

Gasto y Política de salud: Población de adultos mayores en Argentina y Chile

Córdova Jaimes, Edgar; Escobar Díaz, Anton; Rincón, Isabel Cristina; Chaparro Medina, Jorge
Gasto y Política de salud: Población de adultos mayores en Argentina y Chile
Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XXVIII, núm. 2, 2022
Universidad del Zulia, República Bolivariana de Venezuela
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28070565013>

Gasto y Política de salud: Población de adultos mayores en Argentina y Chile

Expenditure and Health Policy: Population of older adults in Argentina and Chile

Edgar Córdova Jaimes

Universidad de Santander, Colombia

edgar_cordova38@hotmail.com

Redalyc: [https://www.redalyc.org/articulo.oa?](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28070565013)

id=28070565013

Anton Escobar Díaz

Médico Patricio Lynch en Viña del Mar, Chile

antonesd@gmail.com

Isabel Cristina Rincón

Universidad de Santander, Colombia

irincon15@hotmail.com

Jorge Chaparro Medina

Corporación Universitaria de Asturias, Colombia

jchaparro@correo.uts.edu.co

Recepción: 20 Noviembre 2021

Aprobación: 07 Febrero 2022

RESUMEN:

Las políticas públicas en materia sanitaria dirigidas a los adultos mayores, representan una acción destinada a garantizar sus derechos vitales. El presente trabajo tiene como objetivo establecer las características del gasto en salud para el segmento de adultos mayores en Argentina y Chile, se seleccionaron estos países puesto que han experimentado tasas de envejecimiento acelerado en los últimos años, así como datos distintos, en morbilidad, mortalidad, expectativa de vida y causas de muerte en estos segmentos, se incluyeron indicadores de expectativa de vida y jerarquización de causa de muerte dispuestos en sistemas de libre acceso para ser comparados respecto a los datos mencionados. Como resultados disímiles a pesar de ser países con índices altos de envejecimiento, no existe una estadística de seguimiento para hacer evaluaciones ni políticas basadas en evidencia para los datos y períodos estudiados (2014-2017). En conclusión, se observa multiplicidad de modelos de políticas públicas, así como criterios diferenciados por parte de organismos internacionales que construyen sus bases de información a partir de datos producidos por los gobiernos, con retraso cronológico e insuficiencia en la desagregación de los mismos para temas específicos de salud en adultos mayores vinculados de manera específica a los porcentajes del Producto Interno Bruto.

PALABRAS CLAVE: Políticas públicas sanitarias, adultos mayores, producto interno bruto, salud, inversión social.

ABSTRACT:

Public health policies aimed at older adults represent an action aimed at guaranteeing their vital rights. The present work aims to establish the characteristics of health spending for the elderly segment in Argentina and Chile, these countries were selected since they have experienced accelerated aging rates in recent years, as well as different data, in morbidity, mortality, life expectancy and causes of death in these segments, indicators of life expectancy and hierarchy of cause of death arranged in free access systems were included to be compared with the aforementioned data. As dissimilar results despite being countries with high rates of aging, there is no follow-up statistics to make evaluations or policies based on evidence for the data and periods studied (2014-2017). In conclusion, a multiplicity of public policy models is observed, as well as differentiated criteria by international organizations that build their information bases from data produced by governments, with a chronological delay and insufficient disaggregation of the same for specific topics of health in older adults specifically linked to the percentages of the Gross Domestic Product.

KEYWORDS: Public health policies, older adults, gross domestic product, Health, social investment.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de una persona es el resultado de una compleja interacción de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales al llegar los 60 o 65 años de edad. Dependiendo del género y de otros factores como el lugar geográfico de nacimiento, las personas tendrán diversas oportunidades o dificultades, las cuales repercutirán en su salud; estas oportunidades serán en la medida de factores sociales, políticos y económicos, pero de forma muy importante de la visión de las políticas en materia de salud en todos sus niveles, así de factores nuevos como la aparición de la pandemia producto de la Covid-19 desde marzo de 2020.

Las políticas públicas en materia sanitaria dirigidas a la población adultos mayores, representan una acción destinada a garantizar los derechos vitales de la población que, en términos epidemiológicos y humanos, representan una proporción *in crescendo* en Latinoamérica, sobre todo considerando las tasas de envejecimiento experimentadas, ampliamente analizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en los indicadores de cambios demográficos. En la región, factores culturales, políticos y sociales de diversa índole, han marcado procesos de abandono, desinterés y una especie de *apartheid*, si se comparan estas realidades con la de los países más desarrollados, como ha sido ampliamente relacionado en documentos técnicos y políticos (Aranco et al., 2018).

La política pública, además de ser un componente administrativo de inversión social, constituye una acción constitucional destinada a la protección del proyecto de vida del adulto mayor y de su familia. Por tanto, la política en materia de salud para adultos mayores no puede concebirse desde solo el punto de vista intra-hospitalario, debe ser integral, dirigida tanto al adulto mayor como a su grupo social y familiar de carácter preventivo, facilitando la autonomía del adulto mayor.

Este reto impone a las administraciones públicas, el diseño de políticas, programas y proyectos a partir de los enfoques de salud propios de ese sector etario, y de las condiciones nuevas aparecidas en el contexto de la pandemia, que ha puesto en evidencia las falencias de los sistemas de gestión de salud, una estrategia que se ha venido discutiendo desde hace más de veinte años como la e-salud parecieran empezar a ocupar un lugar en las reflexiones de los encargados del diseño de políticas públicas en materia de salud (Nievas y García, 2020); para lo cual la creación, disposición y análisis de datos de salud pública son fundamentales.

Tomando en cuenta el envejecimiento de la población referido en los informes, OPS, Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), entre otros (Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores [FIAPAM], 2019), llevaría a que una política para adultos mayores dirigida a personas de mucha edad, enfermas o limitadas, deben dar paso a una política temprana de cuidado y autocuidados desde antes de los 60 años de edad. Esto significaría un esfuerzo administrativo muy importante por parte del Estado, no solo en la protección de los derechos sino también en la estrategia para la eficiencia del sector salud y las políticas implementadas (Ordoñez y Trelles, 2019; Restrepo, Cotrina y Daza, 2021), así como en “fortalecer estrategias que acerquen los programas a la población” (Rivera et al., 2021, p.139); siendo además, parte importante de la reactivación económica post Covid-19 en la mayoría de los países de América Latina.

El análisis de la problemática planteada muestra los alcances gubernamentales y sus repercusiones sanitarias en ámbitos muy puntuales en un período acotado y en países seleccionados en el extremo sur de América como son Argentina y Chile, así como la revisión de los datos emanados sobre la situación sanitaria por parte de organismos como la OPS, OMS, y CEPAL, al objeto de caracterizar las acciones políticas que las administraciones de estos países efectúan respecto a la salud de la población de adultos mayores (Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS], 2018).

La salud constituye una garantía constitucional, lo cual demanda conocimientos tanto desde lo estrictamente médico hasta de la gestión del sistema político-administrativo para su aseguramiento, por lo

que la inversión en salud resulta en un indicador importante que describe la importancia de esta materia en el marco del desarrollo sostenible de la sociedad latinoamericana.

