



Universidad del sureste

Interculturalidad medica

Asesor: Doctora Magali Guadalupe Escarpulli Siu

**Resumen interculturalidad “Costa rica, Ecuador, El
Salvador, Guatemala y Honduras”**

Alumno: Noé Agustín Nájera Zambrano

Medicina humana

COSTA RICA

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

Aspectos socio-demográficos

- Datos poblacionales

En el 2009 la población de Costa Rica llegó a 4,25 millones de habitantes, de los cuales el 49,2% son mujeres.

En el mismo año, la esperanza de vida al nacer fue de 78 años, debido sobre todo a la disminución de la mortalidad infantil, que se redujo más de un tercio en los últimos 15 años¹⁸⁵. La esperanza de vida en Costa Rica es la más alta de América Latina y el Caribe, similar a las de Chile y Cuba.

La mortalidad adulta general en Costa Rica ha disminuido de 115 por 1.000 habitantes en 1990 a 95 en 2006.

La tasa de fertilidad descendió de 5,0 en 1970 a 2,1 en 2006¹⁸⁸. Por lo que se refiere a la estructura por edades de la población, Costa Rica se encuentra en una situación privilegiada, disfrutando de lo que se denomina el "bono demográfico": el 64% de la población está constituida por personas de entre 15 y 60 años de edad¹⁸⁹. Dado que la demanda de la atención a la salud tiende a concentrarse en los primeros y últimos años de la vida, esta estructura demográfica ha disminuido la presión sobre el sistema de salud. El descenso de las tasas de mortalidad y fecundidad, y el incremento de la esperanza de vida están produciendo un proceso de envejecimiento de la población. Por ello, aunque en 2006 las personas mayores de 60 años representaron el 8% del total de la población¹⁹⁰, en 2050 se estima representarán el 21%.

- Estadísticas de empleo

Costa Rica cuenta con una población económicamente activa de aproximadamente 2,06 millones de personas (2008)¹⁹². De esta población el 71,2% trabaja en el sector formal, una proporción de la población que no ha variado más del 4% en la última década¹⁹³. En Costa Rica la tasa de desempleo fue de 6,4% en 2009. El salario mínimo en Costa Rica es de US\$ 349 por mes. El salario promedio en es de US\$ 573 por mes.

- Contexto económico

El PIB en Costa Rica para el año 2008 fue de US\$ 480 mil millones (PPP) con un crecimiento real anual del 2,6% para el 2008 en relación al 2007. La economía (PIB) de Costa Rica está en el lugar 89 del mundo. El PIB per cápita en Costa Rica es de US\$ 11.800 (PPP), puesto 98 a nivel mundial en el 2008. La tasa de inflación en el 2008 se estimó en 13,4%.

- Estadísticas sanitarias

a) Recursos estructurales

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cuenta en el primer nivel de atención con unos 893 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y alrededor de 1.800 consultorios de visita

periódica para zonas muy alejadas y poco pobladas, donde no ha sido posible o no se ha considerado necesario establecer un centro de salud. En el segundo nivel de atención la CCSS cuenta con 13 clínicas, 13 hospitales periféricos y siete hospitales regionales. Existen cuatro tipos de clínicas y tres tipos de hospitales según su capacidad resolutive.

En el tercer nivel de atención la CCSS cuenta con seis hospitales especializados y tres hospitales generales de concentración nacional. Con una red de servicios y un sistema de referencia altamente definido, cada uno de los tres hospitales generales es responsable de atender a la población de un área del país y todos los establecimientos de salud de ese área les remiten los pacientes para intervenciones complejas.

En el segundo y tercer nivel de atención existen en total 5.625 camas, lo cual significa un promedio de 13 camas por 10.000 habitantes, una proporción más alta que la Nicaragua (9) pero menor a la de Panamá (18)198. En 1999 la CCSS contó con 3,7 laboratorios clínicos, 0,7 bancos de sangre por 100.000 habitantes, y 0,11 equipos de radiodiagnóstico por 10.000 habitantes. En el sector privado había 2,4 y 0,1 laboratorios clínicos y bancos de sangre, respectivamente, por 100.000 habitantes en ese año.

b) Recursos humanos

En 2006 Costa Rica contaba con un total de 5.847 médicos, 679 dedicados a funciones administrativas y 5.168 dedicados a funciones sanitarias. Además contaba con 2.543 enfermeras y enfermeros, y 681 odontólogos, entre otro personal de salud. El total de personal profesional de salud para el país asciende a 10.754200. Estos datos representan una ración de 13 médicos por 10.000 habitantes y 9 enfermeras por 10.000 habitantes un número similar de médicos por habitante al de países como El Salvador (12), Bolivia (12) y Colombia (14).

c) Recursos financieros

En el período 1996-2006 el gasto total en salud como porcentaje del PIB se mantuvo alrededor del 7,7%, ligeramente mayor que el promedio latinoamericano (6,7%) y menor que el gasto de países como Argentina (10,1%), Colombia (7,3%) y Uruguay (8,2%), pero superior al gasto de Chile (5,3%) y México (6,2%).

En 2006 el 68% del gasto total en salud era público y el 32% restante, privado.

Aproximadamente el 94% del gasto del Gobierno en salud corresponde a los fondos de la seguridad social, los cuales representan más de 76% del gasto total en salud, una proporción más alta que la del promedio de países de la región que en su mayoría se encuentran por debajo de un 60%. Por otro lado, los pagos de bolsillo de los hogares representan el 88,7% del gasto privado en salud202. El gasto privado restante se debe al pago hacia planes de prepago ofrecidos por el INS, así como al gasto realizado por organizaciones de la sociedad civil en beneficio de los hogares.

