

N.º 121 / Febrero 2026

Documentos de Trabajo



CARI / CONSEJO ARGENTINO PARA LAS
RELACIONES INTERNACIONALES

Informe de salud en África

Comité de Asuntos Africanos

Informe de salud en África

Comité de Asuntos Africanos

**Consejo Argentino para las
Relaciones Internacionales**

**Coordinador: Emb. José Néstor Ureta
Secretaria: Lic. Silvia Perazzo**

Equipo de Trabajo:
Lic. Carlos Eugenio Martínez (CARI)
**Mg. Gustavo Piñero (Managment en Gerenciamiento de Servicios
de Salud, Universidad Favaloro. Profesor de UNLAM
y Universidad Barceló)**
Dra. Fernanda Méndez (Médicos sin Fronteras Latinoamérica)

**Consejo Argentino para las
Relaciones Internacionales**

Documentos de Trabajo

N.º 121

Febrero 2026

ISSN 1668-933X

**Las opiniones expresadas en esta publicación son
exclusiva responsabilidad de sus autores y no
reflejan necesariamente el pensamiento del CARI.**

Corrección: María Fernanda Rey

Diseño: Mario Modugno

Imagen de tapa: iStock.com/dk_photos

**CARI Consejo Argentino para las Relaciones Internacionales
Uruguay 1037, piso 1º, C1016ACA Buenos Aires, República Argentina
Teléfono: (+5411) 4811-0071 al 74 / Fax: (+5411) 4815-4742
Correo electrónico: direccioneditorial@cari.org.ar
Sitio web: www.cari.org.ar**

Contenido

Panorama general de salud en África

Lic. Carlos Eugenio Martínez..... 7

Modelos sanitarios y análisis de los sistemas de salud de tres Estados americanos (Argentina, Chile y Estados Unidos), en comparación con dos Estados africanos (Etiopía y República Sudafricana)

Mg. Gustavo Piñero..... 13

Sudán del Sur: La respuesta a emergencias se combina con trabajo en equipo, flexibilidad e innovación en una de las misiones más grandes de Médicos Sin Fronteras

Médicos Sin Fronteras (MSF), Dra. Fernanda Méndez..... 45

Cuadro comparativo de sistemas de salud

Equipo de Trabajo..... 51

Informe de salud en África

Comité de Asuntos Africanos

**Consejo Argentino para las
Relaciones Internacionales**

**Coordinador: Emb. José Néstor Ureta
Secretaria: Lic. Silvia Perazzo**

Equipo de Trabajo:
Lic. Carlos Eugenio Martínez (CARI)
**Mg. Gustavo Piñero (Managment en Gerenciamiento de Servicios
de Salud, Universidad Favaloro. Profesor de UNLAM
y Universidad Barceló)**
Dra. Fernanda Méndez (Médicos sin Fronteras Latinoamérica)

Panorama general de salud en África

Lic. Carlos Eugenio Martínez

El panorama de la salud en África está marcado por desafíos importantes, como las altas tasas de mortalidad infantil y materna, la persistencia de enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, mpox), la creciente carga de enfermedades no transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer), junto con una escasez de recursos humanos y de infraestructura sanitaria, los movimientos poblacionales, la inestabilidad política y económica y la presencia de grupos insurgentes armados que no responden a las autoridades centrales. La inestabilidad política, los conflictos y el cambio climático exacerban estos problemas, lo que dificulta el acceso a la atención sanitaria, especialmente en zonas rurales.

Con respecto a estos problemas crónicos y endémicos, debemos resaltar algunas iniciativas, como el African Voices of Science (AVoS), una iniciativa continental destinada a fortalecer la voz y el papel de África en la investigación, el desarrollo y la innovación en salud global. El acto de lanzamiento de la segunda edición de AVoS tuvo lugar en septiembre de 2025 en Dakar, Senegal.

Durante décadas, África ha sido percibida a menudo como un mero receptor pasivo de soluciones diseñadas en otros lugares. Esta narrativa oculta el hecho de que el continente ha producido innovaciones de clase mundial, ha establecido récords científicos en todo el mundo y continúa contribuyendo a avances que benefician a toda la humanidad. El lanzamiento de esta segunda edición del AVoS marca un punto de in-

flexión: África ahora reclama el lugar que le corresponde en el centro de investigación, desarrollo e innovación en salud global.

El AVoS nació durante la pandemia de COVID-19; al momento de su primera edición, la desinformación socavaba la confianza en la ciencia y las medidas de salud pública. Al amplificar las voces de 20 científicos africanos de renombre, la iniciativa ha permitido deconstruir mitos para restaurar la confianza pública e influir en las políticas. Con una audiencia acumulada en los medios de más de 500 millones de personas, las Voces Africanas de la Ciencia han demostrado que, cuando se destaca la experiencia africana, puede transformar las narrativas y fortalecer la ciencia global.

Hoy, la segunda edición del AVoS se basa en estos logros, pasando de la respuesta a una crisis a un enfoque proactivo para definir una agenda. Desplegada de 2024 a 2026, la iniciativa tiene como objetivo institucionalizar el papel de los científicos africanos en la definición de prioridades de investigación en salud y la movilización de recursos. Este mensaje tiene mucho sentido en un contexto en el que la financiación de los donantes está disminuyendo, mientras que África soporta el 25 % de la carga mundial de enfermedades, pero representa menos del 1 % del gasto en salud. Lo que está en juego es claro: sin inversión en la soberanía sanitaria del continente, África seguirá dependiendo de soluciones externas, que a menudo no se adaptan bien a las realidades locales. Con AVoS II, los científicos africanos se reafirman para definir prioridades, orientar políticas y obtener los recursos necesarios para la transformación de los sistemas de salud.

De Dakar a Nairobi, de Abiyán a Johannesburgo, las Voces Africanas de la Ciencia se unen para promover las perspectivas africanas. Construyen redes de voces confiables, abogan por la puesta en funcionamiento de la Agencia Africana de Medicamentos (AMA) e involucran a los tomadores de decisiones políticas, los donantes y la sociedad civil para fortalecer el ecosistema africano de investigación en salud. Al

desarrollar sus habilidades de comunicación y su visibilidad, los investigadores africanos no solo están contribuyendo con evidencia, sino que están liderando los debates que darán forma al futuro del continente.

Dentro del panorama de Salud, desarrollaremos las novedades de dos países: Guinea Ecuatorial y Marruecos.

Novedades en la situación de la salud en Guinea Ecuatorial

La Clínica Esperanza (Malabo, Guinea Ecuatorial), institución central y de referencia en Guinea Ecuatorial, ha firmado un memorándum de entendimiento con el Dream Hub, centro de liderazgo y emprendimiento en ecología. El acuerdo busca integrar la perspectiva de salud, acercando a empresas, emprendedores y comunidades, con herramientas prácticas para la prevención sanitaria, el bienestar ocupacional y la creación de soluciones tecnológicas en el sector de la salud. La alianza contempla la realización de talleres en prevención de riesgos laborales, primeros auxilios y protocolos de higiene sectorizados. También se explorarán proyectos piloto en salud digital, lo que incluye telemedicina, aplicaciones móviles de prevención y sistemas de gestión clínica.

Ambas instituciones han definido un modelo innovador de implementación que contribuirá al fortalecimiento del ecosistema por medio de instructores certificados y validación técnica de estos contenidos formativos. Los resultados serán medidos mediante indicadores claros, como el número de personas capacitadas, las empresas con protocolos activos y la reducción de incidentes laborales.

La Clínica Esperanza, una de las instituciones de referencia en Guinea Ecuatorial en materia de atención médica, ya cuenta con una trayectoria destacada en la realización de jornadas comunitarias de salud, enfocadas en la prevención, la educación sanitaria y la promoción del bienestar integral. Estas actividades, dirigidas a comunidades vulnerables, han

permitido acercar los servicios médicos de calidad a quienes más los necesitan, lo que ha consolidado su reputación como un aliado estratégico para iniciativas de impacto social y programas de innovación en salud, siempre de la mano del Ministerio de Salud Pública. Con esta colaboración, ambas instituciones desean contribuir en posicionar al ecosistema de innovación como referente en África Central en la integración de salud, innovación y emprendimiento, lo que demuestra que un ecosistema empresarial saludable es también un ecosistema más productivo y sostenible.

¿Cómo opera el sistema de salud en Marruecos?

El sistema de salud en Marruecos consta de un sector público con cuidado universal y uno privado. El Estado se encarga de la mayoría de los gastos de salud en hospitales públicos, que son el 85 % del servicio de salud local. El 15 % restante son hospitales privados financiados principalmente por pagos de los afiliados.

Los principales hospitales y clínicas se encuentran en las ciudades más grandes, como Rabat, Casablanca, Marrakech y Tánger. Existe un plan de salud obligatorio para empleados del Estado y para aquellos de empresas privadas.

A pesar de que el país ofrece salud universal a sus residentes, la calidad del servicio no es muy buena y la gente suele tener muchos problemas para recibir atención. La cobertura del Gobierno, que cubre un 70-90 % del tratamiento, solo cubre a aquellos que se atienden en el sistema público. El porcentaje restante de la atención debe ser pagado por el paciente.

