

Universalismo Básico en salud

Federico Tobar.*

Se ha denominado Universalismo Básico (UB) a un enfoque que revierte el modelo de política social vigente rechazando la focalización de servicios y acciones (especialmente cuando se realiza por corte de ingresos) y busca recuperar la cobertura universal de beneficios esenciales con calidad homogénea y adecuada y, fundamentalmente, otorgados en base a los principios de ciudadanía.

Este documento defiende que en el área particular de la Salud Pública el UB podría constituir un camino adecuado para fortalecer la función de rectoría del Estado. El documento consta de dos partes, en la primera se sintetizan las bases conceptuales del UB. En la segunda se revisan algunas experiencias de políticas de salud recientes en América Latina para intentar deducir, con los buenos y malos ejemplos, qué es UB en salud y se concluye proponiendo un conjunto de premisas para implementarlo.

¿Qué es UB?

La propuesta del UB podría ser sintetizada a través de 10 mandamientos:

- I. Debemos retomar el desarrollo de servicios sociales con la misión de construir ciudadanía.** De esta forma, se revertiría la visión de las políticas compensatorias y residuales para buscar consolidar derechos. El acceso a bienes y servicios debe estar vinculado a la condición de ciudadanía y no a dádivas, prebendas, influencias ni su uso clientelista.
- II. Esos derechos deben ser universales para que al mismo tiempo consoliden una sociedad democrática e igualitaria.** De esta forma, independientemente de género, etnia, condición laboral, ingreso, región o afiliación política; existirá un conjunto de protecciones esenciales (básicas) garantizadas por el Estado.
- III. Construir ciudadanía garantizando un piso de protecciones básicas es la forma adecuada de combatir la inequidad.** Si en lugar de

*. El autor agradece los comentarios y aportes de Nuria Homedes y Antonio Ugalde que enriquecieron la redacción de este documento. A su vez, el mismo busca dar continuidad a la discusión desplegada por el documento de Carlos Gerardo Molina, Fernando Filgueira, Jorge Papadópolos y Federico Tobar titulado "UNIVERSALISMO BÁSICO: Una alternativa posible para la Construcción del Estado de Bienestar Latinoamericano". Washington D.C. INDES – BID. Julio de 2005.

continuar replegándose, el Estado expande su capacidad rectora garantizando a toda la población el acceso a un piso de bienes y servicios básicos se estarán generando las condiciones para que cada cual utilice de ellos según su necesidad.

IV. Consolidar protecciones universales e igualitarias implica revertir el rumbo hacia la fragmentación de nuestros esquemas de protección social. De esta forma se construirán modelos únicos de protección, pero no necesariamente monopolios estatales de provisión ni esquemas centralizados.

V. Si la población asume su acceso a los servicios básicos como un derecho, entonces la sustentabilidad de las acciones deberá ser garantizada porque habrá una demanda concreta asociada a una necesidad real y el costo político de interrumpir los derechos adquiridos resultará demasiado alto. De esta forma, se superará la extrema fragilidad de nuestras políticas y reformas anteriores tan sujetas a vaivenes electorales y vulnerables a la oposición de sectores corporativos privilegiados.

VI. Si en la utilización de los servicios se involucra no solo a los sectores de ingresos bajos sino también a los sectores medios se generará una sinergia en la consolidación de la calidad de las prestaciones. De esta forma se conseguirá superar la tendencia a la precarización de los servicios para pobres.

VII. La definición de cuales son los bienes y servicios básicos a ser garantizados a la población dependerá de las características y condiciones de cada país, de sus problemas sociales prevalentes, de su espacio fiscal y del nivel de extensión ya logrado por los esquemas de protección social desplegados. De esta forma, el UB asume carácter de orientación estratégica para la formulación y conducción de políticas, pero revierte la tendencia anterior hacia un modelo único y normativo.

VIII. No puede permitirse que haya diferentes modelos de UB al interior de un mismo país. Si bien, la estrategia de implementación del UB debe ser gradual y puede avanzar más rápido en un sector de política social que en otro, no se puede aceptar que existan departamentos, estados o provincias con más derechos que otros. La lógica de "proyectos" y "experiencias piloto" junto con procesos descentralizadores incompletos han tendido a acentuar las diferencias regionales en el acceso a bienes y servicios, también han deteriorado la equidad en la financiación y los resultados sociales. Por esto motivos, las respuestas deben ser uniformes para toda la población del país.