Como parte de la reforma del sector salud, en 1997 la CCSS introdujo un nuevo sistema para la distribución de fondos basado en los llamados "compromisos de gestión" para incrementar la efectividad y eficiencia de los servicios prestados, creando así un mercado interno. Las funciones básicas del sistema, además, se separaron: la rectoría queda a cargo del MS, la prestación a cargo de la CCSS y el sector privado, y el financiamiento a cargo de la Gerencia Financiera de la CCSS.

La compra de servicios quedó en manos de la Gerencia Administrativa de la CCSS. Hasta esa fecha, los recursos públicos se asignaban a los hospitales y clínicas en base a presupuestos históricos y el sistema de pago a los prestadores de servicios era retrospectivo. Los compromisos de gestión o contratos de prestación estipulan la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos, el monto de recursos financieros requeridos y el tipo de evaluación aplicada. El sistema de pago es capitado y prospectivo e incluye un 10% del presupuesto para incentivos.

El pago a los prestadores, sin embargo, sigue siendo salarial con base en una escala manejada a nivel central.

El sistema de compromisos de gestión se implementó en todos los establecimientos públicos (y privados contratados por la CCSS) y áreas de salud. Sin embargo, su impacto varía y a veces es limitado porque el proceso no se ha implementado con la intensidad planteada en un principio y no ha avanzado lo suficiente como para responder a las necesidades de salud ni a los indicadores de impacto.

SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud de Costa Rica está constituido por el sector público, que corresponde a la seguridad social, y el sector privado. La seguridad social está en manos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y, en menor medida, del Instituto Nacional de Seguros (INS).

El INS opera tanto en el sector público como en el privado. En el público financia y compra servicios de salud, sobre todo a la CCSS, relacionados con los seguros obligatorios de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, y accidentes de circulación. En el privado funciona como proveedor, casi único hasta el momento, de un seguro privado de salud.

El sector privado está compuesto por una amplia red de prestadores de servicios de salud que ofrecen principalmente atención primaria, ambulatoria y odontología con fines lucrativos y servicios de salud sin fines lucrativos (Cruz Roja y Hogares CREA). Los hospitales del sector privado se centran en servicios no esenciales tales como cirugías estéticas o servicios complementarios a aquellos brindados por el plan de beneficios de la seguridad social. Hasta ahora el sector privado se financia predominantemente con pagos de bolsillo, incluso de beneficiarios de la seguridad social que prefieren hacer uso de los servicios privados.

Legislación básica

Según la Constitución costarricense, las prestaciones en salud se otorgan al 100% de la población, pero la CCSS implementa esta normativa sólo en casos de emergencia por razones de contención de costos. En el Reglamento de Salud de 2006, la CCSS consolida la universalidad del seguro de salud. Sin embargo, al contrario de lo que dice la Constitución, el reglamento estipula que el derecho a esta cobertura está sujeto a las disposiciones de este reglamento. Esta cláusula le otorga a la CCSS la potestad de limitar el acceso a sus servicios a los "no asegurados".

El Reglamento de Salud de 2006 también describe la obligatoriedad del seguro social para todos los trabajadores asalariados e independientes y los beneficiarios de los regímenes nacionales de pensión que viven en el territorio de Costa Rica.

Este reglamento indica que aunque existe un propósito de universalización del sistema de seguro de salud social, los ciudadanos costarricenses deben cumplir con ciertos requisitos de contribución.

Organización y estructura del sistema de salud

- Actores

a) Sector público

El sector público de salud costarricense está compuesto por cinco entidades públicas: la CCSS, el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Ministerio de Salud (MS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y la Universidad de Costa Rica (UCR). La CCSS tiene a su cargo el financiamiento y la prestación de la mayoría de los servicios públicos de salud, que se financian a través del seguro de enfermedades y maternidad.

Cada sector de salud está a cargo de un equipo de recursos humanos denominado Equipo Básico de Atención Integral en Salud o EBAIS.

El objetivo de este modelo ha sido de mejorar las condiciones de salud de la población y mejorar la eficiencia de los servicios de salud a través de la integración de los servicios de promoción de la salud, control de riesgos y prevención de enfermedades, y curación. Los EBAIS implementan programas integrados enfocados en grupos de edad (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), sexo (adolescentes y mujeres en edad reproductiva) y morbilidad (diabetes e hipertensión, entre otras).

Cada EBAIS está integrado por un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria; atiende a un sector limitado de la población, y cuenta con un equipo de apoyo compartido con los demás EBAIS de la región, compuesto por un trabajador social, una enfermera, un médico, un nutricionista, un farmacéutico, un microbiólogo y un técnico en registros médicos.

Como parte de un esfuerzo para extender los servicios de salud, la CCSS comenzó a contratar cooperativas para la prestación de servicios de salud en zonas necesitadas. Las cooperativas Coopesaín, Coopesalud, Coopesiba y Coopesana, y dos entidades no cooperativas, la Asociación ASEMECO y la Universidad de Costa, han llegado a atender al 15% de la población en base a compromisos de gestión.

b) Sector privado

En el sector privado Costa Rica cuenta con una red de proveedores que presta servicios principalmente ambulatorios y odontológicos. Este sector cuenta también con hospitales que en general ofrecen servicios no esenciales, como los servicios de cirugía reconstructiva. Para los servicios de alta complejidad, la población generalmente utiliza los hospitales públicos²²⁴. Según un estudio de la CEPAL (2001), muchas personas, en especial profesionales independientes con altos niveles de ingreso, utilizan la seguridad social y pagan por ella sólo cuando descubren que los costos de la atención privada son mayores que el costo del seguro.