El seguro obligatorio ofrece cobertura para los siguientes servicios: maternidad, tratamientos médicos para niños menores de 12 años, enfermedades crónicas, paramédicos, pruebas diagnósticas, radiografías, hospitalización, cirugía ambulatoria, tratamientos dentales y ópticos.

¿Cómo opera el sistema para los extranjeros?

Como extranjero, si va a vivir en Marruecos, la recomendación es afiliarse al sistema privado de salud. A pesar de que los precios pueden ser elevados, mediante este recibirá la mejor atención y contará con los mejores doctores e instalaciones en caso de requerir atención médica.

Es posible que, por su trabajo, se vea obligado a pagar una cuota al sistema de salud público obligatorio. Sin embargo, debería contratar de forma adicional un seguro privado. Una buena opción puede ser un seguro médico internacional con cobertura en Marruecos. Esto le permitirá atenderse en las mejores clínicas y no tener que lidiar con las esperas y la baja calidad del sistema público local.

Por otro lado, si viaja a Marruecos por turismo, es muy importante que contrate un seguro de viaje. En caso de sufrir cualquier necesidad médica durante su viaje, dicho seguro le permitirá atenderse en una clínica privada y le ofrecerá un reembolso por los servicios que reciba.

Si va a ingresar al país con medicamentos, es recomendable que lleve la receta de su doctor, ya que se la pueden pedir en aduanas. Además, existe un gran número de farmacias a lo largo del país (Marruecos tiene la segunda red de farmacias más grande en África), especialmente en las ciudades principales, y en ellas podrá encontrar fácilmente la mayoría de los medicamentos de venta libre.

Si se encuentra afiliado al sistema local, tendrá que pagar una pequeña suma por los medicamentos recetados. Caso contrario, podrá conseguir los medicamentos a un precio mucho menor que el de los países occidentales.

La Organización Mundial de la Salud recomienda a los viajeros contar con las vacunas contra las siguientes enfermedades antes de viajar a Marruecos: hepatitis A, hepatitis B, fiebre tifoidea, rabia, polio y tétanos.

Referencias

Fundación IO. (s. f.). *Información sanitaria. Marruecos*. <https://fundacionio.com/viajarseguro/paises/marruecos/informacion-sanitaria-marruecos>

Guinea Ecuatorial. Página Web Institucional del Gobierno. (6 de noviembre de 2025). *El Ministro de Sanidad informa sobre el plan de prevención del VIH/Sida*. https://www.guineaecuatorialpress.com/noticias/el_ministro_de_sanidad_informa_sobre_el_plan_de_preencion_del_vihsida

Modelos sanitarios y análisis de los sistemas de salud de tres Estados americanos (Argentina, Chile y Estados Unidos), en comparación con dos Estados africanos (Etiopía y República Sudafricana)

Mg. Gustavo Piñero

Según la Organización Mundial de la Salud (2000), un sistema de salud es un conjunto de organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito primario sea el mejoramiento de la salud (p. xi). “Es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población” (Seguí-Gómez, Toledo Atucha y Jiménez-Moleón, 2013, p. 419).

Los sistemas pueden organizarse bajo diferentes principios, que repercuten sobre las formas y condiciones de ingreso, las coberturas ofertadas y las maneras de organización, gestión y financiamiento.

Los principios de este sistema son que ha de contribuir a mejorar la salud de toda la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y ser sostenible financieramente (Álvarez-Dardet, Ronda, Aranaz y Aibar, citado en Seguí-Gómez *et al.*, p. 419).

Según la OMS, un sistema de salud ideal debería tener las siguientes características:

- Ser universal, entendiendo por universalidad la cobertura total de la población.

- Prestar una atención integral, que incluya la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- Ser equitativo en la distribución de los recursos.
- Ser eficiente.
- Ser flexible, para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.
- Ser participativo: toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Para clasificar los modelos de los sistemas sanitarios en función de los sistemas de protección social, se pueden diferenciar dos alternativas opuestas: quienes opinan que la asistencia sanitaria es un bien privado frente a aquellos que reconocen el derecho a la salud. Para los primeros, la financiación de la asistencia estará basada bien en el pago directo, bien en la compra voluntaria de una póliza de seguros. Por el contrario, el entender la salud como un derecho implica una transformación del sistema de financiación y, por ende, de la organización y la estructura del sistema sanitario.

Del equilibrio entre estas posiciones surgen tres grandes modelos de sistemas sanitarios: seguros sociales, sistema nacional de salud (universal) y libre mercado (privado). En la tabla 1 vemos las características de los tres modelos de salud más comunes en el mundo sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Tabla 1. Comparación de los principales modelos de sistema sanitario

	Seguros sociales	Sistema nacional de salud	Libre mercado
Países	Centro de Europa	Norte y sur de Europa	EE.UU.
Concepción de la salud	Derecho, o bien tutelado por los poderes públicos	Derecho, o bien tutelado por los poderes públicos	Bien de consumo
Garantías del Estado	Prestaciones sanitarias	Prestaciones sanitarias y su financiación	Prestaciones sanitarias financiadas sólo en casos concretos
Financiación	Cuotas obligatorias de trabajadores y empresarios	Impuestos. Contribuciones complementarias de sistemas de seguros sociales	Privada y voluntaria Cofinanciación de trabajadores y empresarios
Cobertura	Trabajadores y personas dependientes de ellos	Universal	Asegurados
Vinculación a los proveedores	Por contrato	Por integración	

Aclaramos que ningún país tiene un modelo único y exclusivo. En general, coexisten diferentes modelos en proporciones diferentes y para patologías y servicios diferentes.

Existen diversos modelos de sistemas de salud, que destacan distintas características, como la equidad, la accesibilidad, la universalidad, la calidad, la sostenibilidad, la centralidad del paciente, entre otras.

Asimismo, se describen algunos modelos de referencia, incluyen el modelo Beveridge (impuestos generales), el modelo Bismarck (seguridad social con aportes y contribuciones), el modelo de libre mercado y el modelo mixto.

Es decir, vamos a hablar de los modelos ideales de los sistemas de salud, entre ellos, los siguientes:

- Modelo universalista
- Modelo del seguro social
- Modelo de seguros privados

Modelo universalista, también conocido como sistema nacional de salud

Nace en el Reino Unido tras la Segunda Guerra Mundial, en 1948. Tiene orígenes rusos (el modelo Semashko de la URSS, de 1918), y se conoce también como sistema Beveridge, que

fue un economista británico que fijó las bases del futuro estado de bienestar en el Reino Unido.

Este modelo es típico de los países socialdemócratas, incluida España. En él, la salud se concibe como un derecho, o bien tutelado por los poderes públicos. El Estado garantiza y financia las prestaciones sanitarias. El sistema se financia principalmente mediante impuestos públicos (compulsivos), y la asignación de los recursos se hace a través de los Presupuestos Generales del Estado.

La universalidad y la equidad son las bases del sistema. Todos los ciudadanos son beneficiarios, con independencia de su actividad laboral. La vinculación a los proveedores es por integración en el sistema, y su pago, por salario.

Existe un control gubernamental de proveedores y de financiación. Pueden existir algunos copagos por parte de los usuarios. También puede coexistir una prestación privada de servicios de carácter complementario y opcional.

Con frecuencia, aparecen problemas de burocracia, sobreutilización, ineficiencia y listas de espera.

El gasto global, expresado como porcentaje del producto bruto interno, es generalmente menor que en el modelo de seguros sociales.

Los servicios son provistos por el Gobierno (médicos y hospitales públicos), la gestión del sistema sanitario suele estar a cargo del Estado e incluir diferentes mecanismos de participación privada.

Son modelos más integrados y con una mayor equidad.

Ventajas:

- Cobertura total.
- Menor desigualdad en salud.
- Mejor control de costos (bajos).
- Prevención y salud pública fortalecidas.

Desventajas:

- Subfinanciamiento.
- Largas listas de espera, problemas de accesibilidad, restricción de la libertad de elección del usuario (burocracia).
- Presión sobre la gestión pública.
- Reducción de la calidad de atención médica.

Ejemplos de países con un sistema Beveridge:

- Reino Unido (National Health Service: NHS).
- Canadá.
- Suecia.
- España.
- Cuba.

Modelo de seguros sociales, tipo Bismarck

Se inició con en los gremios y cofradías de la Edad Media. Mediante el pago periódico de una cantidad, recibían los servicios del cirujano, la botica y el entierro. En su formato más actual, surge en Alemania en 1883, por adaptación del canciller Otto Bismarck. Se trataba de un sistema de previsión que ofrecía a los trabajadores y a sus familias protección económica frente al riesgo de enfermedad.

Actualmente, su característica clave es que los diferentes componentes que conforman el estado de bienestar derivan de la relación laboral. Hoy en día está presente en varios países del centro de Europa (la Europa liberal), como Alemania, Francia, Bélgica o Austria.

En este sistema, la salud se piensa como un derecho o un bien tutelado por los poderes públicos. El Estado garantiza las prestaciones sanitarias. El sistema se financia mediante

cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores, y la colaboración del Estado es variable. Los beneficiarios (aportantes) son los cotizantes y las personas dependientes de ellos (sus familiares). La vinculación a los proveedores es por contrato. El pago a los proveedores se hace mediante contratos y por número de servicios. Existe libertad de negociación entre usuarios, proveedores y aseguradores.

