los establecimientos típicos en este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados.

ACCESO Y CALIDAD

En Costa Rica y, para los fines de la CCSS, el territorio nacional se divide en 7 regiones de salud. Cada una de ellas se subdivide en áreas de salud que corresponden a la división político-administrativa del país, cuya población varía entre 15,000 y 40,000 habitantes en áreas rurales y entre 30,000 y 60,000 habitantes en áreas urbanas. Las áreas de salud se consideran las unidades administrativas básicas de la institución y están a cargo de un director de área guiado por un equipo técnico y administrativo llamado Equipo de Apoyo. Las áreas de salud son responsables de la red de servicios de salud del primer nivel de atención que opera en su área geográfica.

Los Equipos de Apoyo constituyen los recursos humanos asignados a las Áreas de Salud para colaborar con acciones de supervisión técnica y administrativa, educación continua y asistencia a casos de referencia de EBAIS y deben estar formados por al menos los siguientes miembros: 1 médico especializado en medicina familiar y comunitaria, 1 odontólogo, 1 farmacéutico, 1 microbiólogo, 1 enfermero, 1 trabajador social y 1 nutricionista. Además, el equipo de soporte cuenta con recursos humanos del área administrativa.

A su vez, cada una de las áreas de salud se subdivide en dos o más sectores de salud que son divisiones geográficas en las que, en promedio, viven entre 4.000 y 4.500 personas. Cada uno de los sectores de salud es responsable de un equipo de recursos humanos llamado Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS), compuesto por al menos: 1 médico general, 1 auxiliar de enfermería y 1 asistente técnico de atención primaria de salud (ATAPS).

El énfasis de las actividades incluidas en la oferta básica de servicios es la prevención, y estas se entregan, como se mencionó anteriormente, en modalidades intramuros (a nivel de consulta externa) y extramurales (hogar, escuelas, centros de trabajo, centros de recreación). Así, el primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y, específicamente, al subsistema de servicios de salud donde, a través del sistema de referencia y contrarreferencia, se garantiza el acceso al segundo y tercer nivel de atención (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

El modelo de atención requiere que las acciones se lleven a cabo en coordinación con la participación de los diferentes miembros de los equipos de salud (equipos de apoyo y básicos), de modo que las intervenciones interdisciplinarias faciliten un enfoque integral e integrado.

El modelo de salud rediseñado fomenta un cambio de actitud en la sociedad hacia la salud, pues dejó de ser un problema eminentemente individual, convirtiéndose en una situación colectiva, siendo responsabilidad de todos mantenerla, preservarla y mejorarla. Es por esto que en la implementación del modelo se promueve la participación social para construir juntos lo que interesa a todos. Para concretar la participación social, se prevén al menos tres áreas específicas: autocuidado en salud, ejecución de actividades y gestión de servicios de salud y otros (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD

El Ministerio de Salud tiene una dirección especializada de vigilancia en salud, respaldada por una red de unidades operativas a nivel regional y local, enfocada en la vigilancia de eventos de salud. El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) apoya la vigilancia epidemiológica con laboratorios y Centros Nacionales de Referencia.

Desde 2002, el Ministerio de Salud ha publicado una lista de indicadores sobre el estado de salud de la población. Predomina el monitoreo de 66 enfermedades de notificación obligatoria, 11 de las cuales están sujetas a un control más estricto debido a su importancia y transmisibilidad (SÁENZ et al., 2011).

El MS y la CCSS evalúan conjuntamente las actividades realizadas en el sector de la salud. Algunos programas se evalúan a sí mismos anualmente, como compromisos de gestión. Otros son monitoreados con menos frecuencia, como la satisfacción del usuario. Ambas instituciones contratan organizaciones públicas y privadas, incluidas agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, para realizar análisis de contexto y evaluar resultados e impacto. Además, varias instituciones académicas como las universidades nacionales y otras organizaciones como la CEPAL, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, implementan estudios de evaluación independientes (SÁENZ et al., 2011).

CONTENCIÓN DE COSTOS

En 2017, el gasto público como porcentaje del PIB fue del 7,3%, de los cuales el 5,4% se destinó a gastos domésticos públicos de salud. El gasto público interno representó el 73.5% del gasto actual en salud y el 26.9% del gasto total general del gobierno (OMS, 2019).

INNOVACIÓN

El IV Foro Innova Salud se realizó en 2019 en el Centro de Convenciones de Costa Rica y permitió a las unidades de la institución dar a conocer sus iniciativas y las claves que les permitieron convertirse en muestras de innovación en la prestación de servicios ofrecidos por la institución, intercambiando experiencias innovadoras y analizando la prestación de servicios de salud en cuatro áreas temáticas que cubren el ciclo de vida: el uso de procesos de tecnología y conectividad en los servicios de salud, el desarrollo de procesos de atención médica adaptados a las necesidades de los adolescentes, el uso de dispositivos impresos en 3D para ofrecer nuevas opciones terapéuticas para personas con discapacidad y calidad de vida en los ancianos (CCSS, 2019).

SALUD BUCAL

Con respecto a la salud bucal, la Ley General de Salud de Costa Rica (ley 5395 de 1973), en su artículo 16, establece que “Todo escolar deberá someterse a los exámenes médicos y dentales preventivos y participar en los programas de educación sobre salud y en nutrición complementaria que deberán ofrecer los establecimientos educativos públicos y privados”.

La atención odontológica para toda la población es administrada por la CCSS en sus 3 niveles de atención y con cobertura nacional. La prestación de servicios en odontología en todos los niveles de atención está organizada de acuerdo con las normas de prestaciones odontológicas desde 1997.

Adicionalmente, Costa Rica fue el primer país de América y el tercero en el mundo en aplicar la fluoración de sal masivamente a la población. A fines de 1987, el 75% de la sal de consumo humano de los costarricenses estaba fluorada y yodada (BRENES, W., PORRAS, R., SALAS, A., MORA, H., BERMUDEZ, G., MOLINA, G., BRENDER, R., ROJAS, M., SANDOVAL, A., HIRSCH, R., HOFFMAISTER, F., ZAMORRA, M., CHAVEZ, N., MURILLO, A., PARRA, A., LUGO, S. AND SOLIS, 2019).

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD BUCAL

Los servicios se distribuyen en los 3 niveles de atención de acuerdo con las Normas de Prestaciones Odontológicas. Para el primer nivel de atención la provisión de educación, prevención y atención clínica se divide según el grupo de edad: Niños y adolescentes, mujeres, adultos y ancianos, variando los diversos servicios, incluyendo control de placa, farmacoterapia, instrucciones de control de placa y nutrición, aplicación de sellantes y uso de fluoruros , periodoncia (raspados simples), cirugía menor, endodoncia unirradicular, restauraciones y urgencias, entre otros. Los servicios ofrecidos evolucionan en complejidad en el segundo y tercer nivel de atención, incluyendo traumatismos, biopsias, endodoncia multirradicular, implantes, injertos, cirugías complejas, prótesis, tratamiento de ATM, entre otros (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).



COSTA RICA - PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde da Costa Rica presta serviços de saúde, água e saneamento. O componente de serviços de saúde inclui um setor público e um privado. O setor público está dominado pela Casa Costarricense de Seguro Social (CCSS), instituição autônoma encarregada do financiamento, compra e prestação da maioria dos serviços pessoais de saúde. A CCSS se financia com contribuições dos afiliados, empregados e do estado, e administra 3 regimes: o seguro de enfermidade e maternidade, o seguro invalidez, velhice e morte, e o regime sem contribuição. A CCSS presta serviços em suas próprias instalações ou em instalações do setor privado com quem estabelece contratos de “compromissos de gestão”. O setor privado compreende uma ampla rede de prestadores que oferecem serviços ambulatoriais e de especialidade com fins lucrativos. Esses serviços se financiam com pagamentos e convênios privados. O Instituto Nacional de Seguros opera tanto no setor público quanto no privado, sendo responsável pelas coberturas dos riscos trabalhistas e de trânsito, e de conceder serviços médicos hospitalares e reabilitação traumatológica relacionados. O Ministério de Saúde conta com uma direção especializada em saúde pública que se apoia em uma rede de unidades operativas nos níveis regional e local, encarregado da vigilância, controle epidemiológico e reitoria do sistema (SÁENZ et al., 2011).

O organograma de como é o sistema de saúde está descrito por Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL (2011) está disponível aqui: <http://www.scielo.org.mx/img/revistas/spm/v53s2/11f01.jpg>

PAPEL DO GOVERNO

O Ministério da Saúde (MS) exerce a administração sobre os atores envolvidos na produção social de saúde, incentivando sua participação ativa e orientando suas ações para o desenvolvimento e a melhoria constante dos níveis de saúde das pessoas. Entende-se por administração a capacidade política, técnica, administrativa e legal de dirigir, liderar, regular e controlar o processo de produção social de saúde (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS, 2004).

FINANCIAMENTO

O CCSS é financiado por contribuições tripartidas (empregadores, trabalhadores e Estado). Atualmente, a cota de contribuição é de 22,91% da folha de pagamento. Os patrões contribuem com 14,16%, o trabalhador contribui com 8,25% e o Estado contribui com 0,50%, divididos entre o Seguro Enfermidade e Maternidade e o Seguro Invalidez, Velhice e Morte. Os segurados voluntários e independentes contribuem de acordo com a renda declarada e o Estado contribui com 0,25%. Se a renda for inferior a US\$885, a contribuição será de 10,5% e, se a receita exceder esse valor, 13,5% serão contribuídos. Os regimes não contributivos são financiados pelo Estado por meio do Fundo de Desenvolvimento Social e Auxílios Familiares, bem como com encargos específicos para atividades de loteria eletrônica e venda de cigarros e licores. O setor privado é financiado diretamente com pagamentos diretos feitos pelos usuários no momento da assistência (SÁENZ et al., 2011).

COBERTURA

A Constituição Política da Costa Rica define como inalienável o direito dos trabalhadores à proteção contra riscos de doenças através do seguro social. A Lei Geral de Saúde define a saúde da população como um bem de interesse público e estipula que é uma função essencial do Estado garantir a saúde dos costarriquenhos, garantindo o direito a benefícios de saúde a todos os habitantes do país.

O seguro de saúde foi estabelecido para a população trabalhadora e, ao longo dos anos, foi estendido a novos beneficiários intimamente ligados à categoria de contribuinte e não contribuinte do sistema. Desde a sua fundação em 1941, a cobertura do CCSS cresceu de forma consistente até os anos 90. Desde então, o percentual de segurados oscilou entre 85,6 e 87,6% (2008). Todos os menores (18 anos) e gestantes que não são protegidas pelo benefício familiar, pensionistas não contributivos e indigente identificado são segurados pelo Estado.

O reconhecimento pelo CCSS de uma categoria de "não segurado", inicialmente justificada para a universalização da atenção primária, permitiu aos habitantes do país com capacidade contributiva optar por não contribuir para o seguro de saúde, mas pode fazer uso da prestação de serviços segundo e terceiro níveis através de atendimento de emergência.

Apesar das políticas atuais, ainda existem grupos da população sem acesso à seguridade social, como refugiados pobres, trabalhadores informais, migrantes sem documentos, trabalhadores temporários, algumas populações indígenas cujo acesso geográfico aos serviços é limitado, população em condições de pobreza não informada de seus direitos e 28,8% dos trabalhadores do setor agrícola sem cobertura de saúde ou pensões (SÁENZ et al., 2011).

SERVIÇOS OFERECIDOS

O Instituto Nacional de Seguros oferece benefícios de saúde nos seguintes casos: Acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e acidentes de trânsito. O Fundo de Seguridade Social da Costa Rica, através do Seguro de Saúde e Maternidade, cobre os seguintes benefícios: Assistência médica geral, especial e cirúrgica, assistência hospitalar, serviço de farmácia, atendimento odontológico, subsídio em dinheiro para segurados diretos, cota de enterro e benefícios sociais.

Os estabelecimentos que compõem o nível local do CCSS atendem a necessidades e problemas de saúde de complexidade complexa, variando de baixo a altamente especializado, motivo pelo qual também são organizados em diferentes níveis de atenção (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004):

- 1)** Primeiro nível de atenção: Inclui serviços básicos de saúde que realizam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação menos complexa. Essas ações são de responsabilidade dos membros das equipes de apoio e das equipes básicas de atenção integral à saúde (EBAIS) e atendem à consulta ambulatorial, medicina geral de clínicas, postos e postos de saúde, escritórios comunitários, residências, escolas e centros de trabalho.
- 2)** Segundo nível de atendimento: fornece suporte para o primeiro nível de atendimento e oferece intervenções ambulatoriais e hospitalares para especialidades básicas e algumas subespecialidades: Medicina Interna, pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, cirurgia geral, neonatologia, otorrinolaringologia, ortopedia, cardiologia, dermatologia, oftalmologia e outros (de acordo com o perfil epidemiológico da população).

- 3) Terceiro nível de atenção: Fornece serviços ambulatoriais e de hospitalização mais complexos nas especialidades e subespecialidades do segundo nível de atendimento e em todas as outras subespecialidades: alergologia, urologia, vascular periférica, hematologia, nefrologia, infectologia, neurologia e fisioterapia. Além disso, serviços de suporte, diagnóstico e terapêuticos que requerem alta tecnologia e especialização são fornecidos nesse nível. Os estabelecimentos típicos desse nível de atendimento são hospitais regionais e hospitais gerais e especializados nacionais.

ACESSO E QUALIDADE

Na Costa Rica e para os fins do CCSS, o território nacional é dividido em 7 regiões de saúde. Cada uma delas é subdividida em áreas de saúde que correspondem à divisão político-administrativa do país, cuja população varia entre 15.000 e 40.000 habitantes nas áreas rurais e entre 30.000 e 60.000 habitantes em áreas urbanas. As áreas de saúde são consideradas as unidades administrativas básicas da instituição e estão a cargo de um diretor de área orientado por uma equipe técnica e administrativa chamada Equipe de Suporte. As áreas de saúde são responsáveis pela rede de serviços de saúde do primeiro nível de atenção que atua em sua área geográfica.

As equipes de suporte constituem os recursos humanos atribuídos às Áreas de Saúde para que colaborem com ações de supervisão técnica e administrativa, educação continuada e atendimento de casos de referência da E.B.A.I.S. e devem ser constituídos, no mínimo, pelos seguintes membros: 1 médico especializado em medicina de família e comunidade 1 dentista 1 farmacêutico 1 microbiologista 1 enfermeira 1 assistente social 1 nutricionista. Além disso, a equipe de suporte conta com recursos humanos da área administrativa.

Por sua vez, cada uma das áreas da saúde é subdividida em dois ou mais setores da saúde que são divisões geográficas nas quais, em média, vivem entre 4.000 e 4.500 pessoas. Cada um dos setores da saúde é responsável por uma equipe de recursos humanos chamada Equipe Básica de Assistência Integral à Saúde (EBAIS), composta por pelo menos: 1 médico geral 1 auxiliar de enfermagem e 1 assistente técnico de atenção primária à saúde (ATAPS).

A ênfase das atividades incluídas na oferta básica de serviços é a prevenção, e estas são entregues, como mencionado acima, nas modalidades intramurais (no nível da consulta externa) e extramurais (domicílio, escolas, centros de trabalho, centros de recreação). Assim, o primeiro nível de atenção constitui a porta de entrada para o Sistema Nacional de Saúde e, especificamente, para o subsistema de serviços de saúde onde, por meio do sistema de referência e contra referência, é garantido o acesso ao segundo e terceiro níveis de atenção (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

O modelo assistencial exige que as ações sejam realizadas em coordenação com a participação dos diferentes membros das equipes de saúde (equipes de apoio e básicas), para que intervenções interdisciplinares facilitem uma abordagem abrangente e integrada.

O modelo de saúde redesenhado estimula uma mudança de atitude na sociedade em relação à saúde, pois deixou de ser uma questão eminentemente individual, para se tornar uma situação coletiva, que é responsabilidade de todos mantê-la, preservá-la e melhorá-la. Por isso, na implementação do modelo, é promovida a participação social, a fim de construir juntos o que interessa a todos. Para tornar concreta a participação social, estão previstas pelo menos três áreas específicas: autocuidado em saúde, execução de atividades e gestão de serviços de saúde e outros (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

O MS possui uma diretoria especializada de vigilância em saúde, apoiada por uma rede de unidades operacionais nos níveis regional e local, focada na vigilância de eventos de saúde. O Instituto de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde apoia a vigilância epidemiológica com laboratórios e Centros Nacionais de Referência.

Desde 2002, o MS publica uma lista de indicadores sobre o estado de saúde da população. O monitoramento de 66 doenças notificáveis predomina, 11 das quais estão sujeitas a um controle mais rigoroso devido à sua importância e transmissibilidade (SÁENZ et al., 2011).

O MS e o CCSS avaliam conjuntamente as atividades realizadas no setor da saúde. Alguns programas se auto avaliam anualmente, como compromissos de gerenciamento. Outros são monitorados com menos frequência, como a satisfação do usuário. Ambas as instituições contratam organizações públicas e privadas, incluindo agências internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde, para realizar análise de contexto e avaliação de resultados e impacto. Além disso, várias instituições acadêmicas, como universidades nacionais, CEPAL, Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento, implementam estudos de avaliação independentes (SÁENZ et al., 2011).

CONTENÇÃO DE CUSTOS

Em 2017, o gasto público em % do PIB foi de 7,3%, dentre os quais 5,4% foram destinadas as despesas domésticas públicas de saúde. As despesas domésticas públicas representaram 73,5% da despesa atual em saúde e 26,9% da despesa total geral governamental (WHO, 2019).

INOVAÇÃO

O IV Fórum Innova Salud foi realizado em 2019 no Centro de Convenções da Costa Rica e permitiu às unidades da instituição divulgar suas iniciativas e as chaves que permitiram que se tornassem verdadeiras amostras de inovação na oferta prestação de serviços que a instituição possui, trocando experiências inovadoras e analisando a prestação de serviços de saúde em quatro áreas temáticas que abrangem o ciclo de vida: o uso de processos de tecnologia e conectividade nos serviços de saúde, desenvolvimento de processos de atenção à saúde adaptados às necessidades dos adolescentes, uso de dispositivos impressos em 3D para oferecer novas opções terapêuticas para pessoas com deficiência e qualidade de vida em idosos (CCSS, 2019).

SAÚDE BUCAL

Sobre a saúde oral, a Lei Geral de saúde da Costa Rica, em seu artigo 16, expressa: Todo escolar deverá submeter-se aos exames médicos e dentais preventivos e participar dos programas de educação sobre saúde e nutrição complementar que deverão oferecer os estabelecimentos educacionais públicos e privados.

A atenção odontológica de toda população está administrada pela CCSS em seus 3 níveis de atenção e com cobertura nacional. A prestação de serviços em odontologia em todos os níveis de atenção está organizada segundo as normas de prestações odontológicas desde 1997.

Além disso, a Costa Rica foi o primeiro país da América e terceiro do Mundo a aplicar a fluoretação do sal de forma massiva a população. Nos finais de 1987, 75%do sal de consumo dos costarriquenses estava fluoretado e iodado (BRENES, W., PORRAS, R., SALAS, A., MORA, H., BERMUDEZ, G., MOLINA, G., BRENDER, R., ROJAS, M., SANDOVAL, A., HIRSCH, R., HOFFMAISTER, F., ZAMORRA, M., CHAVEZ, N., MURILLO, A., PARRA, A., LUGO, S. AND SOLIS, 2019).

SERVIÇOS E COBERTURA DE SAÚDE BUCAL

Os serviços são distribuídos nos 3 níveis de atenção segundo as Normas de Prestações Odontológicas. Para o primeiro nível de atenção, as prestações de educação, prevenção e atenção clínica são divididas segundo o grupo de idade: Criança e adolescente, mulher, adulto e idoso, variando os diversos serviços compreendidos entre controle de placa, farmacoterapia, instruções de controle de placa e nutrição, selantes e fluoretos tópicos, periodontia (raspagens simples), cirurgias menores, endodontias unirradiculares, restaurações e urgências, entre outros. Os serviços oferecidos vão evoluindo de complexidade no segundo e terceiro nível de atenção, incluindo traumas, biopsias, endodontias multiradiculares, implantes, enxertos, cirurgias complexas, próteses, tratamento de ATM, entre outros (CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS), 2004).

BRENES, W., PORRAS, R., SALAS, A., MORA, H., BERMUDEZ, G., MOLINA, G., BRENDER, R., ROJAS, M., SANDOVAL, A., HIRSCH, R., HOFFMAISTER, F., ZAMORRA, M., CHAVEZ, N., MURILLO, A., PARRA, A., LUGO, S. AND SOLIS, C. **Developing a team to improve oral health: national health system in Costa Rica**. 1. ed. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

CCSS. **Establecimientos de salud presentan sus proyectos más innovadores en Costa Rica**. Disponible em: <<https://www.resumendesalud.net/236-costa-rica/17862-establecimientos-de-salud-presentan-sus-proyectos-mas-innovadores-en-costa-rica>>.

CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEEISS). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. **Universidad de Costa Rica Vicerrectoría de Acción Social Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública**, p. 79, 2004.

SÁENZ, M. D. R.; ACOSTA, M.; MUISER, J.; BERMÚDEZ, J. L. Sistema de salud de Costa Rica. **Salud Publica Mex**, v. 53, n. Suppl 2, p. s156–s167, 2011.

WHO. **Global Health Expenditure Database**.





por Aline Neumann

CUBA – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

In Cuba, the State regulates, finances and provides health services. These services operate under the principle that health is an inalienable social right, which defines the Cuban health system as a true national health system (SNS).

The Ministry of Public Health (MINSAP) is the governing body of the NHS and is therefore responsible for directing, executing and controlling the application of State and Government policies in the field of public health, development of medical sciences and the medical-industry. Pharmaceutical.

The Cuban health system has three administrative levels (national, provincial and municipal) and four services (national, provincial, municipal and sector). The provincial and municipal health departments are administratively subordinate to the provincial and municipal assemblies of local government agencies, from which they receive budgets, supplies, labor and maintenance. Each province forms local health systems in its municipalities.

The guiding principles of the Cuban health system are as follows: state and social nature of medicine; accessibility and free services; prophylactic guidance; proper application of advances in science and technology; community participation and intersectoriality; international collaboration, regulatory centralization and executive decentralization (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011) .

GOVERNMENT ROLE

The Ministry of Public Health (MINSAP) is the governing body of the National Health System in Cuba, charged with directing, executing and controlling the application of State and Government policy with regard to Public Health, development of Medical Sciences and Health Medical-Pharmaceutical Industry. Its basic principles are the state and social nature of Medicine, accessibility and free services, prophylactic guidance, the appropriate application of advances in Science and Technology, community participation and intersectoriality, international collaboration and normative centralization. and executive decentralization (MADUREIRA, 2010).

FINANCING

The Cuban health system, which guarantees universal access to health services, is financed almost exclusively with resources from the national government. The health funds come together in MINSAP, which, in turn, distributes it among the different levels and service units, through provincial and municipal assemblies (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011).

COVERAGE

Countersigned in 1976 and revised in 1992, the Constitution of the Republic of Cuba defines “the State, as Power of the people, in the service of the people themselves, guarantees that there is no sick person without medical assistance” (CRC, Chapter I, Political, Social and State Economic Affairs, article 9, point 2), as stated in article 50 (Chapter VII: Fundamental Rights, Duties and Guarantees): “Everyone has the right to have their health taken care of and protected. The State guarantees this right: with the provision of free medical assistance (...), through the

network of rural medical service facilities, polyclinics, hospitals, prophylactic and specialized treatment centers; with the provision of free stomatological assistance; with the development of plans and dissemination of health and health education, periodic medical examinations, general vaccination and other preventive measures of the disease. In these plans and activities, the entire population cooperates through mass organizations and social organizations. "(CUBA, 1992).

SERVICES OFFERED

The Cuban Health System is structured on 4 levels:

Primary level, with wide coverage and low complexity, composed of Basic Health Teams (ESB) responsible for implementing the Family Physician Program (PMF).

The PMF is composed of a doctor and a nurse, who work in an Office responsible for about 800 people living in the neighboring blocks. The Family Physician Program (PMF) has the responsibility to understand the individual and his / her disease state, integrating them in the context of family, home and locality that influence and by whom they are influenced, aiming at disease prevention and promotion Health, using consultation, home visits and educational assistance for Health as the greatest tools for this purpose.

The Basic Working Group (GTB) is a team that assists the Basic Health Team (ESB) in health programs, such as Maternal-Child Care, Stomatological Assistance, Medical Assistance for Older Adults and others.

The ESB and GTB are organized by Health Areas, in which there is a Polyclinic (small hospital), where people who need specialist consultations and complementary means of diagnosis or therapies are out of reach (Anderson , Matt et al.). All Polyclinics offer about 25 services, among which are: Emergency and elective electrocardiogram, Radiography, Endoscopy, Ultrasound, Optometry, Clinical Laboratory, Immunization, Comprehensive Care for Diabetics and the Elderly, Traumatology, among others. Depending on the characteristics of the Health Area to which you are attached, you may also have other skills and specialist consultations that you may need. (Diaz Novás J et al.).

The Secondary Level, with less coverage and greater complexity, includes regional and municipal hospitals, where patients are referred, when the Primary Level is insufficient to solve their problem. The units at this level have, therefore, more specific and sophisticated complementary diagnostic methods, such as laboratories of Pathological Anatomy, Magnetic Resonance, Nuclear Medicine, Angiography, among others, that do not exist in Polyclinics.

The Tertiary and Quaternary levels, with minimum coverage and maximum complexity, occur when there is a need for hospitalization. Tertiary care when hospitalization takes place for diagnosis and / or treatment and Quaternary care when the patient's condition requires an Intensive Care Unit. These levels of Health Care are provided by hospitals but also by specialized institutes (MADUREIRA, 2010).

ACCESS AND QUALITY

The primary level of health care, integrated by the network of Polyclinics, Family Medicine Offices, Stomatological Clinics, Maternal Homes and others, reaches 100% coverage of the population, with 98.8% coverage by Family Physicians, the 1, The remaining 2% are served in the community polyclinics sectors

100% of the establishments established and operated quality programs, with a Quality Assessment Council in each unit, formed by different committees to evaluate the care process: surgical interventions, hospital mortality, phar-

macotherapy, tumors, hospital infections, use of resources and satisfaction with services; There are organization and procedure manuals being applied with 41 standards and 76 qualitative and quantitative indicators in Surgical and General Clinical Hospitals, in search of hospital excellence (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

INTEGRATION AND COORDINATION

No exchange takes place in the functions of regulation, financing and provision of services. The three administrative levels (national, provincial and municipal) and four of the services are maintained. The formulation of policies, financing, guarantee and provision of public services is the responsibility of these levels. Accountability is carried out through the Popular Councils, with coordination, supervision and control functions (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

There are no changes in the ways of decentralizing health service systems. Responsibilities, competences and resources are decentralized at the provincial and municipal levels of the system, which guarantees local autonomy to respond effectively to the demands and needs of social groups.

Social participation in health management is one of the health sector's work objectives. To increase social participation, Health Councils were created in different instances, which address the analysis of the problems identified in the diagnosis of the health situation, elaborating action plans and intersectoral solutions in the localities and territories. Health councils are chaired by the highest authority in the health sector and are integrated with representatives from other sectors and organizations that participate in health management. The Popular Assemblies of Power at different levels support the work of the community, through the Health, Sports and Environment Commissions (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

ELECTRONIC HEALTH RECORDS

The collection, processing and dissemination of health information is the responsibility of the National Directorate of Medical Records and Health Statistics of the Ministry of Public Health of Cuba (DNE-MINSAP). The information generated covers areas such as demography, mortality, morbidity, resources, services and training of qualified personnel. The data come from the results of the Statistical Information System of the health sector and from the Administrative Records of the different areas of MINSAP. Population information is provided to DNE-MINSAP by the Center for Studies and Population Development of the National Statistics Office (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011).

DNE-MINSAP publishes annually the so-called Health Statistical Yearbooks, which include indicators organized in time series by territories, age, sex and other variables. This publication, in addition to being printed, is available in HTML format at the corresponding URL:<http://www.one.cu/sienhp.htm>

COST CONTAINMENT

Financing is highly decentralized, 92.7% of public health spending is financed by municipal budgets, most of which is dedicated to the Public Health sector, while other forms of raising external monetary resources are developed to advance a trend towards self funding. These sources are represented by revenue from the export of medicines, assistance to foreign patients in Cuban medical institutions, technical assistance abroad by Cuban specialists in medi-

cal sciences, courses by foreign professionals and technicians, and marketing of publications and other scientific productions (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

In 2017, MINSAL initiated a campaign to raise public awareness of the costs of attending public services. They distributed a symbolic invoice at the end of the service where they showed how much the service cost to the State, in order to create awareness of the value of health care. Assistance remains totally free (BBC, 2017).

In 2017, public spending as a% of GDP was 11.7%, of which 10.5% was earmarked for domestic public health expenditure (WHO, 2019).

INNOVATION

In Cuba, scientific production and innovation in care are encouraged. The Scientific and Technological Innovation for Health System (SCITS) conceives the interdependence between teaching, services and research and incorporating scientific advances in social practice, allowing studies on health problems and needs at the three levels of care (primary, secondary and tertiary), seeking to bring alternative solutions according to a multidisciplinary and intersectoral logic.

Results have already been obtained in diagnostic methods, preventive and therapeutic vaccines, warning signs for dengue prognosis and treatment, prevention of congenital malformations and policies and programs that have benefited people with disabilities and their families (PÉREZ et al., 2018).

ORAL HEALTH

As part of the National Health System, there is the Stomatological Strategy, which has achieved oral health goals comparable to the more developed countries and human resources with a high scientific preparation, which is internationally recognized. The population's oral health is guaranteed by a network of units that make up the stomatological care subsystem, which are: Stomatological clinics, departments in polyclinics and hospitals (surgical, pediatric, general) and services in school, work and other centers (ROSALES, 2019).

With the introduction of the primary care model of the family doctor and nurse in the health system, comprehensive stomatological care was developed and the dentist and family doctor were linked to a health team responsible for the care of a limited population in a geographical area, carrying out promotion, prevention, cure and rehabilitation actions (DIRECCION NACIONAL ESTOMATOLOGIA, 2002).

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

The stomatological strategy aims to perform healing actions at all levels of care, among which stands out (ROSALES, 2019):

- Prevention actions at all levels of care: application of fluoride, rinses with sodium fluoride, pit and fissure sealants, plaque diagnosis and control, activities to prevent hygienic and nutritional habits, among others.
- Create multidisciplinary teams of second level of care, integrated by the specialties of: Orthodontics, Periodontics, Prosthesis, Maxillofacial Surgery, General Dentists and Family Physicians.

- Create multidisciplinary teams of third level of care in general and pediatric surgical clinical hospitals, at provincial or national level, as well as in faculties of stomatology and institutions of the Oral Maxillofacial Prosthesis network.

In 1996, it was determined that, in order to extend the prevention of caries to the entire population, salt fluoridation for human consumption should be used, indicated by the PAHO / WHO as a preventive measure that allows a reduction in morbidity and mortality due to dental caries by up to 60%, widespread worldwide. Progressively, improvements in the oral health indexes are observed in the country, with reduction of caries over the years (DIRECCION NACIONAL ESTOMATOLOGIA, 2002).



CUBA - ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

En Cuba, el Estado regula, financia y brinda servicios de salud. Estos servicios operan bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, que define el sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS).

El sistema de salud cubano tiene tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro servicios (nacional, provincial, municipal y sectorial). Las direcciones de salud provinciales y municipales están subordinados administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de agencias gubernamentales locales, de las cuales reciben presupuestos, suministros, mano de obra y mantenimiento. Cada provincia forma sistemas de salud locales en sus municipios.

Los principios rectores del sistema de salud cubano son los siguientes: naturaleza estatal y social de la medicina, accesibilidad y servicios gratuitos, orientación profiláctica, aplicación adecuada de los avances en ciencia y tecnología, participación comunitaria e intersectorialidad, colaboración internacional, centralización regulatoria y descentralización ejecutiva (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011).

PAPEL DEL GOBIERNO

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el órgano rector del SNS y, por lo tanto, es responsable de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las políticas estatales y gubernamentales en el campo de la salud pública, el desarrollo de las ciencias médicas y la industria médico-farmacéutica.

Tiene como principios de base el carácter estatal y social de la medicina, la accesibilidad y los servicios gratuitos, la orientación profiláctica, la aplicación adecuada de los avances en ciencia y tecnología, la participación comunitaria y la intersectorialidad, la colaboración internacional, la centralización normativa y la descentralización ejecutiva (MADUREIRA, 2010)

FINANCIAMIENTO

El sistema de salud cubano, que garantiza el acceso universal a los servicios de salud, se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno nacional. Los fondos de salud se unen en MINSAP, que, a su vez, lo distribuye entre los diferentes niveles y unidades de atención, a través de asambleas provinciales y municipales (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011).

COBERTURA

Firmada en 1976 y revisada en 1992, la Constitución de la República de Cuba define "el Estado, como el Poder del pueblo, al servicio del pueblo, garantiza que no hay una persona enferma sin asistencia médica" (CRC, Capítulo I, Fundamentos Políticos, Sociales y Económicos del Estado, artículo 9, punto 2), como se establece en el artículo 50 (Capítulo VII: Derechos, Deberes y Garantías fundamentales): "Toda persona tiene derecho a que se cuide y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho: con la provisión de asistencia médica gratuita (...), a través de la red de instalaciones de servicios médicos rurales, policlínicas, hospitales, centros de tratamiento profilácticos y especiali-

zados; con la provisión de asistencia estomatológica gratuita; con el desarrollo de planes, divulgación y educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas contra la enfermedad. En estos planes y actividades, toda la población coopera a través de organizaciones de masas y organizaciones sociales". (CUBA, 1992).

SERVICIOS OFRECIDOS

El Sistema de Salud de Cuba está estructurado en 4 niveles:

Nivel primario, con amplia cobertura y baja complejidad, compuesto por Equipos Básicos de Salud (EBS) responsables de implementar el Programa de Médicos de Familia (PMF).

El PMF está compuesto por un médico y una enfermera, que trabajan en un consultorio responsable de unas 800 personas que viven en las calles vecinas. Este programa tiene la responsabilidad de comprender al individuo y su enfermedad, integrándolos en el contexto de la familia, el hogar y la localidad en que viven (sobre la cual influyen y están influenciados), todo ello con el objetivo de prevenir enfermedades y promover la salud utilizando consultas, visitas domiciliarias y asistencia educativa para la salud como las mejores herramientas para este propósito.

El Grupo de Trabajo Básico (GTB) es un equipo que ayuda al Equipo Básico de Salud (EBS) en programas de salud tales como cuidado materno-infantil, asistencia estomatológica, asistencia médica para adultos mayores y otros.

El ESB y el GTB están organizados por Áreas de Salud, en las que hay un Policlínico (Hospital de pequeñas dimensiones), donde son encaminadas las personas que necesitan consultas con especialistas y medios de diagnóstico complementarios o de tratamientos fuera de su alcance (Anderson , Matt et al.). Todas las Policlínicas ofrecen alrededor de 25 servicios, entre los cuales se encuentran: Electrocardiograma de emergencia y electivo, Radiografía, Endoscopia, Ultrasonografía, Optometría, Laboratorio clínico, Inmunización, Atención integral para diabéticos y ancianos, Traumatología, entre otros. Dependiendo de las características del área de salud a la que se esté adscrito, también se podrá tener otras habilidades y consultas con especialistas que se puedan necesitar. (Díaz Novás J et al.).

El Nivel Secundario, con menos cobertura y mayor complejidad, incluye hospitales regionales y municipales, donde se deriva a los pacientes cuando el nivel primario es insuficiente para resolver su problema. Las unidades en este nivel tienen, por lo tanto, medios de diagnóstico complementarios más específicos y sofisticados, como anatomía patológica, resonancia magnética, medicina nuclear, angiografía, entre otros, que no existen en las policlínicas.

El tercer y cuarto nivel, de cobertura mínima y complejidad máxima, se producen cuando existe la necesidad de hospitalización. El Terciario cuando la hospitalización ocurre para el diagnóstico y / o tratamiento y el Cuaternario cuando la condición del paciente requiere la Unidad de Cuidados Intensivos. Estos niveles de atención médica son proporcionados por hospitales pero también por institutos especializados (MADUREIRA, 2010).

ACCESO Y CALIDAD

El nivel primario de atención médica, integrado por la red de Policlínicas, Consultorios de Medicina Familiar, Clínicas Estomatológicas, Hogares Maternos y otros, alcanza una cobertura del 100% de la población, con una cobertura del 98.8% por parte de Médicos de Familia mientras que el 1,2% restante se atiende en los sectores de policlínicas comunitarias.

El 100% de los establecimientos definieron y operaron programas de calidad, con un Consejo de Evaluación de Calidad en cada unidad, formado por diferentes comités para evaluar el proceso de atención: intervenciones quirúrgi-

cas, mortalidad hospitalaria, farmacoterapia, tumores, infecciones hospitalarias, uso de recursos y satisfacción con los servicios. Se aplican manuales de organización y procedimientos con 41 normas y 76 indicadores cualitativos y cuantitativos en Hospitales Clínicos Quirúrgicos y Clínicas Generales en busca de la excelencia hospitalaria (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

No se realiza ningún intercambio en las funciones de regulación, financiación y prestación de servicios. Se mantienen los tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal). La formulación de políticas, financiamiento, garantía y provisión de servicios públicos es responsabilidad de estos niveles. La rendición de cuentas se realiza a través de los Consejos Populares, con funciones de coordinación, supervisión y control (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

No hay cambios en las modalidades de descentralizar los sistemas de servicios de salud. Las responsabilidades, competencias y recursos están descentralizados a nivel provincial y municipal del sistema, lo que garantiza la autonomía local para responder de manera efectiva a las demandas y necesidades de los grupos sociales.

La participación social en la gestión de la salud es uno de los objetivos de trabajo del sector de la salud. Para aumentar la participación social, se crearon Consejos de Salud en diferentes instancias, que abordan el análisis de los problemas identificados en el diagnóstico de la situación de salud, elaborando planes de acción y soluciones intersectoriales en las localidades y territorios. Los consejos de salud están presididos por la máxima autoridad en el sector de la salud y están integrados por representantes de otros sectores y organizaciones que participan en la gestión de la salud. Las Asambleas Populares del Poder, a diferentes niveles, apoyan el trabajo de la comunidad, a través de las Comisiones de Salud, Deportes y Medio Ambiente (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD

La recopilación, el procesamiento y la difusión de información de salud es responsabilidad de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba (DNE-MINSAP). La información generada cubre áreas tales como demografía, mortalidad, morbilidad, recursos, servicios y capacitación de personal calificado. Los datos provienen de los resultados del Sistema de Información Estadística del sector salud y de los Registros Administrativos de las diferentes áreas del MINSAP. El Centro de Estudios y Desarrollo de la Población de la Oficina Nacional de Estadística proporciona información sobre la población a DNE-MINSAP. (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011).

La DNE-MINSAP publica anualmente los llamados Anuarios Estadísticos de Salud, que incluyen indicadores organizados en series de tiempo por territorios, edad, sexo y otras variables. Esta publicación, además de imprimirse, está disponible en formato HTML en la URL correspondiente: <http://www.one.cu/sienhp.htm>

CONTENCIÓN DE COSTOS

El financiamiento está altamente descentralizado, el 92.7% de los gastos de salud pública son financiados por presupuestos municipales, la mayoría de los cuales están dedicados al sector de Salud Pública, mientras que otras formas de recaudar recursos monetarios externos se desarrollan para avanzar en una tendencia hacia el autofinanciamiento. Estas fuentes están representadas por los ingresos de la exportación de medicamentos, asistencia a pacien-

tes extranjeros en instituciones médicas cubanas, asistencia técnica en el extranjero por especialistas cubanos en ciencias médicas, cursos de profesionales y técnicos extranjeros, y comercialización de publicaciones y otras producciones científicas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

En 2017, MINSAL inició una campaña de concientización pública sobre los costos de asistir a los servicios públicos. Distribuyeron una factura simbólica al final del servicio, que muestra cuánto costó el servicio para el Estado, con el fin de crear conciencia sobre el valor de la atención médica. La asistencia sigue siendo totalmente gratuita (BBC, 2017).

En 2017, el gasto público como porcentaje del PIB fue del 11,7%, de los cuales el 10,5% se destinó al gasto público en salud interna (OMS, 2019).

INNOVACIÓN

En Cuba se estimula la producción científica y la innovación en el cuidado. El Sistema de Innovación Científica y Tecnológica para la Salud (SCITS) concibe la interdependencia entre la enseñanza, los servicios y la investigación e incorpora los avances científicos en la práctica social, permitiendo estudios sobre problemas y necesidades de salud en los tres niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria), buscando aportar soluciones alternativas de acuerdo con una lógica multidisciplinaria e intersectorial.

Ya se han obtenido resultados en métodos de diagnóstico, vacunas preventivas y terapéuticas, señales de advertencia para el pronóstico y el tratamiento del dengue, prevención de malformaciones congénitas y políticas y programas que han beneficiado a las personas con discapacidad y sus familias (PÉREZ et al., 2018).

SALUD BUCAL

Como parte del Sistema Nacional de Salud, existe la Estrategia Estomatológica, que ha logrado metas en salud bucal comparables a los países más desarrollados; así mismo, cuenta con recursos humanos con una alta preparación científica, lo cual es reconocido internacionalmente. La salud bucal de la población está garantizada por una red de unidades que conforman el subsistema de atención estomatológica, que son: clínicas estomatológicas, departamentos en policlínicas y hospitales (clínico quirúrgicos, pediátricos, generales) y servicios en la escuela, el trabajo y otros centros. (ROSALES, 2019).

Con la introducción del modelo de atención primaria del médico y enfermera de familia en el sistema de salud, se desarrolló una atención estomatológica integral y se vinculó a odontólogos y médicos de familia en un equipo de salud responsable de la atención de una población limitada en un área geográfica, realizando acciones de promoción, prevención y cura.

SERVICIO Y COBERTURA DE SALUD BUCAL

La estrategia estomatológica tiene como objetivo realizar acciones curativas en todos los niveles de atención, entre los que se destaca (ROSALES, 2019):

- Acciones de prevención en todos los niveles de atención: aplicación de fluoruro, enjuagues con fluoruro de sodio, selladores de fosas y fisuras, diagnóstico y control de placa, actividades para prevenir hábitos higiénicos y nutricionales nocivos, entre otros.
- Crear equipos multidisciplinarios de segundo nivel de atención, integrados por las especialidades de: ortodoncia, periodoncia, prótesis, cirugía maxilofacial, odontólogos generales y médicos de familia.
- Crear equipos multidisciplinarios de tercer nivel de atención en hospitales clínicos quirúrgicos generales y pediátricos, a nivel provincial o nacional, así como en facultades de estomatología e instituciones de la red de prótesis Buco Maxilo Facial.

En 1996, se determinó que, para ampliar la prevención de caries a toda la población, se debe utilizar la fluoruración de sal para consumo humano, indicada por la OPS / OMS como una medida preventiva que permite una reducción de la morbilidad y mortalidad debido a Caries dental hasta en un 60%. Se observan progresivamente mejoras en los índices de salud bucal en el país, con una reducción de la caries a lo largo de los años (DIRECCION NACIONAL ESTOMATOLOGIA, 2002).



CUBA – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

Em Cuba, o Estado regula, financia e presta serviços de saúde. Esses serviços operam sob o princípio de que a saúde é um direito social inalienável, que define o sistema de saúde cubano como um verdadeiro sistema nacional de saúde (SNS).

O Ministério da Saúde Pública (MINSAP) é o órgão de governança do SNS e, portanto, é responsável por dirigir, executar e controlar a aplicação das políticas do Estado e do Governo no campo da saúde pública, desenvolvimento das ciências médicas e indústria médico-farmacêutica

O sistema de saúde cubano possui três níveis administrativos (nacional, provincial e municipal) e quatro serviços (nacional, provincial, municipal e setor). As direções de saúde provinciais e municipais estão subordinadas administrativamente às assembleias provinciais e municipais dos órgãos do governo local, das quais recebem orçamento, suprimentos, força de trabalho e manutenção. Cada província forma sistemas de saúde locais em seus municípios.

Os princípios orientadores do sistema de saúde cubano são os seguintes: natureza estatal e social da medicina; acessibilidade e serviços gratuitos; orientação profilática; aplicação adequada dos avanços em ciência e tecnologia; participação comunitária e intersectorialidade; colaboração internacional, centralização regulatória e descentralização executiva (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011).

PAPEL DO GOVERNO

O Ministério da Saúde Pública (MINSAP) é o organismo de direção do Sistema Nacional de Saúde em Cuba, encarregado de dirigir, executar e controlar a aplicação da política do Estado e do Governo no que respeita à Saúde Pública, desenvolvimento das Ciências Médicas e da Indústria Médico-Farmacêutica. Tem como princípios de base o carácter estatal e social da Medicina, a acessibilidade e gratuidade dos serviços, a orientação profilática, a aplicação adequada dos avanços da Ciência e da Técnica, a participação da comunidade e a intersectorialidade, a colaboração internacional e a centralização normativa e descentralização executiva (MADUREIRA, 2010).

FINANCIAMENTO

O sistema de saúde cubano, que garante o acesso universal aos serviços de saúde, é financiado quase exclusivamente com recursos do governo nacional. Os fundos de saúde se reúnem no MINSAP, que, por sua vez, o distribui entre os diferentes níveis e unidades de atendimento, por meio das assembleias provinciais e municipais (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011).

COBERTURA

Referendada em 1976 e revista em 1992, a Constituição da República de Cuba define “O Estado, como Poder do povo, em serviço do próprio povo, garante que não haja doente sem assistência médica” (CRC, Capítulo I, Fundamentos Políticos, Sociais e Económicos do Estado, artigo 9º, ponto 2), assim como expõe no artigo 50º (Capítulo VII: Direitos, Deveres e Garantias Fundamentais): “Todos têm direito a que se atenda e se proteja a sua saúde. O Estado

garante esse direito: com a prestação de assistência médica gratuita (...), mediante a rede de instalações de serviço médico rural, dos policlínicos, hospitais, centros profiláticos e de tratamento especializado; com a prestação de assistência estomatológica gratuita; com o desenvolvimento dos planos e divulgação sanitária e de educação para a Saúde, exames médicos periódicos, vacinação geral e outras medidas preventivas da doença. Em estes planos e atividades coopera toda a população através das organizações de massas e organizações sociais.” (CUBA, 1992).

SERVIÇOS OFERECIDOS

O Sistema de Saúde Cubano está estruturado em 4 níveis:

Nível Primário, com ampla cobertura e baixa complexidade, composto por Equipes de Saúde Básica (ESB) responsáveis por implementar o Programa de Médico de Família (PMF).

O PMF é composto por um médico e um enfermeiro, que trabalham num Consultório responsável por cerca de 800 pessoas residentes nos quarteirões vizinhos. O Programa de Médico de Família (PMF) tem a responsabilidade de compreender o indivíduo e a seu estado de doença integrando-os num contexto de família, casa e localidade que o influenciam e por quem são influenciados, visando a prevenção de doenças e a promoção de Saúde, utilizando a consulta, a visita domiciliária e assistência educativa para a Saúde como maiores ferramentas para este fim.

O Grupo de Trabalho Básico (GTB) é uma equipa que assiste a Equipe de Saúde Básica (ESB) em programas de saúde, tais como os Cuidados de Materno-Infantis, Assistência Estomatológica, Assistência Médica do Adulto Maior e outros.