- Distribución de la cobertura

Los beneficiarios del seguro de salud, en principio todos los habitantes del país, se clasifican sobre la base de una serie de modalidades de aseguramiento que define la CCSS. En primer lugar están los trabajadores asalariados, y los pensionados y jubilados de alguno de los sistemas estatales. A continuación se encuentran los cabezas de familia asegurados por cuenta del Estado. En tercer lugar están las personas que se afilian de manera voluntaria, ya sea a título individual o colectivamente, así como los trabajadores independientes que lo hacen de igual manera. Se considera como derechohabientes del Beneficio Familiar a los familiares de los asegurados directos. Un cuarto grupo que se beneficia del seguro de salud es la población que vive en condiciones de pobreza.

La afiliación a la CCSS no es inmediata o automática para los trabajadores del sector formal, sino que cada uno debe realizar el trámite de afiliación. Sólo los asalariados del sector público cotizan automáticamente. En el sector privado, los empleadores tienen que afiliarse primero y en función de la afiliación patronal se afilia cada trabajador.

Desde su fundación, en 1941, la cobertura de la CCSS creció consistentemente hasta los años noventa, cuando llegó a su nivel de aparente saturación, con alrededor del 87% de la población. Desde entonces el porcentaje de asegurados ha oscilado entre el 85,6 y el 87,5%.

- Financiación

- a) Pública

Los fondos con los que se financia la CCSS son tripartitos: contribuciones de los trabajadores, patronos o empleadores privados y Estado. El Estado puede contribuir como empleador público, como encargado de los regímenes no contributivos y/o a través de contribuciones provenientes de impuestos generales.

Las contribuciones al seguro de salud para 2008 están definidas y se calculan a partir de una contribución de los trabajadores asalariados equivalente al 5,5% de su ingreso. A esta contribución se suma un 9,25% del monto del salario pagado por los empleadores privados más un 0,25% del salario de todos los trabajadores del país, que paga el Estado. La contribución de los trabajadores y pensionados se determina de acuerdo con una escala establecida por la CCSS que se complementa con una cuota pagada por el Estado que compensa la ausencia de contribución patronal.

La CCSS utiliza el ingreso de referencia mínimo de su escala contributiva para asegurados voluntarios y trabajadores independientes como la base mínima de cotización en todos los casos.

- b) Privada

Por su parte, el sector privado se financia de manera directa con los pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir la atención y, hasta el momento, en una pequeña medida (2% de todos los hogares), con los pagos indirectos que se hacen al esquema privado de aseguramiento ofrecido por el INS.

SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

Productos y coberturas que ofrecen

- Tipo de prestación de las aseguradoras

a) Programa médico de empresa

El programa médico de empresa es un medio alternativo y opcional de consulta externa donde la empresa, por su cuenta y riesgo, proporciona en sus propias instalaciones la consulta médica a sus empleados mientras que la CCSS, mediante una clínica adscrita, otorga a los asegurados atendidos los servicios de farmacia, laboratorio clínico y rayos X.

b) Programa de medicina mixta

El programa de medicina mixta tiene el objetivo de agilizar los servicios de atención ambulatoria del sistema de salud costarricense. Al igual que el programa de médico de empresa, es un medio alternativo y opcional de consulta externa, donde el asegurado directo o familiar puede contratar por su propia cuenta su consulta externa con un médico privado que seleccione, con el derecho a recibir por parte de la CCSS los medicamentos y servicios de diagnóstico.

c) Programa de libre elección médica

El Sistema de Libre Elección Médica (SLEM) tiene el objetivo de descongestionar los servicios especializados en los hospitales y en la consulta externa. El programa de Libre Elección Médica constituye el derecho a una ayuda económica por parte de la CCSS para que los asegurados puedan recurrir a los servicios médicos privados.

d) Servicios administrados por proveedores privados

El programa de servicios administrados por proveedores privados es un sistema por el cual la adjudicación de la administración de los servicios de salud integrales es asignada a una cooperativa autogestionaria de servicios integrales de salud.

Mercado de la salud privada: principales cifras

- Empresas de seguros

El reciente cambio producido en el marco normativo y la apertura del mercado asegurador no impidieron al Instituto de Seguros de Costa Rica obtener un crecimiento nominal del 32,6% y real del 16,4%. El volumen de primas ascendió a 336 mil millones de colones (435 millones de euros), siendo los ramos de Automóviles y Accidentes de trabajo los que concentraron la mayor parte del negocio, con una cuota del 32% y 30%, respectivamente.