El sistema se concentra fundamentalmente en las funciones de restauración de la salud y, en menor medida, en las actividades de promoción y prevención. Rara vez incluye actividades sobre el medio ambiente, que están bajo la responsabilidad de otros sistemas.

- **Financiamiento:** A través de cuotas obligatorias, aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores.
- **Prestación:** Los proveedores suelen ser privados, pero el pago lo realiza el sistema de seguros obligatorios.
- **Acceso:** Tradicionalmente, para los contribuyentes, es decir, para los aportantes y sus familiares.

La gestión del sistema sanitario puede estar a cargo del Estado, del sector privado o contar con la participación de ambos.

- **Ventajas:** alta calidad, acceso rápido.
- **Desventaja:** costos más altos que el modelo Beveridge.

Modelo privado o libre mercado

Es el sistema predominante en EE. UU. La salud se concibe como un bien de consumo. La mayoría de los centros sanitarios son privados, existe una desregulación de la provisión de los servicios sanitarios. La principal fuente de aseguramiento son las empresas con cofinanciación de los trabajadores y de los empresarios, pero coexisten con seguros privados. Pese a la predominancia del sistema de libre mercado, también exis-

ten subpoblaciones que se benefician de pequeños sistemas nacionales de salud o de seguridad social.

Por ejemplo, en EE. UU., es un sistema altamente privatizado, con escasa regulación. Cuenta con algunos programas de protección pública para determinados sectores (los más vulnerables de la población). El Estado garantiza la cobertura y la financiación de los mayores de 65 años, los militares, los nativos americanos, los pacientes con insuficiencia renal crónica (Medicare) y los pobres (Medicaid). Los costes totales de este sistema son elevados. Existen problemas de equidad y accesibilidad.

La cobertura es por acceso y según los consumidores, es decir, depende de la capacidad de pago, y solo se provee a quien aporta.

- Afiliación: voluntaria.
- Financiación: gasto de bolsillo.
- Ausencia de sector público (financiador y prestador).
- Competencia: entre proveedores privados (clínicas, aseguradoras, farmacéuticas).

Ventajas:

- Incentivos a la innovación.
- Eficiencia por competencia.
- Variedad de opciones para el paciente.

Desventajas o problemáticas:

- Altos gastos de bolsillo.
- Desigualdad en el acceso.
- Exclusión de personas sin capacidad de pago.

El sistema de salud en Argentina

El sistema de salud argentino es mixto, fragmentado y descentralizado. Está compuesto por tres subsistemas principales:

- El público: universal y gratuito para todos; financiado por impuestos generales.
- La seguridad social: es el de obras sociales, con cobertura para los trabajadores registrados y monotributistas; financiado por aportes y contribuciones laborales.
- El privado: cobertura voluntaria a través de empresas de medicina prepagas; financiado por primas individuales o empresariales.

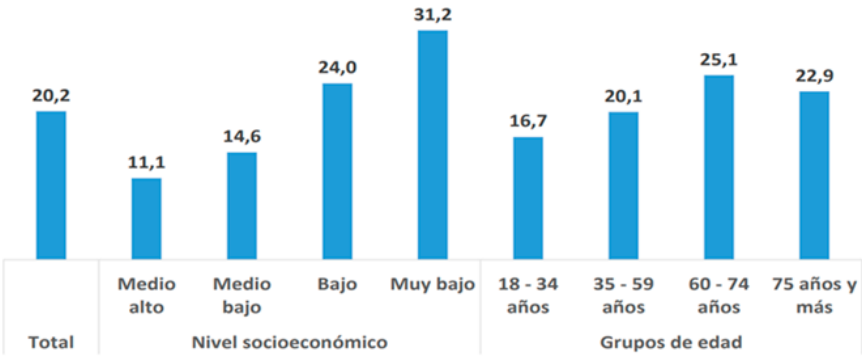
Aunque la atención pública es un derecho constitucional, el sistema presenta inequidades debido a la fragmentación entre los subsistemas y las diferentes capacidades de cobertura y acceso a prestaciones.

Esta fragmentación se manifiesta en la falta de integración y coordinación entre los niveles de atención —hospitales y centros de atención primaria (CAP)— y entre las instituciones públicas, privadas y de seguridad social. Como resultado, coexisten diferentes sistemas de salud que atienden a distintos grupos de la población. Las consecuencias de esta fragmentación son los diferentes esquemas de aseguramiento, la falta de acceso equitativo y la baja satisfacción poblacional y profesional, por un lado, y la falta de conexión entre programas de salud, la focalización en enfermedades, la especialización prestacional, la ineficiencia en el uso de los recursos, la duplicación de servicios, la capacidad instalada ociosa, la baja calidad y el aumento de costos, por el otro.

La población de Argentina informada por el censo 2022 es de 45.892.285 personas, de las cuales 23.607.906 (51,8 %) son mujeres y 22.010.881 (48,2 %) son varones. No se registraron con el sexo al nacer 196.956 (0,4 %) personas. Además, el 22 %

de la población tiene de 0 a 14 años, el 66,1 %, de 15 a 64 años, y el 11,91 % tiene 65 años o más.

Figura 1. Espera de más de dos meses para ser atendido según el nivel socioeconómico y los grupos de edad (mayores de 18 años, 2022)

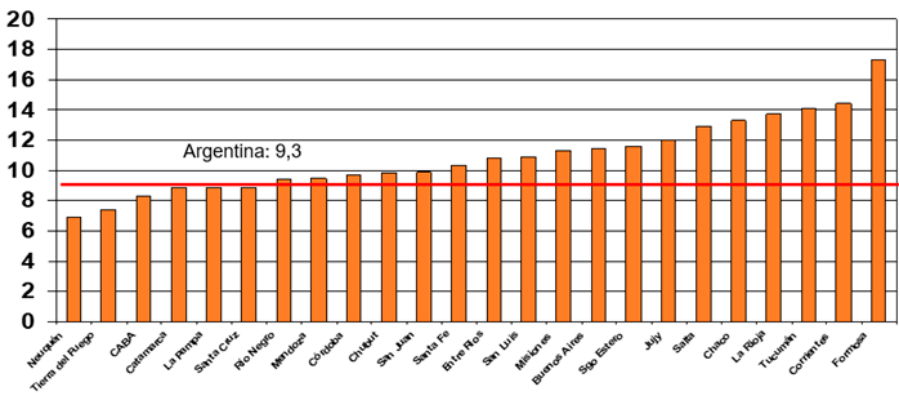


Nota. Fuente: Paternó Manavella, Lafferriere y Rodríguez Espínola (2022).

- Un 20,2 % de las personas refiere esperar más de dos meses tras solicitar turno con un especialista. Este número baja a 1 de cada 10 personas en el nivel socioeconómico medio alto, y sube a 3 de cada 10 en el nivel muy bajo.
- Una de cada cuatro personas de 60 a 74 años (25,1 %) indicó haber recibido la atención con un especialista tras dos meses de espera o más. Se trata del grupo etario que presentó el porcentaje más alto en este indicador, seguido por las personas de 75 años y más (22,9 %) y los adultos de 35 a 59 años (20,1 %). El 16,7 % de los jóvenes de 18 a 34 años señaló una espera de dos meses o más para ser atendido.
- Al evaluar la calidad de la atención, el 12,7 % de la población califica como regular o mala la última consulta médica recibida. Sin embargo, este número se reduce en la población de nivel socioeconómico medio alto (5,9 %), mientras que aumenta a 20,1 % en el nivel muy bajo. Una

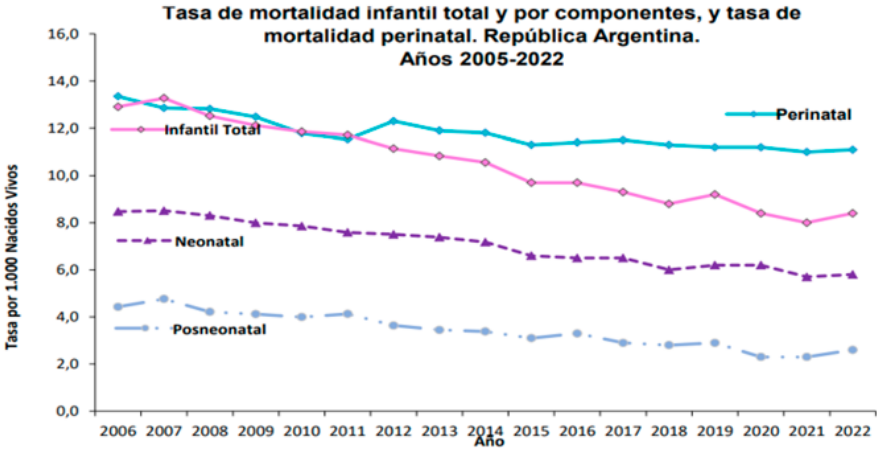
de cada diez personas que se atendió en un efector de salud privado en la última atención recibida la calificó como regular o mala; mientras que este valor se duplica en el caso de los servicios sanitarios públicos (18,4 %) (Paternó Manavella, Lafferriere y Rodríguez Espínola, 2022).

Figura 2. Tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos



Nota. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2019).