IX. La focalización debe ser considerada solo como un medio y no como un fin. De esta forma, la focalización puede constituir una herramienta

para priorizar el uso de recursos disponibles hacia poblaciones e intervenciones permitiendo alcanzar resultados más rápido. Pero la imagen objetivo del UB es construir esquemas de protección igualitarios y universales. En ese sentido, es imprescindible percibir que hay múltiples formas disponibles de focalización y no se restringe solo a considerar a los ingresos del beneficiarios como un criterio de corte.

X. La provisión de los bienes y servicios que en cada país sean definidos como básicos debe ser extremadamente regulada. De esta forma, aún sin recurrir a la provisión monopólica se desarrollarán monopsonio de dichas provisiones por parte del Estado. Este será quien fijará cuotas de servicios y habilitará oferentes en función de las necesidades de la población. En otros términos, es preciso desmercantilizar la provisión de las prestaciones básicas para garantiza una provisión eficiente de las mismas.

¿Qué es UB en salud?

¿Cómo se aplica esto al ámbito de la salud?. Siguiendo un esquema similar al anterior se postulan a continuación cinco tesis sobre el sector salud.

I. Los modelos universales de salud son más eficaces en la conquista de resultados sanitarios. Por mucho que nos esmeremos no podemos garantizar nuestra salud personal en medio de un pueblo enfermo. Salud y ambiente son los dos únicos bienes que resultan imposibles de producir de forma individual. Esto no se aplica solo a las enfermedades transmisibles, también a las crónicas, aunque en menor medida. Por ejemplo, para un diabético o para un hipertenso, resulta mucho más fácil cumplir con los cuidados que su enfermedad requiere si la medicación y los alimentos adecuados son de uso común y están disponibles cerca de su casa. lo mismo ocurre con los estudios y consultas de control.

Pero, además de por motivos de eficacia, el universalismo en salud también se justifica por motivos de eficiencia. Se puede argumentar que independientemente del nivel de gasto la organización del sistema de salud involucra niveles diferenciales de eficiencia. Como ejemplo se puede citar un estudio de Elola¹ y colaboradores avanzó por esta segunda vía correlacionando los resultados de salud con los modelos de sistema en 17 países europeos. A través de este diseño cuasi-experimental se controló las variables ingresos y gastos en salud del país. Los autores concluyeron que a niveles similares de la economía y del gasto total en salud, los sistemas universalistas (modelo Beveridge) consiguen menores niveles de mortalidad infantil sin embargo no se registraban variaciones sensibles sobre la variable esperanza de vida.

II. “Básico” no significa minimizar prestaciones.

Básico significa esencial. Es lo irreductible, aquello a lo cual no se puede abdicar. En salud básico no debe pensarse como prestaciones sino como

¹ ELOLA, Javier; DAPONTE, Antonio; NAVARRO, Vicente. “Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe”. *American Journal of Public Health* (vol. 85) No 10:1397-1401. Octubre de 1995.

“respuesta organizada frente a enfermedades prevalentes”. En toda sociedad hay patologías, motivos de enfermedad y muerte que deben ser tener respuesta colectiva. Cada sociedad debe definir cuales son sus prioridades sanitarias auxiliada por la información epidemiológica. Claro que en la sociedades más ricas y avanzadas en su transición epidemiológica las prioridades sanitarias serán diferentes que en América Latina.

La idea del UB en salud es avanzar en la reorganización del sistema empezando desde los modelos de atención y hacerlo enfermedad por enfermedad. Esto significa poner la lógica del modelo de atención delante de la del modelo de financiación y así romper con la trampa contencionista.

En gran medida, la Salud se diferencia de otros sectores sociales por su curva ascendente de costos. Esto no se da de forma similar en ninguna otra área social. Aunque hay otros desafíos comunes como el surgimiento de metas duras (con rendimientos decrecientes) a medida que se avanza en la respuesta y en los resultados.