A partir de estas condiciones descritas y en la labor de avanzar en la comprensión del problema se plantean un conjunto de interrogantes, entre ellas: ¿Cuáles son las asociaciones que se observan entre el gasto como porcentaje del PIB en materia de salud y los indicadores de salud en adultos mayores desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de Salud para Argentina y Chile?; puesto que el segmento de adultos mayores constituye aproximadamente el 15% de la población en los países de la región, y de acuerdo a proyecciones del Banco Mundial, OPS y OMS, se incrementará en los próximos 30 años sobre todo en Chile (OMS 2018).

Estas realidades demográficas estudiadas desde el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), OPS, CEPAL, requieren de un examen respecto a la relación entre el incremento del gasto en salud y las características descritas en los indicadores de salud para adultos mayores, ello con el propósito de establecer relaciones asociativas que contribuyan a la evaluación y comprensión de las políticas en esta materia, considerando el tamaño (cambios demográficos) que está adquiriendo este segmento en los sistemas de salud, así como las características epidemiológicas de la región y los recientes impactos en materia de salud pública (OMS 2018); el trabajo espera contribuir a dirigir la atención a estas relaciones, a objeto de construir una visión sobre la necesidad de políticas públicas consistente con el patrón de envejecimiento como hecho resaltante de los cambios demográficos sobre todo al sur de América Latina.

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A continuación, se desarrollan los aspectos teóricos que soportan los indicadores y aspectos seleccionados para lograr la explicación en la relación de las variables gastos y políticas de salud, establecidas en los objetivos de investigación.

1.1. Caracterización de la población de adultos mayores: Caso Argentina y Chile

Se presenta a continuación en la Tabla 1, algunos elementos descriptivos relativo a datos para la población de adultos mayores que la OPS/OMS (2017a; 2017b) desarrolló, evidenciando la situación que se revela para Argentina y Chile.

TABLA 1
Población mayor de 60 años en Argentina y Chile 2015 frente a 2050 (%)

País	Años %Población+ %Población+80 años		Población-2017 Aprox.	Población adulta mayor-2017
	60 años	80 años		
Argentina	2015 15.1	18.1	43.823.000	6.617.270
	2050 26,6	21.5		
Chile	2015 15.7	17.5	18.286 000	2.870.902
	2050 32.9	31,3		
	2050 23,2	20.7		

Se observa en los casos seleccionados un proceso evidente de envejecimiento de la población, explicada *a priori* mediante un conjunto de variables tales como: Políticas de acceso, ampliación de programas de cuidados y recuperación de la salud, campañas de salud preventiva, control de la natalidad, entre otras, que habrían tenido un impacto en ello pero que son tendencia en toda la región, con mayor o menor intensidad

partiendo de diferencias socioeconómicas, lo que impone al manejo de la sanidad pública de estrategias relativas al aseguramiento de políticas, programas y presupuestos, que garanticen los objetivos de salubridad en esta población vulnerable. Chile sería el país donde con mayor significación se observa el fenómeno en los casos estudiados (ver Tabla 1).

1.2. Porcentaje del Gasto del PIB dedicado a temas de salud en adultos mayores

El envejecimiento de la población implica acciones para una efectiva distribución de recursos destinados a las necesidades de todos los grupos etarios; ello pasa por políticas y prácticas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Esto guarda relación con la equidad en el acceso a diferentes servicios y beneficios sociales y económicos, así como con la garantía y el ejercicio de sus derechos humanos. Tal y como lo expresa Páez (2018):

Actualmente, en América Latina y el Caribe la población continúa aumentando y envejeciendo de forma sostenida. La región experimentará un incremento en la población de adultos mayores que hace indispensable la formulación de nuevas políticas que aseguren una mejor calidad de vida para las personas en una edad avanzada (...). El envejecimiento en la región se da en un contexto de pobreza y desigualdad de ingresos, por lo que, a los problemas de salud típicos de la tercera edad, se suman dificultades económicas que agravan la situación para muchos ciudadanos. (p.2)

Ningún país posee todos los recursos necesarios para el gasto e inversión en políticas y programas sanitarios producto de estos cambios demográficos, por lo que la ampliación, cobertura y calidad, son variables que definirían el éxito o el fracaso en esta actividad; no obstante, la región ha incrementado sustancialmente los recursos destinados a esta materia, como lo señala Tromben (2016):

El gasto social ha ido aumentando desde 11.3% del Producto Interno Bruto en promedio simple en 1990 hasta 14.7% del PIB en 2014. Los mayores aumentos se observan a partir de la segunda mitad de los años 2000 coincidiendo con el auge de los precios de las materias primas o el súper ciclo de los productos básicos. (p.3)

Dado lo antes mencionado, las urgencias presentes en la región, podrían calificarse de estructurales, referidas a las deficiencias de los modelos económicos, así como de los diferentes modelos de administración de salud pública, unos más abiertos de cobertura amplia, y otros con sistemas periféricos de privatización; sin embargo, habría que agregar al análisis para un enfoque más holístico, factores de orden cultural, respecto a la posición de las personas mayores; el factor género; al igual que, fenómenos recientes en la región, como cambio demográficos devenidos por el incremento de la migración, a partir del caso venezolano; cambios de enfoque político, como el caso chileno a partir del nuevo gobierno de 2022; la crisis de Argentina; así como la pandemia Covid-19.

Todos los factores antes mencionados, implican desafíos a este tema desde variables socio- culturales y políticas muy particulares, para la redefinición de los sistemas de protección social en la región, aunque pareciera un tema lejano para gran parte de países latinoamericanos, donde la media de edad resulta muy por encima del factor de envejecimiento de Chile y Argentina.

1.3. Los modelos prestacionales de salud en los casos de estudio

Como producto de las revisiones efectuadas, se puede señalar que, si bien existen programas orientados a temas específicos para adultos mayores, como los programas de alimentación complementaria en Chile; en general no existe de manera explícita la creación de estadísticas con visibilidad sobre el tema de salud para adultos mayores, situación reconocida por el Boletín del Programa de la Organización Iberoamericana de Salud (OISS, 2018) sobre adultos mayores, donde se señala que:

La experiencia y el conocimiento de esas organizaciones e instituciones son cruciales para guiar a las oficinas nacionales de estadística y para exigir el acceso a esa información, entre otras acciones necesarias para garantizar la visibilidad del grupo en el proceso de implementación de la Agenda 2030, en particular en aquellas áreas relevantes en las que, sin embargo, la mención de las personas adultas mayores no es explícita. (p.3)

Existen ciertos consensos alrededor de los elementos que estos Programas deberían poseer, entre los cuales destacan:

- a. Se establecen un conjunto mínimo de garantías en el Plan de Beneficio de Salud (PBS) explícitas, que se reflejan en un mínimo de servicios.
- b. Financiamiento público.
- c. Vinculación con la necesidad, preferencia social de la población a ser cubierta, a través de un proceso de priorización o deliberativo del gobierno, basado en su análisis de las necesidades de la población.

En todo caso los planes de beneficios en salud han tenido prioridades determinadas de acuerdo a sus realidades o intereses políticos, económicos y sociales; por lo que, resultan interesantes a la hora de comprender quizás el hecho de la marginalidad que los programas para el caso de los adultos mayores han tenido en los casos de estudio. Al respecto, la CEPAL (2013) manifiesta que: "Las personas mayores son sujetos de derechos, que han contribuido y continúan desempeñando un papel activo en las diversas áreas del desarrollo, y que los países deben reconocerlos como actores clave en la elaboración de las políticas públicas" (p.17).