La publicación de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, en julio de 2008, eliminó el monopolio estatal de seguros administrado por el Instituto Nacional de Seguros durante 84 años y propició que aseguradoras nacionales y extranjeras puedan ofrecer sus productos en Costa Rica. La Ley establece la creación de la Superintendencia General de Seguros, encargada de fiscalizar el cumplimiento de la Ley y de la regulación que emita el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF). El INS se mantiene como institución aseguradora estatal, pero deberá cumplir con idénticos requisitos y reglas a los del resto de entidades aseguradoras que se establezcan en el país.

a) Primas

En el año 2008 el volumen de primas del sector asegurador en Costa Rica fue de US\$ 607,4 millones, de éstos aproximadamente US\$ 410 millones se concentraron en seguros no vida.

b) Siniestralidad

La siniestralidad para el sector asegurador en Costa Rica disminuyó del 58,6% en 2007 a 56,1% en 2008.

c) Gastos

El porcentaje de gastos del sector asegurador en Costa Rica incrementó del 26,5% en 2007 al 30,5% en el 2008.

d) Ratio combinado

El ratio combinado del sector asegurador en Costa Rica incrementó del 85,1% en 2007 al 86,6% en el 2008.

e) Resultado

Los resultados financieros del sector asegurador en Costa Rica disminuyeron de un 20,3% en 2007 al 17,7% en 2008. Por otro lado, el resultado técnico financiero en este mismo período pasó del 35,2% al 31,1%. El resultado neto disminuyó de 25,9% en 2007 al 22,5% en 2008.

Tratamiento del gasto farmacéutico

La CCSS cubre, además de servicios de atención y diagnóstico, los medicamentos requeridos por los asegurados. Desde el año 1989 existe una política institucional de medicamentos con el fin de identificar y hacer disponibles aquéllos considerados como esenciales. Actualmente la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) está compuesta por más de 500 medicamentos para atender los problemas del 97% de la población. Cada dos años se revisa y prepara una nueva versión de la LOM. La selección de medicamentos para la LOM es responsabilidad exclusiva del Comité Central de Farmacoterapia, que informa al MS de cualquier cambio.

3.5 Papel del micro-seguro

No se ha encontrado información sobre el papel que juegan los micro-seguros en Costa Rica.

REFORMA DE SALUD

Como se ha descrito anteriormente en la sección de Historia del sistema de salud en Costa Rica, desde 1993, Costa Rica se ha encaminado hacia una reforma de salud. Como parte de esta reforma se incorporó a la CCSS además de los servicios asistenciales, los de prevención y promoción que antes tenía a su cargo el Ministerio de Salud. La reforma ha contado con cuatro puntos importantes:

- 1) la readecuación del modelo de atención,
- 2) el fortalecimiento de la rectoría por parte del Ministerio de Salud,

3) el desarrollo institucional de la CCSS,

4) la incorporación del sector privado 244. Este Comité basa su trabajo en criterios científico-técnicos, como la evaluación comparativa de la eficacia, seguridad, cumplimiento, disponibilidad y costo de los medicamentos.

ECUADOR

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

Aspectos socio-demográficos:

- Datos poblacionales

Ecuador cuenta con una población de 13,7 millones de habitantes (2009) de los cuales el 49,9% son mujeres y el 65% vive en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende al 1,06% (2005-2010) inferior al promedio regional (1,12%) y menos de la mitad del observado hace apenas 20 años (2,42% para el período 1985-990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 30,6% de la población, mientras que los mayores de 65 años suponen el 6,6%, cifra inferior a otros países con un mayor nivel de envejecimiento como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%).

La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 2,6 hijos por mujer en edad fértil, valor superior al promedio de la región (2,3), pero inferior a las cifras de algunos países centroamericanos como Guatemala (4,2) y Honduras (3,3). La tasa de mortalidad infantil está en 24 por 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra superior a la media de América Latina y el Caribe (21,8) y que contrasta con las cifras de países como Cuba y Chile, donde esta tasa es de 5,1 y 7,2245, respectivamente.

En 2005 la razón de mortalidad materna fue de 240 mujeres por cada 10.000 nacidos vivos²⁴⁶, muy superior al promedio latinoamericano que se ubica alrededor de 134 mujeres, y sólo inferior al de países como Bolivia, Guatemala y Honduras, que muestran una tasa media de 285 mujeres. Por último, en el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 75,8247 años (72,1 años para los hombres y 78 para las mujeres).

En el caso específico de los hombres, la estructura es diferente a la de la población general presentada en el párrafo anterior, pues las principales causas de muerte para ellos fueron los accidentes de transporte terrestre y las agresiones, que en conjunto representaron el 12% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares, la influenza y neumonía, las hipertensivas y la diabetes mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales.

- Estadísticas de empleo

La fuerza de trabajo de Ecuador representa alrededor de un 49% de la población (2008), aproximadamente unos 6,6 millones. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio de 6,9%, valor inferior a la media de la región (7,2%) y a la de países como Brasil (7,9%) y Chile (7,8%)²⁵⁰.

- Contexto económico

En 2009, el PIB de Ecuador fue de US\$ 107.100 millones (PPA) con un crecimiento real anual de -2,0%. Acorde con lo anterior, Ecuador ocupa el noveno lugar de América Latina y el Caribe y el puesto 65 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per cápita (2009) es de

US\$ 7.300 (PPA), con lo que se encuentra el puesto 18 dentro de la región y 123 en el mundo. La tasa de inflación fue de 5,8% en 2009.

- Estadísticas sanitarias

- a) Recursos estructurales

De acuerdo con los datos más recientes proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), existían en el año 2006 en Ecuador 3 establecimientos de atención en salud, de los cuales 2.999 (81,5%) pertenecían al sector público, en su mayoría al Ministerio de Salud Pública (MSP) (47,2%) y al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (25%), además de una pequeña proporción (10%) que pertenece a los municipios, a ministerios diferentes al MSP, al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y a otras entidades.

- b) Recursos humanos

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en Ecuador hay 15 médicos por cada 10 mil habitantes (2007), cifra muy cercana al promedio regional (17 por 10.000 hab.) pero que dista mucho de la observada en países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 habitantes). De acuerdo con la misma fuente existen 17 enfermeras y dos odontólogos por cada 10 mil habitantes.