Figura 3. Tasa de mortalidad infantil total y por componentes, y tasa de mortalidad perinatal. Años 2005-2022



En el año 2022 se registraron 4162 defunciones de menores de 1 año, que se corresponden con los siguientes porcentajes:

- Tasa de mortalidad infantil: 8,4 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad neonatal: 5,8 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad posneonatal: 2,6 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad perinatal: 11 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.

Conclusión del sistema de salud argentino

La segmentación del sistema perdura porque nadie asume el desafío del cambio, porque la segmentación garantiza y perpetúa las inequidades (subsectores con diferentes coberturas y calidad de atención).

El subsistema público asiste a 16,5 millones de personas; las obras sociales, a 27,9 millones, y las prepagas, a 6,2 millones. Consideremos que hay 4,9 millones con doble cobertura, incluidas en estos datos, y que las realidades de las 24 jurisdiccionales son muy diferentes tanto en cobertura como en calidad, accesibilidad y equidad de atención.

Dentro de las obras sociales, se incluyen las obras sociales sindicales, las provinciales, el PAMI (que concentra el 8 % de los beneficiarios del sector) y otras obras sociales. En el sector de la medicina prepaga, 12 entidades concentran el 90 % de los afiliados.

Por lo tanto, la segmentación perdura porque nadie asume el desafío del cambio, porque la segmentación garantiza y perpetúa las inequidades (subsectores con diferentes coberturas y calidad de atención). El mayor desafío en el sistema de salud argentino será, por tanto, articular la eficiencia con la calidad y la accesibilidad, y estas, con la equidad.

El sistema de salud en Chile

El sistema de salud chileno es un modelo mixto de corte bismarkiano con elementos del modelo Beveridge. Hay dos sectores, el público y el privado. El público cubre al 80 % de la población, y el privado, el 17,5 % (Quesada, s. f.). El resto se cubre con un sistema mixto. Tiene las siguientes características:

- Cobertura: alta.
- Desafíos: inequidad entre sistemas.
- Financiamiento: aportes obligatorios de los trabajadores; 7 % de los ingresos más los recursos del Estado.
- Red de atención: red pública (hospitales, centros de salud), red privada (clínicas, profesionales independientes).

El chileno es un modelo con aseguramiento mixto (FONASA e ISAPRE):

- FONASA: Fondo Nacional de Salud. Es un seguro social administrado por el Estado. Brinda cobertura de salud a través de la red pública y en privados. Su cobertura es universal y gratuita en la red pública.
- ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional. Son empresas privadas que ofrecen cobertura según el plan contratado. Su cobertura es variable y depende de la edad, de las enfermedades preexistentes y del plan contratado.

Los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados al FONASA.

Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRE y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención.

Todos los trabajadores están obligados a hacer una contribución al sistema de salud equivalente a 7% de sus ingresos gravables y pueden elegir pagarla al FONASA o a alguna ISAPRE.

El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud. Los ciudadanos tienen la libertad de escoger entre el servicio público y los privados.

Beneficios: El SNS, a través de los 29 servicios de salud regionales en todo el territorio, provee servicios ambulatorios y hospitalarios para los afiliados al FONASA. La atención primaria es administrada por los servicios municipales de atención a la salud bajo la supervisión del MINSAL, el cual establece las normas técnicas de funcionamiento. Los beneficiarios del FONASA tienen acceso a dos modalidades de atención: la atención institucional (MAI) y la libre elección (MLE).

Respecto de la MAI, se realiza en instituciones públicas de salud y existe cierta limitación en la capacidad de elección del prestador. Al recibir la atención, los usuarios deben realizar copagos, que van del 10 al 20 % del precio del servicio fijado por el FONASA.

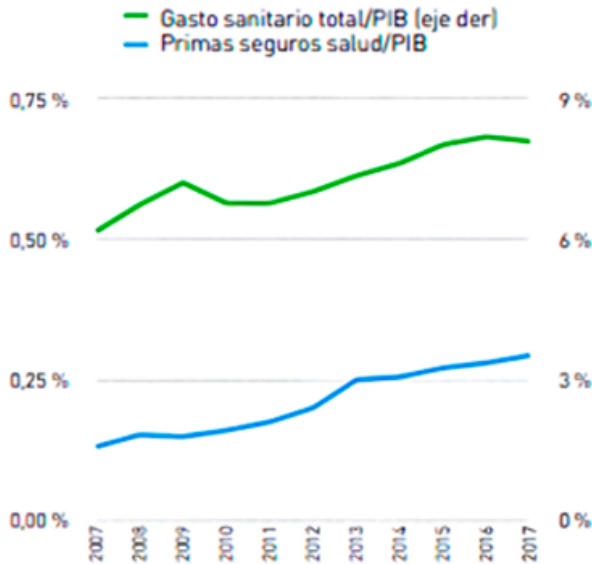
En las ISAPRE, por su parte, funcionan seguros con primas según cobertura y riesgo. Estos ofrecen diversos planes de servicios adicionales a cambio de contribuciones complementarias a la obligatoria. Tienen la imposición legal de cubrir:

- a. Exámenes de medicina preventiva, cuyo contenido y periodicidad se encuentran claramente definidos, pero que solo se realizan a solicitud expresa del afiliado, aunque las ISAPRE deben cumplir con un porcentaje mínimo de estos exámenes.
- b. Seguro de pago del salario del afiliado en caso de enfermedad.
- c. Protección para mujeres embarazadas y niños menores de seis años, que incluye un paquete mínimo predefinido de intervenciones.

El gasto sanitario total en Chile en 2017 representó el 8,1 % de su PBI (8,2 en 2016), 0,8 puntos porcentuales por debajo de la media de los países de la OCDE en ese año (que fue del 8,9 %). El gasto sanitario total respecto de su PBI ha experimentado un crecimiento sustancial en la última década, con un incremento de 1,9 puntos porcentuales.

Las primas de seguros de salud representaron el 0,3 % del PBI.

Figura 4. Gasto sanitario en Chile. Primas de los seguros de salud vs. gasto sanitario total, 2007-2017 (% del PBI).
Gasto Sanitario – Chile

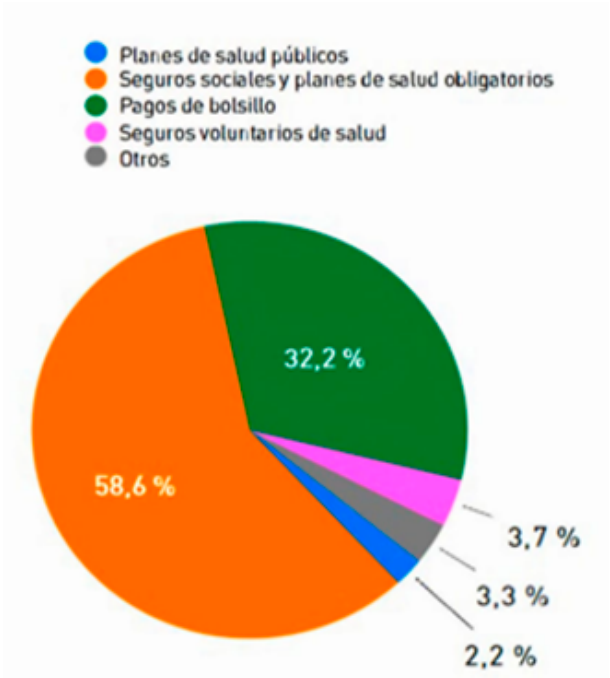


Nota. Fuente: con datos de Asociación de Aseguradores de Chile, OCDE y OEF/Haver Analytics (Quesada S. f.)

Según datos de la OCDE, en Chile, el gasto sanitario per cápita en 2017 fue de USD 1915 por habitante (USD 1893 en 2016).

Distribución: El gasto medio per cápita en el sistema obligatorio fue de USD 1164 (60,8 %). Del 39,2 % restante, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud fue de USD 71 por persona (3,7 %). Los gastos de bolsillo en salud fueron de USD 617 (32,2 % del gasto per cápita total). El resto correspondió a otro tipo de gastos.

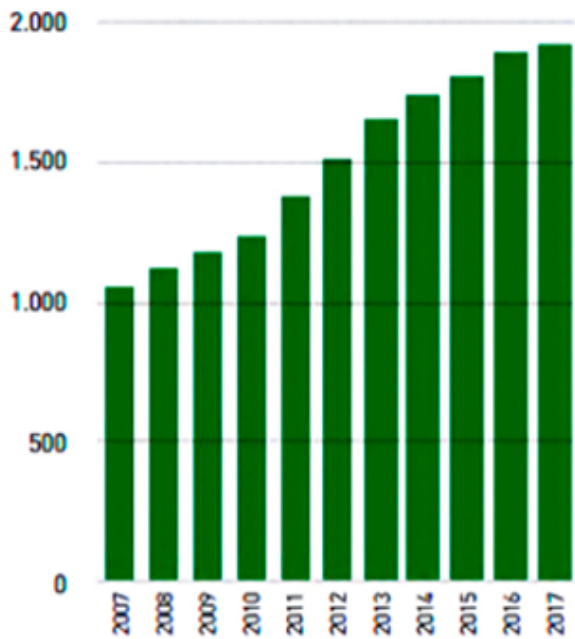
Figura 5. Gasto sanitario en Chile. Desglose del gasto medio por habitante, 2015 (%)



Nota. Fuente: con datos de la Asociación de Aseguradores de Chile y Finaccord; último dato disponible (Quesada, s. f.).