Esto ha hecho de la problemática del "racionamiento" un imperativo mucho mayor que en otros sectores y ha impulsado medidas contencionistas que perjudicaron la construcción de ciudadanía social y de un acceso igualitario. Un ejemplo claro se obtiene cuando se compara la evolución reciente de las políticas dirigidas a las dos áreas de política social en la que se han recogido evidencias que el gasto público tiene una mayor capacidad de generar impacto redistributivo: Educación primaria y Atención Primaria de la Salud². Ningún país se ha atrevido a arancelar la educación primaria, mientras hay al menos tres países de la región (un estado de México, Ecuador y Paraguay) en los que el acceso universal a prestaciones básicas retrocedió de forma muy concreta en los noventa ya que se introdujo el cobro por prestaciones de APS³.

Los modelos de reforma sectorial implementados durante las últimas dos décadas en la región han seguido estrategias diferentes y obtenido también resultados disímiles, pero es innegable que registraron una inspiración común. Tal vez ningún documento, en ese sentido, haya resultado tan emblemático como el Informe de Desarrollo Humano del Banco Mundial del 93 (Investing in Health), que proponía cuatro premisas centrales: Focalizar, racionar, arancelar y descentralizar.

Una de la medidas más promovida ha sido la adopción de paquetes básicos de prestaciones. En virtud de ello muchos países han limitado los paquetes básicos a 13-14 intervenciones, la mayoría de las cuales son de salud pública y como mucho infecciones respiratorias agudas, diarreas, parto limpio, inmunizaciones, planificación familiar, tuberculosis (no la multirresistente) y algo de Malaria. Si por un lado, esto involucra un esfuerzo por racionalizar esfuerzos e inversiones,

² Diversos estudios han demostrado esta afirmación. Entre ellos ver: Flood, Cristina; Harriague, Marcela, Gasparini, Leonardo y Velez, Benigno. "Impacto Redistributivo del Gasto Público Social". Buenos Aires. Ministerio de Economía de la Nación. Secretaria de Programación Económica. 1997.

³ Por otro lado, hay lugares donde aunque se explicita la gratuidad de las prestaciones se mantienen un cobro encubierto. En Bolivia, por ejemplo, el programa de Seguro Nacional de Maternidad y Niñez aspira a prestar servicios médicos básicos a madres e hijos. Pero durante una investigación del BID registró que un 40 por ciento de los pacientes consultados afirmaron haber pagado por dichos servicios. Ver: Rafael Di Tella y William D. Savedoff. *Diagnosis. Corrupción*. IADB. Washington. D.C. 2001.

también puede haber funcionado como una justificativa para operar la retirada del Estado de las funciones esenciales en salud pública. Varios países de América Latina pueden garantizar mucho más que unas pocas prestaciones. Este impulso ha surgido asociado a la focalización de las acciones sobre los sectores de menor ingreso y a la preservación de estructuras de protección fragmentadas en las cuales los sectores más acomodados cuentan con sistemas de aseguramiento o social o privado.

En conclusión, puede sospecharse que el modelo impulsado dio funcionalidad a un discurso para proclamar que se estaba haciendo algo, pero por otro lado encubrió la falta de avances concretos sobre los indicadores epidemiológicos y sobre el acceso. En la mayoría de los países persiste una mala utilización de recursos y derroches a nivel hospitalario y abusos de los profesionales, así como corrupción abierta⁴.

III. No es cuestión de dinero sino de organización. Mientras concentramos nuestra discusión sobre los modelos de financiamiento abandonamos la revisión de los modelos de atención que es donde se logran las verdaderas conquistas en eficacia y eficiencia. Si hubiéramos avanzado en la implementación de modelos de atención que definan esquemas adecuados de cómo dividir el trabajo médico, cuáles patologías deben ser privilegiadas y cómo deben ser atendidas, hubiéramos conseguido una mayor contención sobre la inflación médica que con las medidas contencionistas que ensayamos como el recorte de prestaciones, los copagos, la financiación de la demanda y los múltiples ensayos de modelos de pago por servicios.

La gran mayoría de los países de América Latina disponen de recursos económicos suficientes para ofrecer servicios comprensivos de atención primaria, atención hospitalaria de segundo nivel y en algunos casos hasta atención terciaria de calidad para el pequeño número de la población que debe de llegar a este nivel. Un ejemplo interesante lo constituye Costa Rica que conquistó acceso universal a todos los niveles, incluyendo medicamentos, de esta forma generó grandes impactos sobre los indicadores epidemiológicos y lo hizo con niveles de gasto muy inferiores a los de los países europeos e incluso a los de países muy fragmentados como Uruguay y Argentina.