As ESB e os GTB estão organizados por Áreas de Saúde, nas quais existe um Policlínico (Hospital de pequena dimensão), para onde são encaminhadas as pessoas que necessitam de consultas de especialidade e meios complementares de diagnóstico ou de terapêuticas fora do seu alcance (Anderson, Matt et al.). Todos os Policlínicos oferecem cerca de 25 serviços, entre os quais de encontram: Eletrocardiograma de urgência e eletivo, Radiografia, Endoscopia, Ultrassonografia, Optometria, Laboratório Clínico, Imunização, Atenção Integral ao Diabético e ao Idoso, Traumatologia, entre outros. Dependendo das características da Área de Saúde a que está adstrito também poderá ter outras competências e consultas de especialidade de que esta necessite. (Diaz Novás J et al.).

Do Nível Secundário, de menor cobertura com maior complexidade, fazem parte os hospitais regionais e municipais, para onde os doentes são encaminhados, quando o Nível Primário é insuficiente para a resolução do seu problema. As unidades deste nível têm, assim, meios complementares de diagnóstico mais específicos e sofisticados, como laboratórios de Anatomia Patológica, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Angiografia, entre outros, que não existem nos Policlínicos.

Os níveis Terciário e Quaternário, de cobertura mínima e complexidade máxima, ocorrem quando há necessidade de internamento. O Terciário quando o internamento acontece para diagnóstico e/ou tratamento e o Quaternário quando a condição do doente requer Unidade de Cuidados Intensivos. Estes níveis de Cuidados de Saúde são fornecidos pelos hospitais mas também por institutos especializados (MADUREIRA, 2010).

ACESSO E QUALIDADE

O nível primário de atenção à saúde, integrado pela rede de Policlínicas, Consultórios de Medicina Familiar, Clínicas Estomatológicas, Casas Maternais e outros, atinge uma cobertura de 100% da população, sendo 98,8% cobertura de Médicos de Família, os 1,2% restantes são servidos nos setores de policlínicas comunitárias

100% dos estabelecimentos estabeleceram e operaram programas de qualidade, existindo em cada unidade o Conselho de Avaliação da Qualidade, formado por diferentes comitês para avaliação do processo de atendimento: intervenções cirúrgicas, mortalidade hospitalar, farmacoterapia, tumores, infecções hospitalares, utilização de recursos e satisfação com os serviços; Existem manuais de organização e procedimentos sendo aplicado com 41 normas e 76 indicadores qualitativos e quantitativos nos Hospitais Clínicos Cirúrgicos e Clínicos Gerais, em busca da excelência hospitalar (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

Nenhuma troca é realizada nas funções de regulação, financiamento e prestação de serviços. Os três níveis administrativos (nacional, provincial e municipal) e quatro dos serviços são mantidos. A formulação de políticas, financiamento, garantia e provisão de serviços públicos é de responsabilidade desses níveis. A prestação de contas é realizada através dos Conselhos Populares, com funções de coordenação, supervisão e controle (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

Não há mudanças nas modalidades de descentralização dos sistemas de serviços de saúde. Responsabilidades, competências e recursos são descentralizados nos níveis provincial e municipal do sistema, o que garante autonomia local para responder efetivamente às demandas e necessidades dos grupos sociais.

A participação social na gestão da saúde é um dos objetivos de trabalho do setor da saúde. Para aumentar a participação social, foram criados os Conselhos de Saúde nas diferentes instâncias, que abordam a análise dos problemas identificados nos diagnósticos da situação de saúde, elaborando planos de ação e soluções intersetoriais nas localidades e territórios. Os conselhos de saúde são presididos pela mais alta autoridade do setor da saúde e são integrados a representantes de outros setores e organizações que participam da gestão da saúde. As Assembléias Populares de Poder em diferentes níveis apoiam o trabalho da comunidade, através das Comissões de Saúde, Esportes e Meio Ambiente (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

A coleta, processamento e disseminação de informações sobre saúde são de responsabilidade da Diretoria Nacional de Registros Médicos e Estatísticas de Saúde do Ministério da Saúde Pública de Cuba (DNE-MINSAP). As informações geradas abrangem áreas como demografia, mortalidade, morbidade, recursos, serviços e treinamento de pessoal qualificado. Os dados provêm dos resultados do Sistema de Informação Estatística do setor de saúde e dos Registros Administrativos das diferentes áreas do MINSAP. As informações da população são fornecidas ao DNE-MINSAP pelo Centro de Estudos e Desenvolvimento Populacional do Escritório Nacional de Estatística (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011).

O DNE-MINSAP publica anualmente os chamados Anuários Estatísticos da Saúde, que incluem indicadores organizados em séries temporais por territórios, idade, sexo e outras variáveis. Esta publicação, além de apresentada em versão impressa, está disponível no formato HTML no URL correspondente: <http://www.one.cu/sienhp.htm>

CONTENÇÃO DE CUSTOS

O financiamento é altamente descentralizado, 92,7% dos gastos em saúde pública são financiados pelos orçamentos municipais, sendo a maior parte deles dedicada ao setor de Saúde Pública, enquanto outras formas de captação

de recursos monetários externos são desenvolvidas para avançar em uma tendência de autofinanciamento. Essas fontes são representadas pela receita de exportação de medicamentos, atenção a pacientes estrangeiros em instituições médicas cubanas, assistência técnica no exterior por especialistas cubanos em ciências médicas, cursos de profissionais e técnicos estrangeiros e comercialização de publicações e outras produções científicas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002).

Em 2017 o MINSAL iniciou uma campanha de conscientização da população dos custos de atendimento no serviço público. Eles distribuía uma fatura simbólica ao final do atendimento onde mostravam o quanto custou para o Estado aquele atendimento, de modo a criar uma consciência da valoração do cuidado em saúde. Os atendimentos continuam totalmente gratuitos (BBC, 2017).

Em 2017, o gasto público em % do PIB foi de 11,7%, dentre os quais 10,5% foram destinados as despesas domésticas públicas de saúde (WHO, 2019).

INOVAÇÃO

Em Cuba são estimulados a produção científica e inovação do cuidado. O Sistema de Inovação Científica e Tecnológica para Saúde (SCITS) concebe a interdependência entre ensino, serviços e pesquisa e incorporação de avanços científicos na prática social, permitindo a realização de estudos sobre os problemas e necessidades de saúde nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), buscando trazer soluções alternativas de acordo com uma lógica multidisciplinar e intersetorial.

Já foram obtidos resultados em métodos de diagnóstico, vacinas preventivas e terapêuticas, sinais de alerta para o prognóstico e tratamento da dengue, prevenção de malformações congênitas e políticas e programas que beneficiaram pessoas com deficiência e suas famílias (PÉREZ et al., 2018).

SAÚDE BUCAL

Como parte do Sistema Nacional de saúde se encontra a Estratégia Estomatológica, a qual há alcançado metas de saúde bucal comparáveis aos países mais desenvolvidos e recursos humanos com uma alta preparação científica, a qual é reconhecida internacionalmente. A Saúde bucal da população é garantida por uma rede de unidades que conformam o subsistema de atenção estomatológica, as quais são: Clínicas Estomatológicas, Departamentos em policlínicas e hospitais (clínico cirúrgicos, pediátricos, gerais) e serviços em centros escolares, de trabalho e outros (ROSALES, 2019).

Com a introdução do modelo de atenção primária do médico e enfermeiro da família no sistema de saúde, desenvolveu-se a atenção estomatológica integral e vinculou-se o dentista e o médico de família em uma equipe de saúde responsabilizada com a atenção de uma população delimitada em uma área geográfica, executando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (DIRECCION NACIONAL ESTOMATOLOGIA, 2002).

SERVIÇOS E COBERTURA DE SAÚDE BUCAL

A estratégia estomatológica tem como objetivo realizar ações de cura em todos os níveis de atenção, entre as quais se destaca (ROSALES, 2019):

- Ações de prevenção em todos os níveis de atenção: aplicação de flúor, enxagatários com fluoreto de sódio, selantes de fossas e fissuras, diagnóstico e controle de placa, atividades de prevenção de hábitos higiênicos e nutricionais, entre outros.
- Criar equipes multidisciplinares de segundo nível de atenção, integrado pelas especialidades de: Ortodontia, Periodontia, Prótese, Cirurgia Maxilo Facial, Dentistas Gerais e Médicos de Família.
- Criar equipes multidisciplinares de terceiro nível de atenção em hospitais clínicos cirúrgicos gerais e pediátricos, de nível provincial ou nacional, assim como em faculdades de estomatologia e instituições da rede de Prótese Buco Maxilo Facial.

Em 1996, determinou-se que, para ampliar a prevenção da cárie para toda a população, devia-se ter a fluoretação de sal para consumo humano, indicado pela OPS/ OMS como uma medida preventiva que permite uma redução da morbidade e da mortalidade por cáries dentárias em até 60%, generalizada em todo o mundo. Progressivamente são observadas melhorias nos índices de saúde bucal no país, com redução de cáries ao longo dos anos (DIRECCION NACIONAL ESTOMATOLOGIA, 2002).

BBC. “**Tu salud es gratuita... pero cuesta**”: las polémicas “**facturas simbólicas**” con que Cuba busca concienciar a los enfermos. Disponible em: <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-39401797>>.

CUBA. **Constitución de la República de Cuba**, 1992. .

DIRECCION NACIONAL ESTOMATOLOGIA. **Programa Nacional de Atencion Estomatologica Integral a la Poblacion**, 2002. .

DOMÍNGUEZ-ALONSO, E.; ZACEA, E. The health system of Cuba. **Salud publica de Mexico**, v. 53 Suppl 2, n. 1, p. s168–s176, 2011.

MADUREIRA, P. de S. P. **Sistema de Saúde Cubano**. 2010. Universidade de Coimbra, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil del sistema de servicios de salud de Cuba. p. 1–21, 2002.

PÉREZ, N. R.; PÉREZ, C. V.; TRUJILLO, N. M.; SUÁREZ, I. M.; TORRES, E. M.; ESTÉVEZ, I. F.; SAO, M. P.; ROJO, Y. T.; GONZÁLEZ, V. G. S. Science and technological innovation in health in Cuba: Results in selected problems. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 42, p. 1–11, 2018.

ROSALES, M. S. **Iberoamerican Observatory of Public Policies in Oral Health - Cuban Health System**. [s.l: s.n.]

WHO. **Global Health Expenditure Database**.





Equador

por Nicole Pischel

ECUADOR – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

The Ministry of Public Health (MSP) as the National Health Authority is responsible for managing health policies, controlling all institutions in the health sector based on the provisions of the Organic Health Law. The current system is of a mixed type, composed of public and private sectors; the public led by the MSP, in addition to the Social Security Institutes (IESS), the Armed Forces (ISSFA) and the Police (ISPOL); and in the private context there are for-profit institutions (private insurance, clinics, hospitals and clinics) and non-profit organizations (NGOs, civil society organizations or associations). As a result, the financing of the System is composed of three subsystems: Base Tax Subsystem (for MSP services); Public social security system (IESS, ISSFA, ISPOL); and Private Subsystem (private insurance and out-of-pocket payments).

MSP developed the Integral Health Care Model (MAIS), a set of strategies, rules, procedures, tools and resources to organize the National Health System. MAIS aims to integrate and consolidate the Primary Health Care strategy (APS-R) to offer comprehensive and quality care to citizens through the reorientation of services for health promotion and disease prevention; strengthening the recovery, rehabilitation and palliative care processes; complemented by community and intersectoral participation (LUCIO; VILLACRÉS; HENRÍQUEZ, 2011).

GOVERNMENT ROLE

The constitution of the country in force since 1998 expresses the guaranteed, promoted and protected rights, such as permanent and uninterrupted access to health services for the necessary people. Organic Law of the National Health System (2002) The Law of Independence, Provincial and Cantonal, and the Plantação dos Consejos Provinciales and Cantonales de Salud. Define the system boundary for mediation of the functions of the rectory, provisional assistance services, supervision and financing, and establish general rules on human resources in health, medicines and supplies and science and technology (CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR, 2008, 2012).

FINANCING

According to the Social Security Law of 2001, IESS General Compulsory Insurance (Seguro Geral Obrigatório - SGO) has three sources of financing: the mandatory individual contribution from affiliates, the mandatory contribution from public or private employers and the State contribution. It also states that health services and benefits from the Peasant Social Security (Previdência Social Camponesa - SSC) are financed with resources from the following sources: solidarity contribution from employers, contribution from SGO members, mandatory contribution from public and private insurance, differentiated contribution from families protected by SSC, the State contribution and supplementary allocations determined by the Executive Branch (CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR, 2008).

ISSPOL is financed with a contribution from the police officers on duty at 2,5% of their salary and a contribution from the employer (State) of 3%. It is the only case in the country where retirees also contribute 2,5% of their pensions.

In the case of ISSFA, the resources come from contributions from the active army (equivalent to 3,35% of its military assets) and employer contributions made by the Ministry of Defense (5.85% of the military assets of active per-

sonnel and 0,52 % of 2% of the military heritage of a soldier on active duty, multiplied by the number of aspiring officers, troops and recruits) (LUCIO; VILLACRÉS; HENRÍQUEZ, 2011).

COVERAGE

The 2008 Constitution states that “health is a right guaranteed by the State, whose realization is linked to the exercise of other rights, including the right to water, food, nutrition, education, physical culture, work, social security, the environment. The State will guarantee this right through economic, social, cultural, educational and environmental policies and permanent, timely and exclusive access to programs, actions and services for the promotion and integral assistance to health. The provision of health services will be governed by the principles of equity, universality, solidarity, interculturality, quality, efficiency, effectiveness, precaution and bioethics, with a gender and generational approach” (CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR, 2008).

SERVICES

IESS beneficiaries have the following benefits: medical care, surgical, dental and pharmacological assistance. These benefits include ambulatory, emergency, curative, preventive and rehabilitation medicine through the supply of orthoses and prostheses; surgical care and hospitalization; home health care; sick cash subsidy and care in medical units outside the IESS. They also receive compensation for medical expenses and medical assistance through agreements signed with several private clinics.

ISSFA offers its members outpatient, emergency, hospitalization and outpatient medicine services for patients suffering from severe chronic conditions. The holder has 100% coverage, while his dependents, excluding his parents, have coverage only for certain diseases. ISSPOL provides medical, surgical, obstetric, dental, hospitalization and pharmaceutical services, prostheses, orthoses and rehabilitation, in addition to preventive medicine actions (ECUADOR).

ACCESS AND QUALITY

The resolution capacity of MSP's health services is organized by levels of complexity. Level I focuses on promoting, preventing and restructuring networks. At level II (intermediate complexity), there are basic and general hospitals that, in addition to level I care, offer short-term hospitalization. The basic hospital offers outpatient and hospital care for general medicine, gynecology, pediatrics and emergency surgery; The general hospital offers some specialty according to the epidemiological profile of its area of influence; it also has auxiliary services for diagnosis and treatment. At level III (high complexity), there are 14 specialized hospitals and a reference for serving the local, regional and national population; they also do health teaching and research (ECUADOR).

INTEGRATION AND COORDINATION

The MSP has a Health Department in each province and in its internal health areas that are districts of geographic population. These areas function as programmatic, administrative and budgetary deconcentration units on which basic health services depend.

As of 2010, with the issuance of the new Ecuadorian territorial structure, a reorganization is taking place that would have a territorial coincidence for the areas of health, education and social inclusion. The country is being structured into regions, provinces, districts and circuits.

The MSP also serves as the rector of health entities, granting the operating license to public and private health and prepaid medicine companies. In addition to the MSP, several entities participate in the supervision and regulation, according to their field of competence, of the activities of the different institutions that make up the health system in Ecuador. The State's Comptroller General is responsible, in the financial field, for the control of hospitals and medical units, and examines and evaluates the financial, administrative and operational management of the entities in which the State has participation. The Superintendence of Companies authorizes the establishment of prepaid medical entities and the Superintendence of Banks and Insurance (SBS) exercises control over IESS medical units, in accordance with the Social Security Law. The inclusion of SBS as a control body in the health system is a product of the Social Security Act of 2001 (LUCIO; VILLACRÉS; HENRÍQUEZ, 2011).

ELECTRONIC HEALTH RECORD

O Unique Establishment Registry System that allows the population to have access to the data bank of the Ministry of Public Health and to all establishments that provide public or private health services at the national level.

It was created as the objective of a single portal to access the services of the Ministry of Public Health and provides the spatial positioning of health units and links to the GeoSalud web service (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA).

More info at: <https://coresalud.msp.gob.ec/coresalud/repository/public/documentos/MANUAL%20DE%20USUARIO.pdf>

COST CONTAINMENT

Health spending in Ecuador has grown to 5,9% of the country's GDP.

Public spending on health is 39,5%. Private health expenditures in 2008 represented 60,5% of total expenditures. Spending on private insurance accounted for only 4,8% of total private health spending (WHO, 2019).

INNOVATION

The Ecuadorian project, known by the acronym PRO-AUS, was to be implemented by the National Secretariat of the Millennium Development Goals (SODEM) and the Ministry of Public Health. The initiative draws lessons from IDB-funded universal health insurance programs in Colombia and Peru, where problems similar to those faced by Ecuador have been presented.

The goal of the PRO-AUS was to improve the quality of people's health services in the two lower-income quintiles of the Ecuadorian population and the coverage would be expanded to include other low-income people and self-employed workers. This project tried to develop an intercultural approach to overcome barriers to indigenous and Afro-Ecuadorian populations.

The insured would have a benefit plan that includes benefits such as health promotion, collective and individual prevention and curative services. The PRO-AUS would be carried out with a broad sectoral approach, in which IDB support would be coordinated with that of the World Bank. However, with the change of government in 2007 and

its initiative to promote a different model, this initiative came to an end. (REPUBLICA DE ECUADOR, 2006) (LUCIO, VILLACRÉS, HENRIQUEZ, 2011).

ORAL HEALTH

MSP developed documents with dental care protocols for the first, second and third levels; according to specialty; and promotion (education) and prevention protocols according to age groups and risks (MELENDEZ et al., 2019).

Protocols can be found at: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontol%C3%B3gicos.pdf>

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

Oral health is the responsibility of the National Oral Health Program. The provision of oral health services is carried out in establishments organized according to the degree of complexity in the three levels of care (MINISTERIO SALUD PUBLICA ECUADOR, 2009; MELENDEZ et al., 2019).

The First Level covers health promotion and prevention services, outpatient consultation. This level of care is composed of: basic health equipment (EBAS), mobile health units, urban and rural health sub-centers and health centers.

The Second Level includes the modalities that require more complex outpatient care and hospitalization. This level of care consists of hospitals and general basic hospitals.

The Third Level, corresponds to the outpatient specialty consultation; hospitalization of specialties. It consists of general hospitals, specialized hospitals and specialty hospitals.

More info at: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20EN%20SALUD%20BUCAL%20%20I%20%20NIVEL.pdf>



ECUADOR – ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

El sistema actual es de tipo mixto, compuesto por sectores público y privado; el público dirigido por el MSP, además del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL); ya en el contexto privado hay instituciones con fines de lucro (seguros privados, clínicas, hospitales y oficinas) y organizaciones sin fines de lucro (ONG, organizaciones de la sociedad civil o asociaciones). Como resultado, la financiación del Sistema consta de tres subsistemas: Subsistema de Impuestos Base (para servicios de MSP), Sistema público de seguridad social (IESS, ISSFA, ISSPOL) y Subsistema privado (seguro privado y pagos de bolsillo).

El MSP desarrolló el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), un conjunto de estrategias, reglas, procedimientos, herramientas y recursos para organizar el Sistema Nacional de Salud. El objetivo de MAIS es integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) ofrecer una atención integral y de calidad a los ciudadanos mediante la reorientación de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades; fortalecimiento de los procesos de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; complementado por la participación comunitaria e intersectorial (LUCIO; VILLACRÉS; HENRÍQUEZ, 2011).

PAPEL DEL GOBIERNO

El Ministerio de Salud Pública (MSP), como Autoridad Nacional de Salud, es responsable de la gestión de las políticas de salud, controlando todas las instituciones del sector de la salud de acuerdo con las disposiciones de la Ley Orgánica de Salud. La constitución del país, vigente desde 1998, expresa los derechos garantizados, promovidos y protegidos, como el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud para las personas que lo necesitan. Se pueden mencionar la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002), la Ley de Independencia, Provincial y Cantonal y la Plantación de Consejos Provinciales y Cantonales de Salud. Se definen los límites del sistema para la mediación de las funciones de rectoría, servicios de asistencia provisional, supervisión y financiamiento así como el establecimiento de reglas generales sobre recursos humanos en salud, medicamentos, suministros y ciencia y tecnología (CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR, 2008, 2012).

FINANCIAMIENTO

De acuerdo con la Ley de Seguridad Social de 2001, el Seguro General Obligatorio (SGO) del IESS tiene tres fuentes de financiamiento: la contribución individual obligatoria de los afiliados, la contribución obligatoria de los empleadores públicos o privados y la contribución del Estado. También establece que los servicios de salud y los beneficios del Seguro Social Campesino (SSC) se financian con recursos de las siguientes fuentes: contribución solidaria de los empleadores, contribución de los miembros de SGO, contribución obligatoria del seguro público y privado, contribución diferenciada de las familias protegidas por SSC, el aporte del Estado y las asignaciones adicionales que determine el Poder Ejecutivo (CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR, 2008).

ISSPOL se financia con una contribución de los oficiales de policía en servicio al 2.5% de su salario y una contribución del empleador (Estado) del 3%. Es el único caso en el país donde los jubilados también contribuyen con el 2.5% de sus pensiones.

En el caso de ISSFA, los fondos provienen de contribuciones del ejército activo (equivalente al 3.35% de sus activos militares) y de las contribuciones del empleador hechas por el Ministerio de Defensa (5.85% de los activos militares del personal activo y 0.52 % del 2% del patrimonio militar de un soldado en servicio activo, multiplicado por el número de aspirantes a oficiales, tropas y reclutas) (LUCIO; VILLACRÉS; HENRÍQUEZ, 2011).

COBERTURA

La Constitución de 2008 establece que “la salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya realización está vinculada al ejercicio de otros derechos, incluido el derecho al agua, la alimentación, la nutrición, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social y el medio ambiente. El Estado garantizará este derecho a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y acceso permanente, oportuno y exclusivo a programas, acciones y servicios para la promoción y asistencia integral a la salud y a la salud sexual y reproductiva. La provisión de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, efectividad, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional ”(CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR, 2008).

SERVICIOS OFRECIDOS

Los beneficiarios del IESS tienen los siguientes beneficios: asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral. Estos beneficios incluyen medicina ambulatoria, de emergencia, curativa, preventiva y de rehabilitación a través del suministro de ortesis y prótesis, atención quirúrgica y hospitalización, cuidado de la salud en el hogar, subsidio en efectivo por enfermedad y atención en unidades médicas fuera del IESS. También reciben compensación por gastos médicos y asistencia médica a través de acuerdos firmados con varias clínicas privadas.

El ISSFA ofrece a sus miembros servicios ambulatorios, de emergencia, hospitalización y medicina ambulatoria para pacientes que padecen afecciones crónicas graves. El titular tiene una cobertura del 100%, mientras que sus dependientes, excluyendo a sus padres, tienen cobertura solo para ciertas enfermedades. ISSPOL brinda servicios médicos, quirúrgicos, obstétricos, dentales, de hospitalización y farmacéuticos, prótesis, ortesis y rehabilitación, además de acciones de medicina preventiva (ECUADOR,).

ACCESO Y CALIDAD

La capacidad de resolución de los servicios de salud del MSP está organizada por niveles de complejidad. El Nivel I se centra en la promoción, prevención y reestructuración de redes. En el nivel II (complejidad intermedia), hay hospitales básicos y generales que, además de la atención de nivel I, ofrecen hospitalización a corto plazo. Los hospitales básicos ofrecen atención ambulatoria y hospitalaria para medicina general, ginecología, pediatría y cirugía de emergencia; por su parte, los hospitales generales ofrecen alguna especialidad según el perfil epidemiológico de su área de influencia; también se cuenta con servicios auxiliares para diagnóstico y tratamiento. En el nivel III (alta complejidad) hay 14 hospitales especializados y una referencia para atender a la población local, regional y nacional, también hacen docencia e investigación en salud (ECUADOR).

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

El MSP tiene un Departamento de Salud en cada provincia y en sus áreas de salud interna que son distritos de población geográfica. Estas áreas funcionan como unidades de desconcentración programáticas, administrativas y presupuestarias de las cuales dependen los servicios básicos de salud.

A partir de 2010, con la emisión de la nueva estructura territorial ecuatoriana, se está llevando a cabo una reorganización que tendría una coincidencia territorial para las áreas de salud, educación e inclusión social. El país se está estructurando en regiones, provincias, distritos y circuitos.

El MSP también sirve como rector de entidades de salud, otorgando la licencia de operación a compañías de salud y medicina prepagada públicas y privadas. Además del MSP, varias entidades participan en la supervisión y regulación, según su campo de competencia, de las actividades de las diferentes instituciones que conforman el sistema de salud en Ecuador. El Contralor General del Estado es responsable, en el campo financiero, del control de hospitales y unidades médicas; del mismo modo, examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de las entidades en las que el Estado participa.

La Superintendencia de Compañías autoriza el establecimiento de entidades médicas prepagadas y la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS) ejerce control sobre las unidades médicas del IESS, de conformidad con la Ley de Seguridad Social. La inclusión de la SBS como organismo de control en el sistema de salud es producto de la Ley de Seguridad Social de 2001 (LUCIO; VILLACRÉS; HENRÍQUEZ, 2011).

REGISTRO ELETRÔNICO DE SALUD

El Sistema de Registro Único de Establecimientos es un medio que permite a la población tener acceso a la base de datos del Ministerio de Salud Pública y a todos los establecimientos que brindan servicios de salud públicos o privados a nivel nacional.

Fue creado con el objetivo de tener un portal único para acceder a los servicios del Ministerio de Salud Pública; además proporciona el posicionamiento espacial de las unidades de salud y enlaces al servicio web GeoSalud (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA).

Más información en: <https://coresalud.msp.gob.ec/coresalud/repository/public/documentos/MANUAL%20DE%20USUARIO.pdf>

CONTENCIÓN DE COSTOS

El gasto en salud en Ecuador ha crecido hasta el 5,9% del PIB del país.

El gasto público en salud es del 39,5%. El gasto privado en salud en 2008 representó el 60,5% del gasto total. El gasto en seguros privados representó solo el 4,8% del gasto privado total en salud (OMS, 2019).

INNOVACIÓN

El proyecto ecuatoriano, conocido por el acrónimo PRO-AUS, se llevó a cabo por la Secretaría Nacional de Objetivos del Milenio (SODEM) y el Ministerio de Salud Pública. La iniciativa tomó lecciones de los programas de seguro

médico universal financiados por el BID en Colombia y Perú, donde se presentaron problemas similares a los enfrentados por Ecuador.

Con PRO-AUS se buscaba mejorar la calidad de los servicios de salud para las personas en los dos quintiles de menores ingresos de la población ecuatoriana y la cobertura pretendía incluir a otras personas de bajos ingresos y trabajadores independientes. Este proyecto pretendía desarrollar un enfoque intercultural para superar las barreras de las poblaciones indígenas y afroecuatorianas. El asegurado tendría un plan de beneficios que incluye promoción de la salud, prevención colectiva e individual y servicios curativos. PRO-AUS se iba a llevar a cabo con un enfoque sectorial amplio, en el que el apoyo del BID se coordinaría con el del Banco Mundial. No obstante, con el cambio de gobierno en 2007 y su iniciativa de impulsar un modelo distinto, se dio fin a esta iniciativa. (REPUBLICA DE ECUADOR, 2006) (LUCIO, VILLACRÉS, HENRIQUEZ, 2011)

SALUD BUCAL

El MSP desarrolló documentos con protocolos de atención odontológica para el primer, segundo y tercer nivel de atención en salud, según especialidad, así como protocolos de promoción (educación) y prevención según grupos de edad y riesgos (MELENDEZ et al., 2019).

Se pueden encontrar los protocolos en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontol%C3%B3gicos.pdf>

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD BUCAL

La salud bucal es responsabilidad del Programa Nacional de Salud Bucal. La prestación de servicios de salud bucodental se realiza en establecimientos organizados según el grado de complejidad en los tres niveles de atención (MINISTERIO SALUD PUBLICA ECUADOR, 2009; MELENDEZ et al., 2019).

El primer nivel cubre la promoción de la salud y los servicios de prevención así como consulta externa. Este nivel de atención consiste en: equipos básicos en salud (EBAS), unidades móviles de salud, subcentros de salud rurales y urbanos y centros de salud.

El segundo nivel incluye las modalidades que requieren atención ambulatoria y hospitalización más complejas. Este nivel de atención consiste en hospitales básicos y generales.

El tercer nivel corresponde a la consulta ambulatoria y hospitalización por especialidades. Se compone por hospitales generales y hospitales especializados.

Más información en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20EN%20SALUD%20BUCAL%20%20I%20%20NIVEL.pdf>



EQUADOR - PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O Ministério da Saúde Pública (MSP) como a Autoridade Sanitária Nacional é responsável pelo gerenciamento de políticas de saúde, controlar todas as instituições do setor da saúde com base nas disposições da Lei Orgânica de Saúde. O Sistema atual é de tipo misto, composto pelos setores público e privado; o público liderado pelo MSP, além dos Institutos de Segurança Social (IESS), das Forças Armadas (ISSFA) e da Polícia (ISPOL); e no contexto privado constam instituições com fins lucrativos (seguros privados, clínicas, hospitais e consultórios) e organizações sem fins lucrativos (ONGs, organizações da sociedade civil ou associações). Como resultado, o financiamento do Sistema é composto por três subsistemas: Subsistema Tributário Base (para serviços MSP); Sistema público de segurança social (IESS, ISSFA, ISPOL); e Subsistema Privado (seguro privado e pagamentos de próprio bolso).

MSP desenvolveu o Modelo de Atenção Integral de Saúde (MAIS), um conjunto de estratégias, regras, procedimentos, ferramentas e recursos para organizar o Sistema Nacional de Saúde. O MAIS tem como objetivo integrar e consolidar a estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS-R) para oferecer atendimento integral e de qualidade aos cidadãos através da reorientação de serviços para a promoção da saúde e prevenção de doenças; fortalecendo os processos de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos; complementado por participação comunitária e inter-setorial (LUCIO; VILLACRÉS; HENRÍQUEZ, 2011).

PAPEL DO GOVERNO

A constituição do país vigente desde 1998 expressa os direitos garantidos, promovidos e protegidos, como o acesso permanente e ininterrupto aos serviços de saúde para as pessoas necessárias. Lei Orgânica do Sistema Nacional de Saúde (2002) A Lei da Independência, Provincial e Cantonal, e a Plantação dos Consejos Provinciales e Cantonales de Salud. Definir o limite do sistema para mediação das funções de reitoria, serviços de assistência provisórios, supervisão e financiamento, e estabelecer as normas gerais sobre recursos humanos em saúde, medicamentos e insumos e a ciência e tecnologia (CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR, 2008, 2012).

FINANCIAMENTO

De acordo com a Lei de Seguridade Social de 2001, o Seguro Geral Obrigatório (SGO) do IESS possui três fontes de financiamento: a contribuição individual obrigatória das afiliadas, a contribuição obrigatória dos empregadores públicos ou privados e a contribuição do Estado. Também afirma que os serviços de saúde e benefícios da Previdência Social Camponesa (SSC) são financiados com recursos das seguintes fontes: contribuição solidária dos empregadores, contribuição dos membros da SGO, contribuição obrigatória do seguro público e privado, contribuição diferenciada de famílias protegidas pelo SSC, a contribuição do Estado e as alocações suplementares determinadas pelo Poder Executivo (CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR, 2008).

O ISSPOL é financiado com uma contribuição dos policiais da ativa em 2,5% de seu salário e uma contribuição do empregador (Estado) de 3%. É o único caso no país em que os aposentados também contribuem com 2,5% de suas pensões.

No caso da ISSFA, os recursos provêm das contribuições do exército ativo (equivalente a 3,35% de seus ativos militares) e das contribuições do empregador feitas pelo Ministério da Defesa (5,85% do patrimônio militar do

pessoal ativo e 0,52% de 2% do patrimônio militar de um soldado em serviço ativo, multiplicado pelo número de oficiais aspirantes, tropas e recrutas) (LUCIO; VILLACRÉS; HENRÍQUEZ, 2011).

COBERTURA

A Constituição de 2008 afirma que “A saúde é um direito garantido pelo Estado, cuja realização está vinculada ao exercício de outros direitos, incluindo o direito à água, alimentação, nutrição, educação, cultura física, trabalho, previdência social, meio ambiente. O Estado garantirá esse direito por meio de políticas econômicas, sociais, culturais, educacionais e ambientais e acesso permanente, oportuno e exclusivo a programas, ações e serviços para a promoção e assistência integral à saúde e à saúde. saúde sexual e reprodutiva A prestação de serviços de saúde será regida pelos princípios de equidade, universalidade, solidariedade, interculturalidade, qualidade, eficiência, eficácia, precaução e bioética, com uma abordagem de gênero e geracional” (CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR, 2008).

SERVIÇOS OFERECIDOS

Os beneficiários do IESS possuem os seguintes benefícios: assistência médica, cirúrgica, odontológica e farmacológica abrangente. Esses benefícios incluem medicina ambulatorial, de emergência, curativa, preventiva e de reabilitação através do fornecimento de órteses e próteses; cuidados cirúrgicos e hospitalização; cuidados de saúde em casa; subsídio em dinheiro doentio e atendimento em unidades médicas fora do IESS. Também recebem compensação por despesas médicas e assistência médica por meio de acordos assinados com várias clínicas privadas.

A ISSFA oferece aos seus membros serviços ambulatoriais, de emergência, hospitalização e medicina ambulatorial para pacientes que sofrem de condições crônicas graves. O titular tem 100% de cobertura, enquanto seus dependentes, excluindo os pais, têm cobertura apenas para determinadas doenças. O ISSPOL presta serviços médicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, de hospitalização e farmacêuticos, próteses, órteses e reabilitação, além de ações de medicina preventiva (ECUADOR).

ACESSO E QUALIDADE

A capacidade resolução dos serviços de saúde da MSP está organizada por níveis de complexidade. O nível I têm o enfoque de promoção, prevenção e reestruturação de redes. No nível II (complexidade intermediária), há hospitais básicos e gerais que, além do atendimento ao nível I, oferecem internação de curta duração. O hospital básico oferece atendimento ambulatorial e hospitalar para medicina geral, ginecologia, pediatria e cirurgia de emergência; O hospital geral oferece alguma especialidade de acordo com o perfil epidemiológico de sua área de influência; também possui serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento. No nível III (alta complexidade), existem 14 hospitais especializados e um referência para o atendimento da população local, regional e nacional; também fazem ensino e pesquisa em saúde (ECUADOR).

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

O MSP possui um Departamento de Saúde em cada província e em suas áreas internas de saúde que são distritos de população geográfica. Essas áreas funcionam como unidades de desconcentração programática, administrativa e orçamentária das quais dependem os serviços básicos de saúde.

A partir de 2010, com a emissão da nova estrutura territorial equatoriana, está ocorrendo uma reorganização que teria coincidência territorial pelo para as áreas de saúde, educação e inclusão social. O país está sendo estruturado em regiões, províncias, distritos e circuitos.

O MSP também exerce a reitoria de entidades de saúde, concedendo a licença de operação a empresas públicas e privadas de saúde e medicina pré-paga. Além do MSP, várias entidades participam da supervisão e regulamentação, de acordo com seu campo de competência, da atividade das diferentes instituições que compõem o sistema de saúde no Equador. A Controladoria Geral do Estado é responsável, no campo financeiro, pelo controle de hospitais e unidades médicas, e examina e avalia a gestão financeira, administrativa e operacional das entidades nas quais o Estado tem participação. A Superintendência de Empresas autoriza o estabelecimento de entidades de medicina pré-paga e a Superintendência de Bancos e Seguros (SBS) exerce controle sobre as unidades médicas do IESS, de acordo com a Lei de Seguridade Social. A inclusão do SBS como órgão de controle no sistema de saúde é um produto da Lei de Seguridade Social de 2001 (LUCIO; VILLACRÉS; HENRÍQUEZ, 2011).

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

O Sistema de Registro de Estabelecimento Único é um meio que permite que a população tenha acesso ao banco de dados do Ministério da Saúde Pública e à todos os estabelecimentos que prestam serviços de saúde públicos ou privados a nível nacional.

Foi criado com o objetivo de um portal único para acessar os serviços do Ministério da Saúde Pública e fornece o posicionamento espacial das unidades de saúde e vincula ao serviço da web GeoSalud (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA).

Mais informações em: <https://coresalud.msp.gob.ec/coresalud/repository/public/documentos/MANUAL%20DE%20USUARIO.pdf>

CONTENÇÃO DE CUSTOS

O gasto em saúde no Equador cresceu, passando a ser 5,9% do PIB do país.

Os gastos públicos com saúde são de 39,5%. As despesas privadas com saúde em 2008 representaram 60,5% do total das despesas. Os gastos com seguros privados representaram apenas 4,8% do total de gastos privados em saúde (WHO, 2019).

INOVAÇÃO

O projeto equatoriano, conhecido pela sigla PRO-AUS, seria executado pela Secretaria Nacional dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (SODEM) e pelo Ministério da Saúde Pública. A iniciativa traía lições dos programas de seguro universal de saúde financiados pelo BID na Colômbia e no Peru, onde foram apresentados problemas semelhantes aos enfrentados pelo Equador.

O PRO-AUS melhoraria a qualidade dos serviços de saúde das pessoas nos dois quintis de menor renda da população equatoriana, a cobertura seria ampliada para incluir outras pessoas de baixa renda e trabalhadores independentes. Este projeto desenvolveria uma abordagem intercultural para superar barreiras às populações indígenas e afro-equatorianas.

O segurado teria um plano de benefícios que incluiria benefícios como promoção da saúde, prevenção coletiva e individual e serviços curativos. O PRO-AUS seria realizado com uma ampla abordagem setorial, na qual o apoio do BID será coordenado com o do Banco Mundial. Porém, com a mudança de governo em 2007 e a iniciativa de promover um modelo diferente, essa iniciativa finalizou. (REPUBLICA DE ECUADOR, 2006) (LUCIO, VILLACRÉS, HENRIQUEZ, 2011)

SAÚDE BUCAL

O MSP desenvolveu documentos com protocolos de cuidados odontológicos para o primeiro, segundo e terceiro níveis; de acordo com a especialidade; e protocolos de promoção (educação) e prevenção de acordo com as faixas etárias e os riscos (MELENDEZ et al., 2019).

Os protocolos podem ser encontrados em: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontol%C3%B3gicos.pdf>

SERVIÇOS E COBERTURA SAÚDE BUCAL

A saúde bucal é responsabilidade do Programa Nacional de Saúde Bucal. A prestação de serviços de saúde bucal é realizada em estabelecimentos organizados de acordo com o grau de complexidade nos três níveis de atenção (MINISTERIO SALUD PUBLICA ECUADOR, 2009; MELENDEZ et al., 2019).

O Primeiro Nível, abrange os atendimentos de promoção e prevenção à saúde, consulta ambulatorial. Este nível de atendimento é composto por: equipamentos básicos saúde (EBAS), unidades móveis de saúde, sub-centros de saúde urbanos e rurais e centros de saúde.

O Segundo Nível, incluem as modalidades que requerem atendimento ambulatorial de maior complexidade e hospitalização. Esse nível de atendimento é composto por hospitais e hospitais básicos geral.

O Terceiro Nível, corresponde à consulta de especialidade ambulatorial; hospitalização de especialidades. É constituído por hospitais gerais, hospitais especializados e hospitais de especialidades.

Mais informações em: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20EN%20SALUD%20BUCAL%20%20I%20%20NIVEL.pdf>

CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR. Constitución De La República Del Ecuador 2008. **Incluye Reformas**, p. 1–136, 2008. Disponible em: <https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf>.

CONGRESO NACIONAL DEL ECUADOR. Ley orgánica de salud - Ecuador. **Plataforma Profesional de Investigación Jurídica**, n. 593, p. 13, 2012. Disponible em: <<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>>.

ECUADOR. **Ministerio de Salud Pública - Programas y Servicios**. Disponible em: <<https://www.salud.gob.ec/programas-y-servicios/>>.

LUCIO, R.; VILLACRÉS, N.; HENRÍQUEZ, R. Sistema de salud de Ecuador. **Salud Pública de México**, v. 53, n. SUPPL. 2, p. 177–187, 2011.

MELENDEZ, G. T.; CHAVEZ, A. N.; COLOMA, A. N.; LOPEZ, B. R.; TAPIA, V. El. **Iberoamerican Observatory of Public Policies in Oral Health: Ecuador**. [s.l: s.n.]

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. **Gestión interna de sistemas de información de salud**, [s.d.].

MINISTERIO SALUD PÚBLICA ECUADOR. **Normas y procedimientos de atención en salud bucal - primer nivel**, 2009.

REPÚBLICA DE ECUADOR. **Programa de Apoyo al Aseguramiento Universal de Salud**, 2006. . Disponible em: <<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1200579286-53>>.

WHO. **Global Health Expenditure Database**.





Guatemala

por Aline Neumann

GUATEMALA – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

Guatemala's health system is made up of a public and a private sector. The public sector comprises, first of all, the Ministry of Public Health and Social Assistance (MSPAS), which formally assists 70% of the population. Second, is the Guatemalan Social Security Institute (IGSS), which provides coverage to less than 17.45% of the population linked to formal employment. Finally, Military Health covers members of the armed forces and the police, including their families, less than 0.5% of the population. Other government institutions participate marginally in certain healthy activities. 12% of Guatemalans turn to the private sector for health care. Civil society organizations (CSOs) and/or religious organizations operating on a non-profit basis participate in this sector. There is also an insignificant private health insurance sector. According to MSPAS estimates, non-governmental organizations provide coverage for about 18% of the population. Private insurance covers less than 8% of the population, mainly belonging to the two richest and predominantly urban quintiles (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

GOVERNMENT ROLE

The Ministry of Public Health and Social Assistance of the Republic of Guatemala (MSPAS) is responsible for formulating policies and enforcing the legal regime related to preventive and curative health and actions for the protection, promotion, recovery and rehabilitation of physical and mental health of the country's inhabitants and hygienic preservation of the environment; guidance and coordination of technical and financial cooperation in health and to ensure compliance with international treaties and conventions related to health in cases of emergency due to epidemics and natural disasters (GOBIERNO DE GUATEMALA, 2017).

FINANCING

The financing of MSPAS derives from the income of the Public Ministry and a small part of external resources (donations, loans and assistance). The IGSS receives its resources through contributions from affiliates, employers and the State. Employer and employee contributions are established by the Institute's Board of Directors, involving government representatives, employers and workers.

As the IGSS programs are not accessible throughout the territory, the contribution rates are calculated based on the benefits to which the insured has access to. A percentage of the salary is established according to the access to the programs offered by the IGSS, to have access to all the programs offered, the percentage is 15.5% (10.67% employer and 4.83% employee). The private sector can be for-profit or non-profit and its resources come from paid by the associated taxpayer (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

COVERAGE

The total coverage of the population is low, about half of the population has access to public services (MSPAS and IGSS). up to 5 years, and spouses. Difficulties in joining this system are still encountered by small companies and self-employed workers.

Beneficiaries of private insurance plans are covered according to the contracted benefits, and more than 90% of policyholders are in a higher income bracket.

Among the coverages offered by MSPAS are included the provision of care from primary to tertiary care. All services are free, however, the Health Code allows the collection of some specific services (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

SERVICES OFFERED

The main programs offered by MSPAS are: maternal and child care, chronic non-communicable diseases, communicable diseases, addictions (addictions) and violence. IGSS operates in 3 main programs: disability, old age and survival program (IVS), which requires minimum contribution periods; the accident program, consisting of a service network in all departments of the country; and the disease and maternity program, which operates in 19 of the country's 22 departments. There are other programs such as: maternal and child care; medical assistance to IVS pensioners and retirees and rehabilitation program (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

The provision of health services is divided into three levels of care. The first level of care: it is the health service for preventive care, it is located in headwaters and municipal villages, in common agreement with the population that exists in its jurisdiction, it has: service units, health posts, institutional jurisdiction, mixed jurisdiction, strengthened health posts, minimal units, non-governmental organizations and jurisdiction. Second Level of Attention: Health Centers, type A, are general medical assistance centres, located at the headwaters of the municipalities or in populations that, due to their accessibility and importance to the population, must have bed linen available. Type B Care Centers are bedridden medical centres, with the responsibility of directing the supervision and control of health posts that correspond to their jurisdiction. The third level of care: corresponds to hospitals, national, 6 regional and district (MARROQUIN, 2016).

ACCESS AND QUALITY

As part of the activities of the Interinstitutional Commission for Joint Actions of the Academic Sector and the Health Sector, in 2005, the need to evaluate the performance of the health sector. However, there is not a specific responsible institution for carrying out these Assessments regularly (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

Besides, the segmentation of the system makes it difficult to assess the activities of different institutions that provide services based on common criteria.

INTEGRATION AND COORDINATION

MSPAS and IGSS have their infrastructure with hospitals, clinics and health centres, but they are not articulated between them. Just as private sector providers also have their infrastructure, without articulation in the health network (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

ELECTRONIC HEALTH RECORDS

The Health Management Information System was created through Resolution No. 5095, of October 15, 1997, constituting the only Information System of the Ministry of Public Health and Social Assistance, which will be abbreviat-

ed with the acronym SIGSA. Being responsible for collecting and processing information on health, financing, planning, human resources and hospital management. Through the MSPAS website, SIGSA offers information on general mortality, maternal mortality, morbidity, vaccination coverage, production of consultations at MSPAS and advances in certain ministerial programs.

More info at <https://sigsa.mspas.gob.gt/>

COST CONTAINMENT

In 2017, public expenditure as a% of GDP was 5.8%, among which domestic expenditure on public health accounted for 2.1% of GDP (WHO, 2019).

INNOVATION

Since 2004, the Virtual Health Library of Guatemala has operated through which access to health information is made available by the PAHO's Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information.

The creation of the Basic Services Coverage Extension Program, which until today is a priority in governments, allowed, through contracts with social organizations, comprehensive health care and assistance to populations that do not have access to MSPAS infrastructures, especially in rural areas. and indigenous (OPS GUATEMALA, 2012).

ORAL HEALTH

When analyzing the health policies of the MSPAS, 10 basic strategic guidelines of the health policies promoted for the period 2010-2014 were found, in which oral health does not appear explicitly, nor is it reflected in any of them as an appropriate oral health policy. However, it can be said that Oral Health is included in the second guideline of basic health policies, which include comprehensive and integrated services. And it is through the Health Regulation, Surveillance and Control Directorate that the Ministry develops actions, which it carries out through the Programs Department. The Programs Department prioritizes activities and, within these programmatic health priorities, it is the Oral Health Program, identified with the number 15 in the order of priorities, which covers most oral diseases, depending on the life cycle (MARROQUIN, 2016).

MSPAS Oral Health Strategies:

- Oral Health Promotion and Education.
- Oral health prevention.
- Intersectoral coordination to strengthen the National Oral Health Commission.
- Promote research.
- Expand Coverage.
- Strengthen standards of care.
- Strengthen oral health information systems.