El gasto sanitario total per cápita en Chile en 2017 fue de un 52,9 % inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (USD 1915 frente a USD 4069).

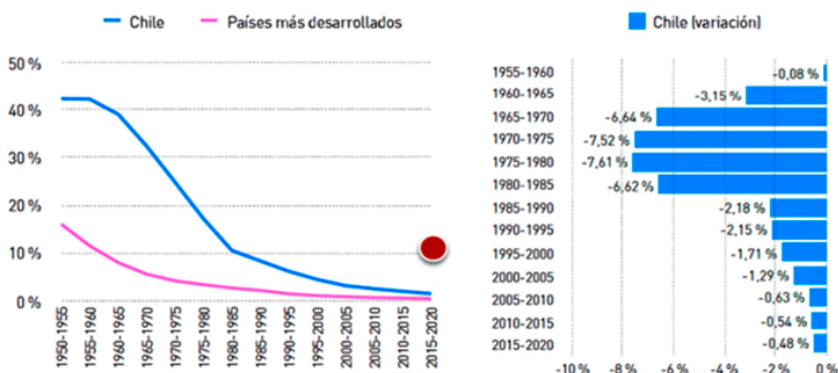
**Figura 6. Gasto sanitario por habitante, 2007-2017
(dólares, gasto nominal - PPP)**



Nota. Fuente: con datos de la Asociación de Aseguradores de Chile (Quesada, s. f).

El porcentaje de muertes de menores de cinco años ha caído de forma pronunciada y sostenida desde hace varias décadas. Actualmente, se encuentra por encima de la media, 1,6 % en Chile frente al 0,6 % en las regiones más desarrolladas.

Figura 7. Mortalidad infantil en Chile, 1950-2020.
Muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020
(porcentaje de fallecimientos; tasas de variación,
puntos porcentuales)



Nota. Fuente: con datos de la ONU (Quesada, s. f.).

El sistema de salud en Estados Unidos

El modelo sanitario EE. UU. es de tipo liberal. No existe una cobertura sanitaria pública de carácter universal ni una cobertura pública asistencial mínima. Sin embargo, existen algunos programas de protección pública para determinados sectores, los más vulnerables de la población.

Las urgencias graves de personas que no estén cubiertas por algún programa de salud deben ser atendidas por el hospital más cercano, público o privado, aunque no tenga seguro y no se pueda pagar en ese momento.

Los sistemas de cobertura Medicare y Medicaid, financiados públicamente, coexisten con un sistema de cobertura financiado por el mercado privado (Quesada, s. f.). Predominan los pagos de bolsillo (*Out-of-pocket*) y la provisión de cobertura médica en base al mercado (privado), como principales formas de atención médica.

En el 2023:

- 50 % de los empleados recibieron cobertura médica a partir de sus empleadores.
- 6 % a través de seguros o planes de atención médica.
- 20 % dependían de Medicaid.
- 14 % de Medicare.
- 1 % dependían de otros servicios (como el sistema de salud militar o planes para veteranos de guerra).
- 9 % no tenía cobertura médica.

Medicaid

Es uno de los principales proveedores de atención sanitaria en los EE. UU. Cubre la asistencia médica básica para ciertas personas y familias con bajos ingresos y recursos. Está financiado por la administración federal en su mayor parte y gestionado por cada estado. Estos administran sus programas y establecen las normas de acceso y cobertura. Está dirigido a personas menores de 65 años de familias con ingresos por debajo del nivel de pobreza federal y a menores de 18 años, discapacitados, embarazadas o padres con hijos menores.

Medicare

Es un programa federal destinado a los mayores de 65 años y a los menores de 65 años con discapacidades específicas o con insuficiencia renal en etapa terminal. También cubre a extranjeros mayores de 65 años con residencia legal en los Estados Unidos, bajo ciertos requisitos de permanencia.

Posee un seguro de hospital (parte o seguro A), con cobertura de internaciones, atención hospitalaria con enfermería especializada y asistencia médica a domicilio, y un seguro médico (parte o seguro B), que cubre algunos servicios médicos, cuidados ambulatorios, suministros, medicamentos y sistemas de prevención. También posee un sistema de cober-

tura de medicamentos recetados (parte o seguro D). El Medicare parte C incluye la parte A, B y D, más un pago adicional para coberturas extras. El paciente elige qué servicio contratar y Medicare paga la gran mayoría de los gastos, dejando al asegurado con un pago por coseguro.

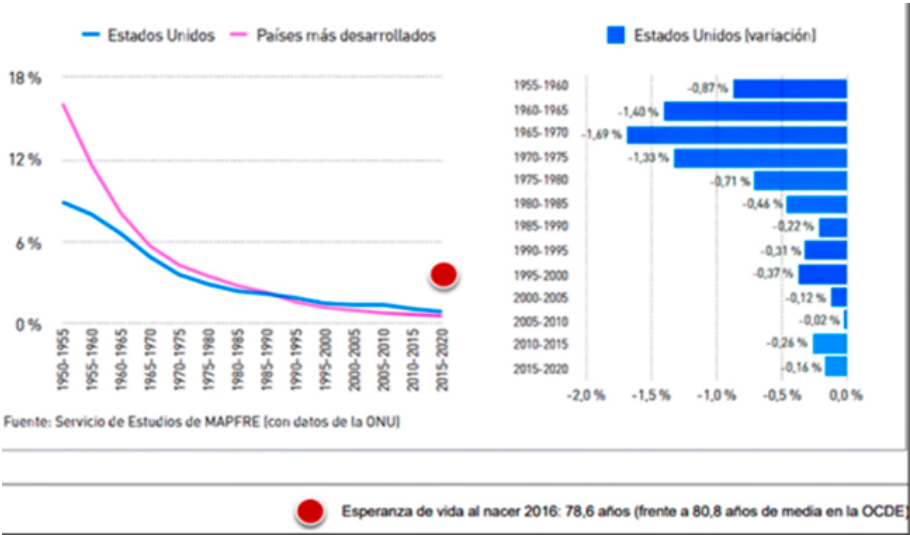
Es cofinanciado mediante impuestos y con contribuciones obligatorias del 2,9 % del salario de los trabajadores, mitad a cargo del trabajador y mitad a cargo de la empresa.

Existen otros servicios especiales, por ejemplo, el servicio médico destinado a veteranos de guerra.

Además, el programa CHIP (Children's Health Insurance Program/Programa de seguro médico para niños) es un programa federal-estatal que provee cobertura médica a aquellos niños que posean los suficientes ingresos para poder calificar y obtener cobertura por Medicaid, pero que no puedan afrontar el pago de un seguro privado.

A continuación, se expresan los indicadores del sistema de salud de EE. UU. La figura 8 muestra que, desde 1950, las muertes de menores han descendido del 8,9 % del total de fallecimientos al 1,1 % para el periodo 2010-2015. En la década de los noventa, la mortalidad infantil en Estados Unidos superó a la de las regiones más desarrolladas a nivel mundial.

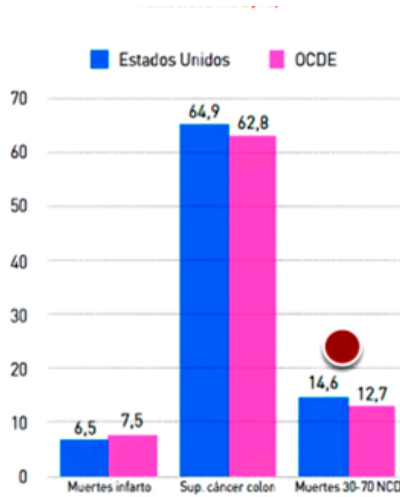
Figura 8. Mortalidad en EE. UU de menores de 0 a 4 años (1950-2020) (porcentaje de fallecimientos, tasas de variación, puntos porcentuales)



Nota. Fuente: Quesada (s. f.).

En la figura 9 se muestran las muertes por infarto (2014), la supervivencia al cáncer de colon (2010-2014) y los fallecidos de entre 30-70 años por enfermedades no transmisibles (2016). La tasa de mortalidad intrahospitalaria en 2014 por infarto agudo de miocardio en los treinta días siguientes a la hospitalización fue de 6,5 por cada 100 ingresos de adultos de 45 años en adelante, un 12,6 % inferior a la media de los países de la OCDE (7,5 %). Por otro lado, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de 5 años con cáncer de colon en el periodo 2010-2014 en los EE. UU. fue de 64,9 %, indicador que es 2,1 puntos porcentuales superior a la media de los países de la OCDE (62,8 %). Por último, el porcentaje de personas fallecidas por enfermedades no transmisibles entre los 30 y los 70 años en los EE. UU. es de 14,6 %, superior en 1,9 puntos porcentuales a la media que registraron los países de la OCDE, que fue del 12,7 %.

Figura 9. Mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles (100 ingresos con infarto; 5 o más años de cáncer; fallecidos NCD)



Nota. Fuente: con datos de la OCDE y OMS). Muertes por infarto (2014), supervivencia a cáncer de colon (2010–2014), fallecidos de entre 30–70 por enfermedades no transmisibles (2016) (Quesada, s. f.).