- c) Recursos financieros

Con cifras de 2006, en Ecuador el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es del 5,3%, evidenciando una mejoría respecto al año 2000, cuando este rubro se ubicaba en el 4,2%. Esta cifra se encuentra por debajo del promedio de la región (6,7%) y es sólo comparable con el de países como Belice (4,7%), y Guatemala (5,3%). El gasto per cápita es de US\$ 379 PPA (2006), valor inferior a la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 43,5% corresponde a recursos gubernamentales y el 85,3% del gasto privado corresponde a gastos de bolsillo, siendo esta última cifra superior al promedio latinoamericano (77,7%).

SISTEMA DE SALUD

Organización y estructura del sistema de salud

- Actores

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por los sectores: público y privado. El sector público está comprendido, en primer lugar, por el Sistema Nacional de Seguridad Social (SNSS) integrado por: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), estos dos últimos dependientes de los ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente.

En el marco constitucional y legal vigente en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país y se encuentra a la cabeza de todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. El MSP participa activamente con los diversos actores involucrados

en el sistema de salud para la concertación de dichas políticas a nivel sectorial a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA).

El sector privado está integrado tanto por entidades con fines de lucro (empresas de medicina prepagada y proveedores de seguros privados, hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios y farmacias) como por organizaciones sin fines de lucro, dentro de las que se cuentan diversas ONG, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y asociaciones de servicio social. Entre estas últimas destacan la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Cruz Roja Ecuatoriana y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), una institución de servicios asistenciales que cubre todo el ciclo de la vida de la persona (educación, asilos, funerarias y atención a la salud) que cuenta con cuatro hospitales, dos de medicina general y dos especializados, y aunque es de Guayaquil atiende a personas de todo el país.

b) Distribución de cobertura

De acuerdo con la legislación vigente, la cobertura en salud debe ser universal, todos los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tiene derecho de afiliarse al IESS, sin embargo, solamente cerca del 15% de la población tiene esta cobertura (incluyendo al 6,2% inscrito en el Seguro Social Campesino). Además, sólo alrededor del 4% de los ecuatorianos pertenece a los seguros institucionales de la policía y el ejército, mientras que apenas el 3% se encuentra cubierto por algún seguro médico privado (en su gran mayoría pertenecientes a estratos de ingreso medio y alto).

Los ecuatorianos que tienen mayor cobertura en servicios de salud son aquellos que están inscritos en alguno de los tres institutos de seguridad social del sector público, pues se encuentran protegidos contra la contingencia de enfermedad con las siguientes prestaciones: asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral

También ampara la atención de salud a los recién nacidos y a los menores de cinco años como una acción de salud pública gratuita responsabilidad del Estado.

En el caso de aquellas personas que no gozan de ningún seguro de salud y se encuentran en situación de pobreza, específicamente dentro de los tres quintiles de ingresos más bajos, de acuerdo con el índice de bienestar del Sistema de Selección de Beneficiarios (SELBEN), el Gobierno les otorga un beneficio monetario mensual conocido como el Bono de Desarrollo Humano, el cual busca contribuir a la disminución de los niveles de desnutrición crónica y de enfermedades prevenibles en menores de hasta cinco años de edad, así como promover la reinserción escolar entre los niños de cinco a 16 años.

c) Financiación

De acuerdo con la Constitución de 1998, el financiamiento de las entidades públicas del SNS proviene de aportes del presupuesto general del Estado, de los recursos de las personas que hacen uso de sus servicios y que posean capacidad de pago, y de otras fuentes como préstamos de organismos internacionales y donaciones. Además se garantiza que la asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente conforme aumenten los ingresos corrientes del gobierno central y que no habrá reducciones presupuestarias en esta materia. Según la Ley de Seguridad Social (2001), el IESS tiene tres fuentes de financiamiento. La aportación individual obligatoria de

los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores públicos o privados y la contribución del Estado.

En el caso del ISSFA, los recursos provienen de los aportes de los militares en servicio activo (equivalente al 3,35% de su salario), de aportes patronales que hace el Ministerio de Defensa, de contribuciones, cesiones y donaciones, así como de las utilidades provenientes de inversiones y, por último, de remanentes del porcentaje acumulado para gastos de administración del sistema, después de que se hayan deducido los correspondientes al año inmediato anterior.

SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

Tipología de las empresas o instituciones de salud privada Dentro del sistema de salud ecuatoriano el sector privado se encuentra integrado por entidades con y sin ánimo de lucro.

Organizaciones con fines de lucro: este sector se encuentra conformado por establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, consultorios y servicios auxiliares, que brindan atención a los usuarios que pagan en el momento de recibir el servicio o a afiliados del IESS según convenios de prestación. Asimismo, existen aseguradoras y entidades de medicina prepagada que se encuentran orientadas al diagnóstico y tratamiento en salud para la población con capacidad de pago.

Principales cifras

En la actualidad Ecuador cuenta con 19 empresas²⁶⁴ de medicina prepagada que ofrecen sus servicios de forma previa, es decir, que el cliente se afilia y paga por adelantado para luego recibir atención ambulatoria u hospitalaria según el valor convenido, a través de contratos que suelen ser por un año, renovables

Las entidades de mayor importancia en el sector de la medicina prepagada en Ecuador son: Salud S.A, Ecuasanitas y Humana, que en conjunto se reparten el 90% de clientes de seguros de salud

Respecto a las compañías aseguradoras, Ecuador cuenta con 48 empresas, que registraron unos ingresos totales en diciembre de 2009 de 341.749 miles de dólares²⁶⁶, nueve de estas aseguradoras registraron ofrecer planes de asistencia médica por un ingreso de 17.095 miles de dólares, lo que representa sólo un 5% de los ingresos del sector asegurador.