2. METODOLOGÍA

La investigación fue de tipo descriptiva, puesto que se buscó especificar las propiedades, características de las variables de gasto en salud como porcentaje del PIB, así como la morbilidad para adultos mayores de 65 a 69 años, a partir de indicadores de 2014 – 2017, como datos demográficos; y la morbilidad, a través de causas de muerte jerarquizadas para los casos de Chile y Argentina.

Se recurrió a un diseño de revisión documental (Alfonzo, 1994, Hernández, Fernández y Baptista, 2014), mediante: 1) la obtención de datos estadísticos en las siguientes plataformas de acceso abierto: a) OPS/OMS plataforma PLISA (2021); b) Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial; c) CEPAL-Bases de Datos, Estadísticas CEPALST; d) Datos e informaciones obtenidos de las agencias gubernamentales especializadas en el tema salud en los países seleccionados. 2) Del mismo modo, se realizó consulta, revisión y análisis de fuentes secundarias, revistas científicas, documentos especializados en las siguientes plataformas, *ScienceDirect*, *ProQuest* y *Scopus*.

El análisis del contenido fue de tipo longitudinal; por un lado, se revisaron y analizaron los datos de morbilidad en el caso de adultos mayores en el lapso 2014 - 2017, para las Enfermedades No Transmisibles (ENT), Mortalidad, Expectativa de vida; así como, por otro lado, aquellos presentados por la OPS, OMS, Ministerios de Salud de los países seleccionados.

3. PRECISIONES EMPÍRICAS DEL PROBLEMA DE SALUD ADULTOS MAYORES EN LOS CASOS DE ESTUDIO

3.1 Chile: Las garantías explícitas de salud

En 2005 Chile adoptó un Plan de Beneficios de Salud (PBS), denominado indistintamente plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) o Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE)⁽¹⁾. Este PBS cubre hoy 80 patologías priorizadas de acuerdo con diversos criterios. Las coberturas y garantías definidas en este plan aplican para el sistema de seguridad social en salud, incluyendo a los asegurados del seguro público, Fondo

Nacional de Salud (Fonasa), “que actualmente cubre a alrededor del 80% de la población nacional, así como los asegurados de las instituciones de salud previsional (Isapres), entidades privadas, que cubren a cerca del 17% de los chilenos” (Giedion, Bitrán y Tristao, 2014, p.45).

Esta política chilena se ha ido ampliando en la medida que el Plan ha incorporado tanto evaluaciones dentro de los principios de calidad, así como respuesta a una evaluación de impacto financiero en el sistema de salud nacional de Chile, lo cual ha llevado a la decisión gubernamental de expandir gradualmente el Programa Garantías Explícitas en Salud (GES)⁽²⁾.

En 2005 ingresaron los primeros 25 problemas prioritarios de salud a ese régimen. Un año más tarde, se incorporaron otros 15 problemas prioritarios. En 2007, ingresaron otros 16 hasta llegar a un total de 56. Esta lista ha sido expandida en dos ocasiones más, aumentando a 69 problemas prioritarios en 2010 y alcanzando los 80 en 2013. (Giedion et al., 2014, p.45)

Las evaluaciones del (GES) han sido escasas y parciales, pero las pocas existentes revelan importantes logros. Por ejemplo, Bitrán, Escobar y Gassibe (2010) evidenciaron que el GES consintió mayor accesibilidad a la atención, una mejor cobertura, así como una disminución en las tasas de hospitalización y mortalidad para varias enfermedades, tales como: Infarto agudo al miocardio, diabetes tipo 2, hipertensión, epilepsia, depresión y cáncer de cérvix.

En el caso de Chile, como de otros países el problema central que afronta la administración es de orden económico, consiste en la asignación de recursos escasos a necesidades múltiples de envejecimiento, y encarecimiento de nuevas tecnologías, que han de ser incorporadas al tratamiento de la salud para el sector. Esto ha representado una planificación y priorización tanto de enfermedades como de servicios, en el caso chileno el Plan Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), también conocido como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), que para 2021 cubría 80 enfermedades, pero para el caso de la población mayor de 61, colocando énfasis en el adulto, sin mayor impacto en el sistema de apoyo familiar; con programas de apoyo en materia de suministro de sillas, bastones y otros para garantizar la movilidad del paciente.

3.2. Argentina: Del Plan Nacer hasta el Plan Sumar

Argentina muestra un gasto en salud equivalente al 8,2% de su PIB, un porcentaje propio de los países de ingresos medios y altos. El sistema de salud argentino tiene tres subsectores: El privado (voluntario); el de las obras sociales (obligatorio para trabajadores formales); y el público (universal y gratuito).

Los subsectores privados y de las obras sociales, cuentan con planes de beneficios explícitos de salud. El marco general de estos planes, que indica la provisión que deben garantizar, está establecido por el Plan Médico Obligatorio. El subsector público, que puede proveer servicios de salud a toda la población a través de establecimientos mayoritariamente provinciales y municipales, no cuenta con un listado explícito de prestaciones priorizadas. En este contexto, el Gobierno nacional implementó el Plan Nacer en 2004 (PN), con el fin de garantizar el acceso universal a un conjunto de servicios de salud priorizados.

La política pública de salud conocida como plan Nacer, tiene como objetivos mejorar el estado de salud y la satisfacción con los servicios de la población usuaria del subsector público sin cobertura explícita. Inicialmente, se priorizaron prestaciones del primer nivel de atención para la población más vulnerable, como mujeres embarazadas o en atención posparto, y niños de 0 a 5 años (Sabignoso, Silva y Curcio, 2014).

El PN buscó aumentar gradualmente las coberturas prestacionales, poblacional, y la protección financiera de la población. Comenzó con 80 servicios de atención primaria de salud para la población materno-infantil, agregó luego algunos servicios curativos ambulatorios, hasta incorporar en el año 2010 prestaciones de alta complejidad, para atención integral de cardiopatías congénitas. En el año 2012 se incluyeron prestaciones para el cuidado perinatal de alta complejidad. A partir del mismo año, el Ministerio de Salud de la Nación y las

provincias, extendieron el PN a nuevos grupos poblacionales (niños y adolescentes hasta los 19 años y mujeres hasta los 64 años sin cobertura explícita en salud) a través de un conjunto de 400 prestaciones priorizadas. “Esta extensión del PN da inicio al denominado programa SUMAR” (Sabignoso et al., 2014, p.199)⁽³⁾.

El Programa Sumar es una política pública que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud. Sumar tiene como antecedente al Plan Nacer que se inició en 2004 (...) En términos poblacionales, este proceso culmina en el 2020 con la reciente incorporación de las personas mayores, consiguiendo que el universo total de la población que no tiene obra social esté cubierto por el Programa Sumar⁽⁴⁾. (Ministerio de Salud, 2021, p.1)

3.3. El gasto en salud disponibilidad de datos confiables morbilidad 2014-2017

De acuerdo con el informe quinquenal, Salud en las Américas 2017, presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2017a), solo Cuba, Costa Rica y Uruguay lograron cumplir con la recomendación de invertir el 6% del PIB como nivel mínimo en salud en el año, meta que fuera formulada por la Organización Mundial de la Salud en 2014. Cuba, es el país de la región que más invierte de acuerdo al informe, ubicándose con más del 10% del PIB; Uruguay, logra alcanzar el objetivo del 6%; seguido muy de cerca por Panamá, que, no obstante, no logra cumplir con la recomendación de la OMS del 6% del PIB; sin embargo, la mayoría de los países no alcanzó dicha meta (OPS, 2013; 2017a; 2017b; OMS, 2018).