El sistema de salud en Etiopía

El sistema de salud de Etiopía tiene tres niveles (primario, secundario y terciario). Se centra en el Programa de Extensión Sanitaria para llevar servicios básicos a la población rural y ha logrado mejoras significativas en la salud de la población desde principios de la década de 2000. A pesar de los avances, el sistema enfrenta desafíos, como la falta de recursos y de personal calificado, especialmente en áreas remotas, y una creciente carga de enfermedades no transmisibles, lo que ha llevado al Gobierno a trabajar en la introducción de un seguro médico para proteger a los ciudadanos de los altos gastos de bolsillo.

En Etiopía el sistema de salud es mixto, pero predomina el sector público, organizado y regulado por el Ministerio de Salud (Ministry of Health, MoH). Su estructura está diseñada para acercar los servicios a la población, con un fuerte énfasis en la atención primaria de salud.

Características principales del sistema de salud en Etiopía:

- Sistema público descentralizado.
- La gestión está dividida en niveles: federal, regional, zonal, distrital y comunitario.
- Cada región tiene su propia oficina de salud, que ejecuta las políticas nacionales según sus necesidades locales.

El de Etiopía es un modelo piramidal de atención, con tres niveles.

Nivel primario

- *Health posts* (puestos de salud, 1 por cada 3000-5000 habitantes), atendidos por *health extension workers* (trabajadores de salud comunitarios, principalmente mujeres).
- *Health centers* (centros de salud, 1 por cada 25.000 habitantes), con servicios básicos de maternidad, vacunación y urgencias.

Nivel secundario

- Hospitales generales (1 por cada 1-1,5 millones de personas).

Nivel terciario

- Hospitales de referencia y especializados.

El Health Extension Program (HEP) es un programa emblemático de Etiopía que se lanzó en 2003. Busca ampliar la cobertura sanitaria en zonas rurales mediante trabajadoras

de salud comunitarias capacitadas en la promoción de la salud, la higiene, la planificación familiar, el control de enfermedades infecciosas y la atención materno-infantil.

Los servicios de salud se enfocan en enfermedades transmisibles (malaria, tuberculosis, VIH/SIDA), la salud materno-infantil, la vacunación y la nutrición. Poco a poco se están integrando programas para enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer).

En cuanto al sector privado y las ONG, existen clínicas privadas y hospitales en ciudades grandes como Addis Abeba. Las organizaciones internacionales (OMS, UNICEF, Médicos Sin Fronteras, etc.) tienen un rol importante en financiar y apoyar programas de salud.

Por el lado del financiamiento, gran parte del gasto en salud proviene del Gobierno y de la ayuda internacional. Se han creado esquemas de seguro comunitario de salud (Community-Based Health Insurance, CBHI) para poblaciones rurales y seguro social de salud para trabajadores formales.

En resumen, el sistema de salud en Etiopía es público, descentralizado y basado en atención primaria comunitaria, con apoyo de seguros en expansión y fuerte dependencia de la cooperación internacional.

La esperanza de vida al nacer aumentó de 58 años en 2007 a 68,8 años en 2020, según la OMS (s. f. a y b).

La proporción de médicos por pacientes en Etiopía

Del total del personal sanitario, 328.951 (67 %) son profesionales de la salud y los 161.065 restantes (33 %) son personal administrativo/de apoyo. En cuanto a la proporción de profesionales de la salud por población, un médico atendió a aproximadamente 5843 personas; hay una enfermera por cada 999 personas y una matrona por cada 4339 personas.

Las enfermedades transmitidas por insectos/artrópodos en Etiopía

- Malaria.
- Fiebre amarilla.
- Dengue.
- Chikungunya
- Filariasis.

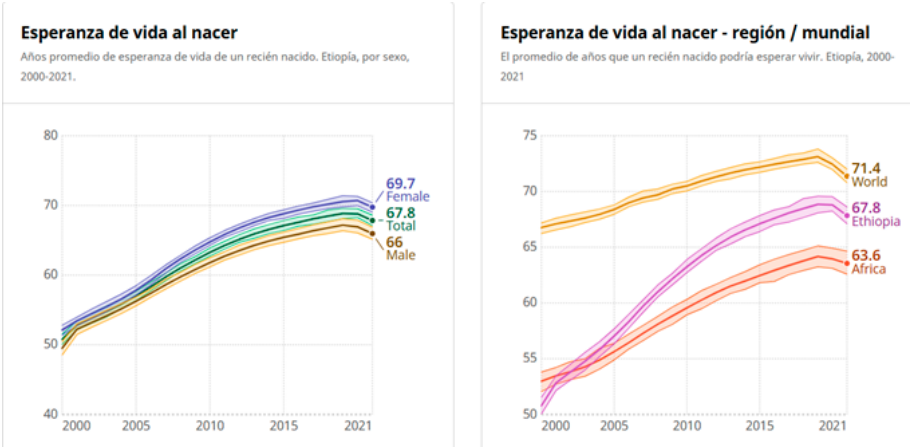
Indicadores y datos informados por la Organización Mundial de la Salud OMS

En Etiopía, la población en 2023 era de 128.691.692 habitantes, con un aumento proyectado del 75 %, por lo que alcanzará las 225.021.875 personas en 2050.

El gasto corriente en salud (% del PIB) fue del 3,21 en 2021.

La esperanza de vida al nacer (años) ha aumentado 17,1 años, y pasó de 50,8 (50,1-51,5) años en 2000 a 67,8 (67,1-68,6) años en 2021. En África, la esperanza de vida al nacer (años) aumentó 10,6 años, y pasó de 53 (52,1-53,8) años en 2000 a 63,6 (62,6-64,6) años en 2021 (ver figura 10).

Figura 10. Esperanza de vida al nacer en Etiopía



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (s. f.-a).

El sistema de salud de Sudáfrica

El sistema de salud de Sudáfrica es muy complejo y fragmentado. Es mixto; está compuesto por un sector público, que atiende a la mayoría de la población, y un sector privado bien desarrollado, operado por proveedores privados y financiado mediante seguros privados y pagos directos. El sector público, financiado por el Ministerio de Salud, enfrenta desafíos como la limitación de recursos y la falta de personal, mientras que el sector privado ofrece atención de mayor calidad, pero a un costo elevado. La estrategia actual para lograr la cobertura sanitaria universal es el proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud (SNS), pero el sistema todavía presenta desigualdades y necesita fortalecer su infraestructura.

En Sudáfrica, hay más de 600 hospitales, de los cuales aproximadamente 400 son públicos y 200 privados.

¿Cuál es el estado de salud de Sudáfrica?

Según la Encuesta General de Hogares (GHS) de Statistics South África (Stats SA) de 2023, más del 93,6 % de los suda-

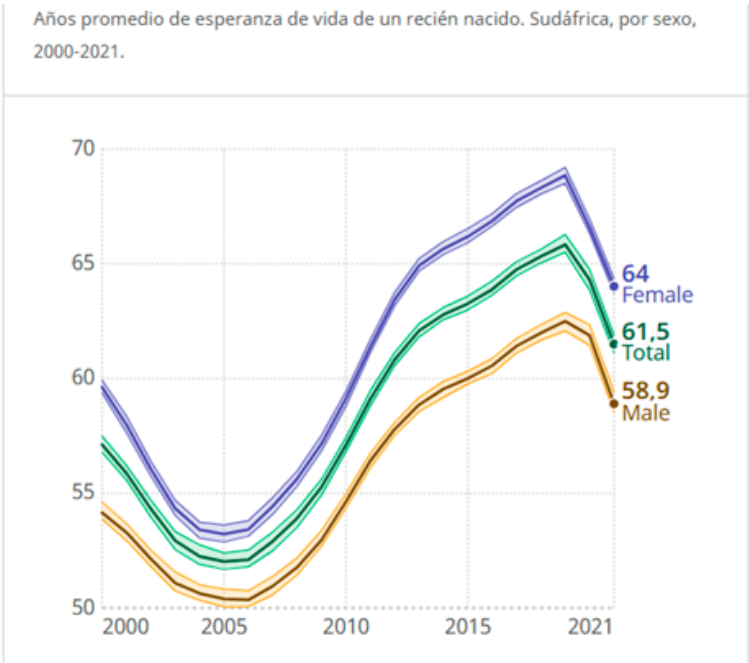
fricanos percibían su salud como buena, muy buena o excelente. Un porcentaje ligeramente superior de hombres (30,6 %) que de mujeres (29,1 %) calificó su salud como “excelente” (OMS, s. f.-c).

El PBI per cápita es un muy buen indicador del nivel de vida y, en el caso de Sudáfrica, en 2024 fue de 5954 euros, con lo que ocupa el puesto 107 de la tabla, según este parámetro, un nivel de vida muy bajo en relación con el resto de los 196 países del *ranking* de PBI per cápita (Datosmacro, s.f.).

La población de Sudáfrica en 2023 era de 63.212.384 habitantes, con un aumento proyectado del 25 % hasta alcanzar los 79.177.328 en 2050.