Existen en Ecuador compañías no admitidas o no establecidas en el país, que ofrecen seguros de asistencia internacional, sobre las cuales no hay cifras. En términos generales, en el sector privado de salud de Ecuador las empresas de medicina prepagada cuentan con mayor presencia que las aseguradoras. Las primas de los seguros se cargan con contribuciones del 3,50% de la contribución a la Superintendencia de Bancos y Seguros y el 0,50% del Seguro Social Campesino.

Tratamiento del gasto farmacéutico

En 2004, el mercado farmacéutico ecuatoriano alcanzó ventas por un valor aproximado de US\$ 556 millones, lo que representa casi el 2% del PIB; con una participación del sector privado del 88,2%, y del sector público del 11,8% del total.

El valor del gasto en medicamentos per cápita es de alrededor de US\$ 18 por año y de los aproximadamente 13.000 medicamentos que se comercializan en el país, sólo el 13,1% corresponde a genéricos.

Las medicinas se comercializan en un mercado altamente regulado con un esquema de fijación de precios, en el cual, tanto en el sector público como en el privado, la prescripción de medicamentos debe contener la descripción genérica del fármaco para permitir la elección del producto equivalente de acuerdo con la disponibilidad de recursos de los pacientes.

REFORMAS DE SALUD

Antes de la reforma constitucional de 1998, en Ecuador cada institución del sector salud mantenía un esquema de organización, gestión y financiamiento particular, sin que existiera un mecanismo de articulación y coordinación interinstitucional, de tal forma que la unión de esfuerzos y recursos para el desarrollo de una propuesta nacional de cobertura y calidad de los servicios de salud se hacía muy difícil

La descripción genérica del fármaco se hace de acuerdo a la ley, aunque a Otra de las iniciativas importantes de esta reforma constitucional es que trata de asegurar la cobertura de los programas de salud y pretende asegurar el financiamiento de los gastos públicos en salud, incluyendo un artículo destinado a proteger el gasto en salud al evitar la posibilidad de recortes y proponer una fórmula que garantice su crecimiento cada año fiscal en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central.

EL SALVADOR

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

Aspectos socio-demográficos

- Datos poblacionales

El Salvador cuenta con una población de 6,2 millones de habitantes (2009) de los cuales el 53% son mujeres y el 65% vive en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende al 0,44% (2005-2010) inferior al promedio regional (1,12%) y cerca de la tercera parte del observado hace apenas 20 años (1,28% para el período 1985-1990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 31,5% de la población, mientras que los mayores de 65 años representan el 7,3%, cifra inferior a la de otros países más avanzados en la transición demográfica tales como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%). La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 2,4 hijos por mujer en edad fértil, valor muy similar al promedio de la región (2,3), e inferior a las cifras de países como Guatemala (4,2) y Honduras (3,3). La tasa de mortalidad infantil está en 21,5 por 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra parecida a la media de América Latina y el Caribe (21,8) y que contrasta con las cifras de países como Cuba y Chile, donde esta tasa es de 5,1 y 7,2271 respectivamente.

En 2005 la razón de mortalidad materna fue de 170 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos²⁷², superior al promedio latinoamericano que se ubica alrededor de 134 mujeres, y sólo inferior al de países como Ecuador, Bolivia, Guatemala y Honduras, que muestran una tasa media de 268 mujeres. Por último, en el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 71,1 años²⁷³ (66,5 años para los hombres y 75,9 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte, en 2006, la violencia (homicidios con arma de fuego y otras no especificadas) era la primera causa de muerte en El Salvador (cerca del 8,9% del total de muertes), seguida en importancia por el infarto agudo del miocardio, accidente de vehículo con motor y sin motor, neumonía y diabetes mellitus que junto con las insuficiencias cardíacas e insuficiencias renales son responsables, en su conjunto, de más de la tercera parte de la mortalidad del país.

- Estadísticas de empleo

La fuerza de trabajo de El Salvador representa alrededor de un 53% de la población (2008), aproximadamente unos 3,3 millones. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio de 5,5%, valor inferior a la media de la región (7,2%) y a la de países como Brasil (7,9%) y Chile (7,8%)²⁷⁶. Por otro lado, en 2004 el ingreso medio en términos de la línea de pobreza nacional fue del 3,1, equivalente a US\$ 235 dólares, indicador inferior al promedio de la región (3,8) y superior al de países como Honduras, Paraguay y Bolivia que en promedio se ubican en 2,3.

- Contexto económico

En 2009, el PIB de El Salvador fue de US\$ 43.230 millones (PPA) con un crecimiento real anual del 2,3%. Acorde con lo anterior, El Salvador ocupa el décimosexto lugar de América Latina y el Caribe

dentro de 33 países, y el puesto 93 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per cápita (2009) es de US\$ 7.400 (PPA), con lo que se encuentra el puesto 19 dentro de la región y 124 en el mundo. La tasa de inflación fue del 5,8% en 2009.