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

The Ministry of Public Health and Social Assistance, through the National Health Services Network, provided health services to the Guatemalan population during the years 2010 to 2014, including those corresponding to Oral Health. With very low recruitment of employees, once that only 145 dentists were hired by the State, to cover the entire national territory and according to epidemiological studies.

According to the table presented by the Health Services Improvement Program, the Ministry classified diseases according to their life cycle:

Newly born: Fungal Injuries, Neonatal Teeth, Cleft Lip and Palate.

Babies: Fungal lesions, neonatal teeth, cleft lip and palate, bottle tooth decay.

Children from 1 to 9 years old: dental caries, lip and cleft palate. Adolescence and adults: dental caries, gingivitis, recurrent herpetic lesions, oropharyngeal cancer.

Elderly: dental caries, gingivitis, periodontitis, recurrent herpetic lesions, oropharyngeal cancer, Xerostomia.

According to this classification, it was possible to analyze that institutional dental care does not include the preventive and educational segment, even though the World Health Organization - WHO -, since 2002, called different governments, clearly and transparently, so that Oral Health takes a leading role in the comprehensive health of the population of the respective countries, and considerable efforts are made to institutionalize preventive educational programs, especially against dental caries, chronic, infectious and contagious disease caused by bacteria present in 100% of the population. There is no evidence of a community prevention and education policy on oral health issues, since most procedures are curative and reactive, such as extractions (MARROQUIN, 2016).



GUATEMALA – ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud de Guatemala se compone de un sector público y otro privado. El sector público comprende, en primer lugar, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que brinda asistencia formal al 70% de la población. En segundo lugar, se encuentra el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que brinda cobertura a menos del 17.45% de la población vinculada al empleo formal. Finalmente, la salud militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluidas sus familias, menos del 0,5% de la población. Otras instituciones gubernamentales participan marginalmente en ciertas actividades de salud. El 12% de los guatemaltecos recurren al sector privado para recibir atención médica. Las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y/u organizaciones religiosas que operan sin fines de lucro participan en este sector. También hay un sector privado de seguros de salud poco significativo. Según las estimaciones del MSPAS, las organizaciones no gubernamentales brindan cobertura a alrededor del 18% de la población. El seguro privado cubre menos del 8% de la población, perteneciente principalmente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

PAPEL DEL GOBIERNO

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala (MSPAS) es responsable de formular políticas y hacer cumplir el régimen legal relacionado con la salud preventiva y curativa y las acciones para la protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y la preservación higiénica del medio ambiente; así mismo, esta relacionado con la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y para garantizar el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencia debido a epidemias y desastres naturales (GOBIERNO DE GUATEMALA, 2017).

FINANCIAMIENTO

El financiamiento del MSPAS proviene de los ingresos del Ministerio Público y una pequeña parte de los recursos externos (donaciones, préstamos y asistencia). El IGSS recibe sus recursos a través de contribuciones de afiliados, empleadores y el Estado. Las contribuciones de empleadores y empleados son establecidas por el Consejo de Administración del Instituto, que involucra a representantes gubernamentales, empleadores y trabajadores.

Como los del IGSS no son accesibles en todo el territorio, las tasas de contribución se calculan en función de los beneficios a los que tiene acceso el asegurado. Un porcentaje del salario se establece de acuerdo con el acceso a los programas ofrecidos por el IGSS, para tener acceso a todos los programas ofrecidos, el porcentaje es 15.5% (10.67% empleador y 4.83% empleado). El sector privado puede ser con o sin fines de lucro y sus recursos provienen del pago del contribuyente asociado (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

COBERTURA

La cobertura total de la población es baja, aproximadamente la mitad de la población tiene acceso a los servicios públicos (MSPAS e IGSS). La cobertura proporcionada por el IGSS está vinculada a la relación laboral, es decir, a los

trabajadores formales y se extiende a sus familiares: los niños hasta los 5 años y cónyuges. Todavía hay dificultades para que las pequeñas empresas y trabajadores autónomos o independientes se afilien a este sistema.

Los beneficiarios de los planes de seguro privado están cubiertos de acuerdo con los beneficios contratados, y más del 90% de los asegurados se encuentran en un nivel de ingresos más alto.

Entre las coberturas ofrecidas por el MSPAS se incluye la prestación de atención desde la atención primaria hasta la terciaria. Todos los servicios son gratuitos, sin embargo, el Código de Salud permite el cobro de ciertos servicios específicos (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011)

SERVICIO OFRECIDOS

Los principales programas que ofrece el MSPAS son: atención materno-infantil, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, adicciones y violencia. El IGSS opera en 3 programas principales: programa de discapacidad, vejez y supervivencia (IVS), que requiere períodos mínimos de contribución; el programa de accidentes, que consiste en una red de servicios en todos los departamentos del país; y el programa de enfermedad y maternidad, que opera en 19 de los 22 departamentos del país. Existen otros programas como: cuidado materno infantil, asistencia médica a pensionados y jubilados del IVS y programa de rehabilitación (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

La prestación de servicios de salud se divide en tres niveles de atención.

Primer nivel de atención: es el servicio de salud para atención preventiva, se ubica en cabeceras y pueblos municipales, en común acuerdo con la población que existe en su jurisdicción, cuenta con: unidades de atención, puestos de salud de jurisdicción institucional, jurisdicción mixta, puestos de salud fortalecidos, unidades mínimas, organizaciones no gubernamentales y jurisdicción.

Segundo nivel de atención: aquí se pueden identificar los centros de salud tipo A, que son centros de asistencia médica general, ubicados en las cabeceras de los municipios o en poblaciones que por su accesibilidad e importancia para la población, deben tener camas disponibles; y los Centros de Atención Tipo B, los cuales son centros médicos de atención sin encamamiento, con la responsabilidad de dirigir, hacer supervisión y control de los puestos de salud que corresponden a su jurisdicción.

Tercer nivel de atención: corresponde a hospitales nacionales, 6 regionales y distritales (MARROQUIN, 2016).

ACCESO Y CALIDAD

Como parte de las actividades de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud, en 2005, surge la necesidad de evaluar el desempeño del sector salud. Sin embargo, no existe un organismo responsable de llevar a cabo estas evaluaciones regularmente (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

Además, la segmentación del sistema dificulta la evaluación con base en criterios comunes de las actividades de diferentes instituciones que brindan servicios.

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

El MSPAS e IGSS tienen su propia infraestructura con hospitales, clínicas y centros de salud, pero no están articulados entre sí. Al igual que los proveedores del sector privado, también tienen su propia infraestructura, sin articulación en la red de salud (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD

El Sistema de Información Gerencial de Salud-SIGSA-, se creó mediante la Resolución N ° 5095, de 15 de octubre de 1997, el cual constituye el único Sistema de Información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Es responsable de recopilar y procesar información sobre salud, financiación, planificación, recursos humanos y gestión hospitalaria.

A través del sitio web del MSPAS, SIGSA ofrece información sobre mortalidad general, mortalidad materna, morbilidad, cobertura de vacunación, producción de consultas en MSPAS y avances en ciertos programas ministeriales.

Má información en: <https://sigsa.mspas.gob.gt/>

CONTENCIÓN DE COSTOS

En 2017, el gasto público en % del PIB fue del 5,8%, entre los cuales el gasto interno en salud pública representó el 2,1% del PIB (OMS, 2019).

INNOVACIÓN

La Biblioteca Virtual de Salud de Guatemala opera desde 2004 y a través de esta se permite el acceso a la información en salud, puesto a disposición por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información sobre Ciencias de la Salud de la OPS.

La creación del Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos, que hasta hoy es una prioridad en los gobiernos, permitió, a través de contratos con organizaciones sociales, atención integral de salud y asistencia a poblaciones que no tienen acceso a las infraestructuras del MSPAS, especialmente en las zonas rurales e indígenas (OPS GUATEMALA, 2012).

SALUD BUCAL

Dentro de las políticas de salud del MSPAS, se encontraron 10 pautas estratégicas básicas de las políticas de salud promovidas para el período 2010-2014, en las cuales la salud oral no aparece explícitamente ni se refleja en ninguna de ellas como una política de salud bucal como tal. No obstante, se puede decir que la Salud Bucal está incluida en el segundo lineamiento de las políticas básicas de salud, que incluyen servicios integrales e integrados. Por medio de la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de Salud que el Ministerio desarrolla acciones a través del Departamento de Programas (MARROQUIN, 2016).

El Departamento de Programas prioriza actividades y, dentro de estas prioridades programáticas de Salud, está el Programa de Salud Bucal, identificado como el número 15 en orden de prioridades, el cual cubre la mayoría de las enfermedades bucales, según el ciclo de vida (MARROQUIN, 2016).

Estrategias de Salud Bucal del MSPAS:

- Promoción y Educación en Salud Bucal.
- Prevención de enfermedades bucales.
- Coordinación intersectorial para fortalecer la Comisión Nacional de Salud Bucal.
- Promover la investigación.
- Ampliar la cobertura.
- Fortalecer los estándares de atención.
- Fortalecer los sistemas de información para la salud bucal.

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD BUCAL

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la Red Nacional de Servicios de Salud, brindó servicios de salud a la población guatemalteca durante los años 2010 a 2014, incluidos los correspondientes a Salud Bucal. Con una contratación muy baja de empleados, una vez que solo 145 odontólogos fueron contratados por el Estado, para cubrir todo el territorio nacional y de acuerdo con estudios epidemiológicos.

Con el Programa de Mejora de los Servicios de Salud, el Ministerio clasificó las enfermedades de acuerdo al el ciclo de vida:

- Neonatos: lesiones fúngicas, dientes neonatales, labio y paladar hendido.
- Bebés: lesiones fúngicas, dientes neonatales, labio y paladar hendido, caries de biberón.
- Niños de 1 a 9 años: caries dental, labio y paladar hendido.
- Adolescencia y adultos: caries dental, gingivitis, lesiones herpéticas recurrentes, cáncer de orofaringe.
- Ancianos: caries dental, gingivitis, periodontitis, lesiones herpéticas recurrentes, cáncer de orofaringe, xerostomía.

De acuerdo con esta clasificación, se evidencia que la atención odontológica institucional no incluye el segmento preventivo y educativo, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud - OMS -, desde 2002, llamó a los diferentes gobiernos, de manera clara y transparente, para que La salud bucal desempeñara un papel de liderazgo en la salud integral de la población de los respectivos países. Se están realizando esfuerzos considerables para institucionalizar programas educativos preventivos, especialmente contra la caries dental, enfermedades crónicas, infecciosas y contagiosas causadas por bacterias presentes en el 100% de la población. No hay evidencia de una política comunitaria sobre prevención y educación sobre temas de salud bucal, ya que la mayoría de los procedimientos son curativos y reactivos, como las extracciones (MARROQUIN, 2016).



GUATEMALA – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde da Guatemala é constituído por um setor público e um setor privado. O setor público compreende, em primeiro lugar, o Ministério da Saúde Pública e Assistência Social (MSPAS), que formalmente presta assistência a 70% da população. Em segundo lugar, está o Instituto de Segurança Social da Guatemala (IGSS), que oferece cobertura a menos de 17,45% da população vinculada ao emprego formal. Finalmente, a Saúde Militar cobre membros das forças armadas e da polícia, incluindo suas famílias, menos de 0,5% da população. Outras instituições governamentais participam marginalmente em certas atividades de saúde. 12% dos guatemaltecos recorrem ao setor privado para atendimento de saúde. Organizações da sociedade civil (OSC) e/ou organizações religiosas que operam sem fins lucrativos participam desse setor. Há também um setor de seguro de saúde privado pouco significativo. Segundo estimativas do MSPAS, as organizações não-governamentais oferecem cobertura para cerca de 18% da população. O seguro privado cobre menos de 8% da população, pertencendo principalmente aos dois quintis mais ricos e predominantemente urbanos (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

PAPEL DO GOVERNO

O Ministério da Saúde Pública e Assistência Social da República da Guatemala (MSPAS) é responsável por formular as políticas e fazer cumprir o regime jurídico relacionado à saúde preventiva e curativa e às ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde física e saúde mental dos habitantes do país e preservação higiênica do meio ambiente; à orientação e coordenação da cooperação técnica e financeira em saúde e para garantir o cumprimento de tratados e convenções internacionais relacionados à saúde em casos de emergência devido a epidemias e desastres naturais (GOBIERNO DE GUATEMALA, 2017).

FINANCIAMENTO

O financiamento do MSPAS é decorrente da renda do Ministério Público e uma pequena parte de recursos externos (doações, empréstimos e assistência). O IGSS recebe seus recursos através das contribuições dos filiados, empregadores e Estado. As contribuições do empregador e do empregado são estabelecidas pelo Conselho de Administração do Instituto, em que envolvem representantes do governo, empregadores e trabalhadores.

Como os programas de IGSS não são acessíveis em todo o território, as taxas de contribuição calculada com base nos benefícios aos quais o segurado tem acesso. Estabelece-se um percentual do salário de acordo com o acesso aos programas oferecidos pelo IGSS, para se ter acesso a todos os programas oferecidos o percentual é de 15,5% (10,67% empregador e 4,83% empregado). O setor privado pode ser com ou sem fins lucrativos e seus recursos proveem de pagos do contribuinte associado (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

COBERTURA

A cobertura total da população é baixa, cerca de metade da população tem acesso aos serviços públicos (MSPAS e IGSS). A cobertura dada pelo IGSS está atrelada ao vínculo empregatício, ou seja, os trabalhadores formais e esten-

de-se a seus familiares: filhos até 5 anos, e cônjuges. Ainda são encontradas dificuldades de se afiliar a este sistema as pequenas empresas e trabalhadores autônomos.

Os beneficiários de planos de seguros privados possuem cobertura de acordo com os benefícios contratados, e mais de 90% dos segurados estão em uma faixa de renda mais alta.

Dentre as coberturas oferecidas pelo MSPAS estão incluídos a prestação de cuidado desde a atenção primária até a terciária. Todos os serviços são gratuitos, entretanto, o Código de Saúde permite a cobrança de alguns serviços específicos (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

SERVIÇOS OFERECIDOS

Os principais programas oferecidos pelo MSPAS são: atenção materno-infantil, doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, adições (vícios) e violência. O IGSS atua em 3 principais programas: programa de invalidez, velhice e sobrevivência (IVS), que requer períodos mínimos de contribuição; o programa de acidentes, composto por uma rede de serviços em todos os departamentos do país; e o programa de enfermidade e maternidade, que atua em 19 dos 22 departamentos do país. Existem outros programas como: cuidados maternos infantis; assistência médica aos pensionistas e aposentados do IVS e programa de reabilitação (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

A prestação de serviços de saúde é dividida em três níveis de atenção. Primeiro nível de atenção: é o serviço de saúde para cuidados preventivos, está localizado em cabeceiras e aldeias municipais, em comum acordo com a população que existe em sua jurisdição, possui: unidades de atendimento, postos de saúde, de jurisdição institucional, jurisdição mista, postos de saúde fortalecidos, unidades mínimas, organizações não-governamentais e jurisdição. Segundo Nível de Atenção: Os Centros de Saúde, tipo A, são centros gerais de assistência médica, estão localizados nas cabeceiras dos municípios ou em populações que, devido à sua acessibilidade e importância da população, devem ter disponibilidade de roupas de cama. Os Centros de Atenção Tipo B são centros médicos sem acamados, com a responsabilidade de dirigir a supervisão e o controle dos postos de saúde que correspondem à sua jurisdição. Terceiro nível de atenção: corresponde a hospitais, nacionais, 6 regionais e distritais (MARROQUIN, 2016).

ACESSO E QUALIDADE

Como parte das atividades da Comissão Interinstitucional de Ações Conjuntas do Setor Acadêmico e do Setor Saúde, em 2005, a necessidade de avaliar o desempenho do setor da saúde. No entanto, não há instância responsável por executar essas Avaliações regularmente (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

Além disso, a segmentação do sistema e dificulta a tarefa de avaliar as atividades de diferentes instituições que prestam serviços com base em critérios comuns.

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

O MSPAS e IGSS possuem infraestrutura própria com hospitais, clínicas e centros de saúde, porém eles não são articulados entre eles. Assim como os provedores do setor privado também possuem infraestrutura própria, sem articulação na rede de saúde (BECERRIL-MONTEKIO; LÓPEZ-DÁVILA, 2011).

REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

O Sistema de Informação de Gestão em Saúde, foi criado por meio da Resolução nº 5095, de 15 de outubro de 1997, constituindo o único Sistema de Informação do Ministério da Saúde Pública e Assistência Social, que será abreviado com a sigla SIGSA. Sendo o responsável pela coleta e processamento das informações sobre saúde, financiamento, planejamento, recursos humanos e gestão dos hospitais. Através da página eletrônica do MSPAS, SIGSA oferece informações sobre mortalidade geral, mortalidade materna, morbidade, cobertura vacinação, produção de consultas nas MSPAS e avanços em certos programas ministeriais.

Mais informações em: <https://sigsa.mspas.gob.gt/>

CONTENÇÃO DE CUSTOS

No ano de 2017, as despesas públicas em % do PIB foi de 5,8%, dentre os quais as despesas domésticas em saúde pública tiveram 2,1% do PIB (WHO, 2019).

INOVAÇÃO

Desde 2004 funciona a Biblioteca Virtual em Saúde da Guatemala através da qual se permite o acesso à informação em saúde, colocada à disposição pelo Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPS.

A criação do Programa de Extensão de Cobertura de Serviços Básicos, que até hoje é prioridade nos governos, permitiu através de contratos com as organizações sociais o atendimento e assistência integral à saúde as populações que não tem acesso as infraestruturas do MSPAS, especialmente em áreas rurais e indígenas (OPS GUATEMALA, 2012).

SAÚDE BUCAL

Ao analisar as políticas de saúde do MSPAS, foram encontradas 10 diretrizes estratégicas básicas das políticas de saúde promovidas para o período 2010-2014, nas quais a saúde bucal não aparece explicitamente, nem se reflete em nenhuma delas como política de saúde bucal apropriado. No entanto, pode-se afirmar que a Saúde Oral está incluída na segunda diretriz das políticas básicas de saúde, que incluem serviços abrangentes e integrados. E é por meio da Diretoria de Regulação, Vigilância e Controle de Saúde que o Ministério desenvolve ações, que executa por meio do Departamento de Programas. O Departamento de Programas prioriza atividades e, dentro dessas prioridades programáticas da Saúde, é o Programa de Saúde Bucal, identificado com o número 15 na ordem de prioridades, que contempla a maioria das doenças bucais, dependendo do ciclo de vida (MARROQUIN, 2016).

Estratégias de Saúde Oral do MSPAS:

- Promoção e Educação em Saúde Oral.
- Prevenção em saúde bucal.
- Coordenação intersetorial para o fortalecimento da Comissão Nacional de Saúde Oral.
- Promover a pesquisa.

- Ampliar a Cobertura.
- Fortalecer os padrões de atenção.
- Fortalecer os sistemas de informação para saúde bucal.

SERVIÇOS E COBERTURA DE SAÚDE BUCAL

O Ministério da Saúde Pública e Assistência Social, por meio da Rede Nacional de Serviços de Saúde, prestou serviços de saúde à população guatemalteca durante os anos de 2010 a 2014, incluindo os correspondentes à Saúde Oral Com um recrutamento muito baixo de funcionários, uma vez que apenas 145 dentistas foram contratados pelo Estado, para cobrir todo o território nacional e de acordo com estudos epidemiológicos.

De acordo com a tabela apresentada pelo Programa de Melhoria dos Serviços de Saúde, o Ministério classificou as doenças de acordo com o ciclo de vida:

- Neonatos: Lesões Fúngicas, Dentes Neonatais, Fenda Labial e Palato.
- Bebês: Lesões Fúngicas, Dentes Neonatais, Fissura labial e palatina, cárie por mamadeira.
- Crianças de 1 a 9 anos: cárie dentária, lábio e fenda palatina. Adolescência e adultos: cárie dentária, gengivite, lesões herpéticas recorrentes, câncer de orofaringe.
- Idoso: cárie dentária, gengivite, periodontite, lesões herpéticas recorrentes, câncer de orofaringe, Xerostomia.

De acordo com essa classificação, foi possível analisar que o atendimento odontológico institucional não inclui o segmento preventivo e educacional, apesar de a Organização Mundial da Saúde - OMS -, desde 2002, ter chamado os diferentes governos, de forma clara e transparente, para que a Saúde Oral assuma um papel de liderança na saúde integral da população dos respectivos países, e envidam-se esforços consideráveis para institucionalizar programas educacionais preventivos, especialmente contra a cárie dentária, doença crônica, infecciosa e contagiosa causada por Bactérias presentes em 100% da população. Não há evidências de uma política comunitária de prevenção e educação sobre questões de saúde bucal, visto que grande parte dos procedimentos são curativos e reativos, tais como exodontias (MARROQUIN, 2016).

BECERRIL-MONTEKIO, V.; LÓPEZ-DÁVILA, L. [The health system of Guatemala]. **Salud pública de Mexico**, v. 53 Suppl 2, n. 1, p. s197-208, 2011. Disponible em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877085>>.

GOBIERNO DE GUATEMALA. **Ministerio de Salud Pública - acerca de MSPAS**. Disponible em: <<https://www.mspas.gob.gt/index.php/institucional/acerca-del-mspas>>.

MARROQUIN, N. A. P. Análisis de las Políticas Públicas de Salud Bucodental en el Período 2010 -2014, Implentadas en Guatemala por El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 2016. Disponible em: <<http://www.repositorio.usac.edu.gt/6171/>>.

OPS GUATEMALA. Fortalecimiento al programa de extensión de cobertura. 2012. Disponible em: <https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=609:fortalecimiento-al-programa-de-extension-de-cobertura&Itemid=405>.

WHO. **Global Health Expenditure Database**.





por Amanda Iida Giraldes

HAITI—ENGLISH

HEALTH SYSTEM

The Ministry of Public Health and Population (MSPP) is struggling to coordinate and supervise the delivery of health services (BANCO MUNDIAL, 2017).

The role of the MSPP in monitoring the entire health system needs to be strengthened: 38% of health institutions are managed by the MSPP, and 20% are jointly managed by the MSPP and ONGs, for a total of 58%. Of all health institutions, 61% are located in rural areas, and most of them are managed by the MSPP.

Both ONG health institutions and private for-profit institutions are overrepresented in the metropolitan region. However, half of the for-profit private health institutions and 55% of ONG health institutions are located in rural areas (BANCO MUNDIAL, 2017).

GOVERNMENT ROLE

Recurrent cycles of natural disasters and political instability have focused the Haitian government's attention on responding to emergencies, far from essential structural health reforms. The absence of a prioritized and budgeted health service package weakens the delivery of health services. Haiti has much less infrastructure and basic equipment than other low-income countries.

Haiti still has a long way to go in various indicators of universal health coverage related to child and maternal health, as well as water and sanitation (BANCO MUNDIAL, 2017).

FINANCING

The operational capacity of health institutions is a problem at all levels of care, and the productivity of existing health professionals is very low. The fact that the Ministry of Public Health and Population (MSPP) allocates 90 percent of its operating budget to personnel expenses means that operating budgets are too tight to guarantee an adequate supply of essential medicines and equipment. Haiti currently spends only 19% of its total health expenditure on preventive care, compared with 54% on curative care (BANCO MUNDIAL, 2017).

- Public funding , MSPP: Compared to other LICs, the share of public funding in Haiti's total health expenditure is very low.
- Private financing: Private financing includes direct expenditure by households, non-profit institutions serving households (such as NGOs) and private insurance, including direct payments for services by private companies. Private health expenditure is Haiti's main source of financing. They accounted for about 80 percent of total health expenditure (SDR) in 2014.
- External financing: A significant increase in external financing has followed the 2010 earthquake in Haiti, but this financing is now decreasing dramatically. For several years, key elements of the health system, such as vaccines, have been fully funded by external donors, without any government co-financing, unlike most low-income countries.

Mutualization includes prepaid insurance, as well as government expenses, which are an implicit form of mutualization in which the prepayment is made in the form of taxes.

OFATMA is Haiti's leading health insurer. It is an autonomous public institution under the administrative supervision of the Ministry of Social Affairs. OFATMA's mission is to manage insurance against health, accident and maternity risks. OFATMA started by offering occupational accident insurance (since 1967) to the private sector, then extended its scope to maternity insurance in 1975, but it was not implemented until 2014. This social security scheme is mandatory for all workers, according to a 1967 law. However, not all companies have subscribed to it for their employees. To 2017, OFATMA covered up to 5% of the population (BANCO MUNDIAL, 2017).

COVERAGE

For the poorest Haitians, health care is inaccessible. The incidence of catastrophic health expenditures has also increased and vulnerable populations, such as hospitalized people, the unemployed and families with more than three children under the age of five, are the most affected. Almost all health institutions (93%) charge user fees, reaching the poorest segments of the population harder. Almost two thirds (63%) of families in the lowest quintile of wealth do not consult a health professional, as they do not have the resources to do so (BANCO MUNDIAL, 2017).

SERVICES OFFERED

The formal health service delivery system has three levels:

- Clinics
- Health centers and UNHCR
- Departmental hospitals and referral / teaching hospitals.

However, the reference system does not work properly (only 6% of the references are executed correctly), so the theoretical functions assigned to each level of this pyramid structure are not fulfilled (BANCO MUNDIAL, 2017).

Distribution of health institutions in Haiti: Private: 24% , MSPP: 38%, ONG: 18% , Mixed: 20% = MSPP and ONG

ACCESS AND QUALITY

Clinics, which are essential for primary care delivery in Haiti, have very low results on several key indicators of operational capacity. The poor quality of health care in the field of preventive clinical care also greatly affects the provision of care (BANCO MUNDIAL, 2017).

INTEGRATION AND COORDINATION

After the 2010 earthquake, much of the external emergency funding focused on strengthening infrastructure and, in particular, on building and recovery of hospitals. At the time, Haiti did not have a strong coordination mechanism and 90% of external financing was extrabudgetary, which made it difficult to monitor, monitor and plan the use of

these resources in the health sector. As a result, this funding has not been optimized to achieve long-term positive and sustainable impacts.

Since then, the operating costs generated by these capital investments have proved unsustainable for the MSPP, creating new challenges for financing the health sector.

In other words, the response to natural catastrophe situations has often taken the form of building or rehabilitating hospitals, without any planning to cover operating costs after the initial emergency phase. As a result, hospitals do not have the necessary resources to provide health services and the MSPP is not in a position to cope with the steady increase in operating costs, which affects its ability to recruit staff, train and supply medical equipment and medicines to the patients (WORLD BANK, 2017).

ELECTRONIC HEALTH RECORDS

The Program called Haiti's Strategic Health Information System is a pilot program lasting 5 years, which is integrated with SISNU (System d'Information Sanitaire Nationale Unique), it is an initiative of the US Agency for International Development (USAID), which is consolidating and integrating Haiti's health information.

The lack of continuous collection of reliable health data has hampered the Haitian government's ability to plan and respond effectively to public health needs (DAI, 2019).

COST CONTAINMENT

The report produced by the World Bank in 2017, entitled "Better spending, better attention: an analysis of health financing in Haiti", reported that public spending per capita on health in Haiti is US \$ 13 per year, below the average of US \$ 15 in low-income countries and much less than the average among its neighbors, such as the Dominican Republic (US \$ 180) and Cuba (US \$ 781).

Despite investments from NGOs and the international community. After the earthquake that devastated the country, these resources are decreasing and demonstrating the need to work to improve the country and bring resolutions that are effective and sustainable (WORLD BANK, 2017).

INNOVATION

After the earthquake, a Brazil-Haiti-Cuba project was created as an initiative of the Ministry of Health of Brazil for the strengthening of the institutional capacity of the Ministry of Public Health and Population (MSPP) in Haiti. This project arises with the need to improve the use of information and communication for health surveillance, education and research expressed by the proposal to create the Haitian Network for Health Surveillance, Research and Education. The content of the nuclei was chosen by consensus by the team focused on the Haitian sanitary situation and on the demographic and epidemiological data of the country where the theoretical material is being adapted from Brazilian references (PESSOA; et al., 2013).

ORAL HEALTH

In Haiti, government leaders think of dentistry only when you have a dental health problem, and in addition, services are expensive. There is limited space that is given in national health programs, its lack of regulation and the low coverage of dental care by insurance companies, a sector that has weaknesses such as lack of structure, absence of professional order, poorly maintained equipment, unpaid wages. attractive and an old and archaic legal framework (JOSEPH, 2019).

The dentist / inhabitant ratio is 0.34 dentists per 10,000 inhabitants, this is reflected in the little capacity that is given at the State University where 15 students are graduated per year. For this reason, many young people study abroad and return to Haiti to work, but many are unable to obtain equivalence and then work irregularly (JOSEPH, 2019).

HEALTH SERVICES AND COVERAGE

There are participation in activities of the Health Cluster to incorporate oral health in the rehabilitation of the public Haitian health system and the development of post-disaster guidelines for oral health (JOSEPH, 2019).

With the MSPP, PAHO / WHO conducted personal assessments of 11 dental clinics in the areas affected by the earthquake in the Western Department. Data were collected on infrastructure, human resources, dental care capacity, financial resources and oral health policy and planning. This information served as a basis for planning and mobilizing the necessary resources and donations.

The Oral Health Coalition of Haiti mobilized resources and donations in kind of dental material worth US \$ 100,000: 27 dental chairs and US \$ 27,000 in cash. Donations were sent to 18 institutions, including 11 public ones, in and around Port-au-Prince after the earthquake. Supplies were provided for infection control, dental restorations, dental scaling, consultations (for prevention) and dental surgeries.

GPS data has been collected for each institution and will be used to map dental offices in the West Department. This activity will eventually be extended to the national level for a more complete assessment of the national oral health system.

Work with the MSPP to develop a National Strategic Oral Health Plan.

Incorporate oral health care into the integrated package of services offered by health care programs.

Free Obstetrics (SOG) and Free Child Care (GIS).

Organize training of coaches in oral and community care at the community level.

Translate into French and adapt the Integrated Childhood Disease Management to create an oral health module.



HAITI - ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

El Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) está luchando por coordinar y supervisar la provisión de servicios de salud (BANCO MUNDIAL, 2017).

El papel del MSPP en el monitoreo de todo el sistema de salud debe fortalecerse: el 38% de las instituciones de salud son administradas por el MSPP y el 20% son administradas conjuntamente por el MSPP y las ONG, para un total del 58%. De todas las instituciones de salud, el 61% están ubicadas en áreas rurales, y la mayoría de ellas son administradas por el MSPP.

Tanto las instituciones de salud de las ONG como las instituciones privadas con fines de lucro están sobrerrepresentadas en la región metropolitana. Sin embargo, la mitad de las instituciones privadas de salud con fines de lucro y el 55% de las instituciones de salud de las ONG están ubicadas en áreas rurales (BANCO MUNDIAL, 2017).

PAPEL DEL GOBIERNO

Los ciclos recurrentes de desastres naturales y la inestabilidad política han centrado la atención del gobierno haitiano en responder a emergencias, lejos de las reformas estructurales esenciales de salud. La ausencia de un paquete de servicios de salud priorizados y de presupuesto debilita la prestación de servicios de salud. Haití tiene mucha menos infraestructura y equipos básicos que otros países de bajos ingresos y todavía tiene un largo camino por recorrer en varios indicadores de cobertura universal en salud relacionada con la salud infantil y materna, así como el agua y el saneamiento (BANCO MUNDIAL, 2017).

FINANCIAMIENTO

La capacidad operativa de las instituciones de salud es un problema en todos los niveles de atención y la productividad de los profesionales de salud existentes es muy baja.

El hecho de que el Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) asigne el 90 por ciento de su presupuesto operativo a gastos de personal significa que los presupuestos operativos son demasiado ajustados para garantizar un suministro adecuado de medicamentos y equipos esenciales. Haití actualmente invierte solo el 19% de su gasto total en salud en atención preventiva, en comparación con el 54% en atención curativa (BANCO MUNDIAL, 2017).

- **Financiamiento público, MSPP:** en comparación con otros países de bajos ingresos, la proporción de la financiación pública en el gasto total en salud de Haití es muy baja.
- **Financiamiento privado:** el financiamiento privado incluye el gasto directo de las familias, las instituciones sin fines de lucro que atienden a los hogares (como las Organizaciones No Gubernamentales-ONG) y el seguro privado, incluidos los pagos directos por los servicios prestados por empresas privadas. El gasto privado en salud es la principal fuente de financiamiento de Haití, representando alrededor del 80 por ciento del gasto total en salud en 2014.
- **Financiamiento externo:** Un aumento significativo en el financiamiento externo siguió al terremoto de 2010 en Haití, pero este financiamiento ahora está disminuyendo drásticamente. Durante varios años, los elemen-

tos clave del sistema de salud, como las vacunas, han sido financiados en su totalidad por donantes externos, sin ninguna cofinanciación gubernamental, a diferencia de la mayoría de los países de bajos ingresos.

La mutualización incluye el seguro prepago, así como los gastos del gobierno, que son una forma implícita de mutualización en la que el prepago se realiza en forma de impuestos.

La Oficina de seguro de accidentes laborales, enfermedad y maternidad OFATMA (Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité- en su idioma original) es la principal aseguradora de salud de Haití. Es una institución pública autónoma bajo la supervisión administrativa del Ministerio de Asuntos Sociales. La misión de OFATMA es gestionar el seguro contra riesgos de salud, accidentes y maternidad.

OFATMA comenzó ofreciendo un seguro de accidentes laborales (desde 1967) al sector privado, luego extendió su alcance al seguro de maternidad en 1975, pero no fue puesto en práctica hasta 2014. Este régimen de seguridad social es obligatorio para todos los trabajadores de acuerdo con reglamentación establecida en 1967. Sin embargo, no todas las empresas se han suscrito a ella para sus empleados. Para 2017, OFATMA cubría hasta el 5% de la población (BANCO MUNDIAL, 2017).

COBERTURA

Para los haitianos más pobres, la atención médica es inaccesible. La incidencia de gastos catastróficos en salud también ha aumentado y las poblaciones vulnerables, como las personas hospitalizadas, los desempleados y las familias con más de tres niños menores de cinco años, son los más afectados.

Casi todas las instituciones de salud (93%) cobran tarifas a los usuarios, generando mayores dificultades a los segmentos más pobres de la población. Casi dos tercios (63%) de las familias en el quintil más bajo de riqueza no consultan a un profesional de la salud, ya que no tienen los recursos para hacerlo (BANCO MUNDIAL, 2017).

SERVICIOS OFRECIDOS

El sistema formal de prestación de servicios de salud tiene tres niveles:

- Clínicas
- Centros de salud y ACNUR
- Hospitales departamentales y hospitales de referencia / enseñanza.

Sin embargo, el sistema de referencia no funciona adecuadamente (solo el 6% de las referencias se ejecutan correctamente), por lo que las funciones teóricas asignadas a cada nivel de esta estructura piramidal no se cumplen (BANCO MUNDIAL, 2017).

Distribución de instituciones de salud en Haití: privadas (24%), MSPP (38%), ONG (18%) y Mixtas (20% entre MSPP y ONG).

ACCESO Y CALIDAD

Las clínicas, que son esenciales para la prestación de atención primaria en Haití, tienen resultados muy bajos en varios indicadores clave de capacidad operativa. La mala calidad de la atención médica en el campo de la atención

clínica preventiva también afecta en gran medida la prestación de servicios y la atención (BANCO MUNDIAL, 2017).

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

Después del terremoto de 2010, gran parte del financiamiento externo de emergencia se centró en el fortalecimiento de la infraestructura y, en particular, en la construcción y recuperación de hospitales. En ese momento, Haití no tenía un mecanismo de coordinación fuerte y el 90% del financiamiento externo era extrapresupuestario, lo que dificultó el monitoreo y planificación del uso de estos recursos en el sector de la salud. Como resultado, este financiamiento no se ha optimizado para lograr impactos positivos y sostenibles a largo plazo. Desde entonces, los costos operativos generados por estas inversiones de capital han demostrado ser insostenibles para el MSPP, creando desafíos para el financiamiento del sector de la salud.

En otras palabras, responder a situaciones de catástrofe natural a menudo ha tomado la forma de construir o recuperar hospitales, sin ningún plan para cubrir los costos operativos después de la fase inicial de emergencia. En consecuencia, los hospitales no cuentan con los recursos necesarios para proporcionar servicios de salud y el MSPP no está en condiciones de hacer frente al aumento constante de los costos operativos, lo que afecta su capacidad de reclutar personal, capacitar y suministrar equipos médicos y medicamentos a la población. (WORLD BANK, 2017).

REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD

El Programa del Sistema Estratégico de Información de Salud de Haití es un programa piloto con duración de 5 años que está integrado al SISNU (Sistema de Información Sanitaria Nacional Única/System d'Information Sanitaire Nationale Unique—este último en su idioma original), una iniciativa de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), que está consolidando e integrando la información de salud de Haití.

La falta de una recopilación continua de datos de salud confiables ha obstaculizado la capacidad del gobierno de Haití para planificar y responder de manera efectiva a las necesidades de salud pública (DAI, 2019).

CONTENCIÓN DE COSTOS

El informe producido por el Banco Mundial en 2017, titulado "Mejor gasto, mejor atención: un análisis del financiamiento de la salud en Haití", informó que el gasto público per cápita en salud en Haití es de US \$ 13 por año, por debajo del promedio de US \$ 15 en países de bajos ingresos y mucho menos que el promedio entre sus vecinos, como República Dominicana (US \$ 180) y Cuba (US \$ 781).

A pesar de las inversiones de las ONG y la comunidad internacional, después del terremoto que devastó el país, estos recursos están disminuyendo y demuestran la necesidad de trabajar para mejorar el país y lograr resoluciones que sean efectivas y sostenibles (BANCO MUNDIAL).

INNOVACIÓN

Después del terremoto, se creó un proyecto Brasil-Haití-Cuba como una iniciativa del Ministerio de Salud de Brasil para el "Fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) en Haití".

Este proyecto surge bajo la necesidad de mejorar el uso de la información y la comunicación para la vigilancia en salud, la educación y la investigación expresadas en la propuesta de crear la Red Haitiana de Vigilancia, Investigación y Educación en Salud. El contenido de los centros fue elegido por consenso por el equipo y enfocado en la situación de salud de Haití y los datos demográficos y epidemiológicos del país donde el material teórico se está adaptando con base en las referencias teóricas brasileñas (PESSOA; et al., 2013).

SALUD BUCAL

En Haití, los líderes gubernamentales piensan en la odontología solo cuando tienen un problema dental y además de ello, los servicios en este campo son costosos. Hay poco espacio en los programas nacionales de salud, falta de regulación y baja cobertura de atención odontológica por parte de las compañías de seguros, un sector que tiene debilidades como la falta de estructura; ausencia de orden profesional, equipos sin mantenimiento adecuado, salarios poco atractivos y un marco legal antiguo (JOSEPH, 2019).

La relación odontólogo / habitante es de 0,34 odontólogos por cada 10.000 habitantes, esto se refleja en la poca capacidad que se da en la Universidad Estatal, donde se gradúan 15 estudiantes por año. Por esta razón, muchos jóvenes estudian en el extranjero y regresan a Haití para trabajar, pero muchos no consiguen homologar sus títulos y trabajan de manera irregular (JOSEPH, 2019).

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD

Existe la participación en actividades del Clúster de Salud (Health Cluster) para incorporar la salud bucal en la recuperación del sistema público de salud haitiano y el desarrollo de pautas para la salud bucal después de un desastre (JOSEPH, 2019).

Con el MSPP, la OPS / OMS realizó evaluaciones personales de 11 clínicas odontológicas en las áreas afectadas por el terremoto en el Departamento Occidental. Se recopiló datos sobre infraestructura, recursos humanos, capacidad de atención, recursos financieros, políticas y planificación en salud bucal. Esta información sirvió de base para planificar y movilizar los recursos y donaciones necesarios.

La Coalición de Salud Bucal de Haití movilizó recursos y donaciones en especie de materiales odontológicos por un valor de US \$ 100,000: 27 sillones y US \$ 27,000 en efectivo. Se enviaron donaciones a 18 instituciones, incluidas 11 públicas, en Puerto Príncipe y sus alrededores, después del terremoto. Se proporcionaron suministros para el control de infecciones, restauraciones dentales, *descamação dentária*, consultas (para prevención) y cirugías dentales.

Se recopiló datos de GPS para cada institución y se utilizaron para mapear los consultorios Odontológicos en el Departamento Occidental. Esta actividad eventualmente se extenderá al nivel nacional para una evaluación más completa del sistema nacional de salud bucal.

Trabajar con el MSPP para desarrollar un Plan Estratégico Nacional de Salud Bucal

Incorporar la atención de la salud bucal en el paquete integrado de servicios que ofrecen los programas de atención en salud.

Obstetría gratuita (SOG) y cuidado infantil gratuito (SIG).

Organizar la capacitación de entrenadores en cuidados bucales y comunitarios a nivel comunitario.

Traducir al francés y adaptar el Manejo Integrado de Enfermedades Infantiles para crear un módulo de salud bucal.

HAITI – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O Ministério da Saúde Pública e População (MSPP) está lutando para coordenar e supervisionar a prestação de serviços de saúde (WORLD BANK, 2017).

O papel do MSPP na monitorização de todo o sistema de saúde precisa de ser reforçado: 38% das instituições de saúde são geridas pelo MSPP, e 20% são geridas conjuntamente pelo MSPP e pelas ONG, num total de 58%. De todas as instituições de saúde, 61% estão localizadas em áreas rurais, e a maioria delas é gerida pelo MSPP.

Tanto as instituições de saúde de ONGs como as instituições privadas com fins lucrativos estão sobrerrepresentadas na região metropolitana. No entanto, metade das instituições de saúde privadas com fins lucrativos e 55% das instituições de saúde das ONG estão localizadas em zonas rurais (WORLD BANK, 2017).

PAPEL DO GOVERNO

Ciclos recorrentes de desastres naturais e instabilidade política têm focado a atenção do governo haitiano na resposta a emergências, longe das reformas estruturais essenciais da saúde. A ausência de um pacote de serviços de saúde priorizado e orçamentado enfraquece a prestação de serviços de saúde, o Haiti tem muito menos infraestrutura e equipamentos básicos do que os outros países de baixa renda e ainda tem um longo caminho a percorrer em vários indicadores de cobertura universal de saúde relacionados à saúde infantil e materna, bem como à água e ao saneamento (WORLD BANK, 2017).

FINANCIAMENTO

A capacidade operacional das instituições de saúde é um problema em todos os níveis de cuidados, e a produtividade dos profissionais de saúde existentes é muito baixa.

O fato de o Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) afetar 90 por cento do seu orçamento operacional às despesas de pessoal significa que os orçamentos operacionais são demasiado apertados para garantir um fornecimento adequado de medicamentos e equipamentos essenciais. Atualmente, o Haiti gasta apenas 19% das suas despesas totais de saúde em cuidados preventivos, em comparação com 54% em cuidados curativos (WORLD BANK, 2017).

Financiamento público = MSPP: Em comparação com outros PBR, a percentagem do financiamento público nas despesas totais de saúde do Haiti é muito baixa.

- Financiamento privado: O financiamento privado inclui despesas diretas das famílias, instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias (como as Organizações não-governamentais-ONG) e seguros privados, incluindo pagamentos diretos de serviços efetuados por empresas privadas. As despesas privadas com a saúde constituem a principal fonte de financiamento do Haiti. Representaram cerca de 80 por cento da despesa total em saúde (DSE) em 2014.
- Financiamento externo: Um aumento significativo do financiamento externo seguiu-se ao terramoto de 2010 no Haiti, mas este financiamento está agora a diminuir drasticamente. Durante vários anos, elementos-chave

do sistema de saúde, como as vacinas, foram totalmente financiados por doadores externos, sem qualquer co-financiamento governamental, ao contrário da maioria dos países de baixo rendimento.

A mutualização inclui o seguro pré-pago, bem como as despesas governamentais, que são uma forma implícita de mutualização em que o pré-pagamento é feito sob a forma de impostos.

OFATMA é a principal seguradora de saúde do Haiti. É uma instituição pública autônoma sob a tutela administrativa do Ministério dos Assuntos Sociais. A missão da OFATMA é gerir os seguros contra os riscos de saúde, acidentes e maternidade. O OFATMA começou por oferecer seguro de acidentes de trabalho (desde 1967) para o setor privado, depois estendeu seu escopo ao seguro maternidade em 1975, mas não foi posto em prática até 2014. Este regime de segurança social é obrigatório para todos os trabalhadores, de acordo com uma lei de 1967. No entanto, nem todas as empresas o subscreveram para os seus empregados. Para 2017, o OFATMA alcançou cobertura de até 5% da população (WORLD BANK, 2017).

COBERTURA

Para os haitianos mais pobres, os cuidados de saúde são inacessíveis. A incidência de gastos catastróficos em saúde também aumentou e as populações vulneráveis, como as pessoas hospitalizadas, os desempregados e as famílias com mais de três crianças menores de cinco anos, são as mais afetadas. Quase todas as instituições de saúde (93%) cobram taxas de utilização, atingindo mais duramente os segmentos mais pobres da população. Quase dois terços (63%) das famílias no quintil mais baixo de riqueza não consultam um profissional de saúde, pois não têm recursos para isso (WORLD BANK, 2017).

SERVIÇOS OFERTADOS

O sistema formal de prestação de serviços de saúde tem três níveis:

- Clínicas
- Centros de saúde e ACNUR
- Hospitais departamentais e hospitais de referência/de ensino.

No entanto, o sistema de referência não funciona apropriadamente (apenas 6% das referências são executadas corretamente), pelo que as funções teóricas atribuídas a cada nível desta estrutura piramidal não são cumpridas (WORLD BANK, 2017).

Distribuição de instituições de saúde no Haiti: privado (24%), MSPP (38%), ONG (18%) e Misto (20% entre MSPP e ONG).

ACESSO E QUALIDADE

As clínicas, que são essenciais para a prestação de cuidados primários no Haiti, apresentam resultados muito baixos em vários indicadores-chave da capacidade operacional. A fraca qualidade dos cuidados de saúde no domínio dos cuidados clínicos preventivos também afeta grandemente a prestação de cuidados (WORLD BANK, 2017).

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

Após o terremoto de 2010, grande parte do financiamento externo de emergência centrou-se no reforço das infraestruturas e, em especial, na construção e recuperação de hospitais. Na altura, o Haiti não dispunha de um forte mecanismo de coordenação e 90% do financiamento externo era extra orçamental, o que dificultava a monitorização, monitorização e planeamento da utilização desses recursos no sector da saúde. Como resultado, esse financiamento não foi otimizado para alcançar impactos positivos e sustentáveis a longo prazo. Desde então, os custos operacionais gerados por estes investimentos de capital revelaram-se insustentáveis para o MSPP, criando desafios para o financiamento do sector da saúde.

Por outras palavras, a resposta a situações de catástrofe natural tem frequentemente assumido a forma de construção ou reabilitação de hospitais, sem qualquer planeamento para cobrir os custos operacionais após a fase inicial de emergência. Consequentemente, os hospitais não dispõem dos recursos necessários para prestar serviços de saúde e o MSPP não está em condições de fazer face ao aumento constante dos custos operacionais, o que afeta a sua capacidade de recrutar pessoal, formar e fornecer equipamento médico e medicamentos ao país (WORLD BANK, 2017).

REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

O Programa Sistema de Informação Estratégica em Saúde do Haiti é um programa piloto com duração de 5 anos, que é integrado ao SISNU (System d'Information Sanitaire Nationale Unique), trata-se de uma iniciativa da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID), que está consolidando e integrando as informações de saúde do Haiti.

A falta de coleta contínua de dados confiáveis sobre saúde prejudicou a capacidade do governo haitiano de planejar e responder com eficiência às necessidades de saúde pública (DAI, 2019).

CONTENÇÃO DE CUSTOS

O relatório produzido pelo Banco Mundial em 2017, intitulado “Melhores gastos, melhor atenção: uma análise do financiamento da saúde no Haiti”, informou que os gastos públicos per capita em saúde do Haiti são de US \$ 13 por ano, abaixo da média de US \$ 15 em países de baixa renda e muito menos que a média entre seus vizinhos, como a República Dominicana (US \$ 180) e Cuba (US \$ 781). Apesar de ter havido investimentos de ONG e comunidade internacional. após o terremoto que devastou o país, estes recursos estão diminuindo e demonstrando a necessidade de se trabalhar para melhorar o país e trazer resoluções que sejam eficazes e sustentáveis (WORLD BANK).

INOVAÇÃO

Após o terremoto criou-se um projeto Brasil-Haiti-Cuba como iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil para o “Fortalecimento da capacidade institucional do Ministério de Saúde Pública e População (MSPP) no Haiti”. Este projeto surge com a necessidade de se aprimorar o uso da informação e comunicação para vigilância em saúde, educação e pesquisa expresso pela proposta de criação da Rede Haitiana de Vigilância, Pesquisa e Educação na Saúde. O conteúdo dos núcleos foi escolhido em consenso pela equipe focado na situação sanitária haitiana e nos dados demográficos e epidemiológicos do país onde o material teórico está sendo adaptado a partir de referências brasileiras (PESSOA; et al., 2013).

SAÚDE BUCAL

No Haiti, os líderes governamentais pensam em odontologia somente quando se tem um problema de saúde dentária, além disso, os serviços são caros. Existe espaço reduzido que é dado em programas nacionais de saúde, sua falta de regulamentação e a pouca cobertura de cuidados dentários pelas companhias de seguros, um setor que possui fraquezas como a falta de estrutura, ausência de ordem profissional, equipamentos mal conservados, salários não atraentes e um quadro jurídico antigo e arcaico (JOSEPH, 2019).

A relação dentista/ habitante é de 0,34 dentistas por 10 mil habitantes, isso está refletido na pouca capacidade que é dada na Universidade Estadual onde são graduados 15 alunos por ano. Por esse motivo, muitos jovens estudam no exterior e retornam ao Haiti para trabalhar porém muitos não conseguem equivalência e trabalham irregularmente (JOSEPH, 2019).

SERVIÇOS E COBERTURA DE SAÚDE

Existe a participação em atividades do Health Cluster para incorporar a saúde bucal na reabilitação do sistema público de saúde haitiano e desenvolvimento de diretrizes pós-desastre para a saúde bucal (JOSEPH, 2019).

Com o MSPP, a OPAS/ OMS realizou avaliações pessoais de 11 clínicas odontológicas nas áreas afetadas pelo terremoto no Departamento Oeste. Os dados foram coletados sobre infraestrutura, recursos humanos, capacidade de atendimento odontológico, recursos financeiros e política e planejamento de saúde bucal. Essas informações serviram de base para o planejamento e a mobilização dos recursos e doações necessários.

A Coalizão de Saúde Oral do Haiti mobilizou recursos e doações em espécie de material dentário no valor de US \$ 100.000: 27 cadeiras odontológicas e US \$ 27.000 em dinheiro. As doações foram enviadas para 18 instituições, incluindo 11 públicas, em Port-au-Prince e nos arredores após o terremoto. Foram fornecidos suprimentos para controle de infecções, restaurações dentárias, descamação dentária, consultas (para prevenção) e cirurgias dentárias.

Dados de GPS foram coletados para cada instituição e serão usados para mapear os consultórios odontológicos no Departamento Oeste. Essa atividade será eventualmente estendida ao nível nacional para uma avaliação mais completa do sistema nacional de saúde bucal.

Trabalhar com o MSPP para o desenvolvimento de um Plano Estratégico Nacional de Saúde Bucal.

Incorporar a assistência à saúde bucal no pacote integrado de serviços oferecidos pelos programas de assistência.

Obstetrícia Livre (SOG) e Cuidado Infantil Gratuito (SIG).

Organizar o treinamento de treinadores em cuidados orais e comunitários em nível comunitário.

Traduzir para o francês e adaptar o Gerenciamento Integrado de Doenças da Infância para a criação de um módulo de saúde bucal.

DAI. DAI - Projects - Haiti Strategic Health Information System. Disponível em: <<https://www.dai.com/our-work/projects/haiti-strategic-health-information-system-his-program>>.

JOSEPH, J.-R. E. Developing a team to improve oral health: oral health situation in Haiti. [s.l: s.n.]

PESSOA, L. R.; FERLA, A. A.; ANDRADE, J.; MENEGHEL, S.; LINGER, C. A.; KASTRUP, E. A Educação permanente e a cooperação internacional em saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da Rede haitiana de vigilância, pesquisa e educação em saúde, no âmbito do projeto Tripartite Brasil-Haiti-Cuba. *Divulg. saúde debate*, n. 49, p. 165–171, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-716804>>.

WORLD BANK. Haití: Nuevo informe del Banco Mundial insta a incrementar presupuesto de salud y mejorar el gasto para salvar vidas. 2017, [s.d.] Disponível em: <<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2017/06/26/haiti-new-world-bank-report-calls-for-increased-health-budget-and-better-spending-to-save-lives>>.

WORLD BANK. Better Spending, Better Care: a look at Haiti's health financing Better Spending, Better Care. [s.l: s.n.].





por Aline Neumann

MEXICO – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

Mexico's health system consists of two sectors: public and private. The public sector includes social security institutions [Mexican Social Security Institute (IMSS), State Workers' Security and Social Services Institute (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretariat of National Defense (SEDENA), Secretariat of the Navy (SEMAR)] and others], which provide services to workers in the formal sector of the economy and institutions that protect or provide services to the population without social security, including the Popular Health Insurance (SPS), the Health Secretariat (SSa), State Health Services (SESA) and the IMSS-Oportunidades Program (IMSS-O). The private sector provides services to the population with payment capacity (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

The funding of social security institutions comes from three sources: government contributions, employers' contributions (which in the case of ISSSTE, PEMEX, SEDENA and SEMAR is the same government) and contributions from employees. These institutions provide their services in their facilities and with their staff. Both SSa and SESA are financed with resources from the federal and state governments, in addition to a small contribution paid by users when receiving care (recovery fees). The population under the responsibility of SSa and SESA is served at the facilities of these institutions, which have their employees. The SPS is financed with funds from the federal government, state government and family fees, and purchases health services for its SSa and SESA affiliates (and sometimes for private providers). Finally, the private sector is financed with payments made by users at the time of assistance and with private medical insurance premiums, offering services in private clinics and hospitals (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

There is a table describing the health system at: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

The Mexican health system offers very different health benefits, depending on the population in question. In the country, there are three different groups of beneficiaries of health institutions: The first group are workers in the formal sector of the economy, active and retired, and their families are beneficiaries of social security institutions, which cover 48.3 million people. The IMSS covers more than 80% of this population and serves in its units with doctors and nurses. ISSSTE covers another 18% of the insured population, also in units and with its human resources. On the other hand, medical services for PEMEX, SEDENA and SEMAR employees are responsible for providing health services to 1% of the population with social security in PEMEX and Armed Forces clinics and hospitals, with their doctors and nurses. The second group of users includes self-employed workers, workers in the informal economy, the unemployed and people outside the labour market, as well as their families and dependents. This population uses SSa, SESA and IMSS-O to meet their health needs. About 24 million are considered to be the responsibility of SSa and SESA, and about seven million are served in the units of the IMSS-O program. The third group is the population that uses private sector services, through private insurance plans or pocket payments. It is noted that both people with social security as well as the rural and city poor who regularly use SSa, SESA or IMSS-O services, also use private-sector health services, in particular outpatient services. (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

GOVERNMENT ROLE

The federal government, through the Department of Health, has as its main task the administration of the system, which includes the strategic planning of the sector, the definition of priorities, the intersectoral coordination, the activities of regulation and regulation in health, health and evaluation services, programs, policies, institutions and

systems. Some of these tasks, such as health care regulation, are carried out in collaboration with various professional bodies and civil society institutions (CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN, 2017).

The main entities for the governance of the health system are the government's Health Secretariat and the Governments of the Federative Entities. The federal entities plan, organize and develop in their respective territorial districts, state health systems, seeking their programmatic participation in the National Health System (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

FINANCING

The health services provided by social security institutions to their members are financed with contributions from the employer (which in the case of ISSSTE, PEMEX and the Armed Forces are the government), contributions from the worker or employee and contributions from the government. SSa and SESA are financed with resources from the federal government mainly, state governments and payments that users make when receiving care. The IMSS-O is financed with funds from the federal government. The SPS is funded by contributions from the federal government, state governments and individuals. Low-income families are exempt from these payments. With these resources, SPS purchases services for its SESA affiliates (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

COVERAGE

According to Article 4 of the Mexican constitution, everyone has the right to health protection. The creation of the Popular Health Insurance program favours all Mexicans who were excluded from conventional social security within seven years. The SPS guarantees access to around 260 essential interventions and 18 high-cost interventions. The SSa indicated that the segmentation of the Mexican health system and the epidemiological and demographic transitions that the country is undergoing resulted in five major financial imbalances that required structural reform: a) at the level; B); source; c) distribution; d) the effort of the state; e) the allocation of resources. The investment in health was insufficient to face the challenges imposed by demographic and epidemiological transitions, which represent an increasing predominance of non-communicable diseases. The imbalance at the source refers to the relative weight of public expenditure in total health expenditure. In Mexico, more than half of the resources for health in 2001 were private and, mainly, direct spending. The segmentation of the system also favoured the concentration of health resources in social security institutions. The federal government has allocated 2.5 times more resources per capita to the insured population than to the uninsured population. The decentralization of health services represented progress, but it was not accompanied by clear financial rules that stipulated the co-responsibility of the different levels of government. This was reflected in the huge differences between states in terms of the state's contribution to health. Finally, there is an imbalance in the allocation of resources. The health sector has increasingly devoted more resources to payroll and less and fewer resources to investment spending. According to SSa, the creation of the SPSS would make it possible to eliminate the imbalances that originated it, increasing investment in health by at least the Latin American average; modify the composition of health financing sources; improve equity in the distribution of public resources; increase the commitment of state governments to finance the health care of families affiliated with the SPS and allocate increasing resources for building infrastructure (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

SERVICES OFFERED

IMSS has a mandatory regime that protects the majority of its affiliates and a voluntary regime. The mandatory regime includes five basic branches of social protection: sickness and maternity insurance, occupational risk insurance, disability and life insurance, retirement and old-age insurance, social benefits and nursery insurance and others. Sickness and maternity insurance guarantees medical, surgical, pharmaceutical and hospital assistance from the first to the third level, breastfeeding assistance and temporary disability benefits. Self-employed persons can establish a voluntary agreement with the IMSS to obtain part of the medical benefits of sickness and maternity insurance. ISSSTE members, who are all government employees and their families, and pensioners and retirees, have a set of benefits similar to those offered by IMSS. Your health insurance guarantees access to preventive medicine, maternity, medical, surgical, hospital, pharmaceutical and physical and mental rehabilitation services. PEMEX, SEDENA and SEMAR members have similar benefits to those of IMSS and ISSSTE, including first, second and third-level medical, surgical and hospital care; pharmaceutical and rehabilitation coverage; insurance against work, retirement and disability risks. The SPS guarantees access to a package of approximately 260 health interventions, with their respective medications, which members receive at SESA units. It also offers a package of 18 high-cost interventions, including treatment for cancer in children, cervical cancer, breast cancer, HIV / AIDS and cataracts. The uninsured population receives very heterogeneous benefits at SESA units: basic outpatient services in rural health centres and a range of interventions in large cities. Finally, IMSS-O offers services especially in rural areas, through first-level clinics and second-level rural hospitals. The focus is on general outpatient medicine and maternal and child hospital services (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

ACCESS AND QUALITY

The Federal Commission for Protection against Health Risks (COFEPRIS) is responsible for protecting the population from exogenous events that endanger human health or life as a result of exposure to biological, chemical or physical factors present in the environment or products or services consumed. COFEPRIS is an agency of the Health Secretariat with technical, administrative and operational autonomy responsible for carrying out regulatory, control and health promotion tasks. It is responsible, among other activities, for the control and monitoring of health units; prevent and control environmental factors; promote basic sanitation and occupational health; to control the health risks associated to products and services; perform sanitary control of the process, use, maintenance, import, export and final disposal of medical equipment and supplies; regulate, from a health point of view, the advertising of activities, products and services; control the disposition of organs, tissues and their components, and donations and transplants of human organs, tissues and cells. It also monitors food safety and the bacteriological and physical-chemical quality of water for human consumption and guarantees the quality, safety and effectiveness of medicines produced and sold on the market. (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

In 2001, the National Crusade for the Quality of Health Services was launched in Mexico, whose objectives were to promote decent treatment of health service users, improve the technical aspects of care and ensure the timely supply of medicines. The Crusade also set out to restore public confidence in institutions. Thus, a mechanism was developed to enable certain groups and civil society organizations that enjoy the prestige and credibility to visit health facilities and endorse actions in favour of decent treatment and improving the quality of care that is carried out in them. The so-called "citizen guarantee" can also demand results, make viable recommendations and, when appropriate, highlight the positive aspects of the functioning of institutions in the health sector (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

INTEGRATION AND COORDINATION

The Mexican government has an Under-Secretary for Integration and Development in the Health Sector, whose role is to (SECRETARIA DE SALUD MEXICO, 2018):

Establish new instruments for innovation and modernization of the Health Secretariat and the National Health System, to achieve coordination and integration of the Units and Units responsible for their implementation and execution;

Establish coordination between the health and education sectors to carry out training and updating human resources in health;

Establish policies and strategies to optimize and guarantee equity in the allocation of financial resources for health care, to ensure that the units that provide health services have the necessary resources that allow them to operate in the best conditions.

Establish, in coordination with public and private institutions that make up and participate in the National Health System, the policies and standards on statistical information that must be reported by health services, to feed the Health Information System that allows indicators that favour decision-making and, if necessary, rethink new policies to improve health services.

Conduct the performance evaluation process of the federal and state health systems, analyze results and propose strategies to improve the National Health System so that the population receives quality health services.

Promote the participation of civil society organizations, to carry out joint actions and sum up efforts that favour the improvement of the quality of health services that the population receives.

Coordinate the integration and update of the equipment master plan, to support the planning and management process of the medical team in hospital units, promoting the use of appropriate technologies, seeking the optimization of resources and the quality of care.

Conduct, in consensus with the institutions of the National Health System, the methodology to develop clinical practice guidelines, as well as compile and disseminate them to standardize the provision of health services and guide the decision making of providers and users health services for health decision making and contribute to improving the quality and safety of medical care.

ELECTRONIC HEALTH RECORD

The General Directorate of Performance Evaluation of the Secretariat of Health is responsible for evaluating the performance of national and state health systems, priority programs and personal and public health services. The results of its activities are published in accountability, an annual report that accompanies the commitments established in the National Health Program 2007-2012 and a series of reports in which the products of comparative assessments of the state health systems and different institutions are presented of health (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

COST CONTAINMENT

Total health expenditure as a percentage of GDP increased from 5.1% in 2000 to 5.9% in 2008. The same happened with per capita health expenditure, which went from US\$ 508 in 2000 to US\$ 890 in 2008. Health spending as a per-

centage of GDP is below the Latin American average (6.9%), well below countries like Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8, 1%) and Uruguay (8.2%). The financial architecture of Mexico's public health insurance is outlined in: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf> (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

INNOVATION

The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) in its review of the Mexican health system in 2016, reports on the advances in the country's health system over the years (OECD, 2016).

“Seguro Popular” expanded its services offered, especially in the areas of oncology and high-cost diseases. In rural areas, the “Mobile Medical Units” program, created in 2007, has shown improvements in recent years.

The national program to combat obesity, overweight and diabetes has been a major international project. The “General Health Law”, whose main objective is to reduce the high rates of obesity in the population with a frontal warning about industrialized products and sugary drinks (non-alcoholic) (CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN, 2017).

In addition to the existing National Salt Fluoridation Program, more information can be obtained at <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/sal-yodada-fluorurada>

ORAL HEALTH

In Mexico, the General Health Law includes in article 27 the prevention and control of oral diseases. Dental care in the country is provided by the public and private sectors. The provision of public dental services is based on the type of insurance of the population (SECRETARIA DE SALUD, 2013).

More info: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sivepab/SIVEPAB_10moaniv.pdf

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

According to the Universal Catalog of Health Services, services related to dentistry are (SECRETARIA DE SALUD, 2011): prevention of dental caries, application of dental pit and fissure sealants, dental restorations with amalgam, glass and resin ionomer due to decay or broken teeth, diagnosis and treatment of acute bacterial infectious foci in the oral cavity, tooth extraction and root debris erupted, pulp therapy and extraction of third molars.

The Institute of Social Security of Mexico, in its ordinary regime (IMSS), offers health services for formal workers of private companies, the Institute of Social Security and Services of State Workers (ISSSTE), for formal workers of public companies, to Parastatal Petróleos Mexicanos and the dependencies of the Secretariat of National Defense (SEDENA) and the Secretariat of the Navy (SEMAR) offer health services to their workers and families. On the other hand, for non-formal or remote and marginalized workers, the Secretariat of Health (SS), IMSS in its prosperous regime (IMSS-P) and the National System for Integral Family Development (DIF) offers medical care (SECRETARIA DE SALUD, 2013).

Mexico has the Oral Health Program 2013-2018, which has as one of its specific objectives to integrate the models of promotion, prevention and stomatological care of the institutions of the National Health System, through the following lines of action (SALUD, 2018):

- Unify criteria for the definition and integration of oral health models applicable to institutional levels of care
- Promote the application of actions established in the models in the general population.
- Develop, reproduce and disseminate educational materials for prevention and promotion of oral health with an intercultural approach.
- Link the Oral Health component to the programs and strategies of the institutions of the National Health System



MEXICO - ESPAÑOL

SISTEMA DE SAÚDE

El sistema de salud de México consta de dos sectores: público y privado. El sector público incluye instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR)) y otros, los cuales brindan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía y las instituciones que protegen o brindan servicios a la población sin seguridad social, que incluyen el Seguro de Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Sistemas Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado brinda servicios a la población con capacidad de pago (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones del gobierno, contribuciones de los empleadores (que en el caso de ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones brindan los servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal.

Tanto SSa como SESA se financian con recursos de los gobiernos federal y estatal, además de una pequeña contribución pagada por los usuarios cuando reciben atención (tarifas de recuperación). La población que está bajo la responsabilidad de SSa y SESA es atendida en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con sus propios funcionarios.

El SPS se financia con fondos del gobierno federal, el gobierno estatal y las tarifas familiares; así mismo, compra servicios de salud para sus afiliados de SSa y SESA (y a veces para proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con pagos realizados por los usuarios en el momento de la asistencia y con primas para seguros médicos privados, ofreciendo servicios en clínicas y hospitales privados (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

Un grafico del sistema de salud está disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

El sistema de salud mexicano ofrece beneficios en salud muy diferentes, dependiendo de la población en cuestión.

En este país existen tres grupos diferentes de beneficiarios de instituciones de salud:

El primer grupo son trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados y sus familias, quienes son beneficiarias de instituciones de seguridad social, que cubren 48.3 millones de personas. El IMSS cubre más del 80% de esta población y atiende en sus propias unidades con médicos y enfermeras. El ISSSTE cubre otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con sus propios recursos humanos. Por otro lado, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR son responsables de proporcionar servicios de salud al 1% de la población con seguridad social en las clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, con sus propios médicos y enfermeras.

El segundo grupo de usuarios incluye trabajadores por cuenta propia, trabajadores del sector informal de la economía, desempleados y personas ajenas al mercado laboral, así como sus familias y dependientes. Esta población utiliza SSa, SESA e IMSS-O para satisfacer sus necesidades de salud. Se considera que alrededor de 24 millones de personas son responsabilidad de SSa y SESA y aproximadamente siete millones son atendidos en las unidades del programa IMSS-O.

El tercer grupo es la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes de seguros privados o pagos de bolsillo. Se observa que tanto las personas con seguridad social como los pobres de zonas rurales y urbanas que usan regularmente los servicios de SSA, SESA o IMSS-O también usan servicios de salud del sector privado, en particular servicios ambulatorios (GÓMEZ-DANTÉS et al. , 2011).

PAPEL DEL GOBIERNO

El gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, tiene como tarea principal la administración del sistema, que incluye la planificación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación y evaluación de servicios de salud, programas, políticas, instituciones y sistemas. Algunas de estas tareas, como la regulación de la atención médica, se llevan a cabo en colaboración con varios organismos profesionales e instituciones de la sociedad civil (CÁMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN, 2017).

Las principales entidades para la gobernanza del sistema de salud son la Secretaría de Salud del gobierno y los Gobiernos de las Entidades Federativas. Las entidades federales planifican, organizan y desarrollan en sus respectivos distritos territoriales, sistemas de salud estatales, buscando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

FINANCIAMIENTO

Los servicios de salud proporcionados por las instituciones de seguridad social a sus miembros se financian con contribuciones del empleador (que en el caso de ISSSTE, PEMEX y las Fuerzas Armadas son el gobierno), contribuciones del trabajador o empleado y contribuciones del gobierno. SSA y SESA se financian principalmente con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen cuando reciben atención.

El IMSS-O se financia con fondos del gobierno federal. El SPS está financiado por contribuciones del gobierno federal, gobiernos estatales y particulares. Las familias de bajos ingresos están exentas de estos pagos. Con estos recursos, el SPS compra servicios para sus afiliados a SESA (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

COBERTURA

Según el artículo 4 de la constitución mexicana, todos tienen derecho a la protección de la salud. La creación del Seguro Popular de Salud (SPS) favorece a todos los mexicanos que fueron excluidos de la seguridad social convencional. El SPS garantiza el acceso a alrededor de 260 intervenciones esenciales y 18 intervenciones de alto costo.

La SSA indicó que la segmentación del sistema de salud mexicano y las transiciones epidemiológicas y demográficas que atraviesa el país resultaron en cinco desequilibrios financieros importantes que requirieron una reforma estructural: a) de nivel; b); de origen o fuente; c) de distribución; d) del esfuerzo del estado y e) de la asignación de recursos.

La inversión en salud fue insuficiente para enfrentar los desafíos impuestos por las transiciones demográficas y epidemiológicas, representadas en un predominio creciente de enfermedades no transmisibles. El desequilibrio en la fuente se refiere al peso relativo del gasto público en el gasto total en salud. En México, más de la mitad de los recursos para la salud en 2001 fueron gastos privados y, principalmente, gastos directos.

La segmentación del sistema también favoreció la concentración de recursos de salud en las instituciones de seguridad social. El gobierno federal ha asignado 2.5 veces más recursos per cápita a la población asegurada que a la población no asegurada. La descentralización de los servicios de salud representó un progreso, pero no estuvo acompañada de reglas financieras claras que estipularan la corresponsabilidad de los diferentes niveles de gobierno. Esto se reflejó en las enormes diferencias entre los estados en términos de la contribución del estado a la salud. Finalmente, hay un desequilibrio en la asignación de recursos. El sector de la salud ha dedicado cada vez más recursos a la nómina y cada vez menos en recursos al gasto de inversión.

Según SSA, la creación del SPS permite eliminar los desequilibrios que lo originaron, aumentando la inversión en salud al menos en el promedio latinoamericano; del mismo modo, ayuda a modificar la composición de las fuentes de financiación de la salud, a mejorar la equidad en la distribución de los recursos públicos, aumentar el compromiso de los gobiernos estatales para financiar la atención médica de las familias afiliadas al SPS y en la asignación de recursos cada vez mayores para la construcción de infraestructura (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

SERVICIO OFRECIDOS

El IMSS tiene un régimen obligatorio que protege a la mayoría de sus afiliados y un régimen voluntario. El régimen obligatorio incluye cinco ramas básicas de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgo laboral, seguro de invalidez y vida, seguro de jubilación y vejez, beneficios sociales y seguro de guardería y otros.

El seguro de enfermedad y maternidad garantiza asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primer hasta el tercer nivel de atención, asistencia de lactancia materna y beneficios por discapacidad temporal. Las personas no asalariadas pueden establecer un acuerdo voluntario con el IMSS para obtener parte de los beneficios médicos del seguro de enfermedad y maternidad.

Los miembros del ISSSTE, que son todos empleados del gobierno y sus familias, y pensionados y jubilados, tienen un conjunto de beneficios similares a los ofrecidos por el IMSS. Su seguro de salud garantiza el acceso a los servicios de medicina preventiva, de maternidad, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos y de rehabilitación física y mental.

Los miembros de PEMEX, SEDENA y SEMAR tienen beneficios similares a los de IMSS e ISSSTE, incluyendo atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primer, segundo y tercer nivel; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro contra riesgos laborales, de jubilación y discapacidad.

El SPS garantiza el acceso a un paquete de aproximadamente 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los miembros reciben en las unidades de SESA. También ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, que incluyen el tratamiento del cáncer en niños, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, VIH / SIDA y cataratas. La población no asegurada recibe beneficios muy heterogéneos en las unidades SESA: servicios básicos para pacientes ambulatorios en centros de salud rurales y una variedad de intervenciones en las grandes ciudades. Finalmente, IMSS-O ofrece servicios especialmente en áreas rurales, a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se centra en la medicina general ambulatoria y los servicios hospitalarios materno infantiles (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

ACCESO Y CALIDAD

COFEPRIS es una agencia de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa responsable de llevar a cabo tareas de regulación, control y promoción de la salud. Es responsable, entre otras actividades, del control y monitoreo de las unidades de salud, de prevenir y controlar factores ambientales, promover el sanea-

miento básico y la salud laboral, controlar los riesgos para la salud asociados a productos y servicios; realizar el control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos y suministros médicos; regular, desde el punto de vista de la salud, la publicidad de actividades, productos y servicios; controlar la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células humanas. También supervisa la seguridad alimentaria y la calidad bacteriológica y físico-química del agua para consumo humano y garantiza la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos producidos y vendidos en el mercado (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) es responsable de proteger a la población de eventos exógenos que ponen en peligro la salud o la vida humana como resultado de la exposición a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente o en productos o servicios consumidos.

En 2001, se lanzó en México la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos eran promover un tratamiento decente para los usuarios de los servicios de salud, mejorar los aspectos técnicos de la atención y garantizar el suministro oportuno de medicamentos.

La Cruzada también se propuso restaurar la confianza pública en las instituciones. Por lo tanto, se desarrolló un mecanismo para permitir que ciertos grupos y organizaciones de la sociedad civil que disfrutaban del prestigio y la credibilidad visiten los establecimientos de salud y respalden las acciones a favor de un tratamiento decente y mejorar la calidad de la atención que se lleva a cabo en ellos. La llamada "garantía ciudadana" también puede exigir resultados, hacer recomendaciones viables y, cuando corresponda, resaltar los aspectos positivos del funcionamiento de las instituciones en el sector de la salud (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

El gobierno mexicano tiene un Subsecretario de Integración y Desarrollo en el Sector Salud, cuya función es (SECRETARIA DE SALUD MEXICO, 2018):

- Establecer nuevos instrumentos para la innovación y modernización de la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional de Salud para lograr la coordinación e integración de las Unidades responsables de su implementación y ejecución
- Establecer coordinación entre los sectores de salud y educación para llevar a cabo la capacitación y actualización de recursos humanos en salud
- Establecer políticas y estrategias para optimizar y garantizar la equidad en la asignación de recursos financieros para la atención médica, a fin de garantizar que las unidades que brindan servicios de salud tengan los recursos necesarios que les permitan operar en las mejores condiciones
- Establecer, en coordinación con las instituciones públicas y privadas que conforman y participan en el Sistema Nacional de Salud, las políticas y estándares sobre información estadística que deben informar los servicios de salud, para alimentar el Sistema de Información de Salud que permita obtener indicadores que favorezcan la toma de decisiones y, si es necesario, repensar nuevas políticas para mejorar los servicios de salud
- Llevar a cabo el proceso de evaluación del desempeño de los sistemas de salud federales y estatales, analizar los resultados y proponer estrategias para mejorar el Sistema Nacional de Salud para que la población reciba servicios de salud de calidad

- Promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil, para llevar a cabo acciones conjuntas y la suma de esfuerzos que favorezcan el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que recibe la población
- Coordinar la integración y actualización del plan maestro de equipos, para apoyar el proceso de planificación y gestión del equipo médico en unidades hospitalarias, promoviendo el uso de tecnologías apropiadas, buscando la optimización de recursos y la calidad de la atención
- Llevar a cabo, en consenso con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la metodología para desarrollar guías de práctica clínica, así como compilarlas y difundirlas para estandarizar la provisión de servicios de salud y guiar la toma de decisiones de proveedores y usuarios de servicios de salud para la toma de decisiones de salud y contribuir a mejorar la calidad y la seguridad de la atención médica

REGISTRO ELECTRÓNICO DE SALUD

La Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud es responsable de evaluar el desempeño de los sistemas de salud nacionales y estatales, los programas prioritarios y los servicios de salud pública e individual.

Los resultados de sus actividades se publican en rendición de cuentas, un informe anual que acompaña los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y una serie de informes en los que se presentan los productos de evaluaciones comparativas de los sistemas de salud estatales y las diferentes instituciones de salud (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

CONTENCIÓN DE COSTOS

El gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó de 5.1% en 2000 a 5.9% en 2008. Lo mismo sucedió con el gasto en salud per cápita, que pasó de US \$ppp 508 en 2000 a US \$ppp 890 en 2008. El gasto en salud como porcentaje del PIB está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%), muy por debajo de países como Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8,2%). La arquitectura financiera de los seguros públicos de salud de México se describe en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf> (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

INNOVACIÓN

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en su revisión del sistema de salud mexicano en 2016, informa sobre los avances en el sistema de salud del país a lo largo de los años (OCDE, 2016).

El SPS amplió sus servicios ofrecidos, especialmente en las áreas de oncología y enfermedades de alto costo. En las zonas rurales, el programa "Unidades Médicas Móviles", creado en 2007, ha mostrado mejoras en los últimos años.

El programa nacional para combatir la obesidad, el sobrepeso y la diabetes ha sido un importante proyecto. La "Ley General de Salud", cuyo objetivo principal es reducir las altas tasas de obesidad en la población con una alerta frontal sobre productos industrializados y bebidas azucaradas (no alcohólicas) (CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN, 2017).

Además del Programa Nacional de Fluorización de Sal ya existente, se puede obtener más información en: <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/sal-yodada-fluorurada>

SALUD BUCAL

En México, la Ley General de Salud incluye en el artículo 27 la prevención y el control de las enfermedades bucales. La atención odontológica en el país es proporcionada por los sectores público y privado. La oferta de servicios odontológicos públicos se basa en el tipo de seguro de la población (SECRETARIA DE SALUD, 2013).

Más información en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sivepab/SIVEPAB_10moaniv.pdf

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD BUCAL

De acuerdo con el Catálogo Universal de Servicios de Salud, los servicios relacionados con la odontología son (SECRETARIA DE SALUD, 2011): prevención de caries dental, aplicación de selladores de fosas y fisuras dentales, restauraciones dentales con amalgama, ionómero de vidrio y resina, debido a caries o dientes rotos, diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos agudos en la cavidad bucal, extracción de dientes y restos de raíces erupcionados, terapia pulpar y extracción de terceros molares.

El Instituto de Seguridad Social de México, en su régimen ordinario (IMSS), ofrece servicios de salud para trabajadores formales de empresas privadas, el Instituto de Seguridad Social y Servicios de Trabajadores del Estado (ISSSTE), para trabajadores formales de empresas públicas; Los paraestatales Petróleos Mexicanos y las dependencias de la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR) ofrecen servicios de salud a sus trabajadores y familias. Por otro lado, para los trabajadores no formales o remotos y marginados, la Secretaría de Salud (SS), el IMSS en su régimen (IMSS-P) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ofrecen atención médica (SECRETARIA DE SALUD , 2013).

México cuenta con el Programa de Salud Bucal 2013-2018, uno de sus objetivos específicos es integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a través de las siguientes líneas de acción (SALUD, 2018):

- Unificar criterios para la definición e integración de modelos de salud bucal aplicables a los niveles institucionales de atención.
- Promover la aplicación de acciones establecidas en los modelos en la población general.
- Desarrollar, reproducir y difundir materiales educativos para la prevención y promoción de la salud bucal con un enfoque intercultural.
- Vincular el componente de Salud Bucal a los programas y estrategias de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.



MÉXICO – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde do México é composto por dois setores: público e privado. O setor público inclui instituições de previdência social [Instituto Seguridade Social Mexicana (IMSS), Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaria da Defesa Nacional (SEDENA), Secretaria da Marinha (SEMAR) e outros], que prestam serviços aos trabalhadores do setor formal da economia e instituições que protegem ou prestam serviços à população sem seguridade social, dentro das quais se incluem o Seguro Popular de Saúde (SPS), a Secretaria de Saúde (SSa), Serviços Estaduais de Saúde (SESA) e o Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). O setor privado presta serviços à população com capacidade de pagamento (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

O financiamento das instituições de previdência social vem de três fontes: contribuições do governo, contribuições dos empregadores (que no caso de ISSSTE, PEMEX, SEDENA e SEMAR é o mesmo governo) e contribuições dos funcionários. Essas instituições prestam seus serviços em suas próprias instalações e com sua própria equipe. Tanto o SSa como o SESA são financiados com recursos do governo federal e dos governos estaduais, além de de uma pequena contribuição paga pelos usuários ao receber cuidados (taxas de recuperação). A população de responsabilidade da SSa e SESA é atendida nas instalações dessas instituições, que têm funcionários próprios. O SPS é financiado com recursos do governo federal, governo estaduais e taxas familiares, e compra serviços de saúde para suas afiliadas da SSa e da SESA (e algumas ocasiões para provedores privados). Finalmente, o setor privado é financiado com os pagamentos feitos pelos usuários no momento da assistência e com os prêmios dos seguros médicos privados, oferecendo serviços em clínicas e hospitais particulares (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011). Uma imagem descrevendo o sistema de saúde pode ser vista em : <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

O sistema de saúde mexicano oferece benefícios de saúde muito diferentes, dependendo da população em questão. No país, existem três grupos diferentes de beneficiários de instituições de saúde: O primeiro grupo são os trabalhadores do setor formal da economia, ativos e aposentados, e suas famílias são beneficiários de instituições de previdência social, que cobrem 48,3 milhões de pessoas. O IMSS cobre mais de 80% dessa população e atende em unidades próprias com médicos e enfermeiros. O ISSSTE cobre outros 18% da população segurada, também em unidades e com recursos humanos próprios. Por outro lado, os serviços médicos para os funcionários da PEMEX, SEDENA e SEMAR são responsáveis por fornecer serviços de saúde a 1% da população com seguridade social nas clínicas e hospitais da PEMEX e das Forças Armadas, com médicos e enfermeiros próprios. O segundo grupo de usuários inclui trabalhadores independentes, trabalhadores do setor informal da economia, os desempregados e pessoas fora do mercado de trabalho, assim como suas famílias e dependentes. Essa população recorre, para atender às suas necessidades de saúde, aos serviços da SSa, SESA e IMSS-O. Cerca de 24 milhões são considerados de responsabilidade da SSa e da SESA, e cerca de sete milhões são atendidos nas unidades do programa IMSS-O. O terceiro grupo é o da população que faz uso de serviços do setor privado, por meio de planos privados de seguros ou pagamentos de bolso. Nota-se que tanto as pessoas com previdência social quanto os pobres de campo e cidade que fazem uso regular dos serviços SSa, SESA ou IMSS-O, também usam serviços de saúde do setor privado, em particular serviços ambulatoriais (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

PAPEL DO GOVERNO

O governo federal, por meio da Secretaria de Saúde, tem como principal tarefa a reitoria do sistema, que inclui o planejamento estratégico do setor, a definição de prioridades, a coordenação intra e intersectorial, as atividades de regulação e regulação em saúde e avaliação de serviços, programas, políticas, instituições e sistemas. Algumas dessas tarefas, como a regulamentação da assistência à saúde, são realizadas em colaboração com vários órgãos profissionais e instituições da sociedade civil (CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN, 2017).

As principais entidades para governança do sistema de saúde são a Secretaria de Saúde do governo e os Governos das Entidades Federativas. As entidades federativas planejam, organizam e desenvolvem em seus respectivos distritos territoriais, sistemas estaduais de saúde, buscando sua participação programática no Sistema Nacional de Saúde (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

FINANCIAMENTO

Os serviços de saúde prestados pelas instituições de previdência social a seus membros são financiados com contribuições do empregador (que no caso do ISSSTE, PEMEX e as Forças Armadas são o governo), contribuições do trabalhador ou empregado e contribuições do governo. O SSA e o SESA são financiados com recursos do governo federal principalmente, governos estaduais e pagamentos que os usuários fazem quando recebem os cuidados. O IMSS-O é financiado com recursos do governo federal. O SPS é financiado por contribuições do governo federal, governos estaduais e indivíduos. As famílias de baixa renda estão isentas desses pagamentos. Com esses recursos, o SPS compra serviços para seus afiliados da SESA (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

COBERTURA

Segundo o Artigo 4 da constituição mexicana, toda pessoa tem direito à proteção da saúde. A criação do Seguro Popular de Saúde favorece todos os mexicanos que foram excluídos da previdência social convencional dentro de sete anos. O SPS garante acesso a cerca de 260 intervenções essenciais e 18 intervenções de alto custo. A SSA indicou que a segmentação do sistema de saúde mexicano e as transições epidemiológicas e demográficas pelas quais o país está passando resultaram em cinco grandes desequilíbrios financeiros que exigiram uma reforma estrutural: a) de nível; b) de origem; c) distribuição; d) do esforço do estado; e) da destinação dos recursos. O investimento em saúde foi insuficiente para enfrentar os desafios impostos pelas transições demográficas e epidemiológicas, que representam uma crescente predominância de doenças não transmissíveis. O desequilíbrio na origem refere-se ao peso relativo da despesa pública no total da despesa em saúde. No México, mais da metade dos recursos para a saúde em 2001 eram privados e, principalmente, gastos diretos. A segmentação do sistema também favoreceu a concentração de recursos em saúde nas instituições de previdência social. O governo federal alocou 2,5 vezes mais recursos per capita à população segurada do que à população não segurada. A descentralização dos serviços de saúde representou progresso, mas não foi acompanhada de regras financeiras claras que estipulavam a corresponsabilidade dos diferentes níveis de governo. Isso se refletiu nas enormes diferenças entre os estados em termos de contribuição do estado para a saúde. Finalmente, há o desequilíbrio na destinação de recursos. O setor da saúde dedicou cada vez mais recursos à folha de pagamento e cada vez menos recursos aos gastos com investimentos. Segundo a SSA, a criação do SPSS permitiria eliminar os desequilíbrios que o originaram, aumentando o investimento em saúde em pelo menos a média latino-americana; modificar a composição das fontes de financiamento da saúde; melhorar a equidade na distribuição de recursos públicos; Aumentar o compromisso dos governos estaduais de financiar os cuidados de saúde das famílias afiliadas ao SPS e alocar recursos crescentes para a construção de infraestrutura (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

SERVIÇOS OFERECIDOS

O IMSS possui um regime obrigatório que protege a maioria de seus afiliadas e um regime voluntário. O regime obrigatório inclui cinco ramos básicos de proteção social: seguro de doença e maternidade, seguro de riscos no trabalho, seguro de invalidez e vida, seguro de aposentadoria e velhice, prestações sociais e seguro de berçário e outros. O seguro de doença e maternidade garante assistência médica, cirúrgica, farmacêutica e hospitalar do primeiro ao terceiro nível, assistência à amamentação e benefícios temporários por incapacidade. Pessoas não assalariadas podem estabelecer um acordo voluntário com o IMSS para obter parte dos benefícios médicos do seguro de doença e maternidade. Os membros do ISSSTE, que são todos funcionários do governo e suas famílias, e pensionistas e aposentados, têm um conjunto de benefícios semelhantes aos oferecidos pelo IMSS. Seu seguro de saúde garante o acesso a serviços de medicina preventiva, maternidade, médico, cirúrgico, hospitalar, farmacêutico e de reabilitação física e mental. Os membros da PEMEX, SEDENA e SEMAR têm benefícios semelhantes aos do IMSS e ISSSTE, incluindo atendimento médico, cirúrgico e hospitalar de primeiro, segundo e terceiro nível; cobertura farmacêutica e de reabilitação; seguro de riscos de trabalho, aposentadoria e invalidez. O SPS garante o acesso a um pacote com cerca de 260 intervenções de saúde, com seus respectivos medicamentos, que os membros recebem nas unidades da SESA. Também oferece um pacote de 18 intervenções de alto custo, incluindo tratamento para câncer em crianças, câncer de colo do útero, câncer de mama, HIV / AIDS e catarata. A população não segurada recebe nas unidades da SESA benefícios muito heterogêneos: serviços ambulatoriais básicos nos centros de saúde rurais e um conjunto de intervenções nas grandes cidades. Finalmente, o IMSS-O oferece serviços especialmente em áreas rurais, através de clínicas de primeiro nível e hospitais rurais de segundo nível. O foco está na medicina ambulatorial geral e nos serviços hospitalares materno-infantil (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

ACESSO E QUALIDADE

A Comissão Federal de Proteção contra Riscos à Saúde (COFEPRIS) é responsável por proteger a população de eventos exógenos que colocam em risco a saúde ou a vida humana como resultado da exposição a fatores biológicos, químicos ou físicos presentes no ambiente ou nos produtos ou serviços consumidos. O COFEPRIS é uma agência da Secretaria de Saúde com autonomia técnica, administrativa e operacional responsável pela execução de tarefas regulatórias, de controle e de promoção da saúde. É responsável, entre outras atividades, pelo controle e monitoramento das unidades de saúde; prevenir e controlar fatores ambientais; promover saneamento básico e saúde ocupacional; controlar os riscos à saúde associados a produtos e serviços; realizar o controle sanitário do processo, uso, manutenção, importação, exportação e disposição final de equipamentos e suprimentos médicos; regular, do ponto de vista sanitário, a publicidade de atividades, produtos e serviços; controlar a disposição dos órgãos, tecidos e seus componentes, e doações e transplantes de órgãos, tecidos e células de seres humanos. Também monitora a segurança dos alimentos e a qualidade bacteriológica e físico-química da água para consumo humano e garante a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos produzidos e vendidos no mercado (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

Em 2001, foi lançada no México a Cruzada Nacional pela Qualidade dos Serviços de Saúde, cujos objetivos eram promover o tratamento decente dos usuários dos serviços de saúde, melhorar os aspectos técnicos dos cuidados e garantir o fornecimento oportuno de medicamentos. A Cruzada também se propôs a restaurar a confiança da população nas instituições. Assim, foi elaborado um mecanismo que capacita certos grupos e organizações da sociedade civil que gozam de prestígio e credibilidade a visitar unidades de saúde e endossar ações em prol do tratamento decente e da melhoria da qualidade de atenção que são realizados neles. A chamada “garantia cidadã” também pode exigir resultados, fazer recomendações viáveis e, quando apropriado, destacar os aspectos positivos do funcionamento das instituições do setor da saúde (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

O governo mexicano conta com uma Subsecretária de Integração e Desenvolvimento do Setor da Saúde, que tem por função (SECRETARIA DE SALUD MEXICO, 2018):

Estabelecer novos instrumentos de inovação e modernização da Secretaria de Saúde e do Sistema Nacional de Saúde, para alcançar a coordenação e integração das unidades e Unidades responsáveis por sua implementação e execução;

Estabelecer uma coordenação entre os setores de saúde e educação, para realizar o treinamento e atualização de recursos humanos em saúde;

Estabelecer políticas e estratégias que permitam otimizar e garantir equidade na alocação de recursos financeiros para a assistência à saúde, a fim de garantir que as unidades que prestam serviços de saúde tenham os recursos necessários que lhes permitam operar nas melhores condições.

Estabelecer, em coordenação com as instituições públicas e privadas que compõem e participam do Sistema Nacional de Saúde, as políticas e normas sobre informação estatística que devem ser relatadas pelos serviços de saúde, para alimentar o Sistema de Informação em Saúde que permite indicadores que favorecer a tomada de decisões e, se necessário, repensar novas políticas destinadas a melhorar os serviços de saúde.

Conduzir o processo de avaliação de desempenho do sistema de saúde federal e estadual, analisar resultados e propor estratégias destinadas a melhorar o Sistema Nacional de Saúde para que a população receba serviços de saúde de qualidade.

Promover a participação de organizações da sociedade civil, para a realização de ações conjuntas e soma de esforços que favoreçam a melhoria da qualidade dos serviços de saúde que a população recebe.

Coordenar a integração e atualização do plano diretor de equipamentos, para apoiar o processo de planejamento e gestão da equipe médica nas unidades hospitalares, promovendo o uso de tecnologias adequadas, buscando a otimização de recursos e a qualidade da assistência.

Conduzir, em consenso com as instituições do Sistema Nacional de Saúde, a metodologia para desenvolver diretrizes de prática clínica, bem como compilá-las e disseminá-las para padronizar a prestação de serviços de saúde e orientar a tomada de decisões de provedores e usuários serviços de saúde para a tomada de decisões em saúde e contribuir para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados médicos.

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

A Diretoria Geral de Avaliação de Desempenho da Secretaria de Saúde é responsável por avaliar o desempenho dos sistemas de saúde nacionais e estaduais, programas prioritários e serviços de saúde pessoal e pública. Os resultados de suas atividades são publicados em prestações de contas, relatório anual que acompanha os compromissos estabelecidos no Programa Nacional de Saúde 2007-2012 e uma série de relatórios em que são apresentados os produtos de avaliações comparativas dos sistemas estaduais de saúde e das diferentes instituições de saúde (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

CONTENÇÃO DE CUSTOS

O gasto total em saúde como porcentagem do PIB aumentou de 5,1% em 2000 para 5,9% em 2008. O mesmo aconteceu com a despesa per capita em saúde, que passou de US\$ppp 508 em 2000 para US\$ppp 890 em 2008. Os gastos com saúde como percentual do PIB estão abaixo da média latino-americana (6,9%), bem abaixo de países como Argentina (9,8%), Colômbia (7,4%), Costa Rica (8,1%) e Uruguai (8,2%). A arquitetura financeira dos seguros públicos de saúde do México se esquematizam no quadro em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf> (GÓMEZ-DANTÉS et al., 2011).

INOVAÇÃO

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento econômico (OECD) em sua revisão sobre o sistema de saúde mexicano em 2016, relata os avanços no sistema de saúde do país ao longo dos anos (OECD, 2016).

O “Seguro Popular” expandiu seus serviços oferecidos, especialmente nas áreas de oncologia e doenças de alto custo. Nas áreas rurais, o programa de “Unidades Móveis Médicas”, criado em 2007, mostrou melhorias nos últimos anos.

O programa nacional de combate a obesidade, sobrepeso e diabetes tem sido um grande projeto internacional. A “Lei Geral de Saúde”, cujo principal objetivo é reduzir as altas taxas de obesidade na população com um alerta frontal sobre produtos industrializados e bebidas açucaradas (não alcoólicas) (CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN, 2017).