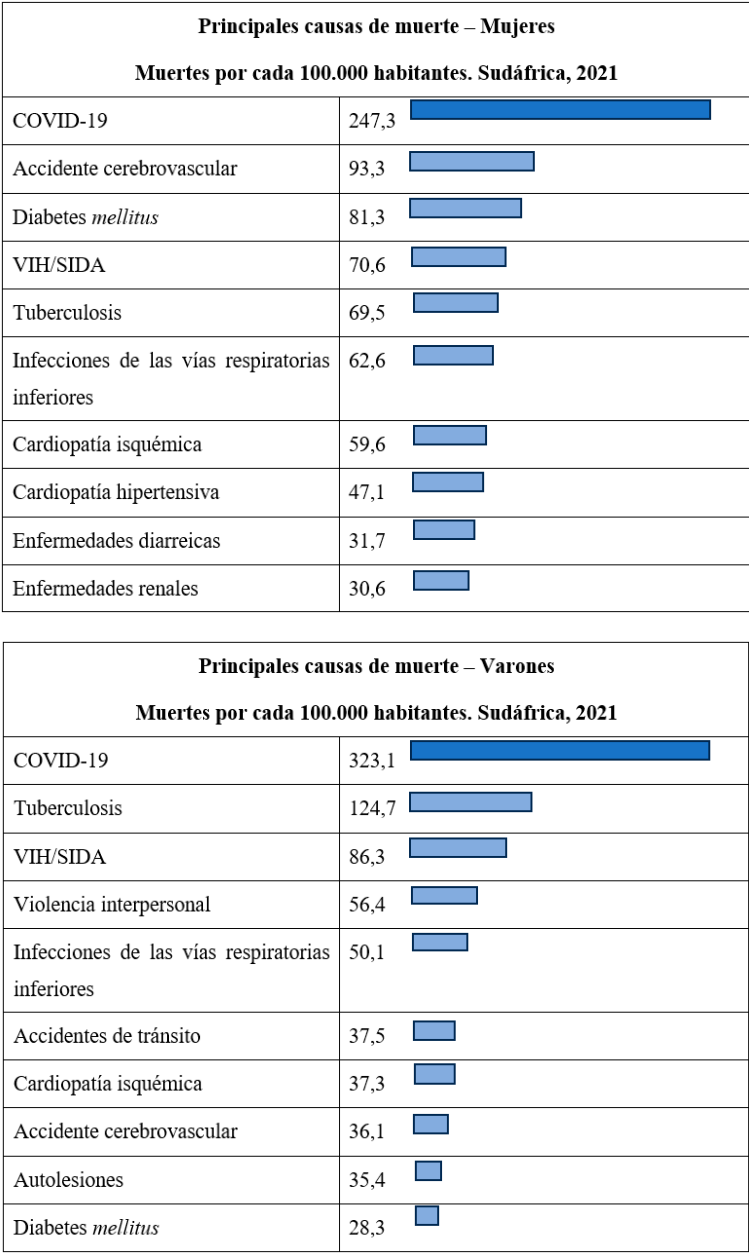
El gasto corriente en salud (% del PIB) fue de 8,27 en 2021; en el mismo año, la esperanza de vida al nacer fue de 61,5.

Figura 11. Esperanza de vida al nacer en Sudáfrica



Nota. Fuente: OMS (s. f.-c).

Figura 12. Principales causas de muerte en Sudáfrica



Nota. Fuente: OMS (s. f.-c).

Referencias

Annis, E. y Ratcliffe, H. (2022). *Strengthening Primary Health Care Systems to Increase Effective Coverage and Improve Health Outcomes in Ethiopia*. Primary Health Care Performance Initiative. <https://www.improvingphc.org/strengthening-primary-health-care-systems-increase-effective-coverage-and-improve-health-outcomes-ethiopia>

Aranguren, E. y Rezzónico, R. (1998). *Auditoría Médica y Garantía de Calidad en Salud*. Fundación Favaloro.

Belmartino, S. y Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*. Oficina Panamericana de la Salud.

Datosmacro. (s. f.). *Sudáfrica: Economía y demografía*. <https://datosmacro.expansion.com/paises/sudafrica#:~:text=El%20PIB%20per%20c%C3%A1pita%20es,corrupci%C3%B3n%20formado%20por%20180%20pa%C3%ADses.&text=Los%20ranking%20publicados%20tienen%20en,los%20textos%20que%20los%20acompa%C3%B1an.&text=Ene%20Ene%20Feb%20Feb%20Mar,10%2010%2020%2020%20T>

División de Ciencias de la Salud, Biológicas y Ambientales. (s. f.). *Organización del Sistema de Salud*. Universidad Abierta y a Distancia de México. https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/GSS/03/HOSS/unidad_01/descargables/HOSS_U1_Contenido.pdf

International Trade Administration. (18 de enero de 2024). *Ethiopia Country Commercial Guide*. <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/ethiopia-healthcare>

International Trade Administration. (30 de enero de 2024). *South Africa Country Commercial Guide*. <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/south-africa-healthcare-medical-devices-and-pharmaceuticals>

Iriart, C., Leone, F. y Testa, M. (1995). Las políticas de salud en el marco del ajuste. *Cuadernos Médico Sociales*, 71, 5-22. <https://web.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/17/2023/03/n71a321.pdf>

Leone, F. (1 de julio de 2011). *Obras Sociales en Argentina. Un sintético relato histórico*. Voces en el Fénix. <https://www.economicas.uba.ar/extension/vocesenelfenix/obras-sociales-en-la-argentina-un-sintetico-relato-historico/>

López, S. (2005). *Sistemas de salud comparados: Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90*. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-mar-del-plata/redes-y-sistemas-de-salud/lopez-sistemas-de-salud-comparados/71118953>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2019). *Indicadores básicos Argentina 2019*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores-basicos-2019.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos. (13 de marzo de 2025). *Mejora de los servicios de salud en Etiopía*. <https://www.unops.org/es/news-and-stories/news/improving-health-services-in-ethiopia>

Organización Mundial de la Salud. (s. f.-a). *Ethiopia*. <https://www.afro.who.int/countries/ethiopia>

Organización Mundial de la Salud. (s. f.-b). *Data. Ethiopia*. <https://data.who.int/countries/231>

Organización Mundial de la Salud. (s. f.-c). *Data. South Africa*. <https://data.who.int/countries/710>

Organización Mundial de la Salud. (s. f.-d). *Health Topics (Ethiopia)*. <https://www.afro.who.int/countries/ethiopia/topic/health-topics-ethiopia>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performances*. <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Key components of a well functioning health system*. <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/>

Paternó Manavella, M. A., Lafferriere F. y Rodríguez Espínola, S. (2022). *Estado de salud y acceso a la atención médica en la Argentina urbana*. Observatorio de la Deuda Social Argentina. UCA. <https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones/2023/Observatorio-Nota-de-Divulgacion-ESTADO-DE%20SALUD-ACCESO-%20ATENCION-MEDICA-6-4.pdf>

Penchaszadeh, V. B., Leone, F. y Rovere, M. (2010). The health system in Argentina: an unequal struggle between equity and the market. *Italian Journal of Public Health*, 7(4). <https://doi.org/10.2427/5692>

Physicians for a National Health Program. (s. f.). *Health Care Systems - Four Basic Models*. https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina / 2011: El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. https://www.residenciasmedicas.com.ar/wp-content/uploads/2015/09/Salud_Publica_Aporte_para_el_desarrollo_humano_2011.pdf

Quesada, E. (s. f.). *Sistemas de salud*. Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2012/09/Sistemas-de-Salud.pdf>

Rezzónico, R., Rezzónico, M. y Menzica, C. (2016). *Auditoría médica y garantía de calidad de la gestión sanitaria*. Ediciones Journal.

Seguí-Gómez, M., Toledo Atucha, E. A., Jiménez-Moleón, J. J. (2013). *Sistemas de salud. Modelos*. En M. Á. Martínez González (Dir.), *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud*. Elsevier. https://www.unsis.edu.mx/ciiissp/gestionYdesarrollo/desarrollos_teoricos/acad/2013.Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004&lng=es&tlng=es.

Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Lugar Editorial.

Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (diciembre de 2011). *Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino* (Documento de Políticas Públicas/Análisis N.º 99). Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. <http://fsg.org.ar/wpfsfg/wp-content/uploads/2021/12/DPP-N-99-S-Retos-postergados-y-nuevos-desafios-del-sistema-de-salud-argentino-Tobar-Olaviaga-y-Solano.pdf>

Sudán del Sur: La respuesta a emergencias se combina con trabajo en equipo, flexibilidad e innovación en una de las misiones más grandes de Médicos Sin Fronteras

Médicos Sin Fronteras (MSF), Dra. Fernanda Méndez

A lo largo de 2024, la organización humanitaria internacional Médicos Sin Fronteras (MSF) dirigió 12 proyectos regulares y 5 proyectos de emergencia en Sudán del Sur, en los que prestó diversos servicios, como atención médica general y especializada y apoyo en salud mental.

En Sudán del Sur, desde Médicos Sin Fronteras (MSF) dirigimos uno de nuestros mayores programas a nivel global, para responder a las numerosas necesidades sanitarias derivadas del conflicto en curso, los desplazamientos, las inundaciones recurrentes y los brotes de enfermedades. Todos estos problemas se ven agravados por una marcada disminución de la financiación internacional para los programas humanitarios y de desarrollo y por el precario estado del sistema sanitario nacional.

En 2024, la situación seguía siendo muy peligrosa para las organizaciones humanitarias que trabajaban en Sudán del Sur. Durante el año, personal de MSF fue asesinado en sus comunidades durante conflictos intercomunales, y en algunos lugares nos vimos obligados a suspender nuestras actividades tras sufrir ataques.