Brasil ha sido el primer país de la región que resistió la tendencia hacia la focalización consiguiendo, por el contrario, construir su Sistema Único de Salud para consolidar la salud como un derecho universal. A finales del siglo XX este país definió umbrales mínimos de atención a ser garantizados a la población de todos los municipios y vinculó los recursos financieros necesarios a dicho objetivo a través de los Pisos Básicos de Atención. Esta estrategia es hoy emulada desde el Ministerio de Desarrollo Social e Combate a la Fome, e incorporada en la formulación del Plan Nacional de Asistencia Social.

IV. Jerarquizar en vez de recortar. Se trata de, en primer lugar, identificar las enfermedades que más peso tienen sobre la carga de enfermedad del país para conquistar una respuesta adecuada a las mismas. Ella debe avanzar desde fortalecer y garantizar prestaciones esenciales y básicas hacia las prestaciones y

⁴ El citado estudio elaborado por Rafael Di Tella y William D. Savedoff, da excelentes ejemplos de esta afirmación.

niveles de mayor complejidad. Es fundamental distinguir que no se trata de un criterio de racionamiento de las prestaciones sino, por el contrario, de su jerarquización. En otras palabras, no se trata de recortar la cobertura a pocas prestaciones sino de consolidar la calidad y la adecuación de la respuesta comenzando por aquellas que resultan más esenciales por su alto impacto epidemiológico y porque hay suficiente evidencia acumulada al respecto de cómo deben ser tratadas.

Chile se propuso esta jerarquización en 2002 con la promulgación del Plan de Aseguramiento Universal de Garantías Explícitas (AUGE). A través de un estudio epidemiológico y en función del análisis de su peso sobre la carga de enfermedad de aquel país, fueron seleccionadas 57 enfermedades cuyo tratamiento correcto es política de Estado. En la actualidad se han logrado garantizar a toda la población del país los cuidados correspondientes a 17 enfermedades, estableciendo el esquema de cuidados que debe ser seguido. Los ciudadanos tienen derecho a reclamar ante la justicia si la entidad responsable de su salud, sea esta pública (el FONASA) o privada (una Isapre), no brinda el acceso a los tratamientos tal como han sido definidos en el Plan. Se espera en el transcurso de este año extender la cobertura hasta llegar a 25 enfermedades y en el 2006 completar las 57 identificadas.

En Argentina, la opción por jerarquizar las prestaciones universales se hizo a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y por medio del Programa Remediar que definió un conjunto básico de medicamentos esenciales (botiquín) provisto de forma gratuita e integral (es decir para todo el tratamiento de la enfermedad) a toda la población que consulta en los Centros de Atención Primaria de la Salud del país (CAPS). El programa ha conseguido: a) garantizar el acceso universal al tratamiento adecuado a los cien principales motivos de consulta en los CAPS con la provisión integral y gratuita de 56 medicamentos esenciales, b) aumentar la cantidad de consultas en los CAPS, c) reducir sensiblemente la demanda en los servicios del segundo nivel y c) generar un fuerte impacto redistributivo (ya que por cada peso invertido el beneficio transferido equivale a alrededor de 9 pesos).

Pero el ejemplo tal vez más representativo del nuevo modelo de Universalismo Básico lo constituirá el Programa de Cuidados Sanitarios Básicos (PCSB) de Paraguay. Desde el Programa de Reformas a la Atención Primaria de la Salud (préstamo del BID 1006 OC-Pr) se asumió como objetivo prioritario garantizar el acceso universal, adecuado, oportuno y gratuito para dar respuesta a un conjunto de 13 enfermedades de alto impacto sobre la morbi-mortalidad del binomio madre niño (menores de cinco años). Las prestaciones a ser garantizadas fueron definidas en función de dos estrategias de comprobada efectividad, la Atención Integrada las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), y los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE).

Los técnicos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social debatieron con las entidades científicas y académicas nacionales e internacionales hasta obtener consenso respecto a los protocolos de tratamiento para cada nivel de atención. De ellos surgió también un *vademecum* de medicamentos, un listado de insumos descartables y de instrumental médico indispensable para dar respuesta adecuada a las enfermedades seleccionadas.

El PCSB garantizará la capacitación de todo el personal que atiende a la población objetivo (una cien mil embarazadas y ochocientos mil niños menores de cinco años) y la provisión de instrumental, medicamentos e insumos adecuados para que a través de un esquema de red, los servicios de salud pública del país desplieguen una respuesta adecuada a las enfermedades a ser combatidas.