En el año 2016 un grupo de investigadores (Pinzón et al., 2016) reconociendo esta problemática efectuaron un estudio, que se basó en identificar la disponibilidad de indicadores en salud que permitieran medir con validez los avances en la consecución de la “Salud Universal” en América Latina y el Caribe (ALC), para ello realizaron una búsqueda sistemática de evidencia científica y documentos técnico-científicos disponibles sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud y del avance en salud universal. Se identificaron 63 fuentes de información a niveles nacionales y a nivel internacional, a partir de esas bases se seleccionaron 749 indicadores, 619 de los cuales estaban relacionados con las dimensiones de la Salud Universal; y 130, con la carga de enfermedad.

Por su parte, Panadeiros y Pessino (2018), en su investigación identificaron 42 (6%) indicadores de protección financiera; 415 (55,4%) de cobertura de prestación de servicios; 6 (0,8%) de cobertura poblacional; 101 (14%) de determinantes de la salud; 55 (7,3%) para la evaluación de las inequidades en salud; y 130 (17,3%) para estimar la carga de enfermedad; los investigadores mapearon la disponibilidad de 141 indicadores en cada país de ALC, incluyendo Chile y Argentina.

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) de acuerdo a la OMS (2021), son las responsables de la muerte de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de aquellas que ocurren en el mundo. Cada año mueren personas por ENT, 15 millones de personas de entre 30 y 69 años; más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Los principales tipos de ENT son cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma), y la diabetes.

Asimismo, las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Sin embargo, la OMS advierte que estas se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años (OMS, 2021).

4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan la discusión de resultados para los dos casos seleccionados a partir de los dos objetivos específicos:

4.1. Caso de Chile

Chile asiste a un proceso de envejecimiento importante explicado en parte por una cantidad de variables, dentro de las cuales estaría el descenso de la natalidad como lo señala Donoso (2007), quien manifiesta que para 2017 la población de adultos mayores es de 15,8%; por lo cual, se ha podido constatar que Chile está viviendo un proceso de envejecimiento poblacional: Los porcentajes de hijos por cada mujer fértil en Chile es de 1,91 hijos, mientras que las escalas y estadísticas que hablan sobre la tasa de recambio coinciden en que debiese ser de 2,1 hijos (Donoso, 2007; Asociación de Municipalidades de Chile [AMUCH], 2017).

Los cambios demográficos para el caso de Chile podrían leerse desde una visión optimista, puesto que a *prima facie*, se interpretarían como positivos; para la OMS, el envejecimiento de la población es un indicador de mejoras en la salud general de la población, lo que sería el resultado de políticas y buenas prácticas. De hecho, en Chile, al mismo tiempo que ha aumentado la esperanza de vida, ha disminuido progresivamente la tasa de mortalidad infantil como se presenta en la Figura 1.

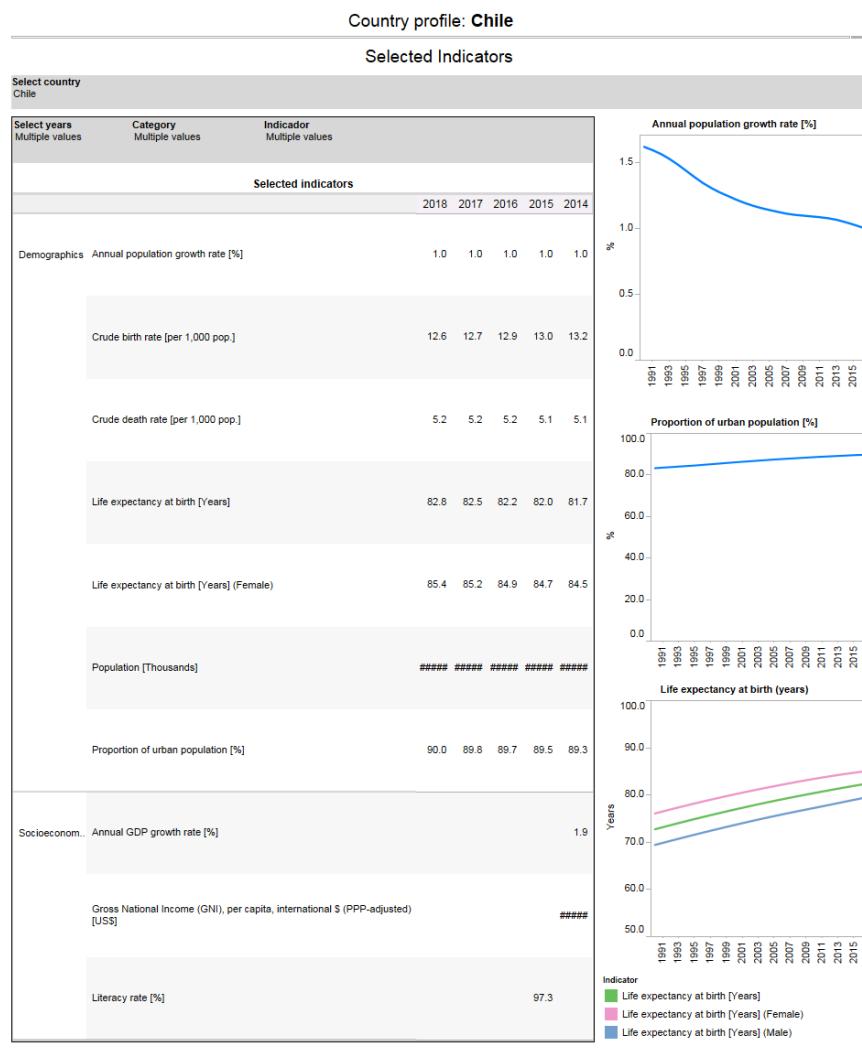


FIGURA I
Indicadores población expectativas de vida tasa mortalidad Chile
Elaboración propia, 2021 con base en OPS/OMS (2017a; 2017b).

De los datos expuestos por la OPS, Chile ha incrementado sostenidamente una tasa de esperanza de vida de 81,7 a 82,8 (años-hombres); y en mujeres de 84,4 a 84,5 (años-mujeres) en solo 4 años, resultando inversamente proporcional al ver la disminución en las tasas de natalidad experimentadas para el mismo periodo (13,2- 2014 a 12,6- 2018), lo que explicaría los cambios demográficos con respecto a la edad de la población.

a. Morbilidad-Chile

En la siguiente Tabla 2, se describen las defunciones para Chile, en dos grupos 2013-2015 (más reciente 2000-2002), se observan cambios en las cifras que serían explicados por varios factores socio- económicos⁽⁵⁾.