Brotes de enfermedades

Los equipos de MSF respondieron a numerosos brotes de enfermedades, como sarampión y fiebre amarilla en Yambio; sarampión en Bar el Gazal del Norte; hepatitis E en Abyei, Bentiu y Old Fangak, y cólera en Unidad, Alto Nilo, Jonglei, Ecuatoria Central y Bar el Gazal del Norte.

El brote de cólera se declaró el 28 de octubre en la ciudad fronteriza de Renk, que acoge a refugiados y retornados de Sudán. A fin de año, seguía propagándose y había afectado a siete estados. Nuestra respuesta incluyó la creación de centros y unidades de tratamiento del cólera, actividades de agua y saneamiento, búsqueda activa de casos, vigilancia y apoyo a la implementación de campañas de vacunación oral contra el cólera.

En el condado de Fangak (Jonglei), MSF completó con éxito una campaña de vacunación contra la hepatitis E, de nueve meses de duración, la primera realizada durante la fase aguda de un brote activo y en una zona de tan difícil acceso.

Malaria y desnutrición

En 2024, se produjeron numerosos aumentos de casos de malaria en todo el país, especialmente durante la temporada de lluvias. Las inundaciones también aumentaron las tasas de incidencia, ya que las zonas de agua estancada favorecieron la proliferación de mosquitos y elevaron la cantidad de casos de enfermedad grave, ya que impedían el acceso a los centros de tratamiento. En el hospital del estado de Aweil, observamos un enorme aumento de las hospitalizaciones de niños que tenían malaria grave por no poder recibir tratamiento temprano en centros sanitarios básicos. Durante el pico de septiembre, las hospitalizaciones se habían duplicado con respecto a 2023. Abrimos centros de pruebas y tratamiento adicionales para tratar casos sencillos y ampliamos el pabellón de malaria de 72 a 94 camas, pero, a pesar de ello, el hospital seguía al límite de su capacidad, lo que obligaba a nuestros equipos a tratar

a los pacientes en los pasillos. A principios de año, durante el periodo de escasez anual, también tuvimos una cantidad inusualmente alta de hospitalizaciones de niños que sufrían desnutrición aguda severa, lo que nos obligó a aumentar la capacidad del centro hospitalario de nutrición terapéutica de 22 a 44 camas.

A partir de julio, MSF empezó a implementar medidas preventivas para mitigar la malaria apoyando al Ministerio de Salud en la administración de la vacuna contra la malaria R21 en los condados con mayor cantidad de casos, entre ellos, Twic y Aweil. Además, brindamos quimioprevención de la malaria estacional antes de la temporada pico para proteger a los más vulnerables de esta enfermedad mortal.

Inundaciones

En 2024, Sudán del Sur volvió a sufrir inundaciones grandes y generalizadas, especialmente durante la temporada de lluvias, que tuvieron un impacto devastador en comunidades de todo el país. En Old Fangak, pusimos en marcha actividades para ayudar a evitar que el pueblo se inundara. Además de instalar indicadores de nivel de agua y capacitar a la comunidad para monitorear el aumento de los niveles de agua, trabajamos con otras organizaciones para reforzar los diques de lodo.

Las inundaciones también aumentaron considerablemente el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera y la fiebre tifoidea, lo que representaba una grave amenaza para la salud pública.

Construimos un hospital de campaña de 20 camas en New Fangak como medida de precaución en caso de que el hospital de Old Fangak se inundara. Aunque originalmente no estaba destinado a este fin, su presencia fue muy valiosa durante la respuesta ante el cólera.

Repercusiones de la guerra en Sudán

MSF inició sus actividades en respuesta a la afluencia masiva de personas que huían del conflicto en el vecino Sudán en mayo de 2023 y ha seguido prestando servicios médicos y humanitarios a refugiados, retornados y comunidades de acogida en varias regiones, como Renk y Bulukat, en el estado de Alto Nilo; el Área Administrativa Especial de Abyei, y la capital, Yuba.

A fines de 2024, casi un millón de personas habían cruzado a Sudán del Sur desde que comenzó la guerra, según la ONU. Solo en diciembre de 2024, el recrudecimiento de la violencia en algunas zonas de Sudán obligó a más de 120.000 personas a buscar refugio al otro lado de la frontera, principalmente en el condado de Renk. MSF respondió en asentamientos informales, como Girbanat, Goz Fami y Atam, enviando clínicas móviles para brindar atención médica básica, transportar agua en camiones y montar otras infraestructuras de agua y saneamiento. Seguimos dirigiendo nuestro centro de estabilización en el paso fronterizo de Joda.

En el hospital civil de Renk, nuestro equipo empezó a brindar atención pre- y posoperatoria a heridos de guerra en colaboración con el Comité Internacional de la Cruz Roja. Tras la afluencia de refugiados en diciembre, tuvimos que instalar 17 tiendas adicionales para acoger al aumento de pacientes.

Transición al hospital estatal de Bentiu

En agosto, iniciamos la transición gradual de los servicios de atención médica del hospital de campaña de Bentiu al hospital estatal de dicha ciudad y esperamos que este proceso concluya a fines de 2025. En octubre, en colaboración con el Ministerio de Salud, inauguramos una unidad pediátrica de 48 camas reformada por nuestro equipo en el hospital estatal de Bentiu y empezamos a atender pacientes. Con la transferencia de estos servicios, MSF y el Ministerio de Salud pretenden

trabajar en equipo para mantener y mejorar la prestación de atención médica en el estado de Unidad.

Uso de la inteligencia artificial para las mordeduras de serpiente

MSF siguió trabajando con la Universidad de Ginebra y el Ministerio de Salud para mejorar la identificación de especies de serpientes mediante una herramienta de inteligencia artificial (IA). Este enfoque innovador, que se está aplicando de forma experimental en Twic y Abyei, pretende aumentar los conocimientos sobre las serpientes locales y concienciar al personal médico y a las comunidades, además de mejorar el manejo clínico de las mordeduras de serpiente.

Academia de Atención Sanitaria de MSF

La Academia de Atención Sanitaria de MSF trabaja para hacer frente a la gran escasez de profesionales sanitarios calificados que sufre Sudán del Sur desde hace tiempo. En 2024, la Academia siguió brindando programas de capacitación a medida para enfermería y servicios de matronas, así como becas para la Universidad de Enfermería y Servicios de Matronas de Yuba.

Fuente: Médicos Sin Fronteras

Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización humanitaria internacional sin fines de lucro que brinda atención médica de emergencia a poblaciones afectadas por catástrofes naturales, conflictos armados, epidemias, pandemias y enfermedades olvidadas, sin ninguna discriminación por etnia, religión o ideología política, y guiados por los principios de independencia, imparcialidad y neutralidad.

Actualmente, MSF cuenta con 492 proyectos de acción médica y humanitaria en más de 75 países, y con 7,1 millones de socios, socias y donantes en todo el mundo. Cada día, más de 79.000 trabajadores y trabajadoras de MSF en todo el mundo proveen asistencia a personas en contextos de crisis.

En reconocimiento a su labor humanitaria, MSF recibió el Premio Nobel de la Paz 1999.

Cuadro comparativo de sistemas de salud

Equipo de Trabajo

	Argentina	Chile	EE. UU.	Etiopia	Rep. Sudafricana	Sudán del Sur	Guinea Ecuatorial
Modelo	Mixto	Mixto	Privado	Mixto con predominio del público	Mixto: público y privado	Público	Público
% cobertura	92 %	98 %	85 %	15 %	78 %	12 %	44 %
Principal sector del modelo	Público, sistema Bismarck y privado.	Público (FONASA), Bismarck con elementos Beveridge, y privado (ISAPRE).	Privado, público a sectores vulnerables. Programas de Medicare, Medicaid.	Público limitado.	Público y privado.	Público limitado.	Público limitado.
Mortalidad infantil cada 1000 nac.	8,0	6,2	5,61	35,76	23,10	69,93	77,85
% de población con acceso al agua potable	80 %	87,8 %	99,2 %	24 %	72 % urbano 36,7 % rural	41 %	48 %
Gasto en salud en % del PBI	10 %	9 %	17,2 %	3,21 %	16,8 %	0,58 %	0,76 %

Referencias

Annis, E. y Ratcliffe, H. (2022). *Strengthening Primary Health Care Systems to Increase Effective Coverage and Improve Health Outcomes in Ethiopia*. Primary Health Care Performance Initiative. <https://www.improvingphc.org/strengthening-primary-health-care-systems-increase-effective-coverage-and-improve-health-outcomes-ethiopia>

Aranguren, E. y Rezzónico, R. (1998). *Auditoría Médica y Garantía de Calidad en Salud*. Fundación Favaloro.

e-Medic. Red mundial de Medicina y Salud (s. f.). Sudáfrica: Datos demográficos y Económicos. <https://e-medic.org/sudafrica>

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004&lng=es&lng=es.

Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (diciembre de 2011). *Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino* (Documento de Políticas Públicas/Análisis N.º 99). Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. <http://fsg.org.ar/wpfsfg/wp-content/uploads/2021/12/DPP-N-99-S-Retos-postergados-y-nuevos-desafios-del-sistema-de-salud-argentino-Tobar-Olaviaga-y-Solano.pdf>