V. Avanzar desde abajo hacia arriba. La epidemia reformista de los noventa privilegio la cura de los sistema al combate a la enfermedad. El UB propone volver a navegar en lugar de pasarnos la vida arreglando el barco. Solo vale la pena reformar el sistema en la medida en que se haga para optimizar su capacidad respuesta frene a las principales enfermedades prevalentes en la población.

Durante los noventa el diagnóstico fue que los sistemas estaban enfermos de ineficiencia. Por otro lado, aunque todos los sistemas son diferentes, la prescripción fue siempre idéntica: "la cura contra la ineficiencia es el mercado". Entonces, se inyectaron dosis de competencia por todos los orificios. Se buscó que el sector público compita entre si. El resultado fue que la alta complejidad siempre le ganó a la APS y el primer nivel a la promoción y prevención. Se buscó que el sector público compita con el privado. El resultado fue hospitales "reconvertidos" en empresas nacidas para facturar que fueron distanciándose de sus objetivos de salud pública.

La alternativa es comenzar fortaleciendo la oferta y hacerlo desde los centros ambulatorios, cuya misión está intrínsecamente vinculada con la APS. Cuando esto se logra la demanda hospitalaria cae sola y los resultados de salud mejoran muy rápido. En Argentina el programa Remediar que fortaleció la respuesta de los Centros de APS consiguió que en dos años los mismos pasaran de representar un 30% a más del 50% del total de consultas y al mismo tiempo la Tasa de Mortalidad Infantil logró el mayor descenso en los últimos 35 años.

¿Cómo implementar el Universalismo Básico en Salud?

Es posible destacar los pasos a seguir en la intención de avanzar en la construcción de un modelo de UB.

1. Analizar la carga de enfermedad del país para detectar las enfermedades que detentan mayor impacto sobre la morbilidad y mortalidad de la población. No se trata de un tecnicismo. Se pueden utilizar diferentes métodos para ello, desde los más caros y sofisticados hasta los más rápidos y sintéticos. Lo importante es proveer información relativa a de qué se enferma y muere la gente del país para que las autoridades representativas puedan tomar decisiones fijando prioridades sanitarias.

2. Seleccionar un conjunto limitado de patologías prevalentes. Sobre el listado resultante del análisis técnico deben ser seleccionadas las patologías cuya respuesta debe ser privilegiada. La decisión final puede ser política y no solo técnica ya que el país y su población pueden resultar especialmente sensibles a determinadas afecciones por lo cual la selección debe ser tamizada por la escala de prioridades pública. Pero además, las enfermedades prevalentes no serán necesariamente las mismas en todo el país. En las

grandes ciudades tendrán más peso las crónicas que el Chagas. Esto no significa que los Chagásicos de la capital se tengan que ir a vivir al interior para tener una buena atención ni que los hipertensos del interior precisen migrar a la capital para ser atendidos. Lo que sucede es que para construir la equidad hay que tratar de forma desigual a los diferentes. Simplemente se empezará a reorganizar el sistema asumiendo prioridades diferentes para diferentes necesidades pero buscando avanzar hacia la construcción de un sistema igualitario.

3. Protocolizar el tratamiento de cada enfermedad por nivel de atención. Definir qué se debe (y qué no se debe) hacer en el primero, segundo y tercer nivel de atención y con cuales parámetros de calidad y resolutivez. Esto es lo que permitiría reordenar al sistema porque se conseguirá que cada servicio haga lo que debe hacer evitando las distorsiones típicas de los sistemas de salud: que las policlínicas se transformen en centros de emergencias y que los hospitales hagan atención primaria. De esta forma se consolida progresivamente el funcionamiento en red y se mejora la eficiencia del sistema. Al mismo tiempo, no se trata de una reforma pesada e inviable ya que se está avanzando enfermedad por enfermedad.

4. Convalidar los protocolos. Un esquema terapéutico puede resultar letra muerta si no se consigue que los actores involucrados lo asuman como propio. Por eso es fundamental invertir el esfuerzo necesario para que los protocolos no sean contestados ni rechazados sino que surjan como resultados de una construcción nacional de consensos sobre como debe ser el tratamiento adecuado de cada enfermedad.