TABLA 2
Mortalidad producto de Enfermedades No Transmisibles: Chile

Años	Hombres		Mujeres		Totales	
	Defunciones	Tasa x 100	Defunciones	Tasa x 100	Defunciones	Tasa x 100
2013	10.186	2.164,03	7.352	1.260,10	17.538	1.633,75
2014	10.470	2.145,1	7.497	1.237,65	17.538	1.642,75
2015	10.611	2.091,0	7.484	1.188,30	17.975	1.640,0
Cambios en 11 años						
2000	8.413	2.630,45	6.184	1.557,66	14.515	2.037,01
2001	8.974	2.742,31	6.509	1.605,98	15.483	2.113,61
2002	9.074	2.718,51	6.731	1.628,26	15.805	2.115,32

Elaboración propia, 2021 con base en PLISA (OPS/OMS, 2021).

En este sentido, se observa: a) Las tasas de mortalidad para hombres y mujeres en general han mostrado un descenso en los años más recientes consultados (2013-2015); y, b) Para los años 2000-2002 se venían registrando incrementos de las tasas de mortalidad para ambos sexos, situación que cambió, y que podría relacionarse con mejor desempeño del PIB para 2013 cuyo monto ascendió a 4,043, encontrándose una relación con las reformas operadas en el sistema de salud chileno, así como el incremento de las Garantías Explicitas de salud.

De igual manera, en la Tabla 3 se pueden apreciar las principales causas de muerte, encontrándose que: a) Las 5 primeras causas de muerte para el grupo de adultos mayores muestran un 41% corresponden a ENT del reporte formulado por la OPS para Chile; por lo que, este país estaría muy por debajo de la tasa mundial referida en informes por las agencias internacionales de salud, que alcanza un 71%; y b) La primera causa, aproximadamente un 25% del total de los casos para el grupo reportado, son aquellas relacionadas con enfermedades isquémicas (Corazón).

TABLA 3
Principales causas de muerte por -Grupo de Enfermedades No Transmisibles- Datos OPS Chile 2014 (edad 65 - 69 años)

Nro.	Tipo ENT	Nro.	Tasa
1	Enfermedades isquémicas (Corazón)	939	152,4
2	Enfermedades cerebro vasculares	689	113,3
3	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	619	100,4
4	Tumor maligno de la Tráquea de los bronquios y del pulmón.	538	87,3
5	Diabetes Mellitus	300	81,1

Elaboración propia, 2021 con base en PLISA (OPS/OMS, 2021).

b. Gasto en salud como porcentaje del PIB - Chile

De acuerdo a los perfiles de salud mostrado por OPS en la Plataforma PLISA (OPS/OMS, 2021) validos hasta mayo 2017, el crecimiento medio anual del PIB para Chile muestra un claro descenso de un 5,5 para 2012 hasta 1,9 para 2014. Estos datos a pesar de no ser homogéneos con reportes del Banco Mundial respecto a la evolución del PIB para el caso de Chile, señalan en todo caso un nivel de descenso significativo, véase a continuación los referidos datos del Banco Mundial en la Tabla 4.

TABLA 4

Evolución del PIB-Chile Banco Mundial y Producto Interno Bruto (Groos National Income) y gasto en salud como porcentaje del PIB- per cápita indicadores OPS-Chile

Datos	Años / PIB				
	2013	2014	2015	2016	2017
Banco Mundial	4,045	1,7	2,305	1,266	1,49
OPS - Chile	Producto Interno Bruto per cápita			Gasto como % del PIB	
	2012	2013	2014	2012	2013
	20.460,0	20.580	21.320	s.i.	s.i.
				3,8%	3,8%
					2017

Elaboración propia, 2021 en base al Banco Mundial (2018); OPS/OMS (2021).

Se observa en el caso de Chile que el PIB *per cápita* ha mostrado incremento, el país ha destinado de acuerdo a los datos un 3,8% del PIB como porcentaje de gasto en salud, a pesar que a la fecha de los datos analizados Chile no cumple con la meta mínima de inversión del 6%, recomendada por la OMS y la OPS. Para 2020 Chile gasta aproximadamente un 8% del PIB en salud, un porcentaje levemente más bajo al 9% promedio de los países desarrollados. Pero de este porcentaje, solo un 4% aproximado se destina a la salud pública, en circunstancias que el 1% de esa cifra corresponde al aporte del 7% de los afiliados a Fonasa (Cisternas, 2020).

Un aspecto relacionado con el manejo del tema salud en Chile está relacionado con la “calidad del servicio” como “percepción de los usuarios” y ha sido un factor que el Estado ha presentado como avances en una evaluación positiva del mismo, a propósito de ello y de acuerdo a la “Tercera encuesta de calidad externa de vida en la vejez 2013”, se reporta que los encuestados mostraron una tendencia al alza respecto de percepción de bienestar para el momento de la misma, en el año 2007, un 56% de encuestados decía “estar satisfechos con su vida”; mientras que en el 2013 este porcentaje subió al 63%, lo cual describe un incremento en el nivel de calidad respecto al servicio de salud (Pontificia Universidad de Chile, 2014; Varela, 2016).

Sin embargo, a pesar de esta tendencia positiva, las principales preocupaciones han tendido a mantenerse en el período 2007-2013, dentro de las cuales y de acuerdo a la referida encuesta, las personas manifestaron que sus mayores preocupaciones eran “tener que depender de otras personas” y “enfermarse gravemente” (Pontificia Universidad de Chile, 2014). A partir de estas fechas se operó un proceso de reformas en el sistema chileno, con dos características, trabajo en red y desconcentración administrativa; pero a pesar de la manifestación, el sistema se ha limitado a la Garantía Explícita de salud (jerarquizar un número determinado de enfermedades para atender), pero no se observan planes de atención integral que involucren al sistema de apoyo del paciente.

4.2. Caso Argentina

Argentina posee una superficie de 3.761.274 km², correspondiente a 23 provincias; así el territorio se divide en cinco regiones geográficas: Noroeste, Noreste, Cuyo, Centro o Pampeana y Patagonia; cerca de 65% de la población se agrupa en la región Centro, especialmente en la provincia de Buenos Aires, con el 38,9% de la población del país, particularmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En el año 2010 se

contabilizaban 40.117.096 habitantes, 91% de los cuales vivían en zonas urbanas, con una razón hombre/mujer de 0,95/1. Las estimaciones indicaban para el año 2014 una población aproximada de 42.669.000 habitantes.

En ese sentido, para el año 2010, la composición de la población en grandes grupos etarios presentaba diferencias significativas entre cada una de las provincias; el menor porcentaje de niñas, niños y jóvenes se registraba en CABA (16,3%), y el mayor porcentaje en la provincia de Misiones (32,5%). Comparablemente, CABA presentaba la mayor proporción de adultos con 65 años y más (16,4%), y la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, la menor proporción (3,8%) (OPS, 2017a; 2017b). Argentina ha disminuido su tasa de natalidad y ha mejorado levemente los datos de mortalidad como se muestra en la Figura II, que a continuación se presenta.