Além do já existente Programa Nacional de Fluoretação de Sal, mais informações podem ser obtidas em: <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/sal-yodada-fluorurada>

SAÚDE BUCAL

No México, a Lei Geral de Saúde inclui no artigo 27 a prevenção e controle de doenças bucais. O atendimento odontológico no país é fornecido pelos setores público e privado. A oferta de serviços públicos odontológicos é baseada no tipo de seguro da população (SECRETARIA DE SALUD, 2013).

Mais informações em: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sivepab/SIVEPAB_10moaniv.pdf

SERVIÇOS E COBERTURA SAÚDE BUCAL

De acordo com o Catálogo Universal de Serviços de Saúde, os serviços relacionados a odontologia são (SECRETARIA DE SALUD, 2011): prevenção de cárie dental, aplicação de selantes de fossas e fissuras dentárias, restaurações dentárias com amálgama, ionômero de vidro e resina, devido a cáries ou dentes quebrados, diagnóstico e tratamento de focos infecciosos bacterianos agudos na cavidade oral, extração de dentes e restos radiculares irrompidos, terapia pulpar e extração de terceiros molares.

O Instituto de Seguridade Social do México, em seu regime ordinário (IMSS), oferece serviços de saúde para trabalhadores formais de empresas privadas, o Instituto de Seguridade Social e Serviços de Trabalhadores do Estado (ISSSTE), para trabalhadores formais de empresas públicas, a paraestatal Petróleos Mexicanos e as dependências da Secretaria da Defesa Nacional (SEDENA) e a Secretaria da Marinha (SEMAR) oferecem serviços de saúde a seus trabalhadores e famílias. Por outro lado, para trabalhadores não formais ou remotos e marginalizados, a Secretaria

de Saúde (SS), o IMSS em seu regime prospero (IMSS-P) e o Sistema Nacional de Desenvolvimento Familiar Integral (DIF) oferece atendimento médico (SECRETARIA DE SALUD, 2013).

O México conta com o Programa de Saúde bucal 2013-2018, que tem como um de seus objetivos específicos integrar os modelos de promoção, prevenção e atenção estomatológica das instituições do Sistema Nacional de Saúde, por meio das seguintes linhas de ação (SALUD, 2018).

Unificar critérios para a definição e integração de modelos de saúde bucal aplicáveis aos níveis institucionais de atenção.

Promover a aplicação de ações estabelecidas nos modelos na população em geral.

Desenvolver, reproduzir e divulgar materiais educativos de prevenção e promoção da saúde Oral com uma abordagem intercultural.

Vincular o componente Saúde Oral aos programas e estratégias das instituições do Sistema Nacional de Saúde.

CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN. Ley General de Salud, 2017.

GÓMEZ-DANTÉS, O.; SESMA, S.; BECERRIL, V. M.; KNAUL, F. M.; ARREOLA, H.; FRENK, J. Sistema de salud de México. Salud Publica de Mexico, v. 53, n. SUPPL. 2, 2011.

OECD. OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016. [s.l.] OECD, 2016.

SALUD, S. de. Prevención , Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal. Programa de Acción Específico, Programa Sectorial de Salud, p. 1–194, 2018.

SECRETARIA DE SALUD. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. 2011. Disponible em: <http://sistemas.cnpss.gob.mx:7000/reportespef/fraccion_ii_20112/reportes.html>.

SECRETARIA DE SALUD. SIVEPAB - Vigilando la salud bucal de los mexicanos *Journal of Chemical Information and Modeling*, 2013. .

SECRETARIA DE SALUD MEXICO. Tercera seccion secretaria de salud, 2018.

Constitución Política de México (<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/4.pdf>)





por Nicole Pischel

PARAGUAY – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

The Health System of Paraguay was established by Law 1032 of 1996 and its basic values assumed by the health sector are the universality of coverage, the coverage of benefits, equal benefits, solidarity and social responsibility. Its main characteristic is to be divided into subsectors, being made up of public, private and mixed institutions, being a segmented model (ALUM; BEJARANO, 2013).

The public sector consists of the Ministry of Public Health and Social Welfare; the Military, Police and Navy Health Services; the Social Welfare Institute (Instituto de Bem-Estar Social - IPS); the “Hospital de Clínicas”, which is part of the National University of Asunción; and the Maternal and Child Health Center. The private sector includes non-profit organizations (such as non-governmental organizations and cooperatives) and other for-profit organizations (prepaid medical institutions and private providers). The Paraguayan Red Cross is a mixed entity that receives funds from the Ministry and a private non-profit foundation (OLIVEIRA; BIM; LORENZO, 2017).

Paraguay's National Health Policy aims at health and attaining the highest level of universal coverage for possible reduction of health inequities and improving the quality of life of the population (DULLAK et al., 2011; PARAGUAY MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, 2015).

Its mission is to promote changes and strengthen the National Health System, with several areas of action in health, promoting consensus and a wide interinstitutional participation of organizations for the operationalization of plans, programs and projects of national, regional and local interest.

GOVERNMENT ROLE

In 1996, the Health Superintendence (Superintendência de Saúde - SS) was created to support the National Health Council with the objective of increasing the efficiency of resources destined to health care. It carries out supervision, auditing and technical control of entities providing health services.

The Ministry of Public Health and Social Welfare (MSPyBS), as a government unit, establish health policies and enable health programs according to the real health needs of the population. It has the role of guiding the sector's programs and activities to guide and regulate public and private actions that have an impact on individual and collective health. MSPyBS performs administration, provisioning and financing functions. The IPS and the private sector provide insurance, provision and financing.

The “Dirección General de Vigilancia de la Salud” (DGVS) and the “Dirección General de Salud Programs” (DGPS) are responsible for the surveillance, prevention and control of MSPyBS diseases (OPS, 2008).

FINANCING

The public sector of MSPyBS is financed by the Public Treasury and donations from external cooperation.

IPS financing comes from employees (14% of the salary), the contribution of affiliates (9% of the maximum salary) and the State (1,5%). Some groups have promotions, such as teachers from schools and universities (both private and public), these contribute 5,5% of their salary, while educational institutions contribute 2,5% of their state-

ments. Freelancers contribute 8% of their income. Domestics contribute 3% of their wages, while the employer contributes 5%. Retirees cooperate with 5% of their pensions.

Military and Police Health, also from the public sector, is financed by the National Treasury and the contribution of affiliates. Police Health resources come from 95% of the Treasury and 5% from institutional resources. The private sector is financed mainly with direct expenses.

In 2006 health expenditure was 6,0% of the country's GDP. More than half (59,9%) of total expenditures are private, taking only 40,1% of public expenditures. About 1,6% of health spending comes from external sources (PARAGUAY MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, 2017).

COVERAGE

According to Article 68 of the National Constitution of Paraguay, access to health is the right of the entire population. Article 68 obligates a National Health System (SNS) to promote services without discrimination, based on the principles of equity, quality, efficiency and social participation.

MSPyBS covers 65% of the total population, with the most vulnerable population and the least financial conditions being the most emphatic.

The IPS contains 15% of the population, involving salaried workers in the private sector of the economy, workers in decentralized entities, teachers in the public and private sectors, self-employed workers and domestic workers.

Military and police services cover active servants and retirees and their dependent family members, who represent 1% of the total population.

It is estimated that 7-9% of the population is a user of the private sector, this being the portion of the population with the capacity to pay (WHO, 2017).

SERVICES

MSPyBS offers access to hospitals, specialist institutes, clinics and health centers.

Those benefited from the services of the military and police, the National University and the decentralized companies Itaipú Binacional and Yacyretá have rights to Hospitals, clinics and public medical centers of the respective social security institutions.

IPS have accesses to hospitals, clinics and health posts. Covering the risk of non-occupational diseases, maternity, work accidents and occupational diseases, disability and death of salaried workers in the formal sector of the economy. Protection against risk of illness includes medical, surgical, dental, medication, hospitalization, prostheses and orthopedic appliances.

The private subsector, on the other hand, has access to hospitals, clinics, pharmacies and private offices with or without profit or mixed ends (WHO, 2017).

ACCESS AND QUALITY

At the end of 2008, family health units (USFs) were created in order to achieve universal coverage and increase access to health. These units are composed of a basic health team offering care and activities included in primary care, such as home care, community integration, medical assessments, preventive and promotion activities, as well as activities related to education, sanitation, social organization, among others (OPS, 2008).

In 2014, data were recorded indicating that the Ministry of Public Health and Social Welfare and IPS together cover approximately 95% of the country's population, where IPS covered 19% of the population, 7,6% of the population was insured by another health insurance, and 73,4% depended on MSPyBS assistance.

The Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) has the role of regulating activities that have an impact on health. Just as the “Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición” and the “Ministry of the Environment” have their due responsibilities in their areas.

To ensure quality in their health programs, directorates were created with the objective of monitoring and evaluating health services, such as the “Diretoria de Monitoramento e Avaliação”, the “Direção Geral Programas” and the “Diretoria de Desenvolvimento de Serviços de Saúde”. “Direcção Médica do Interior” evaluates activities at the “Instituto de Previsión Social” (IPS).

More info: <https://www.mspbs.gov.py/planificacion/quienes-somos.html>

INTEGRATION AND COORDINATION

The main body that coordinates the health system in Paraguay is the MSPyBS, however in 1996 the Health Superintendence (SS) was created with the aim of supporting the National Health Council and sharing the responsibility for coordinating with the MSPyBS. Disease surveillance, prevention and containment are the responsibility of DGVS and DGPS (Dirección General de Promoción de la Salud—original name in Spanish). In addition, the DGPS takes care of national programs of attention to population groups addressing issues such as sexual, reproductive and mental health (OPS, 2008).

MSPyBS has sectors that have responsibilities, such as the Central Public Health Laboratory, which controls the quality, authorizations and records of the analysis laboratories. Also the Department of Control of the Establishment (Departamento de Controle do Estabelecimento), which regulates the activities of hospitals and clinics, as well as biosafety.

The National Institute of Health (INS) regulates the Universities of medicine and nursing and human resources schools. The Regional Health Council coordinates the national policies of health municipalities.

For more information, access the link: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacinAprobadoORIGINAL.pdf>

ELECTRONIC HEALTH RECORD

Paraguay is a developing country that addresses community-focused health surveillance actions and uses health technologies to organize services. The information is collected in public and private health facilities throughout Paraguay and then validated by the Directorate of Health Statistics, dependent on the General Directorate of Strategic Information on Health MSPyBS.

Information on health data can be found at: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&slug=paraguay-indicadores-basicos-de-salud-2017&Itemid=253

COST CONTAINMENT

Health expenditures and distribution between 2012 and 2014 were evaluated. And in 2012, total health expenditures were 8,0% of the country's Gross Domestic Product, while in 2014 it was 7,8 % of GDP, as the sum of public and private health resources, was approximately US\$ 1,800,000,0001 (54,3% financed by the public sector and 45,7% by the private sector). And in 2014 public spending 4,2% of GDP and 3,5% of GDP for the private sector (ALUM; BEJARANO, 2013).

Of the total public health expenditure in 2014, personal services were 37%, and 46,6% of the expenditure is on damage and rehabilitation care (hospitalization expenses 17%, specialized hospitalization 20%, ambulatory 9% and, for example, on the other hand, rehabilitation 0,6%). Ancillary services, such as laboratories, imaging and transportation of patients, represent 10% of the total; administration and governance receive 8% and prevention services and activities 9% of the amount spent on health.

For more information on the subject, access the following link: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/4e97bb-CuentasdeSaluddelParaguay2012a2014.pdf>

INNOVATION

The National University of Asunción has an Institute in Health Sciences, where there are researchers dedicated to health-related research. There is also the National Council for Science and Technology (CONACyT), which is responsible for defining and regulating policy related to science and technology, with the National Fund for Science and Technology (FONACyT) as a financier for research and other activities related to science and technology. technology. (ALUM; BEJARANO, 2013).

For information on future plans and strategies, visit the link: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/c5fbf6-PlanEstrategicoInstitucionalPEI20192023.pdf>

ORAL HEALTH

The Directorate of Oral Health (Diretoria de Saúde Bucodental - DSBD), part of the MSPyBS, is committed to maintaining the oral health of the Paraguayan population and introducing oral health as part of integral health, in order to contribute and improve the quality of life of the population. For this, the DSBD found strategies such as the implementation of health promotion programs, prevention of oral diseases, health care and oral rehabilitation (CHAMORRO; GARCIA, 2019).

Some measures taken to achieve the objective were described as (CABALLERO GARCÍA; FLORES ALATORRE, 2017):

- Strengthen infrastructure, equipment, instruments and supplies services, accompanied by a timely maintenance service.
- Human resource management: training, permanent updates and dignification of the dentist's work, improving working conditions.

- Execute and strengthen the programs: Save the first molar, Smile in Paraguay, Return to smile and Healthy Pregnancy with Oral Health (“Salve o primeiro molar”, “Sorriso no Paraguai”, “Retorno ao sorriso” and “Gravidez Saudável com Boca Sana”)
- Expand specialized services: endodontics, orthodontics, prostheses, disabled customer service, maxillofacial surgery and periodontics.
- Reach remote and vulnerable populations with mobile dental clinics.
- Conduct supervision: in hospitals, health centers, health posts, USF that have dental services.
- Promote statistical work, training and research.
- Carry out the inspection, authorization and inspection of dental offices, private dental clinics, dental schools and dental prosthesis laboratories.
- Accredite dental specialties with the “Círculo de Odontólogos” del Paraguay.

ORAL HEALTH SERVICES AND COVERAGE

Concerning the coverage of oral health services in Paraguay, an increase in establishments and services was seen. In 2009, 242 dental services were registered, in 2017 this number almost doubled, reaching 427.

On the agenda of oral health programs, we can mention the program “Salvemos el Primer Molar”, “Paraguay Sonríe”, “Volver a Sonreír” and “Embarazo Saludable con Boca Sana” (CHAMORRO; GARCIA, 2019).

The First, the “Salvemos el Primer Molar” Program was implemented in 2010 with the aim of improving the oral health of children who enroll in the program, through measures for promotion, prevention and dental care. It comprises 54.620 students from 453 public schools, attended by more than 500 dental surgeons. For more details on this program, click on the following link: https://new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=387&Itemid=99999

“Paraguay Sonríe” is a program that performs rehabilitation with dental prostheses to improve aesthetics and function (mastication, speech, swallowing), resulting in a better quality of life for the patient. It is carried out by some hospitals and also by DSBD mobile clinics so that distant regions can also be served.

“Volver a Sonreír” Program is a program that meets the needs of patients with congenital structural malformations (cleft lip and palate). There is a National Reference Center for permanent assistance.

Finally, the “Embarazo Saludable con Boca Sana” program is aimed at pregnant women in Paraguay, with the objective of improving the health and quality of life of this group that is going through a period of greater vulnerability. It has actions such as working together with the health team to prevent and / or treat the most frequent diseases of the oral cavity of pregnant women and newborns; provide essential information on proper hygiene and eating habits to improve and maintain oral health; replicate, through the pregnant woman, preventive and educational measures of good oral health for her family and, especially, for the newborn; provides comprehensive care to pregnant women in dental consultations through preventive and restorative treatments, with an emphasis on solving their most urgent needs; reduce the prevalence and incidence of dental caries and periodontal disease in pregnant women (CHAMORRO; GARCIA, 2019).



PARAGUAY – ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

El Sistema de Salud de Paraguay fue establecido por la Ley 1032 de 1996 y sus valores básicos asumidos por el sector salud son la universalidad de la cobertura, la cobertura de beneficios, la igualdad de beneficios, la solidaridad y la responsabilidad social. Su principal característica es estar dividida en subsectores, estando integrado por instituciones públicas, privadas y mixtas, siendo un modelo segmentado (ALUM; BEJARANO, 2013).

El sector público está integrado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; los servicios de salud militar, policial y naval; el Instituto de Bienestar Social (IBS); el Hospital de Clínicas, que forma parte de la Universidad Nacional de Asunción; y el Centro de Salud Materno infantil. El sector privado incluye organizaciones sin fines de lucro (como organizaciones no gubernamentales y cooperativas) y otras organizaciones con fines de lucro (instituciones médicas prepagas y proveedores privados). La Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta que recibe fondos del Ministerio y una fundación privada sin fines de lucro (OLIVEIRA; BIM; LORENZO, 2017).

La Política Nacional de Salud de Paraguay tiene como objetivo la salud y lograr el más alto nivel de cobertura universal para una posible reducción de las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de la población. Su misión es promover cambios y fortalecer el Sistema Nacional de Salud, con diversas áreas de acción en salud, promoviendo consensos y una amplia participación interinstitucional de las organizaciones para la operacionalización de planes, programas y proyectos de interés nacional, regional y local (DULLAK et al., 2011; PARAGUAY MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, 2015).

PAPEL DEL GOBIERNO

En 1996 se creó la Superintendencia de Salud (SS) para apoyar al Consejo Nacional de Salud con el objetivo de incrementar la eficiencia de los recursos destinados a la atención de la salud. Realiza la supervisión, auditoría y control técnico de las entidades prestadoras de servicios de salud.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), como unidad de gobierno, establece políticas de salud y habilita programas de salud acordes a las necesidades de salud reales de la población. Tiene el rol de orientar los programas y actividades del sector para orientar y regular las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva. MSPyBS realiza funciones de administración, aprovisionamiento y financiamiento. El IBS y el sector privado brindan seguros, provisión y financiamiento.

La Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) y la Dirección General de Programas de Salud (DGPS) son responsables de la vigilancia, prevención y control de las enfermedades del MSPyBS (OPS, 2008).

FINANCIAMIENTO

El sector público del MSPyBS es financiado por el Tesoro Público y donaciones de cooperación externa.

El financiamiento del IBS proviene de los empleados (14% del salario), el aporte de los afiliados (9% del salario máximo) y del Estado (1,5%). Algunos colectivos tienen promociones, como los docentes de escuelas y universidades (tanto privadas como públicas), estas aportan el 5,5% de su salario, mientras que las instituciones educativas apor-

tan el 2,5% de sus declaraciones. Los autónomos aportan el 8% de sus ingresos. Los hogares aportan el 3% de su salario, mientras que el empleador aporta el 5%. Los jubilados cooperan con el 5% de sus pensiones.

La Salud Militar y Policial, también del sector público, es financiada por el Tesoro Nacional y el aporte de afiliados. Los recursos de Salud Policial provienen del 95% del Tesoro y el 5% de recursos institucionales.

El sector privado se financia principalmente con gastos directos. En 2006, el gasto en salud representó el 6,0% del PIB del país. Más de la mitad (59,9%) de los gastos totales son privados y solo absorben el 40,1% del gasto público. Aproximadamente el 1,6% del gasto en salud proviene de fuentes externas (PARAGUAY MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, 2017).

COBERTURA

Según el artículo 68 de la Constitución Nacional del Paraguay, el acceso a la salud es un derecho de toda la población. El artículo 68 dice que es obligatorio un Sistema Nacional de Salud (SNS), que promueve los servicios sin discriminación, con base en los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social.

El MSPyBS alberga al 65% de la población total, siendo la población más vulnerable y con menos condiciones económicas las más beneficiadas.

El IPS contiene el 15% de la población, involucrando a trabajadores asalariados del sector privado de la economía, trabajadores de entidades descentralizadas, docentes del sector público y privado, trabajadores autónomos y trabajadores domésticos.

Los servicios militares y policiales cubren a los servidores activos y jubilados y sus familiares dependientes, que representan el 1% de la población total.

Se estima que el 7-9% de la población es usuaria del sector privado, siendo esta la porción de la población con capacidad de pago (WHO, 2017).

SERVICIOS OFRECIDOS

Se ofrece acceso a hospitales, institutos especializados, clínicas y centros de salud del MSPyBS.

Los beneficiarios de los servicios militares y policiales, la Universidad Nacional y las empresas descentralizadas Itaipú Binacional y Yacyretá tienen derecho a hospitales, clínicas y centros médicos públicos de las respectivas instituciones de seguridad social.

El Instituto de Previsión Social (IPS) utiliza sus hospitales, clínicas y puestos de salud. Se cubre el riesgo de enfermedades no profesionales, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, discapacidad y muerte de los trabajadores asalariados del sector formal de la economía. La protección contra el riesgo de enfermedad incluye médicos, procesos quirúrgicos, odontológicos, medicamentos, hospitalización, prótesis y aparatos ortopédicos.

El subsector privado, en cambio, tiene acceso a hospitales, clínicas, farmacias y oficinas privadas con o sin fines de lucro o mixtos (WHO, 2017).

ACCESO Y CALIDAD

A fines de 2008 se crearon Unidades de Salud de la Familia (USF) con el fin de lograr la cobertura universal y aumentar el acceso a la salud. Estas unidades están compuestas por un equipo básico de salud que ofrece atención y actividades incluidas en la atención primaria, como atención domiciliaria, integración comunitaria, evaluaciones médicas, actividades preventivas y de promoción, así como actividades relacionadas con la educación, el saneamiento, la organización social, entre otras (OPS, 2008).

En 2014 se registraron datos que indicaban que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el IPS en conjunto cubren aproximadamente el 95% de la población del país, donde IPS cubría al 19% de la población, el 7,6% de la población estaba asegurada por otro seguro médico y el 73,4% dependía de la asistencia del MSPyBS.

La Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) tiene la función de regular las actividades que tienen un impacto en la salud. Así como el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición y el Ministerio de Medio Ambiente tienen las responsabilidades que les corresponden en sus áreas.

Para asegurar la calidad en sus programas de salud, se crearon direcciones con el objetivo de monitorear y evaluar los servicios de salud, como la Dirección de Monitoreo y Evaluación, la Dirección General de Programas y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, se evalúan actividades en el Instituto de Previsión Social (IPS).

Para más informaciones acceda: <https://www.mspbs.gov.py/planificacion/quienes-somos.html>

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

El principal organismo que coordina el sistema de salud en Paraguay es el MSPyBS, sin embargo en 1996 se creó la Superintendencia de Salud (SS) con el objetivo de apoyar al Consejo Nacional de Salud y compartir la responsabilidad de coordinación con el MSPyBS. La vigilancia, prevención y contención de enfermedades son responsabilidad de DGVS y DGPS (Dirección General de Promoción de la Salud). Además, la DGPS se ocupa de los programas nacionales de atención a grupos de población que abordan temas como la salud sexual, reproductiva y mental (OPS, 2008).

El MSPyBS tiene sectores con diferentes responsabilidades como el Laboratorio Central de Salud Pública, que controla la calidad, las autorizaciones y los registros de los laboratorios de análisis. También el Departamento de Control del Establecimiento, que regula las actividades de los hospitales y clínicas, así como la bioseguridad.

El Instituto Nacional de Salud (INS) regula las universidades de medicina y las escuelas de enfermería y recursos humanos. El Consejo Regional de Salud coordina las políticas nacionales de los municipios de salud.

Para más información acceda al enlace: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacinAprobadoORIGINAL.pdf>

REGISTRO ELECTRÓNICO DE SALUD

Paraguay es un país en desarrollo que aborda acciones de vigilancia de la salud enfocadas en la comunidad y utiliza tecnologías de la salud para organizar servicios. La información es recolectada en establecimientos de salud públicos y privados en todo el territorio paraguayo y luego validada por la Dirección de Estadísticas de Salud, dependiente de la Dirección General de Información Estratégica en Salud MSPyBS.

Se puede encontrar información sobre datos de salud en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&slug=paraguay-indicadores-basicos-de-salud-2017&Itemid=253

CONTENCIÓN DE COSTOS

Se evaluó el gasto y distribución en salud entre 2012 y 2014, y se encontró que en 2012 el gasto total en salud fue del 8.0% del Producto Interno Bruto del país, mientras que en 2014 fue del 7.8%. A su vez, el PIB, como suma de los recursos sanitarios públicos y privados, fue de aproximadamente US \$ 1.800.000.0001 (54,3% financiado por el sector público y 45,7% por el sector privado). Para 2014, el gasto público del PIB fue del 4,2% y en el sector privado del 3,5% (ALUM; BEJARANO, 2013).

Del total del gasto público en salud en 2014, los servicios personales correspondieron al 37%, mientras que el 46,6% correspondió a la atención de daños y rehabilitación (gastos de hospitalización 17%, hospitalización especializada 20%, ambulatorio 9% y rehabilitación 0,6%). Los servicios auxiliares como laboratorios, imagenología y transporte de pacientes, representan el 10% del total; la administración y la gobernanza reciben el 8% y los servicios y actividades de prevención el 9% del monto gastado en salud.

Para más información sobre el tema, acceda al siguiente enlace: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/4e97bb-CuentasdeSaluddelParaguay2012a2014.pdf>

INNOVACIÓN

La Universidad Nacional de Asunción cuenta con un Instituto de Ciencias de la Salud, donde hay investigadores dedicados a la investigación relacionada con la salud. También está el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), que se encarga de definir y regular la política relacionada con la ciencia y la tecnología, con el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (FONACyT) como financiador de la investigación y otras actividades relacionadas con la ciencia y la tecnología. (ALUM; BEJARANO, 2013).

Para obtener información sobre planes y estrategias visite el enlace: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/c5fbf6-PlanEstrategicoInstitucionalPEI20192023.pdf>

SALUD BUCAL

La Dirección de Salud Bucodental (DSBD), parte del MSPyBS, tiene el compromiso de mantener la salud bucal de la población paraguaya e introducir la salud bucal como parte de la salud integral, con el fin de contribuir y mejorar la calidad de vida de la población. Para ello, la DSBD encontró estrategias como la implementación de programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades bucodentales, atención de la salud y rehabilitación bucal (CHAMORRO; GARCIA, 2019).

Algunas medidas tomadas para lograr el objetivo se describieron como (CABALLERO GARCÍA; FLORES ALATORRE, 2017):

- Fortalecer los servicios de infraestructura, equipos, instrumentos y suministros, acompañado de un servicio de mantenimiento oportuno.
- Gestión de recursos humanos: formación, actualización permanente y dignificación del trabajo del odontólogo, mejorando las condiciones laborales.

- Ejecuta y fortalece los programas: “Salvar el primer molar”, “Sonríe en Paraguay”, “Vuelve a sonreír” y “Embarazo saludable con Boca Sana”.
- Ampliar los servicios especializados: endodoncia, ortodoncia, prótesis, atención a pacientes discapacitados, cirugía maxilofacial y periodoncia.
- Llegar a poblaciones remotas y vulnerables con clínicas dentales móviles.
- Realizar supervisión en: hospitales, centros de salud, puestos de salud, USF que cuentan con servicios odontológicos.
- Fomentar la labor estadística, la formación y la investigación.
- Realizar la inspección, autorización e inspección de consultorios odontológicos, clínicas odontológicas privadas, escuelas de odontología y laboratorios de prótesis dentales.
- Acreditar especialidades dentales con el Círculo de Odontólogos del Paraguay.

SERVICIOS Y COBERTURA DE SALUD BUCAL

En cuanto a la cobertura de los servicios de salud bucodental en Paraguay, se observó un aumento de establecimientos y servicios. En 2009 se registraron 242 servicios dentales, en 2017 esta cifra casi se duplicó, llegando a 427.

En la agenda de los programas de salud bucal, se puede mencionar el programa “Salvemos el Primer Molar”, “Paraguay Sonríe”, “Volver a Sonreír” y “Embarazo Saludable con Boca Sana” (CHAMORRO; GARCIA, 2019).

El Primero, el Programa “Salvemos el Primer Molar” se implementó en 2010 con el objetivo de mejorar la salud bucal de los niños que se inscriben en el programa, a través de medidas de promoción, prevención y atención odontológica. Está compuesto por 54.620 estudiantes de 453 escuelas públicas, a los que asisten más de 500 cirujanos dentistas. Para más detalles sobre este programa, se disponibiliza el siguiente enlace: https://new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=387&Itemid=99999

“Paraguay Sonríe” es un programa que realiza rehabilitación con prótesis dentales para mejorar la estética y función (masticación, habla, deglución), resultando en una mejor calidad de vida para el paciente. Lo llevan a cabo algunos hospitales y también las clínicas móviles de DSBDB para que también puedan ser atendidas regiones distantes.

El programa “Volver a Sonreír” es un programa que responde a las necesidades de los pacientes con malformaciones estructurales congénitas (labio y paladar hendido). Existe un Centro Nacional de Referencia para asistencia permanente.

Finalmente, el Programa “Embarazo Saludable con Boca Sana” está dirigido a mujeres embarazadas en Paraguay, con el objetivo de mejorar la salud y calidad de vida de este colectivo que atraviesa un período de mayor vulnerabilidad. Cuenta con acciones como trabajar en conjunto con el equipo de salud para prevenir y/ o tratar las enfermedades más frecuentes de la cavidad bucal de las embarazadas y recién nacidos; proporcionar información esencial sobre hábitos de alimentación e higiene adecuados para mejorar y mantener la salud bucal; replicar, a través de la gestante, medidas preventivas y educativas de buena salud bucal para su familia y, en especial, para el recién nacido; brinda atención integral a mujeres embarazadas en consultas odontológicas a través de tratamientos preventivos y reparadores, con énfasis en la solución de sus necesidades más urgentes; educir la prevalencia e incidencia de caries dental y enfermedad periodontal en mujeres embarazadas (CHAMORRO, GARCIA, 2019).

PARAGUAI - PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O Sistema de Saúde do Paraguai foi instituído pela Lei 1032 do ano 1996 e seus valores básicos assumidos pelo setor de saúde são a universalidade da cobertura, a abrangência benefícios, igualdade de benefícios, solidariedade e responsabilidade social. A sua principal característica é ser dividido em subsetores, sendo constituído por instituições públicas, privadas e mistas, sendo um modelo segmentado (ALUM; BEJARANO, 2013).

O setor público é constituído pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social; os Serviços de Saúde Militar, Policial e da Marinha; o Instituto de Bem-Estar Social (IPS); o Hospital de Clínicas, que faz parte da Universidade Nacional de Assunção; e o Centro de Saúde Materno-Infantil. O setor privado inclui organizações sem fins lucrativos (como organizações não-governamentais e cooperativas) e outras organizações com fins lucrativos (instituições de medicina pré-paga e fornecedores privados). A Cruz Vermelha Paraguaia é uma entidade mista que recebe fundos do Ministério e de uma fundação privada sem fins lucrativos (OLIVEIRA; BIM; LORENZO, 2017).

A Política Nacional de Saúde do Paraguai tem como objetivo a saúde e alcance da cobertura universal de maior nível para possível redução das inequidades em saúde e melhorar a qualidade de vida da população (DULLAK et al., 2011; PARAGUAY MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, 2015).

Tem a missão de promover mudanças e fortalecer o Sistema Nacional de Saúde, com diversas áreas de ação em saúde, promovendo consenso e uma ampla participação interinstitucional de organizações para a operacionalização de planos, programas e projetos de interesse nacional, regional e local.

PAPEL DO GOVERNO

Em 1996 foi criada a Superintendência de Saúde (SS) para apoiar o Conselho Nacional de Saúde com o objetivo de aumentar a eficiência dos recursos destinados a atenção de saúde. Realiza supervisão, auditoria e controle técnico das entidades prestadores de serviços de saúde.

O Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPyBS), como unidade governamental, estabelecem as políticas de saúde e possibilitam os programas de saúde de acordo com a real necessidade de saúde da população. Ele tem o papel de nortear os programas e atividades do setor para orientar e regular as ações públicas e privadas que tenham impacto na saúde individual e coletiva. O MSPyBS desenvolve funções de administração, provisão e financiamento. O IPS e o setor privado realizam seguros, provisão e financiamento.

A Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) e a Dirección General de Programas de Salud (DGPS) são responsáveis pela vigilância, prevenção e controle das doenças da MSPyBS (OPS, 2008).

FINANCIAMENTO

O setor público do MSPyBS é financiado pelo Tesouro Público e pelas doações da cooperação externa.

O financiamento do IPS vem dos empregados (14% do salário), da contribuição dos afiliados (9% do salário ao máximo) e do Estado (1,5%). Alguns grupos possuem promoções, como professores de escolas e universidades (tanto privadas como públicas), esses contribuem com 5,5% do seu salário, enquanto as instituições educacionais contribuem com 2,5% de suas declarações. Os freelancers colaboram com 8% da sua renda. Domésticos contribuem com 3% dos seus salários, enquanto o empregador com 5%. Os aposentados cooperam com 5% de suas pensões.

A Sanidade Militar e Policial, também do setor público, é financiado pelo Tesouro Nacional e pela contribuição dos afiliados. Os recursos da Saúde da Polícia vêm em 95% do Tesouro e 5% de recursos institucionais.

Já o setor privado é financiado principalmente com despesas diretas.

Em 2006 o gasto em saúde foi de 6,0% do PIB do país. Sendo que mais da metade (59,9%) dos gastos totais são privados, levando apenas 40,1% das despesas públicas. Cerca de 1,6% dos gastos com saúde vem de fontes externas (PARAGUAY MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, 2017).

COBERTURA

De acordo com o Artigo 68 da Constituição Nacional do Paraguai, é direito de toda a população o acesso a saúde. O Artigo 68 diz obrigatória um Sistema Nacional de Saúde (SNS) que promove serviços sem discriminação, sendo baseado nos princípios de equidade, qualidade, eficiência e participação social.

O MSPyBS abriga 65% da população total, sendo a população mais vulnerável e com menores condições financeiras as mais enfáticas. O IPS contém 15% da população, envolvendo os trabalhadores assalariados do setor privado da economia, os trabalhadores das entidades descentralizadas, os docentes dos setores públicos e privado, trabalhadores independentes e as trabalhadoras domésticas.

Os serviços de militares e policiais cobrem os serventes ativos e os aposentados e seus familiares dependentes, que representam 1% da população total. É estimado que 7-9% da população é usuário do setor privado, sendo essa a porção da população com capacidade de pagar (WHO, 2017).

SERVIÇOS OFERECIDOS

São oferecidos ao MSPyBS acesso à hospitais, institutos especializados, clínicas e centros de saúde de MSPyBS. Os beneficiados dos serviços dos militares e policiais, a Universidade Nacional e a das empresas descentralizadas Itaipú Binacional e Yacyretá tem direito a Hospitais, clínicas e centros médicos públicos das respectivas instituições de seguridade social.

Os IPS usufruem de hospitais, clínicas e postos de saúde dos IPS. Cobrindo o risco de doenças não profissionais, maternidade, acidentes de trabalho e doenças profissionais, invalidez e morte dos trabalhadores assalariados do setor formal da economia. A proteção de risco de enfermidades inclui atenção médico cirúrgica, dental, medicamentos, hospitalização, próteses e aparelhos de ortopedia.

Já o subsetor privado tem acesso à hospitais, clínicas, farmácias e consultórios privados com ou sem fins de lucro ou mistos (WHO, 2017).

ACESSO E QUALIDADE

No final do ano de 2008, foram criadas unidades de saúde da família (USFs), a fim de alcançar a cobertura universal e aumentar o acesso a saúde. Essas unidades são compostas por uma equipe básica de saúde oferecendo atendimentos e atividades incluídas na atenção primária, como atendimentos domiciliares, integração comunitária, avaliações médicas, atividades preventivas e de promoção, assim como atividades relacionadas a educação, saneamento, organização social, entre outras (OPS, 2008).

Em 2014 foram registrados dados indicando que o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social e o IPS juntas, cobrem aproximadamente 95% da população do país, onde o IPS cobria 19% da população, 7,6% da população era segurado por outro segura de saúde, e 73,4% dependia do atendimento do MSPyBS.

A Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) tem o papel de regulamentar as atividades que tem impacto na saúde. Assim como o Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición e o Ministério do Meio Ambiente têm suas devidas responsabilidades em suas áreas.

Para garantir qualidade em seus programas de saúde, foram criadas diretorias com o objetivo de monitorar e avaliar os serviços de saúde, como a Diretoria de Monitoramento e Avaliação, a Direção Geral Programas e a Diretoria de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. A Direção Médica do Interior avalia as atividades no “Instituto de Previsión Social” (IPS).

Saiba mais em : <https://www.mspbs.gov.py/planificacion/quienes-somos.html>

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

O principal órgão que coordena o sistema de saúde do Paraguai é o MSPyBS, porém em 1996 foi criado a Superintendência de Saúde (SS) com o objetivo de apoiar o Conselho Nacional de Saúde e compartilhar a responsabilidade de coordenação com o MSPyBS. Já a vigilância, prevenção e contenção de doenças são de função do DGVS e DGPS (Dirección General de Promoción de la Salud– no original em espanhol) . Além disso, o DGPS cuida dos programas nacionais de atenção à grupos da população tratando de assuntos como saúde sexual, reprodutiva e mental (OPS, 2008).

O MSPyBS possui setores que possuem responsabilidades, como o Laboratório Central de Saúde Pública que tem controla a qualidade, autorizações e registros dos laboratórios de análise. Também o Departamento de Controle do Estabelecimento, que regula as atividades de hospitais e clínicas, assim como a biossegurança.

O Instituto Nacional de Saúde (INS) regula as Universidades de medicina e enfermagem e as escolas de recursos humanos. O Conselho Regional de Saúde coordena as políticas nacionais dos municípios de saúde.

Para maiores informações, acesse o link: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacinAprobadoORIGINAL.pdf>

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

O Paraguai é um país em desenvolvimento que aborda as ações de vigilância em saúde focadas na comunidade e utiliza-se das tecnologias de saúde para organizar os serviços. As informações são coletadas em estabelecimentos de saúde públicos e privados em todo o território paraguaio e depois validados pela Direção de Estatísticas da Saúde, dependente da Direção Geral de Informação Estratégica em Saúde MSPyBS.

Informações sobre os dados de saúde podem ser encontradas em: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&slug=paraguay-indicadores-basicos-de-salud-2017&Itemid=253

CONTENÇÃO DE CUSTOS

Foi avaliado a os gastos em saúde e distribuição do mesmo entre o ano 2012 e 2014. E foi constatado que em 2012 os gastos totais em saúde foram de 8,0% do Produto Interno Bruto do país, enquanto em 2014 foi de 7,8% do PIB, como a soma dos recursos públicos e privados de saúde, foi de aproximadamente US \$ 1.800.000.0001 (54,3% financiados pelo setor público e 45,7% pelo privado). E em 2014 gastos públicos 4,2% do PIB e 3,5% do PIB para o setor privado (ALUM; BEJARANO, 2013).

Do gasto em saúde pública total em 2014, os serviços pessoais foram de 37%, e 46,6% da despesa é com os cuidados de danos e reabilitação (gastos em hospitalização 17%, hospitalização especializada 20%, ambulatório 9% e, por outro lado, reabilitação 0,6%). Serviços auxiliares, como laboratórios, imagem e transporte dos pacientes, represen-

ta 10% do total; a administração e governança recebem 8% e os serviços e atividades de prevenção 9% do valor gasto em saúde.

Para mais informações sobre o assunto, acessar o link a seguir: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/4e97bb-CuentasdeSaluddelParaguay2012a2014.pdf>

INOVAÇÃO

A Universidade Nacional de Assunção possui um Instituto em Ciências da Saúde, onde há pesquisadores dedicados a pesquisas relacionadas à saúde. Há também o Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CONACyT), que é o responsável pela definição e regulamentação políticas relacionadas à ciência e tecnologia, tendo o Fundo Nacional para Ciência e Tecnologia (FONACyT) como financiador de pesquisas e outras atividades referentes à ciência e tecnologia (ALUM; BEJARANO, 2013).

Para informações sobre os planos e estratégias futuras, acesse o link: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/c5fbf6-PlanEstratgicoInstitucionalPEI20192023.pdf>

SAÚDE BUCAL

A Diretoria de Saúde Bucodental (DSBD), parte do MSPyBS, tem o compromisso de manter a saúde bucal da população paraguaia e introduzir a saúde bucal como parte da saúde integral, a fim de contribuir e melhorar a qualidade de vida da população. Para isso, a DSBD encontrou estratégias como a implementação de programas de promoção da saúde, prevenção de doenças bucais, cuidados de saúde e reabilitação oral (CHAMORRO; GARCIA, 2019).

Algumas medidas tomadas para alcançar o objetivo foram descritas como (CABALLERO GARCÍA; FLORES ALATORRE, 2017):

- Fortalecer os serviços de infraestrutura, equipamentos, instrumentos e suprimentos, acompanhados de um serviço de manutenção oportuna.
- Gerenciamento de recursos humanos: treinamento, atualizações permanentes e dignificação do trabalho do dentista, melhorando as condições de trabalho.
- Execute e fortaleça os programas: Salve o primeiro molar, Sorriso no Paraguai, Retorno ao sorriso e Gravidez Saudável com Boca Sana.
- Expandir serviços especializados: endodontia, ortodontia, próteses, atendimento ao cliente deficientes, cirurgia maxilofacial e periodontia.
- Alcance populações remotas e vulneráveis com clínicas dentárias móveis.
- Realizar supervisão: em hospitais, centros de saúde, postos de saúde, USF que possuem serviços dental.
- Promover trabalho estatístico, treinamento e pesquisa.
- Realizar a inspeção, autorização e inspeção de consultórios odontológicos, clínicas odontológicas particulares, escolas de odontologia e laboratórios de próteses dentárias.
- Credenciar especialidades odontológicas com o Círculo de Odontólogos do Paraguay.

SERVIÇOS E COBERTURA SAÚDE BUCAL

Em questão a cobertura dos serviços de saúde bucal no Paraguai, foi visto um crescimento dos estabelecimentos e atendimentos. No ano de 2009 foi registrado 242 serviços odontológicos, já em 2017 esse número quase dobrou, chegando à 427.

Em pauta os programas de saúde bucal, podemos citar o Programa “Salvemos el Primer Molar”, “Paraguay Sonríe”, “Volver a Sonreír” e o “Embarazo Saludable con Boca Sana” (CHAMORRO; GARCIA, 2019).

O Primeiro, o Programa “Salvemos el Primer Molar” foi implementado em 2010 com o objetivo de melhorar a saúde bucal das crianças que se matriculam no programa, através de medidas de promoção, prevenção e atendimento odontológico. Engloba 54.620 estudantes de 453 escolas públicas, atendidos por mais de 500 cirurgiões dentistas.

Para maiores detalhamentos deste programa, clicar no link a seguir: https://new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=387&Itemid=99999

O “Paraguay Sonríe” se trata de um Programa que realiza a reabilitação com próteses dentárias para melhoria da estética e função (mastigatória, fonação, deglutição), resultando em uma melhor qualidade de vida do paciente. É realizado por alguns hospitais e também, pelas clínicas móveis da DSBD para que regiões distantes possam também ser atendidas.

Programa “Volver a Sonreír” é um programa que atende as necessidades dos pacientes com malformações estruturais congênita (fenda labial e palatina). Há um Centro Nacional de Referência de atendimento permanente.

Por último, o Programa “Embarazo Saludable con Boca Sana” é voltado para as mulheres grávidas do Paraguai, com o objetivo de melhoria da saúde e qualidade de vida desse grupo que passa por um período de maior vulnerabilidade. Tem ações como trabalhar em conjunto com a equipe de saúde para prevenir e/ou tratar as doenças mais frequentes da cavidade oral de gestantes e recém-nascidos; fornecer informações essenciais sobre hábitos de higiene e alimentação adequados para melhorar e manter a saúde bucal; replicar, por meio da gestante, medidas preventivas e educacionais de boa saúde bucal para sua família e, principalmente, para o recém-nascido; fornece atendimento abrangente às mulheres grávidas em consultas odontológicas por meio de tratamentos preventivos e restauradores, com ênfase na solução de suas necessidades mais urgentes; reduzir a prevalência e incidência de cárie dentária e doença periodontal em mulheres grávidas (CHAMORRO; GARCIA, 2019).

ALUM, J. N. M.; BEJARANO, M. S. C. de. Sistema de salud de Paraguay. Revista de Salud Pública del Paraguay, v. 1, n. 1, p. 13–25, 2013. Disponible em: <<http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/view/20>>.

CABALLERO GARCÍA, C. R.; FLORES ALATORRE, J. F. Encuesta nacional de salud bucodental del Parguay - Ensabud Py 2017. [s.l: s.n.]

CHAMORRO, C. G. de; GARCIA, C. C. Iberoamerican Observatory of Public Policies in Oral Health - Paraguay. [s.l: s.n.]

DULLAK, R.; RODRIGUEZ-RIVEROS, M. I.; BURSZTYN, I.; CABRAL-BEJARANO, M. S.; RUOTI, M.; PAREDES, M. E.; WILDBERGER, C.; MOLINAS, F. Atención Primaria en Salud en Paraguay: Panorámica y perspectiva. Ciencia e Saude Colectiva, v. 16, n. 6, p. 2865–2875, 2011.

OLIVEIRA, M. F. A. De; BIM, S. A.; LORENZO, S. Caracterização dos Dados Públicos de Saúde do Paraguai. 2017.

OPS. Perfil de los sistemas de salud de Paraguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. [s.l: s.n.]

PARAGUAY MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Resolución SG 612 - Política Nacional de Salud 2015-2030, 2015. .

PARAGUAY MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Cuentas de salud de paraguay. 2017.

WHO. Salud Américas. [s.l: s.n.]





por Amanda Iida Giraldes

PERU—ENGLISH

HEALTH SYSTEM

The National Health System in Peru is characterized by being fragmented (public and private sectors). The public subsector, in turn, includes several subsystems: the Ministry of Health (MINSa), Social Security (ESSALUD), the Health of the Armed and Police Forces and Regional Governments.

In 1997, with the introduction of the Law on Modernization of Social Security in Health, the Peruvian Social Security Institute was reformed. Social Security in Health was created. It would consist of two modalities: the traditional, which changes its name to Essalud, and the in particular, health providers (Entidades Prestadoras de Salud-EPS), which provides a low complexity benefit plan through the networks of private establishments. Similarly, the Superintendence was created EPS (SEPS) as the supervisory body for this type of service provision (ALCALDE-RABANAL; LAZO -GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

GOVERNMENT ROLE

The Peruvian government's mission is to conduct efficiently and with integrity the National Coordinated and Decentralized Health System, based on Integrated Health Networks, the universal health insurance policy and intersectoral policies and actions on social determinants; for the benefit of the health and well-being of the population.

They believe that in 2021 access to assistance and comprehensive assistance to people's individual and collective health will be universal, regardless of their socioeconomic status and geographic location.

Institutions in the Health sector will be articulated to achieve a strengthened, integrated and efficient health system that offers affordable and quality services, which guarantees a universal health benefits plan through universal insurance and a social protection system. The services will be comprehensive, free, fair and quality (MINISTERIO SALUD PERU).

FINANCING

The Integral Health Insurance (SIS) was created in 2002 as a Decentralized Public Agency of the Ministry of Health, with the objective of administering the funds destined to the financing of individual health benefits, in the form of a public subsidy, in favor of the population that is in poverty and extreme poverty, thus reducing the economic barriers to access to health services (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

Currently, SIS manages two insurance schemes: subsidized and semi-contributory.

Recently, it created the Health Superintendence (Susalud), which supervises the group of organizations in the system with whom it shares important responsibilities in the management of health policies. The segmentation of the system is made explicit in the financing schemes

- The Indirect Tax System (subsidized) is financed with tax resources, contributions from residences and occasional donations from intergovernmental cooperation. The direct tax regime is financed by direct and mandatory contributions from employers. It consists of two modalities, which together make up the Social Security System in Health: Social Security in Health (Essalud) and private social insurance, consisting of fi-

nancial intermediation organizations, health creditors (EPS) and the health units of the ministries of health. Defense and Interior, financed by the State, with complementary contributions from its members.