- Estadísticas sanitarias

a) Recursos estructurales

De acuerdo con los datos más recientes (2004) proporcionados por el Ministerio de Salud, existen en El Salvador 901 establecimientos de atención en salud, de los cuales 171 corresponden a casas (o centros) de salud, 48 a centros rurales de salud y nutrición, 433 a centros de salud y 72 a hospitales. De éstos, pertenecen al sector público, en su mayoría al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) que posee 616 establecimientos, mientras el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) cuenta con 253 y la Sanidad Militar con dos.

b) Recursos humanos

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en El Salvador hay 12 médicos por cada 10 mil habitantes (2007), cifra inferior al promedio regional (17 por 10.000 hab.) y que dista mucho de la observada en países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 habitantes). De acuerdo a la misma fuente existen ocho enfermeras y cinco odontólogos por cada 10 mil habitantes.

c) Recursos financieros²⁸²

Con cifras de 2006, en El Salvador el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es del 6,6%, evidenciando una reducción respecto al año 2000, cuando este rubro se ubicaba en el 8,0%. Esta cifra es muy parecida al promedio de la región (6,7%) y comparable con la de países como Bolivia (6,4%) y Honduras (6,4%).

SISTEMA DE SALUD

Organización y estructura del sistema de salud

- Actores

En El Salvador el sistema de salud está constituido por dos sectores: el público y el privado. El sector público que es el más importante de los dos, se encuentra integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y varias entidades autónomas que ofrecen los servicios de seguridad social en salud: el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), la Sanidad Militar, el Bienestar Magisterial, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de los Inválidos (ISRI), la Asociación Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) y la Compañía de Alumbrado Eléctrico (CEL). Además, en el sector público, el MSPAS ejerce funciones como Autoridad Sanitaria Nacional, encargada de la regulación, reglamentación, administración y financiación de los programas de salud. Para el cumplimiento de estas tareas cuenta con el Consejo Superior de Salud Pública CSSP).

Por su parte, el sector privado está compuesto por entidades con y sin ánimo de lucro. Las entidades con ánimo de lucro mantienen un modelo empresarial en el que predomina la libre práctica profesional²⁸⁴ y se ofrecen seguros de salud a una pequeña proporción de la población con capacidad de pago (el 1% del total). En cuanto a las privadas no lucrativas, la mayoría son ONG

que trabajan con financiamiento externo, subsidios públicos o fondos privados en áreas territoriales y temas específicos.

Organización y estructura del sistema de salud

- Actores

En El Salvador el sistema de salud está constituido por dos sectores: el público y el privado. El sector público que es el más importante de los dos, se encuentra integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y varias entidades autónomas que ofrecen los servicios de seguridad social en salud: el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), la Sanidad Militar, el Bienestar Magisterial, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de los Inválidos (ISRI), la Asociación Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) y la Compañía de Alumbrado Eléctrico (CEL). Además, en el sector público, el MSPAS ejerce funciones como Autoridad Sanitaria Nacional, encargada de la regulación, reglamentación, administración y financiación de los programas de salud. Para el cumplimiento de estas tareas cuenta con el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

En cuanto al tercer nivel de atención, el MSPAS ofrece este tipo de servicios en los centros especializados de referencia nacional.

Por su parte, el sector privado está compuesto por entidades con y sin ánimo de lucro. Las entidades con ánimo de lucro mantienen un modelo empresarial en el que predomina la libre práctica profesional²⁸⁴ y se ofrecen seguros de salud a una pequeña proporción de la población con capacidad de pago (el 1% del total)²⁸⁵. En cuanto a las privadas no lucrativas, la mayoría son ONG que trabajan con financiamiento externo, subsidios públicos o fondos privados en áreas territoriales y temas específicos.

- Distribución de cobertura

De acuerdo con el aparte anterior, en El Salvador el sector salud es de modalidad mixta y como tal la responsabilidad de la cobertura de salud de la población se distribuye entre instituciones públicas y entidades privadas. En el caso del sector público, las entidades autónomas, dentro de las cuales se encuentran el Sistema de Seguridad Magisterial, la Sanidad Militar, la Asociación Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) y la Compañía de Alumbrado Eléctrico (CEL), cubren a sus poblaciones específicas, es decir a sus empleados y sus familiares; mientras que el ISRI ofrece protección a los inválidos y a las personas de la tercera edad, alcanzando en conjunto a proteger entre el 3% y 4% de los salvadoreños.

En lo que respecta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), si bien éste tiene el mandato de cubrir las necesidades en salud de toda la población, se estima que solamente cerca del 50% de ésta tienen acceso a sus servicios. De acuerdo a la ley, toda persona que demande una atención en un establecimiento del MSPAS es atendida independientemente de su situación como asegurado o no²⁸⁶. En cuanto al sector privado, que se encuentra integrado por empresas que ofrecen seguros de salud, como ya se mencionó sólo cubren al 1% de la población, adicionalmente existen profesionales en el área de la salud y establecimientos de carácter lucrativo y no lucrativo,

que ofrecen sus servicios a cambio de pagos de bolsillo en el lugar y momento de la prestación. Además, cerca del 18% de los salvadoreños acude a los servicios de curanderos, farmacéuticos y otras instancias privadas informales en busca de atención. De esta manera se estima que entre el 25% y 30% de los salvadoreños no cuenta con ningún tipo de cobertura en salud.

3.1 Tratamiento del gasto farmacéutico

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2000, del gasto total en salud en El Salvador el 27% corresponde a gasto en medicamentos.

En ese mismo año, se observó una gran diferencia entre el gasto público per cápita en medicamentos dentro del sector público y privado, pues mientras que para el primero éste ascendió a US\$ 6, en el sector privado fue de US\$ 39 valores que reflejan la desigualdad entre la población atendida en cada uno de los sectores.