5. Seleccionar *vademecum* y listados de insumos e instrumental esenciales. Una vez obtenidos los consensos y en función de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) se podrá definir cuales son los requisitos indispensables de tecnología e insumos a ser garantizados para construir una respuesta adecuada las enfermedades seleccionadas en cada nivel de atención.

6. Capacitar en la gestión clínica de las enfermedades seleccionadas. Los trabajadores de la salud deben ser actualizados respecto a la forma adecuada de tratamiento de cada una de las enfermedades seleccionadas en cada uno de los niveles de atención. se trata de una capacitación corta, práctica y en servicio que además deberá destacar que se trata de construir derechos ciudadanos y que la conquista de la sustentabilidad de la respuesta también será función del funcionamiento de un sistema de información y control de gestión que permita asegurar el funcionamiento eficaz y eficiente de la política.

7. Diseñar kits de insumos a ser garantizados para cada nivel de atención. Se trata del esquema inicial de provisión de insumos e instrumentos. La hipótesis es que garantizar a la población acceso a los medicamentos esenciales resulta un incentivo adecuado para incentivar su responsabilidad y compromiso con los cuidados de salud, en particular con la consulta en los Centros de Atención Primaria de la Salud y con los cuidados programados.

8. Comprar y distribuir los insumos e instrumentos a los servicios. Las compras centralizadas permiten alcanzar economías de escala. A su vez la distribución directa a los centros de salud es la forma que permite minimizar la pérdida y sustracción de insumos.

9. Evaluar consumos y ajustar entregas. La evaluación y monitoreo es lo que permite conformar un adecuado sistema de gestión de suministros.

10. Evaluar los resultados sobre las patologías cubiertas e eventualmente expandir cobertura hacia otras prestaciones y patologías.

Dos esquemas alternativos para implementar el UB

Se pueden formular dos hipótesis para el despliegue del Universalismo Básico en salud que responderían a las condiciones de viabilidad y sustentabilidad financiera de diferentes países. Sin embargo, las mismas no son excluyentes de modo que se podría considerar a la hipótesis de mínima como punto de partida para luego avanzar paulatinamente hacia la hipótesis de máxima.

Hipótesis mínima

Consistiría en seleccionar unas pocas patologías (alrededor de diez) con alto peso sobre la carga de enfermedad del país pero sobre las cuales hay identificadas intervenciones de alto impacto que involucran acciones desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Por ejemplo, Anemia, Diabetes, Asma, Hipertensión Arterial, Infecciones Respiratorias Agudas, Parasitosis Intestinal, etc.. Aunque lo más recomendable sería seleccionar aquellas de mayor impacto sobre el binomio madre – niño.

Se definirían esquemas para combate y gestión clínica de los tratamientos y se capacitaría a los trabajadores de la salud del primer nivel de atención en ellos. De forma complementaria serían adquiridos y distribuidos directamente a los servicios kits de instrumental, medicamentos e insumos descartables adecuados a los tratamientos. El subsistema de suministros estaría vinculado a la captación de información prestacional y epidemiológica permitiendo no solo el control de gestión sino también fortaleciendo la vigilancia epidemiológica sobre las enfermedades protegidas.

Hipótesis máxima

Serían protegidas un conjunto significativo de enfermedades que representarían alrededor de la mitad de la carga de enfermedad en el país. Esto involucraría modificar y reorganizar el modelo de atención perfeccionando el trabajo en red y consolidando el funcionamiento de la referencia y contrarreferencia. No se aplicaría solo al subsector público sino también al mutual y privado cabiendo al ministerio de salud la responsabilidad por controlar y monitorear su correcta aplicación.

Tanto el tratamiento como la provisión de insumos sería garantizada en todos los niveles de atención. Esto significa que el subsistema de provisión de suministros también involucraría a los hospitales. De forma consecuente, el sistema de información permitiría captar información epidemiológica y prestacional en el segundo y tercer nivel.

Una vez obtenido el universalismo básico, esto es garantizada una respuesta homogénea a las patologías garantizadas, se avanzaría de dos maneras simultáneas. Por un lado extendiendo la cobertura a otras enfermedades. Por el otro desarrollando la responsabilidad nominada y la programación local a través de la capacitación y el financiamiento de proyectos de promoción y prevención en los centros de salud. La figura para esto sería compromisos de gestión entre el ministerio y los servicios con sus comunidades.