- The private scheme is financed by families (out-of-pocket expenses) through direct payment of professional fees or by purchasing private insurance service plans (insurance, self-insurance and prepaid companies). The Integral Health Insurance (SIS) is the public insurer. They created similar entities in Essalud, the health of the armed and police institutes, in addition to the multiple private and existing EPS insurance. Each entity is linked to a stratum of the social population and a network for the provision of its own or contracted services.

LAFAS are legally required to offer at least the Essential Health Care Plan (PEAS). PEAS and other Complementary plans are provided by health service credit institutions (Ipress), all of which have a different legal nature, resolution capacity, operating costs and quality of care. In theory, lafas could hire the services of those who buy to offer better attention to its affiliates, however, this happens exceptionally, despite the signing of several agreements for its operability. The usual thing is that each social segment receives attention exclusively in the LAFAS health services that are affiliated (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011; LAZO GONZÁLEZ; ALCALDE RABANAL; NIGENDA, 2011).

COVERAGE

In the public sector, the government offers health services to the uninsured population in exchange for the payment of a recovery fee of variable amounts subject to the discretion of the organizations and through the Comprehensive Health Insurance (SIS), which subsidizes the provision of services to the population living in conditions of poverty and extreme poverty. The provision of services for the subsidized regime of open or insured population to the SIS is carried out through the network of establishments of the Ministry of Health (MINSa), hospitals and specialized institutes located in the regions and in the capital.

Workers in the informal sector, self-employed workers in the rural areas (agricultural sector) and the unemployed and their families, who represent about 58% of the total population, are the beneficiaries of MINSa services.

The beneficiaries of the SIS, about 18% of the population, come mainly from rural and marginal urban areas, where the level of poverty is highest. In addition, the SIS benefits non-pregnant women and men over the age of 17 who live in extreme poverty and poverty, both in rural and urban provinces, as long as they are not covered by EsSALUD or other social security schemes. Leaders of popular kitchens, mothers of minor beneficiaries of the Supplementary Food Program have joined this insurance. "El Vaso de Leche", mothers working in public day care centers (Wawa wasi), women members of the Local Health Administration Committees (management committees) and boot shoes. EsSALUD covers approximately 20% of the population, workers in the formal sector, retirees and their families. It provides health services in its own health units, located mainly in urban areas.

Members of the armed forces and police and their immediate family members also have their own network of health facilities and a team of professionals.

In the private sector, the private profit and the private non-profit are distinguished. EPS, private insurers, specialized and non-specialized private clinics, medical and polyclinic centers, medical and dental offices, laboratories, diagnostic imaging services and health facilities of some mining companies are part of the profitable private sector. As informal providers they are providers of traditional medicines: shamans, healers, hosts and midwives, among others. In addition, the private non-profit sector is represented by civil associations such as non-governmental organizations (NGOs), Peruvian Red Cross, Voluntary Fire Companies, some church social organizations (CARITAS,

ADRA), parish health services of the Church Catholic and therapeutic communities, among others where most of them provide first-rate services and often receive financial resources from external donors, internal donors, government and families.

Private insurance and prepaid services provide coverage for just under 2% of the population.

Between 10 and 20% of the population is totally excluded from the health system, although the government has tried, through MINSa and regional governments, to reach the poorest.

The extension of social protection coverage to health is mainly due to the creation of Free School Insurance (SEG) and Maternal and Child Insurance (SMI), unified in the current SIS.

SERVICES OFFERED

In Peru, there are three censuses of health infrastructure and human resources in the health sector (1992, 1996 and 2005). In 2005, 8 055 health units were registered, of which 93% belonged to the public sector, 60% (146) of hospitals, 84% (1 203) of health centers and all health centers the public sector were from MINSa. In the private sector, there were 564 units, of which 37% were hospitals and 63%, health centers (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

ACCESS AND QUALITY

The “National Health Focused Plan” of 2007 regains attention on the oral health needs of the Peruvian population as a health priority on the national health agenda.

To achieve these objectives, the following strategies and interventions were proposed:

- Implement regulation on salt fluoridation for human consumption.
- Expand the supply of dental services across the country, with an emphasis on the 10 poorest regions, using the most economical techniques available (Atraumatic Restoration).
- Incorporate oral health care into the universal health insurance plan.
- Incorporate education in hygiene and oral health in Primary Education.
- Promote healthy practices, nutrition and oral hygiene.
- Implement dental prevention, promotion and recovery measures by AISPED's Integrated Health Care teams for Excluded and Scattered Populations in dispersed areas.
- Strengthening and extension of Atraumatic Restoration Practices (PRAT) in 100% of establishments.

In 2007, the National Oral Health Sanitary Strategy was created, dependent on the General Directorate of People's Health (MINSa) with the objective of managing promotional, preventive, recovery and rehabilitation activities, proposing standards and articulating intra and inter-sectorally.

In Peru, oral diseases were the eighth leading cause of disability in 2016 measured in years lived with disability (ADLs) according to the Institute for Health Measurement and Assessment (En 2018: <http://www.healthdata.org/peru>). In the same year, oral diseases, salivary glands and jaws were the second cause of morbidity treated in the

outpatient clinic of MINSA health units across the country, after acute infections of the upper respiratory tract (In 2018: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/morbilidad/cemacros.asp?00>).

The Essential Health Assurance Plan (PEAS) incorporates some preventive and recurative dental procedures for the care of the most prevalent oral pathologies, such as dental caries and gingivitis. These procedures include: prophylaxis, oral physiotherapy, application of fluoride gel or varnish, application of sealants, inactivation of caries with ionomer, atraumatic restoration, resin restorations, pulpotomy, pulpectomy and tooth extraction. It also includes corrective surgery, physical rehabilitation and psychological support for cases with cleft palate. The Complementary Plan for the Subsidized Regime includes attention to other oral health conditions in addition to those indicated in the PEAS, such as: Changes in tooth eruption, retained root, specified conditions of teeth and their supporting structures, stomatitis.

INTEGRATION AND COORDINATION

In response to the fragmentation and segmentation of the health sector, and with support from MINSA, Congress passed a Universal Health Assurance Law in 2009. The political decision to move towards universal guarantee began in 2002 through a National Agreement signed by representatives of political, religious organizations, society civil and government. Subsequently, this priority was consolidated through the Political Parties in Health Agreement, 2005, and in the 2007 National Plan.

In order to propose the necessary mechanisms to consolidate a national health system and guarantee universal insurance (CETRÁNGOLO et al., 2012)

ELECTRONIC HEALTH RECORDS

At the meeting of the Pan American Health Organization, some participants provided information on the status of adoption in their countries and the presence or absence of regulations to facilitate the use of the Electronic Medical Record. For example, it was reported that in Peru there is a law on RME, where security, data transmission, use of mentioned standards, implementation, confidentiality, to name a few.

Specifically at the levels of adoption, none of the participants provided data on the level of adoption and during the synchronous virtual meeting that took place during the working period, the more than thirty meeting participants highlighted the lack of this information (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2016).

COST CONTAINMENT

Government spending is linked to resources contributed by general taxes, which the Treasury allocates to the health system to subsidize, in whole or in part, its services. However, as the decentralization process progressed, the weight of regional government spending increased. However, there is a smaller gap in terms of human resources in health per 10,000 inhabitants. Thus, while in the group with the highest HDI the proportion of human resources per 10,000 inhabitants is 19.5, in the group with the lowest HDI 17.7.

Finally, it is observed that the health infrastructure (hospitals, health centers and health posts) per 10,000 inhabitants is greater in the departments with the lowest HDI (CETRÁNGOLO et al., 2012).

INNOVATION

As an innovation in the health system of Peru, proposals such as CLAS, SIS, EPS system, SOAT and the new Medicines Law stand out with important regulatory advances. The decentralization process should also be highlighted.

The highest social expectations are established in the implementation of the Universal Insurance Law, although its proper implementation implies levels of public investment that the current government does not seem to be willing to achieve. An extension of the protection coverage under this law that is not accompanied by an increase and a strengthening of the supply risks being perceived as a measure that can finally generate frustration and discontent in the population (LAZO GONZÁLEZ; ALCALDE RABANAL; NIGENDA, 2011; CETRÁNGOLO et al., 2012).

Finally, it is worth mentioning the Support Program for the Poor (JUNTOS), aimed at the most vulnerable population. Its objective is to contribute to poverty reduction and to interrupt the intergenerational transmission of extreme poverty. This program has very important health components. It started in late 2005 in 70 districts, covering 22,299 families. It currently covers 14 departments, 115 provinces and 638 districts and benefits 450 110 poor families.

In Peru, it was not possible to assess the impact of the most recent innovations, among other reasons, because it is a set of partial and fragmented reforms that do not have a defined structure or clear direction.

It is known, however, that maternal and child insurance had a positive impact on access to institutional provision for the poorest segments of the population and that the SIS extended the coverage of the maternal component to the 24 departments of the national territory. Despite the serious issues surrounding these numbers, one of the biggest achievements of the SIS is the increased coverage of care for people with limited resources.

The reform of the financial system promoted by the Ministry of Economy and Finance (MEF) had an important impact on resource management, introducing methodologies for programming, execution and budget monitoring by results, for the so-called strategic programs (Perinatal Maternal and Articulated). In addition, emphasis was placed on decentralization and progress has been made in standardizing management procedures and equipment in healthcare facilities (LAZO GONZÁLEZ; ALCALDE RABANAL; NIGENDA, 2011).

ORAL HEALTH

Oral health in Peru is a serious public health problem, so a comprehensive approach to the problem is needed, applying effective measures to promote and prevent oral health. The poor population, as well as the non-poor, has needs for the treatment of oral diseases, only that the poor population needs to prioritizing, between spending on food and spending on health.

The National Concerted Health Plan (PNCS) identifies health problems in Peru and concerted political initiatives to target efforts and resources to mitigate these damages, including the High Prevalence of Oral Cavity Diseases as one of the 12 main health problems in Peru and the Peruvian state have the national oral health strategy as an answer to this health problem (ZAVALETA; PACHAS; ARANA, 2019).

With MINSA, the National Oral Health Strategy of the General Directorate of People's Health is established; that it is restructured, having among its main functions the management of promotional, preventive, recovery and rehabilitation activities in all stages of life, within the scope of comprehensive health care; normative formulation and proposal, intra and intersectoral articulation and with civil society for the multidisciplinary approach to oral diseases.

In this context, the Intervention Plan for Oral Rehabilitation with Removable Prosthesis in the Elderly 2012-2016 “Back to Smile”, the Health Promotion Module in Oral Hygiene within the scope of the School Health Plan and comprehensive dental care for the population insured by SIS (MINSA,).

HEALTH SERVICES AND COVERAGE

The Universal Health Insurance Act (AUS) enacted in 2009, establishes the mandatory guarantee for every Peruvian citizen and creates new actors with complementary roles; thus, the Health Providing Institutions (IPRESS) and the Health Insurance Fund Management Institutions (IAFAS) are created. The National Health Superintendence (SUSALUD) was also created, which is the institution responsible for protecting the health rights of each citizen, for which it seeks to train citizens, regardless of where they are served or their condition of insurance. SUSALUD has the power to act in all IPRESS as well as in the public, private and mixed IAFAS in the country.

Within the framework of the AUS, the State guarantees a basic package of services contained in the Essential Health Insurance Plan (PEAS). This PEAS covers 65% of the country's illnesses and 80% of the demand for primary health care. Likewise, this plan provides for coverage of high-cost diseases, financed by the Intangible Solidary Health Fund (FISSAL) (ZAVALETA; PACHAS; ARANA, 2019).

In 2012, MINSA, according to the National Health Council, promotes the consolidation of the Sectorial Reform. Through Law No. 30073, the Congress of the Republic delegates to the Executive Branch the power to legislate on health issues and strengthening the health sector. The reorganization of MINSA and the modernization of the National Health System, seeking to strengthen the national administration and improve the provision of quality, continuity and timely services.

School Health Plan: in 2013, the School Health Plan was approved, its objective is to develop a health culture in the school children of educational institutions at the initial and primary level within the scope of the National School Food Program Qali Warma.

It includes comprehensive health assessment (detection, care and treatment) and the promotion of healthy behaviors and environments. It is part of the intersectorial initiative “Learn healthy”, between MINSA, the Ministry of Education (MINEDU) and the Ministry of Development and Social Inclusion (MIDIS). The financing comes from the Comprehensive Health Insurance (SIS).

“Return to Smile” Plan: in 2012, the Oral Rehabilitation Intervention Plan with Removable Prosthesis in the Elderly “Return to Smile” was approved, whose objective is to contribute to improving the quality of life of the elderly in situations of poverty and extreme poverty through oral rehabilitation, recovery of masticatory, phonetic and aesthetic functions of the oral cavity. The financing corresponds to MINSA's Ordinary Resources and donations and transfers to MINSA

Salt fluoridation program: in 1984, MINSA established mandatory salt fluoridation in Peru in order to reduce the incidence of dental caries in the Peruvian population. Since then, instruments have been developed to regulate their implementation and mechanisms for epidemiological surveillance. However, a set of barriers prevented both tasks. Thus, measurements made by independent researchers over time revealed that the concentration of fluoride in human consumption salt was not always found at optimal levels.

Ministry of Health, as the body responsible for health policies in Peru, approved a series of normative documents regarding the guidelines, plans, procedures and techniques used for dental care in response to the needs of the Peruvian population, based on scientific evidence. Some have been updated in recent years as guidelines for clinical practice. The normative documents generated since 2005 are listed below:

Stomatological Clinical Practice Guide. RM No. 453-2005 / MINSA.

Technical Norm "Basic dental care in dispersed excluded populations. RM No. 882-2005 MINSA.

Technical Health Standard for the Use of Odontogram. RM No. 593 - 2006 / MINSA.

Technical Guide: Atraumatic Restoration Practice. R.M. No. 423-2007 / MINSA.

Intervention Plan for Oral Rehabilitation with Removable Prosthesis in Elderly 2012-2016 "Back to Smile". R.M. No. 626-2012 / MINSA.

Practice Guide for the Diagnosis and Treatment of Total Toothless. R.M. No. 027-2015 / MINSA.

Oral Health Intervention Plan 2016. D.S. No. 005-2016-SA 13.

Clinical Practice Guide for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Dental Caries in Girls and Boys. R.M. No. 422-2017 / MINSA.

These guidelines allow the practice of dentistry in public and private services to be regulated for an adequate exercise in the care of the Peruvian population, children, pregnant women and adults (MINISTERIO DE SALUD PERÚ, 2000).



PERU – ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud en Perú se caracteriza por estar fragmentado (sectores público y privado). El subsector público, a su vez, incluye varios subsistemas: el Ministerio de Salud (MINSA), El Seguro Social en Salud (EsSALUD), la Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales y los Gobiernos Regionales.

En 1997, con la introducción de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, se reformó el Instituto Peruano de Seguridad Social, se creó la Seguridad Social en Salud, la cual sería compuesta por dos modalidades: la tradicional, que cambia su nombre a Essalud, y la particular, los proveedores de salud (Entidades Prestadoras de Salud-EPS), que proporciona un plan de beneficios de baja complejidad a través de las redes de establecimientos privados. De manera similar, se creó la Superintendencia de EPS (SEPS) como el organismo de supervisión para este tipo de prestación de servicios (ALCALDE-RABANAL; LAZO -GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

PAPEL DEL GOBIERNO

La misión del gobierno peruano es conducir de manera eficiente e íntegra el Sistema Nacional de Salud Coordinado y Descentralizado, basado en Redes Integradas de Salud, la política de seguro de salud universal así como las políticas y acciones intersectoriales sobre determinantes sociales; en beneficio de la salud y el bienestar de la población. Se proyecta que para 2021 el acceso a la asistencia integral a la salud individual y colectiva de las personas será universal, independientemente de su situación socioeconómica y ubicación geográfica.

Las instituciones del sector de la salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado y eficiente, que ofrezca servicios asequibles y de calidad, que garanticen un plan universal de beneficios de salud a través del seguro universal y un sistema de protección social. Los servicios serán integrales, gratuitos, equitativos y de calidad (MINISTERIO SALUD PERU).

FINANCIAMIENTO

El Seguro Integral de Salud (SIS) se creó en 2002 como un organismo público descentralizado del Ministerio de Salud, con el objetivo de administrar los fondos destinados a la financiación de beneficios individuales para la salud en forma de un subsidio público, a favor de la población que se encuentra en una situación de pobreza y pobreza extrema, reduciendo así las barreras económicas para acceder a los servicios de salud (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

Actualmente, el SIS gestiona dos planes de seguros: subsidiados y semi-contributivos.

Recientemente se creó la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), que supervisa el grupo de organizaciones del sistema con las que comparte responsabilidades importantes en la gestión de las políticas de salud. La segmentación del sistema se hace explícita en los regímenes de financiamiento.

- El Sistema de Impuestos Indirectos (subsidiado) se financia con recursos fiscales, contribuciones de viviendas y donaciones ocasionales de la cooperación intergubernamental. El régimen de impuestos directos se financia mediante contribuciones directas y obligatorias de los empleadores. Consiste en dos modalidades que juntas componen el Sistema de Seguridad Social en Salud: Seguridad Social en Salud (EsSalud) y seguro social

privado, que consiste en organizaciones de intermediación financiera, las EPS y las unidades de salud de los ministerios de Defensa e Interior, financiado por el Estado, con aportes complementarios de sus miembros.

- El plan privado es financiado por los hogares (gastos de bolsillo) mediante el pago directo de honorarios a profesionales o mediante la compra de planes de servicios de seguros privados (compañías de seguros, autoseguros y prepagos). El Seguro Integral de Salud (SIS) es la aseguradora pública. Se crearon entidades similares en EsSalud, la salud de los institutos armados y policiales, que se suman a los múltiples seguros y EPS privadas existentes. Cada entidad está vinculada a un estrato de la población social y a una red para la prestación de servicios propios o contratados (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011; LAZO GONZÁLEZ; ALCALDE RABANAL; NIGENDA, 2011).

Las IAFAS (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento) están legalmente obligadas a ofrecer al menos el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). El PEAS y otros planes complementarios son proporcionados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), todos los cuales tienen una naturaleza legal, capacidad de resolución, costos operativos y calidad de atención diferentes.

En teoría, las IAFAS podrían contratar los servicios de quienes lo compran para ofrecer una mejor atención a sus afiliados, sin embargo, esto ocurre excepcionalmente, a pesar de la firma de varios acuerdos para su operatividad. Lo habitual es que cada segmento social reciba atención exclusivamente en los servicios de salud de las IAFAS a las que están afiliados.

COBERTURA

En el sector público, el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio de pagar una tarifa de recuperación de cantidades variables sujetas a la discreción de las organizaciones y a través del Seguro Integral de Salud (SIS), que subsidia la prestación de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. La prestación de servicios para el régimen subsidiado de población abierta o asegurada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados ubicados en las regiones y en la capital.

Los trabajadores del sector informal, los trabajadores independientes en las zonas rurales (sector agrícola) y los desempleados y sus familias, que representan alrededor del 58% de la población total, son los beneficiarios de los servicios del MINSA.

Los beneficiarios del SIS, alrededor del 18% de la población, provienen principalmente de áreas rurales y urbanas marginales, donde el nivel de pobreza es más alto. Además, el SIS beneficia a mujeres no embarazadas y hombres mayores de 17 años que viven en pobreza y pobreza extrema, tanto en provincias rurales como urbanas, siempre que no estén cubiertos por EsSALUD u otros esquemas de seguridad social.

Líderes de cocinas populares, madres de pequeños beneficiarios del Programa de Alimentos Complementarios se han unido a este seguro. "El Vaso de Leche", madres que trabajan en guarderías públicas (Wawa wasi) y mujeres miembros de los Comités de Administración de Salud Local (comités de gestión)

EsSALUD cubre aproximadamente el 20% de la población, los trabajadores del sector formal, los jubilados y sus familias. Brinda servicios de salud en sus propias instalaciones de salud, ubicadas principalmente en áreas urbanas.

Los miembros de las fuerzas armadas y la policía y sus familiares directos también tienen su propia red de centros de salud y un equipo de profesionales.

En el sector privado, se distinguen las organizaciones lucrativas y las organizaciones sin fines de lucro. Aseguradoras privadas, EPS, clínicas privadas especializadas y no especializadas, centros médicos y policlínicos, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios, servicios de diagnóstico por imágenes e instalaciones de salud de algunas compañías mineras son parte de sector privado.

Como proveedores informales, son proveedores de medicinas tradicionales: chamanes, curanderos, anfitriones y parteras, entre otros. Además, el sector privado sin fines de lucro está representado por asociaciones civiles como organizaciones no gubernamentales (ONG), Cruz Roja Peruana, Compañías Voluntarias de Bomberos, algunas organizaciones sociales de la iglesia (CARITAS, ADRA), servicios parroquiales de salud de la Iglesia Católica y comunidades terapéuticas, entre otros, donde la mayoría de ellos brindan servicios de primer nivel y a menudo reciben recursos financieros de donantes externos, donantes internos, gobierno y familias.

Los seguros privados y los servicios prepagos brindan cobertura para poco menos del 2% de la población.

Entre el 10 y el 20% de la población está totalmente excluida del sistema de salud, aunque el gobierno ha intentado, a través del MINSA y los gobiernos regionales, llegar a los más pobres.

La extensión de la cobertura de protección social a la salud se debe principalmente a la creación del Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), unificados en el SIS actual.

SERVICIO OFRECIDOS

En Perú, existen tres censos de infraestructura y recursos humanos en el sector de la salud (1992, 1996 y 2005). En 2005, se registraron 8 055 unidades de salud, de las cuales 93% pertenecían al sector público, 60% (146) de los hospitales, 84% (1 203) de los centros de salud y todos los centros de salud del sector público eran de MINSA. En el sector privado, habían 564 unidades, de las cuales el 37% eran de hospitales y el 63% centros de salud (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

ACCESO Y CALIDAD

El "Plan Nacional de Salud" de 2007 recupera la atención sobre las necesidades de salud bucal de la población peruana como una prioridad de salud en la agenda nacional de salud.

Para lograr estos objetivos, se propusieron las siguientes estrategias e intervenciones:

- Implementar un reglamento sobre fluoración de sal para consumo humano.
- Expandir la oferta de servicios dentales en todo el país, con énfasis en las 10 regiones más pobres, utilizando las técnicas más económicas disponibles (Restauración Atraumática).
- Incorporar la atención de salud bucal al plan de seguro de salud universal.
- Incorporar educación en higiene y salud bucal en Educación Primaria.
- Promover prácticas saludables, nutrición e higiene bucal.
- Implementar medidas de prevención, promoción y recuperación odontológica por parte de los Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED).

- Fortalecimiento y extensión de las Prácticas de Restauración Atraumática (PRAT) en el 100% de los establecimientos.

En 2007, se creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas (MINSa) con el objetivo de gestionar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, proponiendo estándares y articulando intra e intersectorialmente.

En Perú, las enfermedades bucales fueron la octava causa principal de discapacidad en 2016, medida en años vividos con discapacidad (AVD) según el Instituto de Mediciones y Evaluación de la Salud (en 2018 (<http://www.healthdata.org/peru>)). En el mismo año, las enfermedades bucales, de las glándulas salivales y los maxilares fueron la segunda causa de morbilidad tratada en la clínica ambulatoria de las unidades de salud del MINSa en todo el país, después de infecciones agudas del tracto respiratorio superior. (en 2018: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/morbilidad/cemacros.asp?00>).

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) incorpora algunos procedimientos odontológicos preventivos y de recuperación para el cuidado de las enfermedades bucales más frecuentes, como la caries dental y la gingivitis. Estos procedimientos incluyen: profilaxis, fisioterapia oral, aplicación de gel o barniz de fluoruro, aplicación de sellantes, inactivación de caries con ionómero, restauración atraumática, restauraciones de resina, pulpotomía, pulpectomía y extracción dental. También incluye cirugía correctiva, rehabilitación física y apoyo psicológico para pacientes con paladar hendido. El Plan Complementario para el Régimen Subsidiado incluye atención a otras afecciones bucales además de las indicadas en los PEAS, tales como: Cambios en la erupción dental, raíz dental retenida, condiciones específicas de los dientes y sus estructuras de soporte y estomatitis.

COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN

En respuesta a la fragmentación y segmentación del sector de la salud, y con el apoyo del MINSa, el Congreso aprobó una Ley de Garantía Universal de Salud en 2009. La decisión política de avanzar hacia la garantía universal comenzó en 2002 a través de un Acuerdo Nacional firmado por representantes de organizaciones políticas, religiosas, sociedad civil y gobierno. Posteriormente, esta prioridad se consolidó a través del Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, de 2005, y en el Plan Nacional 2007. Para proponer los mecanismos necesarios para consolidar un sistema nacional de salud y garantizar el seguro universal (CETRÁNGOLO et al., 2012).

REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD

En una reunión de la Organización Panamericana de la Salud, algunos participantes proporcionaron información sobre el estado de la adopción en sus países y la presencia o ausencia de regulaciones para facilitar el uso de la historia clínica electrónica. Por ejemplo, se informó que en Perú existe una ley sobre RME; con relación a esto, se deben tener en cuenta aspectos como la seguridad, la transmisión de datos, el uso de los estándares, la implementación, la confidencialidad, por nombrar algunos.

Específicamente en los niveles de adopción, ninguno de los participantes de la reunión mencionada proporcionó datos sobre el nivel de adopción y durante la reunión virtual sincrónica que tuvo lugar durante el período de trabajo, los más de treinta participantes en la reunión destacaron la falta de esta información (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2016).

CONTENCIÓN DE COSTOS

El gasto del gobierno está vinculado a los recursos aportados por los impuestos generales, que el Tesoro asigna al sistema de salud para subsidiar, total o parcialmente, sus servicios. Sin embargo, a medida que avanzó el proceso de descentralización, aumentó el peso del gasto del gobierno regional. Sin embargo, existe una brecha menor en términos de recursos humanos en salud por cada 10.000 habitantes. Por lo tanto, mientras que en el grupo con el IDH más alto, la proporción de recursos humanos por cada 10.000 habitantes es de 19.5, en el grupo con el IDH más bajo es 17.7.

Finalmente, se observa que la infraestructura de salud (hospitales, centros de salud y puestos de salud) por cada 10.000 habitantes es mayor en los departamentos con el IDH más bajo (CETRÁNGOLO et al., 2012).

INNOVACIÓN

Como innovación en el sistema de salud del Perú, propuestas como CLAS (Comités Locales de Administración en Salud), SIS, EPS, SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) y la nueva Ley de Medicamentos destacan como importantes avances regulatorios. El proceso de descentralización también debe destacarse. Las expectativas sociales más altas se establecen en la implementación de la Ley Universal de Seguros, aunque su implementación adecuada implica niveles de inversión pública que el gobierno actual no parece estar dispuesto a alcanzar.

Una extensión de la cobertura de protección bajo esta ley que no va acompañada de un aumento y un fortalecimiento de la oferta corre el riesgo de ser percibida como una medida que finalmente puede generar frustración y descontento en la población (LAZO GONZÁLEZ; ALCALDE RABANAL; NIGENDA, 2011; CETRÁNGOLO et al., 2012).

Finalmente, vale la pena mencionar el Programa de Apoyo a los Pobres (JUNTOS), dirigido a la población más vulnerable. Su objetivo es contribuir a la reducción de la pobreza e interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema. Este programa tiene componentes de salud muy importantes. Comenzó a fines de 2005 en 70 distritos, cubriendo 22 299 familias. Actualmente cubre 14 departamentos (de un total de 24), 115 provincias y 638 distritos y beneficia a 450 110 familias pobres.

En Perú, no fue posible evaluar el impacto de las innovaciones más recientes, entre otras razones, porque es un conjunto de reformas parciales y fragmentadas que no tienen una estructura definida o una dirección clara.

Sin embargo, se sabe que el seguro materno-infantil tuvo un impacto positivo en el acceso a la provisión institucional para los segmentos más pobres de la población y que el SIS extendió la cobertura del componente materno a los 24 departamentos del territorio nacional. A pesar de los serios problemas que rodean estos números, uno de los mayores logros del SIS es la mayor cobertura de atención para personas con recursos limitados.

La reforma del sistema financiero promovida por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) tuvo un impacto importante en la gestión de recursos, al introducir metodologías para la programación, ejecución y monitoreo del presupuesto por resultados, para los llamados programas estratégicos (Perinatal Materno y Articulado). Además, se hizo hincapié en la descentralización y se avanzó en la estandarización de los procedimientos y equipos de gestión en las unidades de salud (LAZO GONZÁLEZ; ALCALDE RABANAL; NIGENDA, 2011).

SALUD BUCAL

Las enfermedades bucales en el Perú son un grave problema de salud pública, por lo que se necesita un enfoque integral del problema, aplicando medidas efectivas de prevención de la salud y prevención de enfermedades bucales. La población pobre, así como los no pobres, tienen necesidades para el tratamiento de enfermedades bucales;

no obstante, la población pobre se encuentra en la necesidad de priorizar entre el gasto en alimentos y el gasto en salud.

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) identifica problemas de salud en Perú e iniciativas políticas concertadas para focalizar esfuerzos y recursos para mitigar estos daños, incluida la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal como uno de los 12 problemas de salud principales en Perú. Así mismo, el estado peruano tiene la estrategia nacional de salud bucal como respuesta a este problema de salud (ZVALETA; PACHAS; ARANA, 2019).

Con MINSA, se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas, la cual se reestructura, teniendo entre sus funciones principales la gestión de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todas las etapas de la vida, dentro del alcance de la atención integral de la salud; la formulación y propuesta de normativas, articulación intra e intersectorial y con la sociedad civil para el enfoque multidisciplinario de las enfermedades bucales.

En este contexto, el Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en los Ancianos 2012-2016 "Volver a Sonreír", el Módulo de Promoción de la Salud en Higiene Oral dentro del alcance del Plan de Salud Escolar y la atención odontológica integral para la población asegurada por SIS (MINSA).

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD

La Ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), promulgada en 2009, establece la garantía obligatoria para cada ciudadano peruano y crea nuevos actores con roles complementarios; por lo tanto, se crean las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

También se creó la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), que es la institución responsable de proteger los derechos de salud de cada ciudadano, para lo cual busca capacitar a los ciudadanos, independientemente de dónde estén atendidos o su condición de aseguramiento. SUSALUD tiene el poder de actuar en todos los IPRESS, así como en el IAFAS público, privado y mixto en el país.

En el marco de la AUS, el estado garantiza un paquete básico de servicios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Este PEAS cubre el 65% de las enfermedades del país y el 80% de la demanda de atención primaria de salud. Asimismo, este plan contempla la cobertura de enfermedades de alto costo, financiado por el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) (ZVALETA; PACHAS; ARANA, 2019).

En 2012, el MINSA, según el Consejo Nacional de Salud, promueve la consolidación de la Reforma Sectorial. Mediante la Ley N ° 30073, el Congreso de la República delega en el Poder Ejecutivo el poder de legislar sobre cuestiones de salud y fortalecer este sector. Con la reorganización del MINSA y la modernización del Sistema Nacional de Salud, se buscó fortalecer la administración nacional y mejorar la prestación de servicios de calidad, la continuidad y la puntualidad.

Plan de Salud Escolar: en 2013, se aprobó el Plan de Salud Escolar, su objetivo es desarrollar una cultura de salud en escolares de instituciones educativas en el nivel inicial y primario dentro del alcance del Programa Nacional de Alimentos Escolares Qali Warma.

Incluye una evaluación integral de la salud (detección, atención y tratamiento) y la promoción de comportamientos y entornos saludables. Es parte de la iniciativa intersectorial "Aprender sano", entre MINSA, el Ministerio de Educación (MINEDU) y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). El financiamiento proviene del Seguro Integral de Salud (SIS).

Plan “Volver a sonreír”: en 2012 se aprobó el Plan de intervención de rehabilitación oral con prótesis removible en ancianos “Volver a sonreír”, cuyo objetivo es contribuir a la mejora de la calidad de vida de los ancianos en situaciones de pobreza y pobreza extrema a través de rehabilitación oral, recuperación de las funciones masticatorias, fonéticas y estéticas de la cavidad bucal. El financiamiento corresponde a los Recursos Ordinarios de MINSA y donaciones y transferencias a MINSA

Programa de fluoración de la sal: en 1984, el MINSA estableció la obligatoriedad de la fluorización de la sal en el Perú con el fin de reducir la incidencia de caries dental en la población peruana. Desde entonces, se han desarrollado instrumentos para regular su implementación y mecanismos para la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, un conjunto de barreras impidió ambas tareas. Por lo tanto, las mediciones realizadas por investigadores independientes a lo largo del tiempo revelaron que la concentración de fluoruro en la sal de consumo humano no siempre se encontró en niveles óptimos.

El Ministerio de Salud, como el organismo responsable de las políticas de salud en Perú, aprobó una serie de documentos normativos con respecto a las pautas, planes, procedimientos y técnicas utilizados para el cuidado bucal en respuesta a las necesidades de la población peruana, basados en evidencia científica. Algunos se han actualizado en los últimos años, como las pautas para la práctica clínica. Los documentos normativos generados desde 2005 se enumeran a continuación:

Guía de práctica clínica estomatológica. RM No. 453-2005 / MINSA.

Norma técnica “Atención odontológica básica en poblaciones excluidas dispersas. RM N° 882-2005 MINSA.

Norma técnica de salud para el uso de odontograma. RM N ° 593 - 2006 / MINSA.

Guía técnica: Práctica de restauración atraumática. R.M.No 423-2007 / MINSA.

Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removibles en ancianos 2012-2016 "Volver a sonreír". R.M.No 626-2012 / MINSA.

Guía de práctica para el diagnóstico y el tratamiento del Desdentado total. R.M.No 027-2015 / MINSA.

Plan de intervención de Salud Bucal 2016. D.S. 005-2016-SA 13.

Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños. R.M.No 422-2017 / MINSA.

Estas pautas permiten que la práctica de la odontología en los servicios públicos y privados sea regulada para que se de un ejercicio adecuado en la atención de la población peruana, niños, mujeres embarazadas y adultos (MINISTERIO DE SALUD PERÚ, 2000).



PERU – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O Sistema Nacional de Saúde no Peru caracteriza-se por ser fragmentado (setor público e setor privado). O subsector público, por sua vez, inclui vários subsistemas: o Ministério de Saúde (MINSA), O Seguro Social (ESSALUD), a Saúde das Forças Armadas e Policiais e os Governos Regionais.

Em 1997, com a introdução da Lei de Modernização da Segurança Social em Saúde, o Instituto Peruano de Seguridade Social foi reformado e criada a Segurança Social em Saúde. Seria composta por duas modalidades: o tradicional, que muda de nome para Essalud, e o particular, provedores de saúde (EPS), que fornece plano de benefícios de baixa complexidade através das redes de estabelecimentos privados da mesma forma, a Superintendência foi criada EPS (SEPS) como órgão supervisor dessa modalidade de prestação de serviços (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

PAPEL DO GOVERNO

O governo peruano tem como missão conduzir com eficiência e integridade o Sistema Nacional de Saúde Coordenado e Descentralizado, baseado em Redes Integradas de Saúde, a política de seguro universal de saúde e políticas e ações intersetoriais sobre determinantes sociais; para o benefício da saúde e bem-estar da população. Eles acreditam que em 2021 o acesso à assistência e assistência integral à saúde individual e coletiva das pessoas seja universal, independentemente de seu status socioeconômico e localização geográfica.

As instituições do setor Saúde serão articuladas para alcançar um sistema de saúde fortalecido, integrado e eficiente, que ofereça serviços acessíveis e de qualidade, o que garante um plano universal de benefícios à saúde por meio de seguro universal e sistema de proteção social. Os serviços serão abrangentes, gratuitos, equitativos e de qualidade (MINISTERIO SALUD PERU).

FINANCIAMENTO

O Seguro Integral de Saúde (SIS) foi criado em 2002 como Organismo Público Descentralizado do Ministério da Saúde, com o objetivo de administrar os fundos destinados ao financiamento de benefícios individuais para a saúde, sob a forma de subsídio público, a favor da população que está em situação de pobreza e pobreza extrema, reduzindo assim as barreiras econômicas do acesso aos serviços de saúde (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

Atualmente, o SIS administra dois regimes de seguro: o subsidiado e o semi-contributivo.

Recentemente, criou a Superintendência de Saúde (Susalud), entidade supervisora do conjunto de organizações do sistema com quem compartilha responsabilidades importantes na gestão de políticas de saúde. A segmentação do sistema é explicitada nos regimes de financiamento

- O Sistema Tributário Indireto (subsidiado) é financiado com recursos fiscais, contribuição de residências e doações ocasionais cooperação intergovernamental. O regime de tributação direta é financiado por contribuições diretas e obrigatórias dos empregadores. É composto por duas modalidades, que juntas compõem o Sistema de Seguridade Social em Saúde: Seguridade Social de Saúde (Essalud) e seguro social privado, consti-

tuído por organizações intermediação financeira, os credores de saúde (EPS) e as unidades de saúde dos ministérios da Defesa e Interior, financiado pelo Estado, com a contribuição complementares de seus membros.

- O regime privado é financiado pelas famílias (despesas de bolso) mediante pagamento direto de honorários profissionais ou adquirindo planos de serviços de seguros privados (empresas de seguros, autosseguros e pré-pagos). O Seguro Integral de Saúde (SIS) é a seguradora pública. Eles criaram entidades similares em Essalud, as sanidades dos institutos armados e policiais, que se somam aos múltiplos seguros EPS privado e existente. Cada entidade está vinculada a um estrato da população social e uma rede de prestação de serviços próprio ou contratado (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011; LAZO GONZÁLEZ; ALCALDE RABANAL; NIGENDA, 2011).

As LAFAS são legalmente obrigadas a oferecer pelo menos o Plano Cuidados Essenciais de Saúde (PEAS). PEAS e outros planos Complementares são fornecidos pelas instituições de crédito de serviços de saúde (Ipress), todos de natureza jurídica diferente, capacidade de resolução, custos operacionais e qualidade do atendimento. Em teoria, a lafas poderia contratar os serviços daqueles que comprem ofereça melhor atenção aos seus afiliados, no entanto, isso acontece excepcionalmente, apesar da assinatura de vários acordos por sua operacionalidade. O habitual é que cada segmento social receba atenção exclusivamente nos serviços de saúde LAFAS que se afiliaram.

COBERTURA

No setor público, o governo oferece serviços de saúde à população não segurada em troca do pagamento de uma taxa de recuperação de valores variáveis sujeitos ao critério das organizações e por meio do Seguro Integral de Saúde (SIS), que subsidia a provisão serviços à população que vive em condições de pobreza e extrema pobreza. A prestação de serviços para o regime subsidiado de população aberta ou segurada ao SIS é realizada por meio da rede de estabelecimentos do Ministério da Saúde (MINSa), hospitais e institutos especializados localizados nas regiões e na capital.

Trabalhadores do setor informal, trabalhadores independentes das áreas rurais (setor agrícola) e desempregados e suas famílias, que representam cerca de 58% da população total, são os beneficiários dos serviços do MINSa

Os beneficiários do SIS, cerca de 18% da população, provêm principalmente de áreas urbanas rurais e marginais, onde o nível de pobreza é maior. Além disso, o SIS beneficia mulheres e homens não grávidas com mais de 17 anos que vivem em situação de extrema pobreza e pobreza, tanto nas províncias rurais quanto nas urbanas, desde que não sejam cobertas pelo EsSALUD ou por outros regimes de seguridade social. Líderes de cozinhas populares, mães de beneficiários menores do Programa de Alimentação Suplementar aderiram a este seguro. "El Vaso de Leche", mães que trabalham em creches públicas (Wawa wasi), mulheres membros dos Comitês Locais de Administração de Saúde (comitês de gestão) e sapatos de botas. O EsSALUD cobre aproximadamente 20% da população, trabalhadores do setor formal, aposentados e suas famílias. Presta serviços de saúde em suas próprias unidades de saúde, localizadas principalmente em áreas urbanas.

Os membros das forças armadas e policiais e seus familiares diretos também têm sua própria rede de unidades de saúde e uma equipe de profissionais.

No setor privado, o privado lucrativo e o privado sem fins lucrativos são distinguidos. O EPS, as seguradoras privadas, as clínicas privadas especializadas e não especializadas, os centros médico e policlínico, os consultórios médicos e odontológicos, os laboratórios, os serviços de diagnóstico por imagem e os estabelecimentos de saúde de algumas empresas de mineração fazem parte do lucrativo setor privado. Como provedores informais são provedores de medicamentos tradicionais: xamãs, curandeiros, anfitriões e parteiras, entre outros. Além disso, o setor privado

sem fins lucrativos é representado por associações civis como organizações não governamentais (ONGs), Cruz Vermelha Peruana, Empresas de Bombeiros Voluntários, organizações de ação social de alguns igrejas (CARITAS, ADRA), serviços de saúde paroquiais da Igreja Católica e comunidades terapêuticas, entre outros onde a maioria deles presta serviços de primeiro nível e freqüentemente recebe recursos financeiros de doadores externos, doadores internos, governo e famílias.

Os seguros privados e os serviços pré-pagos oferecem cobertura para pouco menos de 2% da população.

Entre 10 e 20% da população é totalmente excluída do sistema de saúde, apesar de o governo ter tentado, através do MINSa e dos governos regionais, alcançar os mais pobres.

A extensão da cobertura de proteção social à saúde deve-se principalmente à criação de Seguro Escolar Gratuito (SEG) e Seguro Materna e Infantil (SMI), unificado no atual SIS.

SERVIÇOS OFERTADOS

No Peru, existem três censos de infraestrutura de saúde e recursos humanos no setor de saúde (1992, 1996 e 2005). Em 2005, foram registradas 8 055 unidades de saúde, das quais 93% pertenciam ao setor público, 60% (146) dos hospitais, 84% (1 203) dos centros de saúde e todos os postos de saúde do setor público eram do MINSa. No setor privado, havia 564 unidades, das quais 37% eram hospitais e 63%, centros de saúde (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

ACESSO E QUALIDADE

O “Plano Nacional Focado na Saúde” do ano de 2007 recupera na agenda nacional de saúde a atenção para as necessidades de saúde bucal da população peruana como prioridade sanitária.

Para atingir esses objetivos, foram propostas as seguintes estratégias e intervenções:

- Implementar regulação sobre fluoretação de sal para consumo humano.
- Expandir a oferta de serviços dentários em todo o país, com ênfase nas 10 regiões mais pobres, utilizando as técnicas mais econômicas disponíveis (Restauração Atraumática).
- Incorporar cuidados de saúde bucal no plano de seguro de saúde universal.
- Incorporar educação em higiene e saúde bucal no Ensino Primário.
- Promover práticas saudáveis, nutrição e higiene bucal.
- Implementar medidas de prevenção, promoção e recuperação odontológicas pelas equipes de Atenção Integral de Saúde de Populações Excluídas e Dispersas AISPED em áreas dispersas.
- Fortalecimento e extensão de Práticas de Restauração Atraumática (PRAT) em 100% dos estabelecimentos.

Em 2007 foi criada a Estratégia Nacional Sanitária de Saúde Bucal, dependente da Direção Geral da Saúde do Povo (MINSa) com o objetivo de gerenciar atividades promocionais, preventivas, de recuperação e reabilitação, propondo normas e articulando intra e intersectorialmente.

No Peru, doenças bucais eram a oitava principal causa de incapacidade em 2016 medido em anos vividos com incapacidade (AVDs) segundo o Instituto de Medidas e Avaliação de Saúde (En 2018: <http://www.healthdata.org/peru>). No mesmo ano, doenças bucais, glândulas salivares e maxilares foram a segunda causa de morbidade tratada no ambulatório das unidades de saúde do MINSA em todo o país, após infecções agudas do trato respiratório superior (Em 2018: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/morbilidad/cemacros.asp?00>).

O Plano Essencial de Asseguramento em Saúde (PEAS) incorpora alguns procedimentos dentários preventivos e recuperativos para o cuidado das patologias orais mais prevalentes, como cáries dentárias e gengivite. Estes procedimentos incluem: profilaxia, fisioterapia oral, aplicação de gel ou verniz de flúor, aplicação de selantes, inativação de cáries com ionômero, restauração atraumática, restaurações de resina, pulpotomia, pulpectomia e extração dentária. Também inclui cirurgia corretiva, reabilitação física e apoio psicológico para casos com fissura palatina. O Plano Complementar do Regime Subsidiado inclui atenção para outras condições de saúde bucal adicionais às indicadas no PEAS como são o caso de: Alterações na erupção dentária, raiz radicular retido, condições especificadas dos dentes e suas estruturas de suporte, estomatite.

COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO

Em resposta à fragmentação e segmentação do setor da saúde, e com apoio do MINSA, o Congresso aprovou em 2009 uma Lei de Asseguramento Universal em Saúde. A decisão política de avançar em direção à garantia universal começou em 2002 através de um Acordo Nacional assinado por representantes de organizações políticas, religiosas, da sociedade civil e governo. Posteriormente, essa prioridade foi consolidada através do Acordo de Partidos Políticos em Saúde, de 2005, e no Plano Nacional de 2007. A fim de propor os mecanismos necessários para consolidar um sistema saúde nacional e garantia de seguro universal (CETRÁNGOLO et al., 2012).

REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

Na reunião da Organização Panamericana de Saúde, alguns participantes forneceram informações sobre o status da adoção em seus países e a presença ou ausência de regulamentos para facilitar o uso do Registro Médicos Eletrônicos. Por exemplo, foi relatado que no Peru existe uma lei sobre RME, onde segurança, transmissão de dados, uso de padrões mencionados, implementação, confidencialidade, para citar alguns.

Especificamente nos níveis de adoção, nenhum dos participantes forneceu dados sobre nível de adoção e durante a reunião virtual síncrona que ocorreu durante o período de trabalho, os mais de trinta participantes da reunião destacaram a falta desta informação (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2016).

CONTENÇÃO DE CUSTOS

Os gastos do governo estão vinculados aos recursos contribuídos pelos impostos geral, que o Tesouro atribui ao sistema de saúde para subsidiar, total ou parcialmente, seus serviços. No entanto, com o progresso do processo de descentralização aumentou o peso dos gastos do governo regional. Contudo, existe uma lacuna menor em termos de recursos humanos em saúde a cada 10 mil habitantes. Assim, enquanto no grupo com IDH mais alto a proporção recursos humanos a cada 10 mil habitantes é de 19,5, no grupo de menor IDH é 17,7. Por fim, observa-se que a infraestrutura de saúde (hospitais, centros de saúde e postos de saúde) a cada 10 mil habitantes é maior no departamentos com menor IDH (CETRÁNGOLO et al., 2012).

INOVAÇÃO

Como inovação, no sistema de saúde do Peru, destacam-se propostas como o CLAS, o SIS, o sistema EPS, o SOAT e a nova Lei de Medicamentos com importantes avanços regulatórios. O processo de descentralização também deve ser destacado. As maiores expectativas sociais são estabelecidas na implementação da Lei Universal de Seguros, embora sua execução adequada implique níveis de investimento público que o atual governo parece não estar disposto a alcançar. Uma extensão da cobertura de proteção sob esta lei que não é acompanhada por um aumento e um fortalecimento da oferta corre o risco de ser percebida como uma medida que pode finalmente gerar frustração e descontentamento na população (LAZO GONZÁLEZ; ALCALDE RABANAL; NIGENDA, 2011; CETRÁNGOLO et al., 2012).