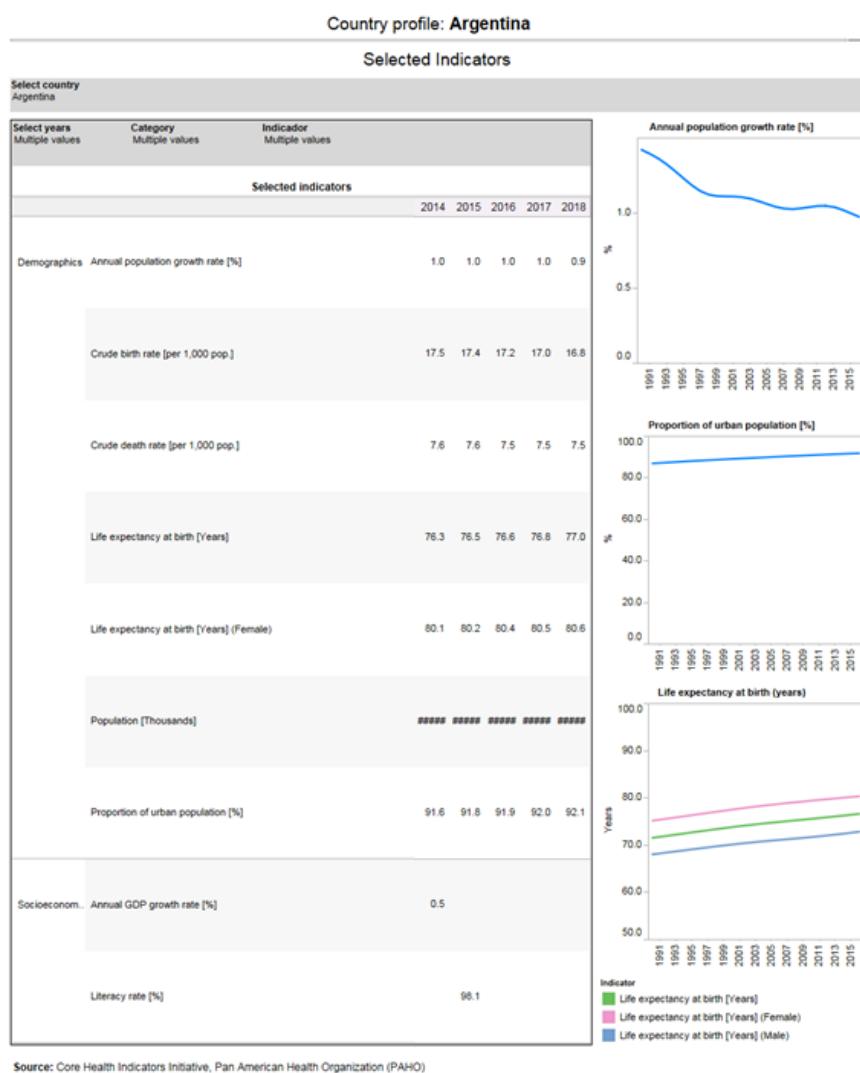


FIGURA II
Indicadores población expectativas de vida tasa mortalidad Argentina

De los datos expuestos por la OPS se observa que Argentina ha mejorado levemente la tasa de esperanza de vida de 76,3 a 77,0 (años-hombres), y en 80,1 a 80,16 (años-mujeres) en solo 4 años, comparado con Chile, Argentina ha avanzado menos en dicha materia, manteniendo sus estándares, a pesar del proceso de cambio demográfico que muestra. Por otra parte, se reporta leve disminución en las tasas de natalidad para el mismo periodo (17,5- 2014 a 16,8- 2018).

a. Morbilidad-Argentina

En la siguiente Tabla 5, se describen las muertes para Argentina, en dos grupos 2013-2015 (más reciente 2000-2002), se observan cambios en las cifras que serían explicados por varios factores socio- económicos.

TABLA 5
Mortalidad producto de enfermedades no transmisibles Datos OPS- Argentina

Años	Hombres Defunciones	Mujeres Defunciones	Totales Defunciones
	Tasa x 100	Tasa x 100	Tasa x 100
2013	11.700	562,23	11.445,6
2014	11.689	555,90	11.524,9
2015	12.937	573,96	11.990,3
Cambios en 11 años			
2000	11.049,3	609,40	9.752,9
2001	11.178,5	608,79	10.087,2
2002	11.341,7	611,90	10.367

Elaboración propia, 2021 con base en PLISA (OPS/OMS, 2021).

En este sentido, se observa que: a) Las tasas de mortalidad para hombres y mujeres por ENT en general han mostrado un incremento para el lapso consultados (2013-2015), lo que contrasta con el caso de Chile, que quizás sea explicado por dos factores: Incremento del PIB y reforma del Sistema de salud llevada a cabo, a pesar que Chile no llega a cumplir los estándares del 6% del PIB dedicado a temas de salud; y, b) Para los años 2000-2002, se venía registrando incremento de leve a moderado de las tasas de mortalidad para hombres y mujeres, situación que podría interpretarse como un problema de larga data (11 años) y que se relacionaría con el desempeño económico de la Argentina en los últimos años y ciclos económicos experimentados por la nación, problemas de inflación deuda social.

A continuación, se presenta la Tabla 6, en la que se describen las causas de muerte por ENT para grupo etario Adultos Mayores. Se observa que: a) Las 5 primeras causas de muerte para el grupo de adultos mayores muestran que un 37,8% se producen por ENT, ubicándose muy por debajo de la media mundial; y, b) Aproximadamente un 45,2% del total de los casos para el grupo reportado, en aquellas relacionadas con enfermedades cardíacas, dato compartido con Chile.

TABLA 6
Principales causas de muerte jerarquizadas- Grupo de Enfermedades
No Transmisibles (ENT) Argentina-2014 (edad 65 - 69 años)

Nro.	Tipo ENT	Nro.	tasa	%
1	Enfermedades isquémicas del corazón	2.228	151,2	9,4
2	Insuficiencia Cardíaca complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón	1. 834	124,5	7,7
3	Enfermedades cardiovasculares	1.778	120,7	7,5
4	Tumor maligno de la tráquea y pulmón	1.738	118,0	7,3
5	Influenza y Neumonía	1.394	94,6	5,9

Elaboración propia, 2021 con base en PLISA (OPS/OMS, 2021).

Esta problemática de salud era considerada una prioridad sólo para los países de ingresos altos⁽⁶⁾, pero como en el caso de Argentina, se ha observado un incremento en la morbilidad y mortalidad por ENT en los países de ingreso medio y bajo. Se estima que en estas naciones el 80% de las muertes y casi la mitad de la carga

de enfermedad, es consecuencia de este grupo de enfermedades, por lo que estos países “necesitan priorizar políticas de prevención y control efectivas” (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2015, p.2).