Por fim, vale mencionar o Programa de Apoio aos Pobres (JUNTOS), destinado à população mais vulnerável. Seu objetivo é contribuir para a redução da pobreza e interromper a transmissão intergeracional da pobreza extrema. Este programa possui componentes de saúde muito importantes. Começou no final de 2005 em 70 distritos, com uma cobertura de 22.299 famílias. Atualmente, abrange 14 departamentos, 115 províncias e 638 distritos e beneficia 450 110 famílias pobres.

No Peru, não foi possível avaliar o impacto das inovações mais recentes, entre outras razões, porque é um conjunto de reformas parciais e fragmentadas que não possuem uma estrutura definida ou uma orientação clara.

Sabe-se, no entanto, que o seguro materno-infantil teve um impacto positivo no acesso à prestação institucional dos segmentos mais pobres da população e que o SIS estendeu a cobertura do componente materno aos 24 departamentos do território nacional. Apesar das sérias questões em torno desses números, uma das maiores realizações do SIS é o aumento da cobertura de atendimento a pessoas com recursos limitados.

A reforma do sistema financeiro promovida pelo Ministério da Economia e Finanças (MEF) teve um impacto importante na gestão de recursos, introduzindo metodologias para programação, execução e monitoramento orçamentário por resultados, para os chamados programas estratégicos (Perinatal Maternal e Articulado). Além disso, foi dada ênfase à descentralização e foram feitos avanços na padronização dos procedimentos de gerenciamento e nos equipamentos das unidades de saúde (LAZO GONZÁLEZ; ALCALDE RABANAL; NIGENDA, 2011).

SAÚDE BUCAL

A saúde bucal no Peru constitui um grave problema de saúde pública, portanto é necessária uma abordagem abrangente do problema, aplicando medidas efetivas para promover e prevenir a saúde bucal. A população pobre, assim como os não pobres, apresenta necessidades para o tratamento de doenças bucais, apenas que a população pobre precisa encontrar-se na necessidade de priorizar, entre gastos com alimentação e gastos com saúde.

O Plano Nacional de Saúde Concertada (PNCS) identifica problemas de saúde no Peru e iniciativas políticas concertadas para direcionar esforços e recursos para mitigar esses danos, incluindo a Alta Prevalência de Doenças da Cavidade Oral como uma das 12 principais problemas de saúde no Peru e no estado peruano têm a estratégia nacional de saúde bucal como resposta a esse problema de saúde (ZAVALETA; PACHAS; ARANA, 2019).

Com MINSA, é estabelecida a Estratégia Nacional de Saúde em Saúde Oral da Direção Geral de Saúde das Pessoas; que é reestruturado, tendo entre suas principais funções o gerenciamento de atividades promocionais, preventivas, de recuperação e reabilitação em todas as etapas da vida, no âmbito da atenção integral à saúde; formulação e proposta normativa, articulação intra e intersetorial e com a sociedade civil para a abordagem multidisciplinar das doenças bucais.

Nesse contexto, o Plano de Intervenção para Reabilitação Oral com Prótese Removível no Idoso 2012-2016 “Back to Smile”, o Módulo de Promoção à Saúde em Higiene Oral no âmbito do Plano de Saúde Escolar e atendimento odontológico abrangente à população segurada pelo SIS (MINSAs).

SERVIÇOS E COBERTURA DE SAÚDE

A Lei de Asseguramento Universal em Saúde (AUS) promulgada no ano de 2009, institui a garantia obrigatória de todo cidadão peruano e cria novos atores com papéis complementares; assim, se criam as Instituições Prestadoras de Saúde (IPRESS) e as Instituições Administradoras de Fundos de Asseguramento em Saúde (IAFAS). Também foi criada a Superintendência Nacional de Saúde (SUSALUD), que é a instituição responsável pela proteção dos direitos de saúde de cada cidadão, para o qual ele procura capacitar o cidadão, independentemente de onde seja servido ou sua condição de asseguramento. SUSALUD tem o poder de agir em todos IPRESS bem como nas IAFAS, públicas, privadas e mistas do país.

No marco do AUS o Estado garante um pacote básico de serviços contidos no Plano Essencial de Asseguramento de Saúde (PEAS). Este PEAS cobre 65% das enfermidades do país e 80% da demanda de Atenção Primária em saúde. Do mesmo modo, este plano prevê a cobertura de doenças de alto custo, financiadas pelo Fundo Intangível Solidário de Saúde (FISSAL) (ZAVALETA; PACHAS; ARANA, 2019).

Em 2012, o MINSAs de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, promove a consolidação da Reforma Setorial. Através da Lei n.º 30073, o Congresso da República delega ao Poder Executivo o poder de legislar sobre questões de saúde e fortalecimento do setor de saúde. A reorganização do MINSAs e a modernização do Sistema Nacional de Saúde, buscando fortalecer a administração nacional e melhorar o fornecimento de serviços de qualidade, continuidade e oportunos.

Plano de Saúde Escolar: em 2013 foi aprovado o Plano de Saúde Escolar, seu objetivo é desenvolver uma cultura de saúde nas crianças da escola das instituições educacionais do nível inicial e primário do escopo do Programa Nacional de Alimentação Escolar Qali Warma.

Inclui a avaliação integral da saúde (detecção, cuidados e tratamento) e a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis. Faz parte da iniciativa intersectorial “Aprenda saudável”, entre o MINSAs, o Ministério de Educação (MINEDU) e o Ministério de Desenvolvimento e Inclusão Social (MIDIS). O financiamento vem do Seguro Integral de Saúde (SIS).

Plano “Volte a Sorrir”: em 2012 foi aprovado o Plano de Intervenção de Reabilitação Oral com Prótese Removível no Idoso “Volte a Sorrir” cujo objetivo é contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos em situação de pobreza e pobreza extrema através da reabilitação oral, recuperação da função mastigatória, fonética e estética da cavidade bucal. O financiamento corresponde aos Recursos Ordinários do MINSAs e às doações e transferências para o MINSAs.

Programa de fluoretação do sal: em 1984 o MINSAs estabeleceu a obrigatoriedade da fluoretação do sal no Peru a fim de reduzir a incidência de cárie dentária na população peruana. Desde então, foram desenvolvidos instrumentos para regular sua implementação e mecanismos de vigilância epidemiológica. No entanto, um conjunto de barreiras impediu ambas as tarefas. Assim, as medidas feitas por pesquisadores independentes ao longo do tempo revelaram que a concentração de flúor no sal de consumo humano nem sempre foi encontrada em níveis ótimos.

Plano de Intervenção para a reabilitação oral com Próteses Removíveis em Idosos 2012-2016 “Voltar a Sorrir”. R.M. N° 626-2012/MINSA.

Guia de Prática para o Diagnóstico e Tratamento do Desdentado Total. R.M. N° 027-2015/MINSA.

Plano de Intervenção de Saúde Bucal 2016. D.S. N° 005-2016-SA 13.

Guia de Prática Clínica para a Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Cáries Dental em Meninas e Meninos. R.M. N° 422-2017/ MINSA.

Essas diretrizes permitem que a prática da odontologia em serviços públicos e privados seja regulada para um exercício adequado no cuidado da população peruana, crianças, mulheres grávidas e adultos (MINISTERIO DE SALUD PERU, 2000).

Ministério da Saúde, como órgão responsável pelas políticas de saúde no Peru, aprovou uma série de documentos normativos em relação às diretrizes, planos, procedimentos e técnicas utilizadas para atendimento odontológico em resposta às necessidades da população peruana, com base em evidências científicas. Alguns foram atualizados nos últimos anos, como diretrizes de prática clínica. Os documentos normativos gerados desde 2005 estão listados a seguir:

Guia de Prática Clínica Estomatológica. RM N° 453-2005/MINSA.

Norma Técnica “Atenções odontológicas básicas em populações excluídas dispersas. RM N° 882-2005 MINSA.

Norma Técnica de Saúde para o Uso do Odontograma. RM N° 593 - 2006/MINSA.

Guia Técnica: Práctica de Restauração Atraumática. R.M. N°423-2007/MINSA.



ALCALDE-RABANAL, J. E.; LAZO-GONZÁLEZ, O.; NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. Salud Publica de Mexico, v. 53, n. SUPPL. 2, p. 243–254, 2011.

CETRÁNGOLO, O.; BERTRANOU, F.; CASANOVA, L.; CASALÍ, P. EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. [s.l: s.n.]

LAZO GONZÁLEZ, O.; ALCALDE RABANAL, J. E.; NIGENDA, G. El sistema de salud en Perú. Salud Publica de Mexico, v. 53, n. 2, p. 243–254, 2011.

MINISTERIO DE SALUD PERU. Programa Nacional de Salud Bucal - Peru, 2000. .

MINISTERIO SALUD PERU. Ministerio Salud Peru - Que hacemos. Disponible em: <<https://www.gob.pe/739-ministerio-de-salud-que-hacemos>>.

MINSA. Minsa Peru - Salud Bucal. Disponible em: <https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Registros Médicos Electrónicos en América Latina y el Caribe. [s.l: s.n.]

ZAVALETA, C. G.; PACHAS, F. de M.; ARANA, A. S. Developing a team to improve oral health: The National Health System in Peru. [s.l: s.n.]





por Amanda Iida Giraldes

DOMINICAN REPUBLIC—ENGLISH

HEALTH SYSTEM

The health system in the Dominican Republic has a public and a private sector. The public sector comprises the Ministry of Public Health and Social Security, the National Health Council, the Social Security Treasury and the National Health Insurance Program (which is the main public insurer).

The private sector comprises health risk managers, private health service providers and non-governmental organizations.

General Health Law No. 42 approved in 2001 separated the functions of service provision, management and financing. The nine regional health services are public health service providers for the population, articulated in networks by levels of complexity with the capacity to offer, at least, the care as indicated in the Basic Health Plan in a cost-effective manner (PRESIDENCIA REPUBLICA DOMINICANA,). The Dominican Republic's health and social security system has won over the past seven years through the creation and strategies to ensure health for all.

The First Level Service Centers (CPNs) are focal points where there is a guarantee of quality health services in the community, for prevention, promotion and early detection of diseases.

The commissioning of the CPN is part of the strategy to strengthen the first level of care, as a gateway for all citizens to health services. In it, the patient accesses a closer service, avoids long lines in hospitals and will be treated and medicated immediately. If the patient needs to be taken to the hospital, he will be referred by the First Level Primary Care Center (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012).

The removal process is carried out according to the standards established by the Ministry of Public Health (MSP) and the Pan American Health Organization (PAHO).

GOVERNMENT ROLE

The Dominican Republic has programs and plans related to health, essential drugs, intellectual property, as well as science, innovation and technology.

Among the lines of action of the National Development Strategy for 2030, which seeks the objective of “Ensuring access to quality medicines to the entire population, promoting their rational use and prioritizing the availability of multi-source (generic) medicines in the national market”.

In turn, the National Intellectual Property Strategy is the product of a pilot plan within the scope of the WIPO Development Agenda Project, which aims to integrate Intellectual Property into public policies (DELGADO; SILVA; DE RODRIGUEZ, 2019).

FINANCING

The MSP is financed with government resources from general taxes, which cover the care offered to the uninsured population through its own network of providers. This network is also financed by the so-called recovery fees that users pay after receiving care.

Article 21, on “Organization of the system” of the Social Security Law, attributes to TSS the functions of “collection, distribution and payment of the financial resources of the SDSS”. These functions have been exercised in accordance with Law 87-01 since the beginning of social security in 2001. Contributions to this subsystem come from public and private workers and employers in the tax system and from state resources from taxes in the subsidized regime. The TSS distributes per capita to the ARS and they, in turn, enter into agreements with the system's health service providers for payment for the provision of services to their affiliates. In the case of the ARS - SENASA public, two payment methods are used, one for capturing the first level of service and the other for services provided at the other levels (RATHE; MOLINÉ, 2011).

Private services are financed with direct payments, mainly and with insurance premiums, although SENASA also uses private non-profit providers.

COVERAGE

Until recently, most of the population was theoretically covered by an open public system financed by general taxes. However, the deficiencies of this system have encouraged the growth of the private sector financed by voluntary reimbursement insurance and voluntary prepaid plans.

In 2001, it was created by a set of laws, two fundamental legal tools: the General Health Law and the law that creates the Dominican Social Security System (SDSS). Both regulations establish a complex system of institutions of a public, private and non-profit nature, specializing in specific functions (RATHE; MOLINÉ, 2011).

In terms of coverage, at the end of 2009, 34% of the population was affiliated with the new social security system. Of this total, 61% were affiliated with the contributory scheme and 39% with the subsidized scheme. All of these people are affiliated with a health risk manager (ARS) who receives per capita from the Social Security Treasury (TSS) for each of them. The tax system user can choose between the private providers offered by the ARS of their choice. The user of the subsidized regime can only be affiliated with the public ARS, called National Health Insurance (SENASA), and uses the services of the public supply network or specialized private non-profit hospitals. When there are no services in the public sector, SENASA pays for them in the private sector. These users have a preference when using hospitals and public clinics, as their waiting list is shorter and they have access to medicines.

54% of the total population still does not have health coverage and, therefore, remains in the old system, that is, it is served in the integrated public provision network administered by the Ministry of Public Health (MSP) or paid with money from your pocket to suppliers of the private sector.

Article 3 of Law 42-01 establishes the right to health of all Dominicans and foreigners who have established their residence in the national territory. Likewise, the Universality principle of Law 87-01 states that the SDSS “will protect all Dominicans and residents in the country, without discrimination based on health, sex, social, political or economic status”.

Currently, the SDSS Family Health Insurance (SFS) has two financing schemes with their corresponding beneficiaries:

- Tax regime: It includes public and private wage workers and employers. It is financed with contributions from workers and employers, including the state as an employer.
- Subsidized regime: It includes independent workers with unstable income and less than the national minimum wage, as well as unemployed, disabled and needy people. It is financed with state resources.

Most of the insured with the ability to pay go to private establishments and the poorest to public services, where they sometimes need to cover fixed and variable moderation fees.

SERVICES OFFERED

FSS benefits are guaranteed through the Basic Basic Health Plan (PBS), which includes services such as: disease promotion and prevention, emergencies and home services, complex hospital and hospital services, diagnostic tests, dental care, physical therapy and rehabilitation, prosthetics, devices and care for people with disabilities (RATHE; MOLIN, 2011).

ACCESS AND QUALITY

Access to quality medicines to more than 3.5 million Dominicans through 550 quality pharmacies. Through the Ministry of Health's High Cost Fund, in 2019 alone, 23,500 beneficiaries received coverage for diseases (PRESIDENCIA REPUBLICA DOMINICANA,).

77% OF DOMINICANS HAVE FAMILY HEALTH INSURANCE

SeNaSa is the largest insurance company in the country, with 4.9 million members:

3,725,457 people affiliated with the state's ARS SeNaSa under the subsidized regime.

1,121,801 members of the Tax Regime.

118,465 children aged 0 to 5 years.

42,702 UASD students.

50,000 domestic workers and their dependents.

212,383 military, police and their families.

63,491 retired police, military and health professionals.

INTEGRATION AND COORDINATION

After the creation by the SDSS Family Health Insurance (SFS) regarding coverage from financing from the tax and subsidized regime, there was a greater integration of citizens in access to health.

In addition, they created Senasa Larimar to ensure quality health care for independent workers, Dominicans who live abroad and return to the country, and for those who continue to live abroad and want to protect their families in the country.

ELECTRONIC HEALTH RECORDS

The RIESS is called the National Health Service Information and Statistics Repository, it is an open and centralized online access space, where information obtained from the National Health Service (SNS) is stored and organized,

allowing the development of research and institutional analysis, in order to promote scientific and technical work and the review of health and management results for its scope.

The repository is a subportal promoted by the NHS to show general indicators of establishments and regions of direct health, economic studies derived from the analysis of financing for the provision of health goods and services in the unique network of the NHS.

COST CONTAINMENT

According to the economic indicators on health for the year 2008, public expenditure on health per capita was US \$ 104.40, which was 33.9% of total health expenditure (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012).

Despite being reduced by the increase in affiliation to private insurance programs, the population's direct expenditure remained high.

In 2012, the World Bank estimated an expenditure of 2.76% of GDP on health, a number still below the world average, which is around 6% (World Bank).

INNOVATION

The most recent innovation in the Dominican health system was the definition of a modern legal framework in the region and the implementation of the SDSS. The legal framework approved in 2001 replaced the old and anachronistic Health Code in force, considering all contemporary elements of modern health legislation in the health sector, as well as in the general management of the system, emphasizing the separation of the functions of the rectory, financing, articulation and provision of services, as well as the need to develop management and information systems.

In relation to social security, he defined a complete and coherent model within the scope of the systemic paradigm used, which contains three affiliation regimes that cover the population universe, a single health service plan, a single collection office, the Health Superintendence and Occupational Risks, an information and defense office for affiliates, public and private risk managers, among which the contributory regime affiliate has the right to choose and a health risk insurer for subsidized, subsidized and public regimes. In the same way, a government council composed of the main actors of the system was established (RATHE; MOLINÉ, 2011).

ORAL HEALTH

In terms of legislation, oral health is part of the recent health reform of comprehensive health services and the structuring of a national network of dental services that covers primary and specialized care. Nowadays, in the public sector all dental specialties are offered and a negotiation process has been opened with insurance companies to provide coverage to members of the insurance network in the country. As a result of the division of the Dominican health system today, there are two structures: the first is the Ministry of Health for Policies and the second is the National Health Service for the application and quality of services.

The programs that result from this division are being reorganized between the rectory and the services between them, we have the school prevention and intervention program, the oral cancer detection program and its prevention, and a national study of the real health situation is being organized. health and the elaboration of norms and

protocols of health care in addition to the active qualification of centers, promotion and prevention of care for the elderly, a protocol for elaborating the use of fluorides for both the private and public sectors, a guide for health promoters in dentistry (NUNEZ, 2019).

The public network increased the portfolio of services for Primary Care, standardized all dentists and assistants within the national network, tripled the number of services per year, centers decentralized the creation of self-management, and created incentives that keep dentists integrated under constant supervision.

In the Dominican Republic, we are moving forward with a new image and a new vision of dentistry for the benefit of our patients and our professionals.

The national dental service is connected and integrated into networks, these centers across the country are under an integrated platform that includes all specialties from all branches of health.

The national network for combating oral cancer was formed in each institution where all colleagues in the national network were trained, reminding them of how to help patients who come to collaborate and help each other identify a pathology and refer it to the collection center was recently opened at the National Cancer Institute in the city of Santo Domingo.

In the field of school dentistry, the records and preventive functions of oral education can be adopted in relation to preventive education services (NUNEZ, 2019).

HEALTH SERVICES AND COVERAGE

Primary care (NUNEZ, 2019):

- Dental consultations
- Health Promotion (Oral Hygiene Instruction) Prophylaxis
- Topical application of fluoride
- Crack and fissure sealants
- Permanent and primary dental extractions Emergency
- Dental operations
- Cosmetic dentistry
- Partial Prosthesis
- Prostheses
- Fixed prosthesis
- Endodontic treatment of anterior and posterior teeth.



REPÚBLICA DOMINICANA - ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud en la República Dominicana tiene un sector público y otro privado. El sector público está formado por el Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social, el Consejo Nacional de Salud, el Tesoro de la Seguridad Social y el Programa de Seguro Nacional de Salud (que es la principal aseguradora pública).

El sector privado comprende administradoras de riesgos en salud, proveedores de servicios de salud privados y organizaciones no gubernamentales.

La Ley General de Salud No. 42, aprobada en 2001, separó las funciones de prestación de servicios, gestión y financiación. Los nueve servicios regionales de salud son proveedores de servicios de salud pública para la población, articulados en redes por niveles de complejidad con la capacidad de ofrecer, al menos, la atención indicada en el Plan Básico de Salud de manera costo-efectiva. El sistema de salud y seguridad social de la República Dominicana obtuvo conquistas en los últimos siete años a través de la creación de estrategias para garantizar la salud para todos (PRESIDENCIA REPUBLICA DOMINICANA,).

Los Centros de Primer Nivel de Atención de Salud (CPN) son puntos focales donde se garantizan servicios de salud comunitarios de calidad para la prevención, promoción y detección temprana de enfermedades. La puesta en marcha de los CPN es parte de la estrategia para fortalecer el primer nivel de atención, como una puerta de entrada para todos los ciudadanos a los servicios de salud. En estos centros, el paciente accede a un servicio más cercano, evita largas filas en los hospitales y es tratado y medicado de inmediato. Si el paciente necesita ser llevado a un hospital, será derivado por el CPN (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012).

PAPEL DEL GOBIERNO

La República Dominicana tiene programas y planes relacionados con la salud, medicamentos esenciales, propiedad intelectual, así como ciencia, innovación y tecnología. Entre las líneas de acción de la Estrategia Nacional de Desarrollo para 2030, que busca el objetivo de "Garantizar el acceso a medicamentos de calidad para toda la población, promover su uso racional y priorizar la disponibilidad de medicamentos de múltiples fuentes (genéricos) en el mercado nacional".

Por su parte, la Estrategia Nacional de Propiedad Intelectual es el producto de un plan piloto enmarcado en el Proyecto de Agenda de Desarrollo de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), cuyo objetivo es integrar la Propiedad Intelectual en las políticas públicas (DELGADO; SILVA; DE RODRIGUEZ, 2019).

FINANCIAMIENTO

El MSP se financia con recursos gubernamentales de impuestos generales, que cubren la atención ofrecida a la población no asegurada a través de su propia red de proveedores. Esta red también está financiada por las llamadas tarifas de recuperación que los usuarios pagan después de recibir atención.

El artículo 21, sobre "Organización del sistema" de la Ley de Seguridad Social, atribuye a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) las funciones de "recaudación, distribución y pago de los recursos financieros del SDSS Sistema Do-

minicano de Seguridad Social). Estas funciones se han realizado de conformidad con la Ley 87-01 desde el comienzo de la seguridad social en 2001.

Las contribuciones a este subsistema provienen de trabajadores y empleadores públicos y privados en el sistema tributario y de los recursos estatales de los impuestos en el régimen subsidiado. El TSS distribuye per cápita a las Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y estas, a su vez, firman acuerdos con los proveedores de servicios de salud del sistema para pago por la prestación de servicios a sus afiliados. En el caso del público, la ARS - SeNaSa (Seguro Nacional de Salud), se utilizan dos métodos de pago, uno para capturar el primer nivel de servicio y el otro para servicios prestados en otros niveles (RATHE; MOLINÉ, 2011).

Los servicios privados se financian con pagos directos, principalmente y con primas de seguros, aunque SeNaSa también utiliza proveedores privados sin fines de lucro.

COBERTURA

Hasta hace poco, la mayoría de la población estaba teóricamente cubierta por un sistema público abierto financiado por impuestos generales. Sin embargo, las deficiencias de este sistema han alentado el crecimiento del sector privado financiado por un seguro de reembolso voluntario y planes voluntarios prepagos.

En 2001 fueron creadas, por un conjunto de leyes, dos herramientas legales fundamentales: la Ley General de Salud y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Ambas regulaciones establecen un complejo sistema de instituciones de carácter público, privado y sin fines de lucro, especializadas en funciones específicas (RATHE; MOLINÉ, 2011).

En términos de cobertura, a fines de 2009, el 34% de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social. De este total, el 61% estaba afiliado al esquema contributivo y el 39% al esquema subsidiado. Todas estas personas están afiliadas a un administrador de riesgos de salud (ARS) que recibe recursos per cápita del Tesoro del Seguro Social (TSS) para cada una de ellas. El usuario del sistema tributario puede elegir entre los proveedores privados ofrecidos por el ARS de su elección.

El usuario del régimen subsidiado solo puede estar afiliado al ARS público, llamado Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), y utiliza los servicios de la red de provisión pública u hospitales privados especializados sin fines de lucro. Cuando no hay servicios en el sector público, SeNaSa los paga en el sector privado. Estos usuarios tienen preferencia cuando usan hospitales y clínicas públicas, ya que su lista de espera es más corta y tienen acceso a medicamentos.

Más de la mitad de la población total todavía no tiene cobertura de salud y, por lo tanto, permanece en el sistema anterior, es decir, se sirve en la red integrada de provisión pública administrada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) o se paga con dinero de su bolsillo a los proveedores del sector privado.

El artículo 3 de la Ley 42-01 establece el derecho a la salud de todos los dominicanos y dominicanas así como de los ciudadanos extranjeros que hayan establecido su residencia en el territorio nacional. Del mismo modo, el principio de Universalidad de la Ley 87-01 establece que el SDSS "protegerá a todos los dominicanos y residentes en el país, sin discriminación por motivos de salud, sexo, condición social, política o económica".

Actualmente, el Seguro Familiar de Salud SDSS (SFS) tiene dos esquemas de financiamiento con sus correspondientes beneficiarios:

- Régimen Contributivo. Incluye trabajadores asalariados públicos y privados y empleadores. Se financia con contribuciones de trabajadores y empleadores, incluido el estado como empleador.

- Régimen Subsidiado. Incluye trabajadores independientes con ingresos inestables y menos del salario mínimo nacional, así como personas desempleadas, discapacitadas y necesitadas. Se financia con recursos estatales.

La mayoría de los no asegurados con capacidad de pago van a establecimientos privados y los más pobres a servicios públicos, donde a veces necesitan cubrir tarifas de moderación fijas y variables (RATHE; MOLINÉ, 2011).

SERVICIOS OFRECIDOS

Los beneficios del SFS están garantizados a través del Plan Básico de Salud (PBS), que incluye servicios tales como: promoción y prevención de enfermedades, emergencias y servicios domiciliarios, servicios hospitalarios y hospitalarios complejos, pruebas de diagnóstico, atención odontológica, fisioterapia y rehabilitación, prótesis, dispositivos y atención para personas con discapacidad (RATHE; MOLINÉ, 2011).

ACCESO Y CALIDAD

Acceso a medicamentos de calidad para más de 3.5 millones de dominicanos a través de 550 farmacias de calidad. A través del Fondo de Alto Costo del Ministerio de Salud, solo en 2019, 23.500 beneficiarios recibieron cobertura para enfermedades (PRESIDENCIA REPUBLICA DOMINICANA,).

77% de los dominicanos tienen SFS.

SeNaSa es la compañía de seguros más grande del país, con 4.9 millones de asociados:

- 3.725.457 personas afiliadas al ARS SeNaSa del estado bajo el régimen subsidiado.
- 1.121.801 miembros del Régimen Contributivo.
- 118.465 niños de 0 a 5 años.
- 42.702 estudiantes de UASD
- 50.000 trabajadores domésticos y sus dependientes.
- 212.383 militares, policías y sus familias.
- 63.491 jubilados policiales, militares y profesionales de la salud.

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

Después de la creación del Seguro Familiar de Salud (SFS), con respecto a la cobertura del financiamiento del régimen contributivo y subsidiado, hubo una mayor integración de los ciudadanos en el acceso a la salud.

Además, crearon SeNaSa Larimar para garantizar una atención médica de calidad para trabajadores independientes, dominicanos que viven en el extranjero y regresan al país, y para aquellos que continúan viviendo en el extranjero y desean proteger a sus familias en el país.

REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD

El Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud (RIESS), es un espacio de acceso en línea abierto y centralizado, donde la información obtenida del Servicio Nacional de Salud (SNS) se almacena y organiza, permitiendo el desarrollo de investigación y análisis institucional, con el fin de promover el trabajo científico y técnico así como la revisión de los resultados de salud y gestión para su alcance.

El repositorio es un subportal promovido por el SNS para mostrar indicadores generales de establecimientos y regiones de salud directa, estudios económicos derivados del análisis de financiamiento para la provisión de bienes y servicios de salud en la red única del SNS.

CONTENCIÓN DE COSTOS

De acuerdo con los indicadores económicos en salud para el año 2008, el gasto público en salud per cápita fue de US \$ 104.40, lo que representa el 33.9% del gasto total en salud. A pesar de haberse reducido por el aumento de la afiliación a los programas de seguros privados, el gasto directo de la población se mantuvo alto (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012).

En 2012, el Banco Mundial estimó un gasto del 2,76% del PIB en salud, un número todavía por debajo del promedio mundial, que es de alrededor del 6% (BANCO MUNDIAL).

INNOVACIÓN

La innovación más reciente en el sistema de salud dominicano fue la definición de un marco legal moderno en la región y la implementación del SDSS. El marco legal aprobado en 2001 reemplazó el antiguo y anacrónico Código de Salud vigente, considerando todos los elementos contemporáneos de la legislación sanitaria moderna en el sector de la salud, así como en la gestión general del sistema, enfatizando la separación de las funciones de la rectoría, financiamiento, articulación y provisión de servicios, así como la necesidad de desarrollar sistemas de gestión e información.

En relación con la seguridad social, definió un modelo completo y coherente dentro del alcance del paradigma sistémico utilizado, que contiene tres regímenes de afiliación que cubren el universo de la población, un único plan de servicios de salud, una sola oficina de cobranza, la Superintendencia de Salud y Riesgos laborales, una oficina de información y defensa para afiliados, gestores de riesgos públicos y privados, entre los cuales el afiliado del régimen contributivo tiene derecho a elegir, y una aseguradora para los riesgos de salud de los regímenes subsidiados y públicos. Asimismo, se estableció un consejo de gobierno compuesto por los principales actores del sistema (RATHE; MOLINÉ, 2011).

SALUD BUCAL

En términos de legislación, la salud bucal hace parte de la reciente reforma de los servicios integrales de salud y la estructuración de una red nacional de servicios odontológicos que cubre la atención primaria y especializada. Hoy en día, en el sector público, se ofrecen todas las especialidades odontológicas y se ha abierto un proceso de negociación con las compañías de seguros para brindar cobertura a los miembros de la red de seguros en el país. Como resultado de la división del sistema de salud dominicano actual, existen dos estructuras: la primera es el Ministerio de Salud para políticas y la segunda es el Servicio Nacional de Salud para la aplicación y la calidad de los servicios.

Los programas que resultan de esta división se están reorganizando entre la rectoría y los servicios entre ellos, se tiene el programa de prevención e intervención escolar, el programa de detección de cáncer de boca y su prevención; también se está organizando un estudio nacional de la situación real de salud y la elaboración de normas y protocolos de atención en salud, además de la calificación activa de los centros, la promoción y prevención de la atención a las personas mayores, un protocolo para elaborar el uso de fluoruros para los sectores público y privado, una guía para promotores de salud en odontología (NUNEZ, 2019).

La red pública aumentó la cartera de servicios de Atención Primaria, estandarizó a todos los odontólogos y asistentes dentro de la red nacional, triplicó la cantidad de servicios por año, los centros descentralizaron la creación de autogestión y crearon incentivos que mantienen a los odontólogos integrados bajo constante supervisión.

En República Dominicana, se está avanzando en una nueva imagen y una nueva visión de la odontología en beneficio de pacientes y profesionales. El servicio odontológico nacional está conectado e integrado en redes, estos centros en todo el país están bajo una plataforma integrada que incluye todas las especialidades de todas las ramas de la salud.

La red nacional para combatir el cáncer bucal fue formada en cada institución donde se capacitó a todos los profesionales de la red nacional, recordándoles cómo ayudar a los pacientes que vienen a colaborar y ayudarse mutuamente a identificar una enfermedad y remitir al paciente al centro de recolección. Recientemente fue inaugurado en el Instituto Nacional del Cáncer en la ciudad de Santo Domingo. En el contexto de la odontología escolar, los registros y las funciones preventivas de la educación bucal se pueden adoptar en relación con los servicios de educación preventiva (NUNEZ, 2019).

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD

Cuidados primarios (NUNEZ, 2019):

- Consultas Odontológicas
- Promoción de la salud (instrucción de higiene bucal) Profilaxis
- Aplicación tópica de flúor
- Sellantes de fosas y fisuras
- Extracciones de dientes permanentes y deciduos Emergencia
- Operatoria dental
- Odontología estética
- Prótesis Parcial
- Prótesis
- Prótesis fija
- Tratamiento endodóntico de dientes anteriores y posteriores.



REPÚBLICA DOMINICANA – PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde da República Dominicana conta com um setor público e um setor privado. O setor público é composto pelo Ministério da Saúde Pública e Previdência Social, o Conselho Nacional de Saúde, a Tesouraria da Seguridade Social e o Programa de Seguro Nacional de Saúde (que é a principal seguradora pública).

O setor privado compreende as administradoras de riscos de saúde, os prestadores de serviços privados de saúde e as organizações não governamentais.

A Lei Geral de Saúde nº 42 aprovada em 2001 separou as funções de oferta de serviços, gestão e financiamento. Os nove serviços regionais de saúde são os prestadores públicos de serviços de saúde para a população, articulados em rede por níveis de complexidade com capacidade para oferecer, pelo menos, a atenção conforme indicada no Plano Básico de Saúde de forma custo-efetiva. O sistema de saúde e previdência social da República Dominicana obteve uma conquista nos últimos sete anos por meio da criação e estratégias para garantir a saúde a todos (PRESIDENCIA REPUBLICA DOMINICANA).

Os Centros de Atendimento de Primeiro Nível (CPNs) são pontos focais onde há a garantia de serviços de saúde de qualidade da comunidade, para prevenção, promoção e detecção precoce de doenças. O comissionamento do CPN faz parte da estratégia para fortalecer o primeiro nível de atenção, como porta de entrada de todos os cidadãos para os serviços de saúde. Nele, o paciente acessa um serviço mais próximo, evita longas filas em hospitais e será tratado e medicado imediatamente. Caso o paciente precise ser levado ao hospital, ele será encaminhado pelo Centro de Atenção Primária de Primeiro Nível (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

O processo de remoção é realizado de acordo com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde Pública (MSP) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

PAPEL DO GOVERNO

A República Dominicana possui programas e planos relacionados à saúde, medicamentos essenciais, propriedade intelectual, além de ciência, inovação e tecnologia. Dentre as linhas de ação da Estratégia Nacional de Desenvolvimento para 2030, a que busca o objetivo de “Garantir a toda população, acesso a medicamentos de qualidade, promover seu uso racional e priorizar a disponibilidade de medicamentos multi-fonte (genéricos) em mercado nacional”.

Por seu turno, a Estratégia Nacional de Propriedade Intelectual é o produto de um plano piloto enquadrado no Projeto Agenda de Desenvolvimento da OMPI, que pretende integrar a Propriedade Intelectual nas políticas públicas (DELGADO; SILVA; DE RODRIGUEZ, 2019).

FINANCIAMENTO

O MSP é financiado com recursos governamentais de impostos gerais, que cobrem os cuidados oferecidos à população não segurada em sua própria rede de prestadores. Essa rede também é financiada pelas chamadas taxas de recuperação que os usuários pagam após receberem cuidados.

O artigo 21, sobre "Organização do sistema" da Lei de Seguridade Social, atribui ao TSS as funções de "cobrança, distribuição e pagamento dos recursos financeiros do SDSS". Essas funções são exercidas de acordo com a Lei 87-01 desde o início da previdência social em 2001. As contribuições para esse subsistema são provenientes de trabalhadores e empregadores públicos e privados no sistema tributário e de recursos estatais provenientes de impostos no regime subsidiado. O TSS distribui per capita ao ARS e estes, por sua vez, fazem acordos com os prestadores de serviços de saúde do sistema para pagamento pela prestação de serviços a suas afiliadas. No caso do público ARS - SENASA, são utilizados dois métodos de pagamento, um para captação no primeiro nível de atendimento e outro para serviços prestados nos demais níveis (RATHE; MOLINÉ, 2011).

COBERTURA

Até recentemente, a maior parte da população era teoricamente coberta por um sistema público aberto financiado com impostos gerais. No entanto, as deficiências desse sistema incentivaram o crescimento do setor privado financiado por seguro de reembolso voluntário e planos voluntários pré-pagos. Em 2001, foi criado por um conjunto de leis, duas ferramentas legais fundamentais: a Lei Geral de Saúde e a lei que cria o Sistema Dominicano de Seguridade Social (SDSS). Ambos os regulamentos estabelecem um sistema complexo de instituições de natureza pública, privada e sem fins lucrativos, especializada em funções específicas (RATHE; MOLINÉ, 2011).

Em termos de cobertura, no final de 2009, 34% da população era afiliada ao novo sistema de seguridade social. Desse total, 61% eram afiliados pelo regime contributivo e 39% pelo regime subsidiado. Todas essas pessoas são afiliadas a um gerente de risco à saúde (ARS) que recebe per capita do Tesouro da Seguridade Social (TSS) para cada uma delas. O usuário do sistema tributário pode escolher entre os provedores privados oferecidos pelo ARS de sua escolha. O usuário do regime subsidiado só pode ser afiliado à ARS pública, denominada Seguro Nacional de Saúde (SENASA), e utiliza os serviços da rede de provisão pública ou hospitais privados sem fins lucrativos especializados. Quando não há serviços no setor público, o SENASA os paga no setor privado. Esses usuários têm preferência ao usar hospitais e clínicas públicas, pois sua lista de espera é menor e eles têm acesso a medicamentos.

Mais da metade da população total ainda não possui cobertura de saúde e, portanto, permanece no sistema antigo, ou seja, é atendida na rede integrada de provisão pública administrada pelo Ministério da Saúde Pública (MSP) ou paga com dinheiro do seu bolso para fornecedores do setor privado. O artigo 3 da Lei 42-01 estabelece o direito à saúde de todos os dominicanos e dominicanos e cidadãos estrangeiros que estabeleceram sua residência no território nacional. Da mesma forma, o princípio da Universalidade da Lei 87-01 declara que o SDSS "protegerá todos os dominicanos e residentes no país, sem discriminação com base na saúde, sexo, status social, político ou econômico".

Atualmente, o Seguro de Saúde da Família SDSS (SFS) possui dois esquemas de financiamento com seus beneficiários correspondentes:

- regime tributário. Inclui trabalhadores assalariados públicos e privados e empregadores. É financiado com contribuições de trabalhadores e empregadores, incluindo o Estado como empregador.
- regime subsidiado. Inclui trabalhadores independentes com renda instável e menor que o salário mínimo nacional, assim como desempregados, deficientes e carentes. É financiado com recursos estatais.

A maioria dos não segurados com capacidade de pagamento vai para estabelecimentos privados e os mais pobres para serviços públicos, onde às vezes precisam cobrir taxas de moderação fixas e variáveis (RATHE; MOLINÉ, 2011).

SERVIÇOS OFERTADOS

Os benefícios do Seguro Familiar de Saúde são garantidos através do Plano Básico de Saúde (PBS), onde estão incluídos serviços como: promoção e prevenção de doenças, emergência e serviços domiciliares, hospital e serviços complexos, testes de diagnóstico, atendimento odontológico, fisioterapia e reabilitação e próteses, dispositivos e atendimento a pessoas com deficiência (RATHE; MOLINÉ, 2011).

ACESSO E QUALIDADE

O acesso a medicamentos de qualidade a mais de 3,5 milhões de dominicanos por meio de 550 farmácias de qualidade. Através do Fundo de Alto Custo do Ministério da Saúde, somente em 2019, 23.500 beneficiários receberam cobertura para doenças (PRESIDENCIA REPUBLICA DOMINICANA,).

77% DOS DOMINICANOS TÊM SEGURO DE SAÚDE EM FAMÍLIA

A SeNaSa é a maior seguradora do país, com 4,9 milhões de associados:

3.725.457 pessoas afiliadas à ARS SeNaSa do estado no regime subsidiado.

1.121.801 membros do Regime Tributário.

118.465 crianças de 0 a 5 anos.

42.702 estudantes da UASD.

50.000 trabalhadores domésticos e seus dependentes.

212.383 militares, policiais e suas famílias.

63.491 policiais aposentados, militares e profissionais de saúde.

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

Após a criação pelo Seguro de Saúde da Família SDSS (SFS) quanto a cobertura a partir dos financiamentos a partir do regime tributário e regime subsidiado houve uma maior integração dos cidadãos ao acesso à saúde.

Além disso, eles criaram a Senasa Larimar para garantir saúde de qualidade a trabalhadores independentes, dominicanos que moram no exterior e retornam ao país, e para aqueles que continuam morando no exterior e desejam proteger suas famílias no país.

REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

O RIESS é chamado de Repositório de Informações e Estatística do Serviço Nacional de Saúde, trata-se de um espaço de acesso on-line aberto e centralizado, onde são armazenados e organizados as informações obtidas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), permitindo a elaboração de pesquisas e análises institucionais, a fim de promover o trabalho científico e técnico e a revisão dos resultados em saúde e gestão para seu escopo.

O repositório é um subportal promovido pelo SNS para mostrar indicadores gerais de estabelecimentos e regiões de saúde direta, estudos econômicos derivados da análise financiamento para o fornecimento de bens e serviços de saúde na rede única do SNS (SNS).

CONTENÇÃO DE CUSTOS

De acordo com os indicadores econômicos na saúde para o ano de 2008, o gasto público com saúde per capita foi de US\$ 104,40, que foi 33,9% do gasto total com saúde. Apesar de ter sido reduzido pelo aumento da afiliação em programas de seguro privados, o gasto direto da população manteve-se elevado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

O Banco Mundial estimou em 2012 um gasto de 2,76% do PIB em saúde, um número ainda abaixo das médias mundiais que é em torno de 6% (WORLD BANK).

INOVAÇÃO

A inovação mais recente do sistema de saúde dominicano foi a definição de uma estrutura legal moderna na região e a implementação do SDSS. O arcabouço legal aprovado em 2001 substituiu o antigo e anacrônico Código de Saúde em vigor, considerando todos os elementos contemporâneos da legislação sanitária moderna no setor da saúde, bem como na gestão geral do sistema, enfatizando a separação de as funções da reitoria, financiamento, articulação e provisão de serviços, bem como a necessidade do desenvolvimento de sistemas de gestão e informação. Em relação à seguridade social, ele definiu um modelo completo e coerente no âmbito do paradigma sistêmico utilizado, que contém três regimes de afiliação que abrangem o universo populacional, um único plano de serviços de saúde, um único escritório de cobrança, a Superintendência de Saúde e Riscos Ocupacionais, um escritório de informações e defesa das afiliadas, gerentes de riscos públicos e privados, entre os quais o afiliado do regime contributivo tem o direito de escolher e uma seguradora de riscos à saúde dos regimes subsidiados, subsidiados e públicos. Da mesma forma, foi estabelecido um conselho de governo composto pelos principais atores do sistema (RATHE; MOLINÉ, 2011).

SAÚDE BUCAL

Em termos de legislação, a saúde bucal faz parte da recente reforma da saúde de serviços abrangentes de saúde e estruturação de uma rede nacional de serviços odontológicos que cobre os cuidados primários e especializados. Hoje em dia, no setor público todas as especialidades de odontologia são oferecidas e um processo de negociação foi aberto com seguradoras para fornecer cobertura aos membros da rede de seguros no país. Como resultados da divisão do sistema de saúde dominicanos hoje existem duas estruturas: a primeira é o Ministério da saúde para políticas e a segunda é o Serviço Nacional de saúde para a aplicação e qualidade dos serviços.

Os programas que resultam desta divisão estão sendo reorganizados entre a reitoria e os serviços entre eles, temos o programa escolar de prevenção e intervenção, o programa de detecção de câncer de boca e sua prevenção, está em organização de um estudo nacional da situação real de saúde e a elaboração de normas e protocolos de atenção em saúde além da ativa qualificação dos centros, promoção e prevenção da atenção nos idosos, protocolo de elaboração do uso dos fluoretos tanto para o setor privado como público, guia de promotores de saúde em odontologia (NUNEZ, 2019).

A rede pública aumentou o portfólio de serviços para a Atenção Primária, uniformizou todos os dentistas e assistentes dentro da rede nacional, triplicou o número de serviços por ano, centros descentralizou a criação de auto-gestão, e criou incentivos que mantêm os dentistas integrados sob constante supervisão.

Na República Dominicana, estamos avançando com uma nova imagem e uma nova visão de odontologia para o benefício de nossos pacientes e nossos profissionais. O serviço odontológico nacional está conectado e integrado em redes, estes centros em todo o país estão sob uma plataforma integrada que inclui todas as especialidades de todos os ramos da saúde.

A rede nacional de combate ao câncer bucal foi formada em cada instituição onde todos os colegas da rede nacional foram treinados, lembrando-os de como ajudar os pacientes que vêm colaborar e se ajudar a identificar uma patologia e encaminhá-la ao centro de coleta. Foi inaugurado recentemente no Instituto Nacional do Câncer, na cidade de Santo Domingo. No âmbito da odontologia escolar, os registros e funções preventivas da educação oral podem ser adotados em relação aos serviços de educação preventiva (NUNEZ, 2019).

SERVIÇOS E COBERTURA DE SAÚDE

Cuidados primários (NUNEZ, 2019):

- Consultas odontológicas
- Promoção da Saúde (Instrução de Higiene Oral) Profilaxia
- Aplicação tópica de flúor
- Selantes de fissuras e fissuras
- Extrações dentárias permanentes e decíduos Emergência
- Operações odontológicas
- Odontologia estética
- Prótese Parcial
- Próteses
- Prótese fixa
- Tratamento endodôntico de dentes anteriores e posteriores.

DELGADO, B. M. G.; SILVA, A. P.; DE RODRIGUEZ, J. M. Mapa conceptual en salud y propiedad intelectual en Centroamérica y la República Dominicana. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, n. 1, p. 1–9, 2019.

NUNEZ, A. R. **Developing a team to improve oral health: The new face of dominican dentistry**. [s.l: s.n.]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Saúde nas Américas. n. 2, 2012.

PRESIDENCIA REPUBLICA DOMINICANA. **Presidencia Republica Dominicana**. Disponível em: <<https://presidencia.gob.do/plan-de-gobierno/salud-para-todos#videos>>.

RATHE, M.; MOLINÉ, A. Sistema de salud de República Dominicana. **Salud Publica de Mexico**, v. 53, n. SUPPL. 2, p. 255–264, 2011.

SNS. **RIESS**. Disponível em: <<https://repositorio.sns.gob.do/acerca-del-repositorio/que-es-el-riess/>>.

WORLD BANK. **World Bank**.





por Amanda Iida Giraldes

URUGUAY – ENGLISH

HEALTH SYSTEM

Uruguay has undergone changes in the Care Model through the adoption of the Primary Health Care strategy, conceived as a guiding strategy. The reform sought to prioritize PHC to control the increase in chronic non-communicable diseases. The effective application of a Primary Health Care strategy implies placing citizens' needs and rights at the center of the entire system, through disease prevention, health education and promotion, and timely and appropriate treatment (OPS, 2017).

With a comprehensive concept of health, this strategy covers all levels of care. The main emphasis is on the first level of care, since its strengthening - by creating a coordinated network of services - within a system, is decisive for improving efficiency and quality.

PHC is not limited to a program or a level of care, but it constitutes the general strategy of the entire health system and the basis of the new Care Model, based on strengthening the First Level and its coordination with the rest of the levels of attention (MINISTERIO DE SALUD URUGUAY,):

- Coordinates the action of all health agents in a strong network of polyclinics and public and private Health Centers, effectively integrating the oral health team with the rest of the health team.
- Values the role of the Community as a key actor in changing the environmental factors and habits that determine its health;
- Therefore, it emphasizes the role of community organizations and encourages the creation and strengthening of a user movement at the zonal, departmental and national levels;
- Conceives the participation of users and health professionals as pillars of the change process;
- Promotes a territorial approach to the organization of the system;
- Hierarchize care based on programs developed in a participatory manner

GOVERNMENT ROLE

The Government's role is to guarantee the structure and access to health for the population. Law 18,211 of 2007, which created the National Integrated Health System (SNIS), culminated in a two-year negotiation process between political parties, private providers and workers to try to achieve a project that would contemplate the majority (ARAN; LACA, 2011) .

The reform of Primary Health Care was inspired by examples of welfare states; a mixed system, based on social security and a single state supplier. An adequate path was sought, which would organize the institutional structure over the pre-existing (the traditional and mutual public system) (OPS, 2017).

FINANCING

In 2008, the National Integrated Health System (SNIS) was created, which legally and financially reorganized the existing public and private services. The regulations establishing a National Health Fund (Fonasa) were approved, with contributions from workers proportional to their income, companies and the State. This fund works at the Social Security Bank (Banco de Previsión Social) and acts as administrator and financier of the system.

Fonasa pays, adjusted for age and sex, to the institutions that provide comprehensive health care. These are grouped with the “old” non-profit organizations, of a solidary concept where healthy individuals voluntarily paid for the patient and for-profit Collective Health Care Institutions, from cooperative property or groups of investors. On the other hand, the public full-service provider ASSE (Administration of State Health Services), which was born in the Ministry of Public Health, became increasingly independent, until it reached full autonomy. ASSE is the largest supplier in the country with a population of 1,305,114 people and a presence throughout the national territory (400,000 users through Fonasa and the rest of the population working informally or without work financed by the state budget). (OPS, 2017).

ASSE covers the most needy population, with the worst epidemiological profiles. ASSE's average per capita income is 20% lower than private capital. From the reform, the people with per capita income of Fonasa, in a closed regime that allows the exchange once a year, decides the provider where they want to be served. A first effect has been achieved, which is the financial stability of private health institutions whose viability was in doubt and a substantial improvement in ASSE care. The substantive differences for achieving equity in the SNIS remain unresolved. SNIS is subordinate to the Ministry of Public Health (MSP) (ARAN; LACA, 2011).

COVERAGE

The National Integrated Health System (SNIS) is composed of a public and a private sector. The main provider of public services is the State Administration of Health Services (ASSE), which has a network of establishments with national coverage in which it serves about 37% of the population, basically people with limited resources and without social security coverage (GERALDO BISOTO JUNIOR ; PEDRO LUÍS DE BARROS SILVA; SULAMIS DAIN, 2006).

High complexity and high cost interventions are carried out at the Institutes of Highly Specialized Medicine (IMAE), which are hospitals or specialized clinics, which can be of public or private origin.

The provision of private services is dominated by the Collective Medical Assistance Institutions (IAMC), which are associations of private non-profit professionals that provide comprehensive care to 56% of Uruguayans, beneficiaries of social security. Most of these institutions have their own service units. These institutions also act as voluntary insurance for the population with the ability to pay.

The IAMC are grouped into associations of private non-profit healthcare institutions, such as the Medical Federation of the Interior (FEMI), the Union of Mutuality of Uruguay (UMU) and the IAMC Plenary. ASSE and IAMC receive payments per capita from FONASA according to the risk of the population covered and the assistance goals established by the MSP (E et al., 2016).

The private sector also has the so-called Private Insurance, which are profitable private companies that provide assistance in exchange for the payment of premiums whose value depends on the risk level of the insured. These insurances cover about 2% of the population.

SERVICES OFFERED

Uruguay's health system has 105 hospitals, 56 of which are public, 48 private and one university. Most private hospitals are owned by IAMC.

In 2008, the number of beds available was 11,132, including beds for nursing homes and homes for people with mental disabilities. Services are aimed at health programs for children, adolescents and adults, programs with themes such as gender-based violence, nutrition, tobacco control, sexual and reproductive health, cancer control, palliative care, oral and mental health and rehabilitation (ARAN; LACA, 2011).

ACCESS AND QUALITY

The establishment of SNIS and FONASA enabled the consolidation of the managerial role exercised by the Ministry of Public Health and the National Health Council (JUNASA), through the signing of performance contracts with public and private providers that regulate their service provision and guarantee the quality of care

The fundamental clauses promote health services based on primary care, determine the explicit guarantees of the Comprehensive Health Care Plan and establish service delivery goals to assess performance according to the priorities defined by the Ministry of Public Health.

These agreements provide for sanctions in the event that providers fail to deliver contractual benefits, in order to ensure the completeness and sustainability of changes in care and management models. Monitoring is the responsibility of an exclusive inspection body (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012).

INTEGRATION AND COORDINATION

The implementation of SNIS in 2008 improved the country's health prospects, reducing the segmentation that created great inequalities and making the system more stable. In this context, the National Health Objectives (OSN) 2020 were defined, in order to: (i) improve the health status of the population; (ii) reducing the unequal exercise of the right to health; (iii) improving the quality of the processes involved in the provision of care; and (iv) create the conditions necessary for the health care experience to be positive for users (OPS,2017).

ELECTRONIC HEALTH RECORDS

There is a computer system that through this link: https://mi.iduruguay.gub.uy/login?process_state=FucxeNoJBIH00QaQl1GKT6zva6t41-xbnB8SKOKbCXk the user can access his health information.

The collection, processing and analysis of information from the private sector is the responsibility of the National Information System (SINADI). Its main objective is to provide information to the MSP to assess the performance of private institutions and the sector as a whole (ARAN; LACA, 2011).

COST CONTAINMENT

Health spending grew by 53% between 2007 and 2014, reaching 8.6% of GDP in 2014 (public, 6.5%; private, 2.1%).

Per capita spending on health grew 45% in this period (2007-2014). In 2007, 53% of expenses were financed with public sources and, in 2014, approximately 70% (OPS,2017).

INNOVATION

The innovation was the implementation of SNIS, whose mission is to articulate public and private health service providers and establish a National Health Insurance financed with resources from a fund that aims to gather all resources for health, FONASA. In the first year of implementation, there were changes in the number of people covered by the various providers. The number of people covered by ASSE has decreased, while the number of people affiliated with IAMC and partial insurance has increased. Social security also underwent a major change when it assumed responsibility for the management of FONASA (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

The main change was the establishment of a tax on the income of the population, whose objective is to promote equity in contributions to health care (ARAN; LACA, 2011; SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011). With regard to the health care model, a new social protection matrix was recently defined, more in line with the health risks and needs of the Uruguayan population (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

Inequalities associated with segmented access to public and private health services, particularly between men and women, or children and youth compared to adults, and between residents of Montevideo and the rest of the country have also been reduced.

In the last decade, the values of the classic indicators: (infant mortality, maternal mortality) continued to decline (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

ORAL HEALTH

The National Oral Health Program in Uruguay has the following actions and goals:

Define the national oral health policy, in terms of standards and guidelines that incorporate quality promotion and assistance activities with population criteria.

Define comprehensive and specific assistance activities for population groups: Programs aimed at pregnant women, girls and boys, adolescents, adults / adults and adults / elderly.

Define comprehensive care activities linked to groups: Collective Health Programs,

Standardize the treatment of the following disease situations or health conditions: Caries, Paradiopathies, Malocclusions, Tumor and non-tumor pathology of soft and hard tissues, HIV-AIDS, systemic diseases and oral health, mutilated teeth due to caries sequelae and mutilated maxillary disorders -facial, disabled.

Define the strategic lines linked to the promotion and prevention of oral health at the national level. Articulation with national health programs. Definition of a national communication and advertising strategy. Assessment of the status of the Salt Fluoridation Program and its effects.

Promote the implementation of an oral health surveillance system in the population: implement a single system of national oral health registration, implement national oral health research, promote the formation of a permanent technical reference team in health surveillance (DIGESA-MSP Dirección General de la Salud - DIGESA), Consolidate the epidemiological surveillance corresponding to the Health Fluorination Program.

Promote the study and operation of a Cost Center, in order to analyze the impacts of different variables on healthcare services together with the Health Economics area (DIGESE-MSP - Dirección General de Secretaría-DIGESE). Integrate and strengthen, together with the corresponding agency, the study of economic variables, developing an area of fundamental knowledge for the Health Insurance component.

Promote the incorporation of a service assessment and audit system. Integrate, strengthen and develop, together with the corresponding MSP body, the evaluation and audit actions of the Oral Health component of the services.

Promote the training and qualification of oral health professionals across the country.

Promote, within the Observatory of Human Resources in Health, proposals related to the formation of professions related to oral health.

Promote the development of continuous training by health services, as well as the corresponding postgraduate training, according to the needs of the system.

Promote research in oral health, with the objective of consolidating these strategic objectives and fulfilling the mission.

The services offered in the care network seek to integrate oral health actions into general health actions, providing coverage within the Oral Health Program of M. S. P, giving priority to pregnant women, children, adolescents, progressively integrating the other population groups. In addition, it seeks to implement a service network with the public and private sector as a whole, which outlines policies and actions for a National Integrated Health System that adequately responds to oral health needs on a permanent basis. (MINISTERIO DE SALUD URUGUAY,).

HEALTH SERVICES AND COVERAGE

Oral health procedures for all levels of care are defined below. With them, we try to group the different benefits to oral health, in order to systematize them, order them and propose them in a logic of perfect assistance as its application becomes universal. The fundamental actions are promotion and prevention, but all also include assistance and rehabilitation. The tasks included in the different procedures will be integrated into individual or collective health benefit programs for different population groups ((MINISTERIO DE SALUD URUGUAY; BIANCO; QUEIJO, 2019).

- Procedure 1: Health education and oral self-care
- Procedure 2: Infection control
 - * Oral hygiene, plaque control, basic periodontal therapy, caries inactivation, root canal treatment, extraction
- Procedure 3: Strengthening of dental structures
 - * Fluorine incorporation
- Procedure 4: Media control
 - * Diagnosis of the oral environment
- Procedure 5: Emergency resolution
 - * Pain, Infection, Trauma, Hemorrhage, Alteration of aesthetic function, Urgent Surgery

- Procedure 6: Rehabilitation of dental parts
 - * Restorations, Canal treatment, Scraping
- Procedure 7: Prevention of malocclusions
 - * Correction of etiological habits
- Procedure 8: Prosthetic rehabilitation
 - * Replacement of lost parts, Maxillofacial rehabilitation
- Procedure 9: Treatment of malocclusions
 - * Orthodontics
- Procedure 10: Oral surgery
- Procedure 11: Control
 - * Maintain oral health level

The services offered are of universal access. Following is the list of oral health education services (MINISTERIO DE SALUD URUGUAY):

- Knowledge transfer directed to the health - disease process, risk and protection factors, nutritional education.
- Prevention actions
- Collective preventive measures: fluoride salt if the medical instructions do not contradict it.
- Individual and collective preventive measures: Facilitate access to fluoride toothpaste and toothbrush. Increase brushing with fluoride toothpaste.
- Caries preventive measures at the individual level: brushing with fluorinated gels, application of chlorhexydrin, fluoride varnish and seals of fats and fissures in the indicated cases.
- Prevention and early treatment of disorders in children and adolescents.
- Incorporate the early detection of oral cancer in the oral health team's actions.
- Assistance and rehabilitation actions:
- Incorporation of alternative care, restoration and rehabilitation techniques according to the SNIS.
- Integrate the oral health team with the general health team, promoting the incorporation of human resources, mainly dental assistants and hygienists, to increase dental actions in the first level of care.
- Coordinate transversally with other MSP health programs
- Activities scheduled for pregnant women, children and adolescents.
- Implement a territorial coordination of public and private effectors.
- Implement an integrated 24-hour dental emergency network all over the country.

- Dissemination and information activities in changing the care and management model.
- Establish policies that encourage the training of professionals in the oral health team.
- Training health agents in quality cost-benefit actions.
- Unification of oral hygiene criteria through the filing of actions.
- Invite the Community (through its natural organizations) to participate in the development of health policies and in the control of their compliance, promoting individual and collective self-care.
- Promotion of training of health promoters.
- Coordinate with the University of the Republic and other public and private sectors the realization of a unified National Medical History.
- Coordinate with the University of the Republic or other institutions and organizations to carry out a National Oral Health Survey.
- Advertising campaigns.
- Editing of educational material.



URUGUAY – ESPAÑOL

SISTEMA DE SALUD

Uruguay ha experimentado cambios en el Modelo de Atención a través de la adopción de la estrategia de Atención Primaria de Salud, concebida como una estrategia orientadora. La reforma buscó priorizar la APS para controlar el aumento de enfermedades crónicas no transderechos de los ciudadanos en el centro de todo el sistema, a través de la prevención de enfermedades, la educación y promoción de la salud y el tratamiento oportuno y adecuado (OPS, 2017).

Con un concepto integral de salud, esta estrategia cubre todos los niveles de atención. El énfasis principal está en el primer nivel de atención, ya que su fortalecimiento, mediante la creación de una red coordinada de servicios, dentro de un sistema, es decisivo para mejorar la eficiencia y la calidad.

La APS no se limita a un programa ni a un nivel de atención, sino que constituye la estrategia general de todo el sistema de salud y la base del nuevo Modelo de Atención, basado en el fortalecimiento del Primer Nivel y su coordinación con los demás niveles de atención (MINISTERIO DE SALUD URUGUAY,):

- Coordina la acción de todos los agentes de salud en una sólida red de policlínicos y centros de salud públicos y privados, integrando efectivamente al equipo de salud bucal con el resto del equipo de salud.
- Valora el papel de la Comunidad como actor clave en el cambio de los factores y hábitos ambientales que determinan su salud;
- Por lo tanto, enfatiza el papel de las organizaciones comunitarias y alienta la creación y el fortalecimiento de un movimiento de usuarios a nivel zonal, departamental y nacional;
- Concibe la participación de usuarios y profesionales de la salud como pilares del proceso de cambio;
- Promueve un enfoque territorial para la organización del sistema;
- Jerarquizar la atención basada en programas desarrollados de manera participativa.

PAPEL DEL GOBIERNO

La función del Gobierno es garantizar la estructura y el acceso a la salud de la población. La Ley 18.211 de 2007, que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), culminó en un proceso de negociación de dos años entre partidos políticos, proveedores privados y trabajadores para tratar de lograr un proyecto que contemple a las mayorías (ARAN; LACA, 2011) .

La reforma de la Atención Primaria de Salud se inspiró en ejemplos de estados de bienestar; un sistema mixto, basado en la seguridad social y un único proveedor estatal. Se buscó un camino adecuado, que organizaría la estructura institucional sobre el preexistente (el sistema público tradicional y mutuo) (OPS, 2017).

FINANCIAMIENTO

En 2008 se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual reorganizó legal y financieramente a los servicios públicos y privados existentes. Se aprobaron los reglamentos que establecen un Fondo Nacional de Salud (Fonasa), con contribuciones de los trabajadores proporcionales a sus ingresos, las empresas y el Estado. Este fondo funciona en el Banco de la Seguridad Social (Banco de Previsión Social) y actúa como administrador y financiador del sistema.

Fonasa paga según la edad y el sexo a las Instituciones Prestadoras Integrales de Salud. Estas se agrupan a las "antiguas" organización sin fines de lucro, de una concepción solidaria en la que las personas sanas pagan voluntariamente por el paciente y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) con fines de lucro, de propiedad cooperativa o grupos de inversores.

Por otro lado, el proveedor integral público, ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado), que nació en el Ministerio de Salud Pública, se volvió cada vez más independiente, hasta que alcanzó la plena autonomía. ASSE es el proveedor más grande del país con una población de 1,305,114 personas y una presencia en todo el territorio nacional (400,000 usuarios a través de Fonasa y el resto de la población que trabaja de manera informal o sin trabajo financiado por el presupuesto estatal) (OPS, 2017).

La ASSE cubre a la población más necesitada, con los peores perfiles epidemiológicos. El ingreso promedio per cápita de la ASSE es 20% más bajo que el del sector privado. A partir de la reforma, las personas con ingresos per cápita de Fonasa, en un régimen cerrado que permite el intercambio una vez al año, deciden el proveedor donde desean recibir el servicio.

Se ha logrado un primer efecto, que es la estabilidad financiera de las instituciones privadas de salud, cuya viabilidad estaba en duda y una mejora sustancial en la atención de ASSE. Las diferencias sustantivas para lograr la equidad en el SNIS siguen sin resolverse. El SNIS está subordinado al Ministerio de Salud Pública (MSP) (ARAN; LACA, 2011).

COBERTURA

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) está compuesto por un sector público y un sector privado. El principal proveedor de servicios públicos es la Administración Estatal de Servicios de Salud (ASSE), que tiene una red de establecimientos con cobertura nacional que atiende aproximadamente al 37% de la población, básicamente personas con recursos limitados y sin cobertura de seguridad social (GERALDO BISOTO JUNIOR ; PEDRO LUÍS DE BARROS SILVA; SULAMIS DAIN, 2006).

Las intervenciones de alta complejidad y alto costo se llevan a cabo en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son hospitales o clínicas especializadas, que pueden ser de origen público o privado. La prestación de servicios privados está dominada por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son asociaciones de profesionales privados sin fines de lucro que brindan atención integral al 56% de los uruguayos, beneficiarios de la seguridad social. La mayoría de estas instituciones tienen sus propias unidades de servicio. Estas instituciones también actúan como seguro voluntario para la población con capacidad de pago.

Las IAMC están agrupadas en asociaciones de instituciones de salud privadas sin fines de lucro, como la Federación Médica del Interior (FEMI), la Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) y el Plenario de IAMC. La ASSE y el IAMC reciben pagos per cápita de FONASA de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y los objetivos de asistencia establecidos por el MSP (E et al., 2016).

El sector privado también cuenta con los llamados Seguros Privados, que son compañías privadas con ánimo de lucro que brindan asistencia a cambio del pago de primas cuyo valor depende del nivel de riesgo del asegurado. Estos seguros cubren alrededor del 2% de la población.

SERVICIOS OFRECIDOS

El sistema de salud de Uruguay tiene 105 hospitales, 56 de los cuales son públicos, 48 privados y uno universitario. La mayoría de los hospitales privados son propiedad de IAMC. En 2008, el número de camas disponibles era de 11,132, incluidas camas para hogares de ancianos y hogares para personas con discapacidad mental.

Los servicios están dirigidos a programas de salud para niños, adolescentes y adultos, programas en temas como violencia de género, nutrición, control del tabaco, salud sexual y reproductiva, control del cáncer, cuidados paliativos, salud bucal, salud mental y rehabilitación (ARAN; LACA, 2011).

ACCESO Y CALIDAD

El establecimiento del SNIS y de FONASA permitió la consolidación de la función gerencial ejercida por el Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Salud (JUNASA), mediante la firma de contratos de desempeño con proveedores públicos y privados que regulan la prestación de sus servicios y garantizan la calidad de atención.

Las cláusulas fundamentales promueven los servicios de salud basados en la atención primaria, determinan las garantías explícitas del Plan Integral de Atención Médica y establecen objetivos de prestación de servicios para la evaluación del desempeño de acuerdo con las prioridades definidas por el Ministerio de Salud Pública.

Estos acuerdos prevén sanciones en caso de que los proveedores no brinden beneficios contractuales, a fin de garantizar la integridad y sostenibilidad de los cambios en los modelos de atención y gestión. El monitoreo está bajo la responsabilidad de un organismo de inspección exclusivo (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012).

INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

La implementación del SNIS en 2008 mejoró las perspectivas de salud del país, reduciendo la segmentación que creó grandes desigualdades y haciendo que el sistema sea más estable. En este contexto, los Objetivos Nacionales de Salud (OSN) 2020 se definieron para: (i) mejorar el estado de salud de la población; (ii) reducir el ejercicio desigual del derecho a la salud; (iii) mejorar la calidad de los procesos involucrados en la provisión de atención; y (iv) crear las condiciones necesarias para que la experiencia de atención médica sea positiva para los usuarios (OPS, 2017).

REGISTRO ELECTRÓNICO DE SALUD

Hay un sistema informático en línea mediante el cual los usuarios pueden tener acceso a su información de salud >
https://mi.iduruguay.gub.uy/login?process_state=FucxeNoJBH00QaQl1GKT6zva6t41-xbnB8SKOKbCXk

La recopilación, procesamiento y análisis de información del sector privado es responsabilidad del Sistema Nacional de Información (SINADI). Su objetivo principal es proporcionar información al MSP para evaluar el desempeño de las instituciones privadas y del sector en su conjunto (ARAN; LACA, 2011).

CONTENCIÓN DE COSTOS

El gasto en salud creció un 53% entre 2007 y 2014, alcanzando el 8,6% del PIB en 2014 (público, 6,5%; privado, 2,1%).

El gasto per cápita en salud creció un 45% en este período (2007-2014). En 2007, el 53% de los gastos se financiaron con fuentes públicas y, en 2014, aproximadamente el 70% (OPS, 2017).

INNOVACIÓN

La innovación fue la implementación del SNIS, cuya misión es articular a los proveedores de servicios de salud públicos y privados y establecer un Seguro Nacional de Salud financiado con recursos de un fondo que tiene como objetivo reunir todos los recursos para la salud, FONASA.

En el primer año de implementación, hubo cambios en el número de personas cubiertas por los distintos proveedores. La cantidad de personas cubiertas por ASSE ha disminuido, mientras que la cantidad de personas afiliadas a IAMC y el seguro parcial han aumentado. La seguridad social también sufrió un cambio importante al asumir la responsabilidad de la administración de FONASA (ARAN; LACA, 2011; SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

El cambio principal fue el establecimiento de un impuesto sobre los ingresos de la población, cuyo objetivo es promover la equidad en las contribuciones a la atención de la salud.

Con respecto al modelo de atención de salud, recientemente se definió una nueva matriz de protección social, más acorde con los riesgos y necesidades de salud de la población uruguaya (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

También se han reducido las desigualdades asociadas con el acceso segmentado a los servicios de salud públicos y privados, particularmente entre hombres y mujeres, o niños y jóvenes en comparación con los adultos, y entre los residentes de Montevideo y el resto del país. En la última década, los valores de los indicadores clásicos (mortalidad infantil, mortalidad materna) continuaron disminuyendo (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

SALUD BUCAL

El Programa Nacional de Salud Bucal en Uruguay tiene las siguientes acciones y objetivos:

Definir la política nacional de salud bucal, en términos de estándares y pautas que incorporen actividades de promoción y asistencia de calidad con criterios poblacionales.

Definir actividades de asistencia integrales y específicas para grupos de población: programas dirigidos a mujeres embarazadas, niñas y niños, adolescentes, adultos y ancianos.

Definir actividades de atención integral vinculadas a grupos: Programas de Salud Colectiva.

Estandarizar el tratamiento de las siguientes situaciones de enfermedad o afecciones de salud: caries, paradiopáticas, maloclusiones, enfermedades tumorales y no tumorales de tejidos blandos y duros, VIH-SIDA, enfermedades sistémicas y salud bucal, dientes mutilados debido a secuelas de caries y enfermedades periodontales, trastornos de los maxilares.

Definir las líneas estratégicas vinculadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales a nivel nacional. Articulación con programas nacionales de salud. Definición de una estrategia nacional de comunicación y publicidad.

Evaluación del estado del Programa de Fluorización de Sal y sus efectos.

Promover la implementación de un sistema de vigilancia en salud bucal en la población: implementar un sistema único de registro nacional de salud bucal, implementar la investigación nacional de salud bucal, promover la formación de un equipo técnico permanente de referencia en vigilancia en salud (DIGESA-MSP) (Dirección General de la Salud-DIGESA), Consolidar la vigilancia epidemiológica correspondiente al Programa de Fluoración en Salud.

Promover el estudio y operación de un Centro de Costos, para analizar los impactos de diferentes variables en los servicios de salud junto con el área de Economía de la Salud (DIGESE-MSP) (Dirección General de Secretaría-DIGESE). Integrar y fortalecer, junto con la agencia correspondiente, el estudio de variables económicas, desarrollando un área de conocimiento fundamental para el componente de Seguro de Salud.

Promover la incorporación de un sistema de evaluación y auditoría de servicios. Integrar, fortalecer y desarrollar, junto con el órgano correspondiente del MSP, las acciones de evaluación y auditoría del componente de Salud Bucal de los servicios.

Promover la capacitación y calificación de profesionales de la salud bucal en todo el país.

Promover, dentro del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, propuestas relacionadas con la formación de profesiones relacionadas con la salud bucal.

Promover el desarrollo de la capacitación continua por parte de los servicios de salud, así como la capacitación de posgrado correspondiente, de acuerdo con las necesidades del sistema.

Promover la investigación en salud bucal, con el objetivo de consolidar estos objetivos estratégicos y cumplir la misión.

Los servicios ofrecidos en la red de atención buscan integrar las acciones de salud bucal en acciones de salud general, brindando cobertura dentro del Programa de Salud Bucal del MSP, priorizando a las mujeres embarazadas, niños, adolescentes e integrando progresivamente a los otros grupos de población.

Además, busca implementar una red de servicios con el sector público y privado en su conjunto, que defina políticas y acciones para un Sistema Nacional Integrado de Salud que responda adecuadamente a las necesidades de salud bucal de forma permanente (MINISTERIO DE SALUD URUGUAY).

SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD BUCAL

Los procedimientos de salud bucal para todos los niveles de atención se definen en los siguientes párrafos. Con ellos, se intenta agrupar los diferentes beneficios para la salud bucal, a fin de sistematizarlos, ordenarlos y proponerlos en una lógica de asistencia perfecta en la medida que su aplicación sea universal.

Las acciones fundamentales son promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero todas también incluyen asistencia y rehabilitación. Las tareas incluidas en los diferentes procedimientos se integran en programas de beneficios de salud individuales o colectivos para diferentes grupos de población ((MINISTERIO DE SALUD URUGUAY; BIANCO; QUEIJO, 2019).

- Procedimiento 1: Educación para la salud y autocuidado bucal

- Procedimiento 2: Control de infecciones
 - * Higiene bucal, control de la placa, terapia periodontal básica, inactivación de caries, tratamiento del conducto radicular, extracción
- Procedimiento 3: Fortalecimiento de estructuras dentales.
 - * Incorporación de flúor
- Procedimiento 4: Control del medio
 - * Diagnóstico del medio bucal.
- Procedimiento 5: Resolución de Urgencias
 - * Dolor, infección, trauma, hemorragia, alteración de la función estética, cirugía de urgencia
- Procedimiento 6: rehabilitación de piezas dentales.
 - * Restauraciones, tratamiento de canales, raspados
- Procedimiento 7: Prevención de maloclusiones.
 - * Corrección de hábitos etiológicos.
- Procedimiento 8: Rehabilitación protésica
 - * Reemplazo de dientes perdidos, rehabilitación bucomaxilofacial
- Procedimiento 9: Tratamiento de maloclusiones.
 - * Ortodoncia
- Procedimiento 10: Cirugía oral
- Procedimiento 11: Control
 - * Mantener el nivel de salud bucal

Los servicios ofrecidos son de acceso universal. La siguiente es la lista de servicios de educación en salud bucal (MINISTERIO DE SALUD URUGUAY):

- Transferencia de conocimiento dirigida al proceso salud-enfermedad, factores de riesgo y protección, educación nutricional.
- Acciones de prevención.
- Medidas preventivas colectivas: sal fluorada si las instrucciones de profesionales de la salud no lo contradicen.
- Medidas preventivas individuales y colectivas: facilitar el acceso a la pasta dental con fluoruro y al cepillo de dientes. Fomentar el cepillado con pasta dental fluorada.
- Medidas preventivas de caries a nivel individual: cepillado con geles fluorados, aplicación de clorhexidrina, barniz de flúor y sellantes de fosas y fisuras en los casos indicados.
- Prevención y tratamiento temprano de disgnacias en niños y adolescentes.

- Incorporar la detección temprana de cáncer bucal en las acciones del equipo de salud bucal.
- Acciones de asistencia y rehabilitación.
- Incorporación de técnicas alternativas de cuidado, restauración y rehabilitación según el SNIS.
- Integrar el equipo de salud bucal con el equipo de salud general, promoviendo la incorporación de recursos humanos, principalmente auxiliares e higienistas, para aumentar las acciones odontológicas en el primer nivel de atención.
- Coordinar transversalmente con otros programas de salud del MSP
- Actividades programadas para mujeres embarazadas, niños y adolescentes.
- Implementar una coordinación territorial de efectores públicos y privados.
- Implementar una red integrada de Urgencias odontológicas las 24 horas del día en todo el país.
- Actividades de difusión e información para cambiar el modelo de atención y gestión.
- Establecer políticas que fomenten la capacitación de los profesionales del equipo de salud bucal.
- Capacitar a los agentes de salud en acciones costo-beneficio de calidad.
- Unificación de criterios de higiene bucal mediante la protocolarización de acciones.
- Convocatorias a la Comunidad (a través de sus organizaciones naturales) a participar en el desarrollo de políticas de salud y en el control de su cumplimiento, promoviendo el autocuidado individual y colectivo.
- Promoción de la formación de promotores de salud.
- Coordinar con la Universidad de la República y otros sectores públicos y privados la realización de una Historia Médica Nacional unificada.
- Coordinar con la Universidad de la República u otras instituciones y organizaciones para llevar a cabo una Encuesta Nacional de Salud Bucal.
- Campañas publicitarias.
- Edición de material educativo.



URUGUAI - PORTUGUÊS

SISTEMA DE SAÚDE

O Uruguai passou por mudanças no Modelo de Atenção pela adoção da estratégia de Atenção Primária à Saúde, concebida como estratégia norteadora. A reforma procurou priorizar a APS para controlar o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. A aplicação efetiva de uma estratégia de Atenção Primária à Saúde implica colocar as necessidades e os direitos dos cidadãos no centro de todo o sistema, por meio da prevenção de doenças, educação e promoção da saúde e tratamento oportuno e adequado (PAHO, 2017).

Com um conceito abrangente de saúde, essa estratégia abrange todos os níveis de atenção. A ênfase principal está no primeiro nível de atenção, uma vez que seu fortalecimento - criando uma rede coordenada de serviços - no âmbito de um sistema, é decisivo para melhorar a eficiência e a qualidade.

A APS não se limita a um programa, nem a um nível de atenção, mas constitui a estratégia geral de todo o sistema de saúde e a base do novo Modelo de Atenção, baseado no fortalecimento do Primeiro Nível e sua coordenação com o restante de níveis de atenção (MINISTERIO DE SALUD URUGUAY,):

1. Coordena a ação de todos os agentes de saúde em uma forte rede de policlínicas e Centros de Saúde públicos e privados, integrando efetivamente a equipe de saúde bucal ao restante da equipe de saúde.
2. Valoriza o papel da Comunidade como ator-chave na modificação dos fatores e hábitos ambientais que determinam sua saúde;
3. Portanto, enfatiza o papel das organizações comunitárias e estimula a criação e o fortalecimento de um movimento de usuários nos níveis zonal, departamental e nacional;
4. Concebe a participação de usuários e profissionais de saúde como pilares do processo de mudança;
5. Promove uma abordagem territorial na organização do sistema;
6. Hierarquizar a atenção com base em programas desenvolvidos de maneira participativa.

PAPEL DO GOVERNO

O Governo tem como papel garantir a estrutura e acesso à saúde para a população. A Lei 18.211 de 2007, criadora do Sistema Nacional de Saúde Integrado (SNIS), culminou em um processo de negociações de dois anos entre partidos políticos, provedores privados e trabalhadores para tentar alcançar um projeto que contemplaria a maioria (ARAN; LACA, 2011).

A reforma da Atenção Primária de Saúde foi inspirada em exemplos de estados assistenciais; um sistema misto, baseado na previdência social e de um único fornecedor estatal. Buscou-se um caminho adequado, que organizasse a estrutura institucional sobre o pré-existente (o sistema público tradicional e mútuo) (PAHO, 2017).

FINANCIAMENTO

Em 2008, foi criado o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), que reorganizou legal e financeiramente os serviços públicos e privados existentes. Foram aprovados os regulamentos que estabelecem um Fundo Nacional de

Saúde (Fonasa), com contribuições dos trabalhadores proporcionais aos seus rendimentos, as empresas e Estado. Este fundo funciona no Banco de Segurança Social e atua como administrador e financiador do sistema.

O Fonasa paga ajustado por idade e sexo, às instituições Prestadoras Integrais de Saúde. Estas se agrupam às “antigas” sem fins lucrativos, de uma concepção solidária onde os indivíduos saudáveis voluntariamente pagaram pelo paciente e Instituições de Assistência Médica Coletivizada com fins lucrativos, de propriedade cooperativa ou grupos de investidores. Por outro lado, o prestador integral público ASSE (Administração de Serviços de Saúde do Estado) que nasceu no Ministério da Saúde Pública, tornou-se cada vez mais independente, até alcançar total autonomia. A ASSE é o maior fornecedor do país com uma população de 1.305.114 pessoas e presença em todo o território nacional (400.000 usuários através da Fonasa e do resto da população de trabalho informal ou sem trabalho financiado pelo orçamento do estado) (PAHO, 2017).

A ASSE abrange a população mais necessitada, com os piores perfis epidemiológicos. A renda média per capita da ASSE é 20% inferior ao capital privado. A partir da reforma, as pessoas com renda per capita da Fonasa, em um regime fechado que permite a troca uma vez por ano, decide o prestador de onde desejam ser atendidos. Foi alcançado um primeiro efeito, que é a estabilidade financeira das instituições de saúde privadas cuja viabilidade estava em dúvida e uma melhora substancial dos cuidados da ASSE. Ficam por resolver, as diferenças substantivas para a conquista da equidade no SNIS. O SNIS está subordinado ao Ministério da Saúde Pública (MSP) (ARAN; LACA, 2011).

COBERTURA

O Sistema Nacional de Saúde Integrado (SNIS) é composto por um setor público e um setor privado. O principal provedor de serviços públicos é a Administração Estadual de Serviços de Saúde (ASSE), que possui uma rede de estabelecimentos de cobertura nacional em que atende cerca de 37% da população, basicamente pessoas com recursos limitados e sem cobertura previdenciária (GERALDO BISOTO JUNIOR; PEDRO LUÍS DE BARROS SILVA; SULAMIS DAIN, 2006).

As intervenções de alta complexidade e alto custo são realizadas nos Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que são hospitais ou clínicas especializadas, que podem ser de origem pública ou privada. A prestação de serviços privados é dominada pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), que são associações de profissionais privados sem fins lucrativos que oferecem atendimento abrangente a 56% dos uruguaios, beneficiários da previdência social. A maioria dessas instituições possui unidades de atendimento próprias. Essas instituições também atuam como seguro voluntário para a população com capacidade de pagamento.

As IAMC estão agrupadas em associações de instituições de saúde privadas sem fins lucrativos, como a Federação Médica do Interior (FEMI), a União da Mutualidade do Uruguai (UMU) e a Plenária da IAMC. O ASSE e o IAMC recebem pagamentos per capita do FONASA de acordo com o risco da população coberta e as metas de assistência estabelecidas pelo MSP (E et al., 2016).

O setor privado também possui o chamado Seguro Privado, que são empresas privadas lucrativas que prestam assistência em troca do pagamento de prêmios cujo valor depende do nível de risco do segurado. Esses seguros cobrem cerca de 2% da população.

SERVIÇOS OFERECIDOS

O sistema de saúde do Uruguai possui 105 hospitais, 56 dos quais públicos, 48 privados e um universitário. A maioria dos hospitais particulares é de propriedade da IAMC. Em 2008, o número de leitos disponíveis era de 11 132,

incluindo leitos para asilos e lares para pessoas com deficiência mental. Serviços são voltados para programas de saúde à crianças, adolescentes e adultos, programas com temas como violência baseada em gênero, nutrição, controle do tabaco, saúde sexual e reprodutiva, controle do câncer, cuidados paliativos, saúde bucal e mental e reabilitação (ARAN; LACA, 2011).

ACESSO E QUALIDADE

A constituição do SNIS e do FONASA viabilizou a consolidação do papel gestor exercido pelo Ministério da Saúde Pública e o Conselho Nacional de Saúde (JUNASA), através da assinatura de contratos de desempenho com prestadores públicos e privados que regulam sua prestação de serviços e garantem a qualidade da atenção

As cláusulas fundamentais promovem os serviços de saúde baseados na atenção primária, determinam as garantias explícitas do Plano Integral de Atenção à Saúde e estabelecem metas de prestação de serviço para avaliar o desempenho segundo as prioridades definidas pelo Ministério da Saúde Pública.

Esses acordos dispõem sobre sanções na eventualidade de os prestadores não cumprirem a entrega dos benefícios contratuais, de modo a assegurar a integralidade e sustentação das mudanças nos modelos de atenção e gestão. O monitoramento está sob a responsabilidade de um órgão de inspeção exclusivo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

A implementação do SNIS, em 2008, melhorou as perspectivas de saúde do país, reduzindo a segmentação que criou grandes desigualdades e tornando o sistema mais estável. Nesse contexto, foram definidos os Objetivos Nacionais de Saúde (OSN) 2020, a fim de: (i) melhorar o estado de saúde da população; (ii) reduzir o exercício desigual do direito à saúde; (iii) melhorar a qualidade dos processos envolvidos na prestação de cuidados; e (iv) criar as condições necessárias para que a experiência de assistência médica seja positiva para os usuários (PAHO, 2017).

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

Existe um sistema computacional que por meio desse link: https://mi.iduruguay.gub.uy/login?process_state=FucxeNoJBIH00QaQl1GKT6zva6t41-xbnB8SKOKbCXk o usuário consegue ter acesso à suas informações na área da saúde.

A coleta, processamento e análise de informações do setor privado é de responsabilidade do Sistema Nacional de Informação (SINADI). Seu principal objetivo é fornecer informações ao MSP para avaliar o desempenho de instituições privadas e do setor como um todo (ARAN; LACA, 2011).

CONTENÇÃO DE CUSTOS

Os gastos com saúde cresceram 53% entre 2007 e 2014, atingindo 8,6% do PIB em 2014 (público, 6,5%; privado, 2,1%).

O gasto per capita em saúde cresceu 45% nesse período (2007-2014). Em 2007, 53% das despesas foram financiadas com fontes públicas e, em 2014, aproximadamente 70% (PAHO, 2017).

INOVAÇÃO

A inovação foi a implementação do SNIS, cuja missão é articular prestadores públicos e privados de serviços de saúde e estabelecer um Seguro Nacional de Saúde financiado com recursos de um fundo que visa reunir todos os recursos para a saúde, FONASA. No primeiro ano de implementação houveram mudanças no número de pessoas cobertas pelos vários provedores. O número de pessoas cobertas pelo ASSE diminuiu, enquanto o número de pessoas afiliadas à IAMC e ao seguro parcial aumentou. A previdência social também sofreu uma grande mudança ao assumir a responsabilidade pela administração da FONASA (ARAN; LACA, 2011; SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

A principal mudança foi o estabelecimento de um imposto sobre a renda da população, cujo objetivo é promover a equidade nas contribuições para os cuidados de saúde.

No que se refere ao modelo de atenção à saúde, recentemente foi definida uma nova matriz de proteção social, mais alinhada aos riscos e necessidades de saúde da população uruguaia (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

As desigualdades associadas ao acesso segmentado a serviços de saúde públicos e privados, particularmente entre homens e mulheres, ou crianças e jovens em relação aos adultos, e entre residentes de Montevidéu e o resto do país também foram reduzidas. Na última década, os valores dos indicadores clássicos: (mortalidade infantil, mortalidade materna e expectativa de vida ao nascer) continuaram em declínio (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

SAÚDE BUCAL

O Programa Nacional de Saúde bucal no Uruguai possui como ações e metas:

Definir a política nacional de saúde bucal, em termos de padrões e diretrizes que incorporem atividades de promoção e assistência de qualidade com critérios populacionais.

Definir atividades de assistência abrangente e específica para grupos populacionais: Programas voltados para mulheres grávidas, meninas e meninos, adolescentes, adultos / adultos e adultos / idosos.

Definir atividades de assistência integral vinculadas a grupos: Programas de Saúde Coletiva,

Padronizar o tratamento das seguintes situações de doença ou condições de saúde: Cárie, Paradenciopatias, Maloclusões, Patologia tumoral e não tumoral de tecidos moles e duros, HIV-AIDS, doenças sistêmicas e saúde bucal, dentárias mutiladas por sequelas de cáries e paradenciopatias mutiladas maxilo-facial, desativado.

Definir as linhas estratégicas vinculadas à promoção e prevenção da saúde bucal em nível nacional. Articulação com programas nacionais de saúde. Definição de uma estratégia nacional de comunicação e publicidade. Avaliação do status do Programa de Fluoretação de Sal e seus efeitos.

Promover a implementação de um sistema de vigilância da saúde bucal na população: implementar um sistema único de registro nacional de saúde bucal, implementar a pesquisa nacional de saúde bucal, promover a formação de uma equipe de referência técnica permanente em vigilância sanitária (DIGESA-MSP), Consolidar a vigilância epidemiológica correspondente ao Programa de Fluoretação em Saúde.

Promover o estudo e operação de um Centro de Custos, a fim de analisar os impactos das diferentes variáveis nos serviços de atenção em conjunto com a área de Economia da Saúde (DIGESE-MSP). Integrar e fortalecer, juntamente com a agência correspondente, o estudo de variáveis econômicas, desenvolvendo uma área de conhecimento fundamental para o componente Seguro Saúde.

Promover a incorporação de um sistema de avaliação e auditoria de serviços. Integrar, fortalecer e desenvolver, juntamente com o órgão correspondente do MSP, as ações de avaliação e auditoria do componente Saúde Oral dos serviços.

Promover o treinamento e a qualificação dos profissionais de saúde bucal em todo o país.

Promover, no âmbito do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, propostas relacionadas à formação de profissões relacionadas à saúde bucal.

Promover o desenvolvimento de treinamentos contínuos e contínuos pelos serviços de saúde, bem como o treinamento de pós-graduação correspondente, de acordo com as necessidades do sistema.

Promover pesquisas em saúde bucal, com o objetivo de consolidar esses objetivos estratégicos e cumprir a missão.

Os serviços oferecidos na rede de atenção procura integrar ações de saúde bucal às ações gerais de saúde, fornecendo cobertura dentro do Programa de Saúde Bucal de M. S. P, priorizando mulheres grávidas, crianças, adolescentes, integrando progressivamente os demais grupos populacionais. Além disso, procura implementar uma rede de serviços com o setor público e privado como um todo, que delineie políticas e ações para um Sistema Nacional de Saúde Integrado que responda adequadamente às necessidades de saúde bucal de maneira permanente. (MINISTERIO DE SALUD URUGUAY).

SERVIÇOS E COBERTURA SAÚDE BUCAL

Os procedimentos de saúde bucal para todos os níveis de atendimento são definidos abaixo. Com eles, tenta-se agrupar os diferentes benefícios à saúde bucal, de maneira a sistematizá-los, ordená-los e propô-los em uma lógica de assistência perfeita na medida em que sua aplicação seja universalizada. As ações fundamentais são de promoção e prevenção, mas todas também incluem assistência e reabilitação. As tarefas incluídas nos diferentes procedimentos serão integradas em programas de benefícios de saúde individuais ou coletivos para os diferentes grupos populacionais ((MINISTERIO DE SALUD URUGUAY, ; BIANCO; QUEIJO, 2019).

- Procedimento 1: Educação para a saúde e autocuidado bucal
- Procedimento 2: Controle da infecção
 - * Higiene bucal, Controle da placa bacteriana, Terapia básica periodontal, Inativação de cáries, Tratamento de canal, Extração
- Procedimento 3: Fortalecimento das estruturas dentárias
 - * Incorporação de flúor
- Procedimento 4: Controle do meio
 - * Diagnóstico do meio bucal
- Procedimento 5: Resolução de urgências
 - * Dor, Infecção, Traumas, Hemorragias, Alteração da função estética, Cirurgia de Urgência
- Procedimento 6: Reabilitação das peças dentárias
 - * Restaurações, Tratamento de canal, Raspagens

- Procedimento 7: Prevenção das má oclusões
 - * Correção de hábitos etiológicos
- Procedimento 8: Reabilitação protética
 - * Reposição de peças perdidas, Reabilitação bucomaxilofaciais
- Procedimento 9: Tratamento de má oclusões
 - * Ortodontia
- Procedimento 10: Cirurgia oral
- Procedimento 11: Controle
 - * Manter nível de saúde bucal

Os serviços ofertados são de acesso universal. A seguir a lista de serviços de educação em saúde bucal (MINISTERIO DE SALUD URUGUAY):

- Transferência de conhecimentos direcionados ao processo saúde - doença, fatores de risco e proteção, educação nutricional.
- Ações de prevenção
- Medidas preventivas coletivas: sal fluoretado se as indicações médicas não o contradizerem.
- Medidas preventivas individuais e coletivas: Facilite o acesso a creme dental e escova de dentes fluoretados. Aumente a escovação com creme dental fluoretado.
- Medidas preventivas de cárie no nível individual: escovação com géis fluorados, aplicação de clorexidrina, verniz de flúor e vedações de gorduras e fissuras nos casos indicados.
- Prevenção e tratamento precoce de disgnias em crianças e adolescentes.
- Incorporar a detecção precoce do câncer bucal nas ações da equipe de saúde bucal.
- Ações de assistência e reabilitação:
- Incorporação de técnicas alternativas de atendimento, restauração e reabilitação de acordo com o SNIS.
- Integrar a equipe de saúde bucal à equipe geral de saúde, promovendo a incorporação de recursos humanos, principalmente assistentes dentários e higienistas, para aumentar as ações odontológicas no primeiro nível de atendimento.
- Coordenar transversalmente com outros programas de saúde MSP
- Atividades programadas em gestantes, crianças e adolescentes.
- Implementar uma coordenação territorial de efetores públicos e privados.
- Implemente uma rede integrada de emergência odontológica de 24 horas. em todo o país.
- Atividades de divulgação e informação na mudança de modelo de atenção e gestão.
- Estabelecer políticas que incentivem a formação de profissionais da equipe de saúde bucal.

- Treinamento de agentes de saúde em ações de custo-benefício de qualidade.
- Unificação de critérios em higiene bucal através da protocolização de ações.
- Convoque a Comunidade (através de suas organizações naturais) a participar no desenvolvimento de políticas de saúde e no controle de seu cumprimento, promovendo o autocuidado individual e coletivo.
- Promoção de treinamento de promotores de saúde.
- Coordenar com a Universidade da República e com outros setores públicos e privados a realização de uma História Médica Nacional unificada.
- Coordenar com a Universidade da República ou outras instituições e organizações a realização de uma Pesquisa Nacional de Saúde Oral.
- Campanhas publicitárias.
- Edição de material educacional.

- ARAN, D.; LACA, H. Sistema de salud de Uruguay. *Salud Publica de Mexico*, v. 53, n. SUPPL. 2, p. 265–274, 2011.
- BIANCO, P.; QUEIJO, L. Developing a team to improve oral health: oral health in Uruguay. 2019.
- E, L.; M, F. G.; W, B.; P., A.; E., H.; COORD. Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Montevideo, 2016. .
- GERALDO BISOTO JUNIOR; PEDRO LUÍS DE BARROS SILVA; SULAMIS DAIN. Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. p. 400, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_setor_saude_americas.pdf>.
- MINISTERIO DE SALUD URUGUAY. Ministerio de Salud - Programas Salud Uruguay. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/areas-programas-salud>>.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Saúde nas Américas. n. 2, 2012.
- PAHO. Salud en Americas. 2017. Disponível em: <<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=4314>>.
- SOLLAZZO, A.; BERTERRETICHE, R. The Integrated National Healthcare System in Uruguay and the challenges for Primary Healthcare. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2829–2840, 2011.



Iberoamerican Observatory of Public Policies in
Oral Health

observaibero@usp.br