De acuerdo a estos datos obtenidos y en perspectiva del Ministerio de salud de Argentina, se puede destacar sobre estado de situación de las ENT y los factores de Riesgo, lo siguiente:

a. En Argentina las ENT representan más del 60% de las muertes, y este no es el único problema puesto que son la principal causa de años potenciales de vida perdidos, constituyen la mayor parte de las demandas al sistema sanitario, así como también los costos que debe enfrentar tanto el paciente como el sistema de salud durante el periodo de la enfermedad.

b. El problema se ve agravado respecto al incremento en la prevalencia de Factores de Riesgos como el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el consumo de tabaco y alcohol, entre otros.

c. Se espera que para el año 2020 el 75% del total de las muertes, sean atribuibles a este tipo de factores.

d. Para ello es necesario un sistema de vigilancia que pueda medir, monitorear y evaluar la prevalencia y el comportamiento de estos factores de riesgo, el progreso de las acciones, la reasignación de recursos y el monitoreo de las políticas públicas implementadas, ser verificables a través de programas desconcentrados enmarcado en un apolítica sectorial.

e. Este último elemento tendría una relación muy importante con el desempeño de indicadores gubernamentales y socioeconómicos.

b. Gasto en salud como porcentaje del PIB- Argentina

Como puede observarse de acuerdo a los perfiles de salud mostrado por OPS en la Plataforma PLISA (OPS/OMS, 2021) validos hasta mayo 2017, el crecimiento medio anual del PIB para Argentina muestra un muy deficiente desempeño de 0,8 (2012) a 2,9 (2013) y de 0,5 (2014). A continuación, se presenta la Tabla 7 ilustrativa, en la cual se muestran los datos relativos para el PIB y porcentaje del PIB en Gasto de salud para Argentina.

TABLA 7

Evolución del PIB – Argentina Banco Mundial y Producto Interno Bruto (Groos National Income) y Gasto en salud como porcentaje del PIB- per cápita indicadores OPS –Argentina

Elaboración propia, 2021 con base en Banco Mundial (2018); OPS/OMS (2021).

Argentina ha venido mostrando problemas en su desempeño económico por más de 12 años, el cambio de gobierno en 2015- 2019, que desarrolló una política de menos intervencionismo, no mejoró el desempeño de la salud, desde el 10 de diciembre de 2019 hasta la fecha no ha podido resolver los problemas de mejor acceso, situación que se agravó con la declaratoria de pandemia mundial el 11 de marzo de 2020, instalando nuevos problemas a superar, un cambio de modelo y de agenda socio política, y sus impactos en el gasto social son singulares, por lo que convierte el caso argentino en el más singular de los dos casos estudiados.

El crecimiento del PIB, en 5 años ha mostrado mejoras y estancamientos que reflejan el desempeño económico del país, que desde 2015 a 2019 se ha producido una mejora; sin embargo, de acuerdo a los datos disponibles Argentina ha dedicado sólo el 2,7% del PIB en salud para los años 2014 y 2017, cifras muy por debajo de lo que se debía dedicar a salud de manera global, sin considerar que los gastos para la población de adultos mayores va en crecimiento, y sin contar que en Argentina se experimenta una migración de personas jóvenes producto de la crisis económica, social y política instalada desde finales del gobierno de Mauricio Macri y lo que va del gobierno de Alberto Fernández (kirchnerismo).

Si se hace una comparativa en el lapso entre 2003 y 2014, años en los que se mantuvo el mismo gobierno de los Kirchner en el poder, se puede ver que “el gasto aumentó de 4.790,4 millones de euros a 10.812,8 millones, con algunos altibajos en medio. El pico de mayor gasto fue en 2011, cuando el Estado destinó más de 15 millones de euros para el sector sanitario (15.075,4)” (Stutz, 2017, parr.3).

Sin embargo, el gasto público en sanidad en los últimos dos años analizados (2013 y 2014) en Argentina se redujo 1.994,2 millones, es decir que pasó de ocupar un 7,72% del gasto público total a un 6,92%. En 2014, el país descendió en la tabla que ordena los países según cuánto dinero destinan al sector de la sanidad. Si bien es una caída pequeña y Argentina todavía se ubica dentro de los primeros cuarenta países, pasó del puesto 29 al 32.

CONCLUSIONES

Los cambios demográficos (proceso de envejecimiento) son evidentes en la región que ocupan los casos que fueron estudiados, Argentina y Chile, reportados por BID, CEPAL, OPS y OMS, los cuales han constituido alertas sobre la incorporación de esta realidad en el diseño y ejecución del gasto en materia de salud, concretamente para el segmento adultos mayores. En los casos estudiados, así como el conjunto de los países de la región, no se han alcanzado en su gran mayoría el porcentaje del 6% recomendado por la OMS.

En Argentina y Chile, por configurar países donde el proceso de envejecimiento se multiplica con mayor velocidad, sobre todo el caso chileno, sino además por tratarse de dos sistemas de salud con énfasis particulares que los diferencian entre sí, se requiere analizar el papel de los administradores de salud y su impacto dentro de estos modelos de prestaciones. La materia de salud para adultos mayores está reclamando recursos de todo tipo, y ello impacta la sostenibilidad de todo sistema integral de salud, más allá de incrementos del PIB y del porcentaje destinado a salud.

Lo anterior implicaría abordajes más creativos, integrales por el carácter multivariable del fenómeno de envejecimiento y la morbilidad de las ENT analizadas, incorporación de programas de preventivos, mantenimiento de independencia del adulto mayor y alcance hasta el sistema de apoyo del mismo.

Asimismo, se observan multiplicidad de modelos de políticas públicas, así como criterios diferenciados por parte de organismos internacionales que construyen sus bases de información a partir de datos producidos por los gobiernos, con retardo cronológico e insuficiencia en la desagregación de los mismos para temas específicos de salud en adultos mayores.

Respecto al tema referido al gasto porcentual del PIB en salud, los estudios específicos para países han mostrado que el crecimiento económico es una fuente con potencial técnico y factibilidad política para su incremento, en los casos estudiados y la región en particular. No obstante, la evolución en la relación entre ambas variables, establecen limitaciones.

Las tasas de mortalidad para ambos casos Argentina y Chile, en el caso de hombres y mujeres por ENT en general muestran diferencias para el lapso consultados (2013-2015); así para Argentina, se reporta un incremento, lo que contrasta con Chile, donde se observa descenso. Para los años 2000-2002 se venía registrando incrementos en ambos países de leve a moderado en mortalidad, en el caso del desempeño económico de la Argentina en los últimos años y ciclos económicos experimentados han sido negativos, si se compara este período con el caso de Chile, el incremento se superó en 2013-2015, lo que se asocia con una mejora del desempeño económico de la economía chilena reflejado en sus indicadores del PIB en los períodos estudiados pre Covid-19.

Las características observadas en cuanto al gasto en salud, han estado determinadas o focalizadas en planes de carácter universalistas, tendientes a la enfermedad y no al concepto de salud integral; los planes y programas destinados a la población adultos mayores, aparecen marginalmente. Por lo que, de acuerdo a la data disponible para el período observado, resulta establecer una asociación entre los incrementos del gasto en salud y los resultados en materia de satisfacción y mejora en los indicadores de morbilidad.

Esta revisión efectuada de bases de datos y tendencias, revelan que el tema del manejo de salud sigue siendo para el poder, un tema sobre mucha sensibilidad, presentándose opacidad en datos e información confiable, porque las agencias y organismos internacionales dependen de los datos oficiales por parte de gobiernos, un

tema que debe ampliarse mediante la investigación sobre las transparencia de esta materia, con la finalidad que los abordajes sean realmente oportunos y se establezca una verdadera contraloría ciudadana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfonzo, I. (1994). *Técnicas de investigación bibliográfica*. Contexto Editores.

Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán P., y Medellin, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Asociación de Municipalidades de Chile - AMUCH (2017). *Los adultos mayores en las comunas de Chile: actualidad y proyecciones*. AMUCH. http://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2017/05/ESTUDIO-ADULTO-MAYOR-EN-LAS-COMUNAS-DE-CHILE_-PROYECCIONES.pdf

Banco Mundial - BM (2018). *Indicadores de Desarrollo*. BM. <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Bitrán, R., Escobar, L., y Gassibe, P. (2010). After Chile's Health reform: Increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Affairs*, 29(12), 2161-2170. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0972>

Cisternas, M. L. (19 de abril de 2020). Gasto público en salud: La falencia que pone a Chile en riesgo frente a la pandemia. *diarioUchile*. <https://radio.uchile.cl/2020/04/19/gasto-publico-en-salud-la-falencia-que-pone-a-chile-en-riesgo-frente-a-la-pandemia/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

Donoso, E. (2007). Descenso de la natalidad en Chile: Un problema país. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(2), 73-75. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200001>

Erazo, Á. (2011). *La protección social en Chile El Plan AUGE: Retos y desafíos*. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5218>

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores - FIAPAM (05 de marzo de 2019). América Latina envejece a pasos de gigante. *FIAPAM* <https://fiapam.org/america-latina-envejece-a-pasos-de-gigante/>

Giedion, U., Bitrán, R., y Tristao, I. (Eds.) (2014). *Planes de Beneficios en salud de América Latina: Una comparación regional*. BID. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Planes-de-beneficios-en-salud-de-América-Latina-Una-comparación-regional.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. D. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.

Ministerio de Salud (2021). SUMAR: El programa Sumar brinda cobertura de salud a todas las personas que no cuentan con obra social ni prepaga. *Argentina.gob.ar*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

Nievas, B., y García, S. (2020). eSalud, una respuesta social frente a la pandemia por Covid-19. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVI(4), 23-27. <https://doi.org/10.31876/rcc.v26i4.34643>

Ordoñez, H., y Trelles, D. (2019). Control social en la participación ciudadana: Una visión desde los servicios públicos locales. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXV(4), 175-185.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social - OISS (2018). *Boletín del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre adultos mayores*. Nro. 18 Julio 2018. OISS. http://www.oiss.org/IMG/pdf/BOLETIN_18-ODS-1707def.pdf

Organización Mundial de la Salud - OMS (2018). *Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento*. OMS. <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Mundial de la Salud - OMS (13 de abril de 2021). Enfermedades no transmisibles: Datos y cifras. *Organización Mundial de la Salud*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud - OPS (2013). *Informe regional sobre el desarrollo sostenible y la salud en las Américas*. OPS <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3189/informe-reg-des-sostenible.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud - OPS (2017a). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*. OPS. <http://www.bvs.hn/docum/ops/Salud.Americas.2017.pdf>

Organización Panamericana de la Salud – OPS (2017b). *Envejecimiento y cambios demográficos*. OPS. <http://www.bvs.hn/docum/ops/Salud.Americas.2017.pdf>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS (2017a). *Informe Quinquenal 2013 – 2017 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Abogar por la salud a favor del desarrollo sostenible y la equidad: En el camino hacia a la salud universal*. OPS/OMS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34314/9789275319703_spa.pdf?sequence=12&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS (2017b). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2017*. OPS y OMS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34330>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS (2021). *Base de Datos PLISA: Plataforma de Información en salud para las Américas*. OPS/OMS. <https://www3.paho.org/data/index.php/es/>

Páez, D. (31 de marzo de 2018). La realidad de los adultos mayores en Latinoamérica. *LatinoAmerican Post*. <https://latinamericanpost.com/es/20266-la-realidad-de-los-adultos-mayores-en-latinoamerica>

Panadeiros, M., y Pessino, C. (2018). *Consecuencias fiscales del envejecimiento poblacional: Proyecciones agregadas del gasto en salud para 10 países de América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0001224>

Pontificia Universidad Católica de Chile (2014). *Chile y sus mayores 2013: Resultados tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013*. Pontificia Universidad Católica de Chile http://www.estudiosdevejez.uc.cl/images/documentos/Chile%20y%20sus%20mayores_2014%20v1.pdf

Pinzón, C. E., Chapman, E., Panisset, U., Arredondo, A., Fitzgerald, J., y Reveiz, L. (2016). Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la “Salud Universal” en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(6), 330-340. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28548>

Restrepo, J. L., Cotrina, Y. E., y Daza, A. (2021). Participación ciudadana en el sistema de seguridad social en salud en Colombia. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVII(1), 230-240. <https://doi.org/10.31876/rcc.v27i1.35309>

Rivera, V., Buitrago, S., Collazos, Y., y Ossa, K. (2021). Factores relacionados a la inasistencia a un programa de hipertensión arterial. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVII(E-3), 139-150. <https://doi.org/10.31876/rcc.v27i.36498>

Sabignoso M., Silva, H., y Curcio J. (2014). Argentina: El Plan Nacer. En U. Giedón, R. Bitrán e I. Tristao (Eds.), *Planes de Beneficios en salud de América Latina: Una comparación regional* (pp. 199-226). BID. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Planes-de-beneficios-en-salud-de-Am%C3%A9rica-Latina-Una-comparaci%C3%B3n-regional.pdf>

Stutz, M. (24 de noviembre de 2017). Cómo evolucionó el gasto de salud en Argentina desde 2003 a 2014. *IProfesional*. <https://www.iprofesional.com/health-tech/274157-Como-evoluciono-el-gasto-en-salud-en-Argentina-desde-el-2003-al-2014>

Tromben, V. (2016). *Gasto Social y ciclo económico en América Latina y el Caribe*. Serie Políticas Sociales, (219). CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40725-gasto-social-ciclo-economico-america-latina-caribe>

Varela, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>

NOTAS

- 1 La problemática propuesta se desarrolla en medio de dos modelos diferentes de programas de salud. En Chile su política está enmarcada en planes universales de salud, denominados “Planes explícitos de salud, y Argentina en planes focalizados en sector materno infantil como el “Plan nacer”. Todo ello sin dejar de considerar programas sectoriales destinados a la tercera edad.
- 2 Para 2021 son cuatro garantías exigibles por ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las Isapres: 1) Acceso, 2) Oportunidad, 3) Protección financiera, y 4) Calidad. Éstas, se encuentran asociadas a los 85 problemas de salud vigentes por Decreto. Ver [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#:~:text=Las%20Garant%C3%ADas%20Expl%C3%ADcitas%20en%20Salud%20\(GES\)%2C%20constituyen%20un%20conjunto,el%20otorgamiento%20de%20las%20prestaciones](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#:~:text=Las%20Garant%C3%ADas%20Expl%C3%ADcitas%20en%20Salud%20(GES)%2C%20constituyen%20un%20conjunto,el%20otorgamiento%20de%20las%20prestaciones)
- 3 Para ampliar véase Erazo, Á. (2011). La protección social en Chile El Plan AUGE: Retos y desafíos. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5218>
- 4 En la información oficial emanada del ejecutivo argentino disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/direccionesprogramasplanes> no se señalan planes y/o programas destinados específicamente al caso de adultos mayores.
- 5 La carga de enfermedad, cuyo principal indicador son los años de vida ajustados por discapacidad, miden las pérdidas de salud en la población que representan tanto las consecuencias mortales como las no mortales de las enfermedades y los factores de riesgo asociados a ellas.
- 6 Se usan estos datos con la fecha referida ya que no existen datos correspondientes a años más recientes.