El Salvador carece de una instancia que regule el proceso de compra y distribución de los medicamentos esenciales en el país, sin embargo tanto el proceso de compra como el de distribución de los medicamentos de cada una de las instituciones, se realizan a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) y dependencias administrativas responsables de acuerdo a lo estipulado en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP). Asimismo, no existe una política de precios de los medicamentos ni un listado nacional de medicamentos esenciales, de tal forma que cada institución maneja su propio listado de acuerdo al perfil epidemiológico, necesidades de los usuarios y su capacidad financiera.

Se distinguen dos diferentes canales de distribución según se trate de medicamentos genéricos, normalmente de producción local, o de medicamentos importados. Para el primero, es la droguería la que adquiere el producto y la entrega a las farmacias para su venta. Aquí se incluyen todos los medicamentos de un precio bajo y sin necesidad de prescripción médica. En el segundo, la droguería es la importadora y distribuidora directa de los medicamentos.

REFORMAS DE SALUD

A finales de 2000, como parte de la Propuesta de Reforma Integral de Salud, se definieron un conjunto de estrategias entre las que destacaron la descentralización, la coordinación interinstitucional, la investigación en salud, la participación social, el desarrollo de los recursos humanos y la educación en salud. Se reorganizaron las cinco instancias regionales de salud en función de los 18 departamentos con el objetivo de constituir redes de servicios. Para ello se conformaron los Sistemas Sanitarios, actualmente Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) que deberían convertirse en la "estructura básica operativa descentralizada del Sistema Nacional de Salud".

GUATEMALA

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

Aspectos socio-demográficos

- Datos poblacionales

Guatemala es el país con la densidad poblacional más alta de América Central, con una densidad media de 117 habitantes por kilómetro cuadrado. En 2008, la población total era de 13.275.517 habitantes, de la cual el 52,1% eran mujeres.

Más del 35% de la población es considerada como indígena y 56,2% del total de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza, con un 15% viviendo en pobreza extrema²⁹³. Poco más de la mitad de la población (51,9%) habita en reas rurales y el 23% en la región metropolitana. En Guatemala existen 23 grupos lingüísticos y la mayoría de la población indígena es rural.

En 2008 la esperanza de vida al nacer era de 68 años, inferior a la de sus vecinos entroamericanos, cuyo promedio en 2006 era de 72 años: Costa Rica 78 años, El Salvador 71 años, Panamá 76 años y Nicaragua 71 años en promedio²⁹⁵. La tasade crecimiento anual de la población que se calcula está alrededor del 2,06%²⁹⁶.

Al comparar la estructura por edades de la población en 2006, se observa que el 43% de la población es menor de 15 años en comparación con una población de sólo el 6% mayor a 60 años de edad. La tasa global de fecundidad en 2006 era de 4,3 hijos por mujer, la más alta de la región²⁹⁷. Además, hay que destacar que dicha tasa es aún más elevada en el caso de las mujeres indígenas, que alcanza los 6,2 hijos por mujer²⁹⁸. Esto es especialmente relevante en cuanto que cerca del 40% de la población es indígena.

- Estadísticas de empleo

Guatemala cuenta con una población económicamente activa de de aproximadamente 4.056 millones de personas (2008)³⁰⁰. De esta población, según datos de 2002, el 49,5% trabaja en el sector formal³⁰¹. En Guatemala la tasa de desempleo es del 3,2%³⁰². El salario mínimo es de aproximadamente US\$ 203 por mes³⁰³. El salario medio en Guatemala es de aproximadamente US\$ 344 por mes.

- Contexto económico

El PIB en Guatemala en el año 2008 fue de US\$ 38,98 mil millones (PPP) con un crecimiento real anual del 4% entre el 2007 y 2008³⁰⁵. La economía guatemalteca se encuentra en el lugar 81 entre las economías del mundo en 2009.

- Estadísticas sanitarias

a) Recursos estructurales

De acuerdo con la información del MSPAS, la institución cuenta con una red de establecimientos que incluye 43 hospitales en los que se brinda atención de segundo y/o tercer nivel; dos de ellos son de referencia nacional, siete especializados, ocho nacionales regionales, 16 departamentales, cinco de distrito y cinco de contingencia. En estos hospitales se ofrecen servicios a una población

de 5,4 millones de personas. Además, el ministerio cuenta con establecimientos de atención primaria (centros, puestos de salud y de extensión de cobertura): 1.244 centros de convergencia, 926 puestos de salud, 300 unidades en áreas rurales, 16 maternidades, tres clínicas periféricas, 87 puestos de salud fortalecidos, 23 centros de atención a pacientes ambulatorios, 22 centros de atención permanente y cuatro centros de atención integral materno-infantil.

Según datos publicados en 2003 por el MSPAS, además de los establecimientos del sector público, en 2002 existían 1.555 clínicas médicas y 297 hospitales y/o sanatorios pertenecientes al sector privado. Según la OMS, en 2006 Guatemala contaba con siete camas por cada 10.000 habitantes, una cifra inferior a las registradas por la OMS en 2006 en El Salvador (nueve camas), Honduras (diez camas), Bolivia (11 camas), Perú (nueve camas) y Colombia (12 camas).

b) Recursos humanos

Según los datos más recientes publicados por la OMS para Guatemala, en 1999 la cantidad de médicos adscritos al sistema de salud guatemalteco era de nueve profesionales por cada 10.000 habitantes³¹³. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la elevada concentración de los recursos en el Departamento de Guatemala y su tremenda escasez en zonas rurales (cerca del 80% del personal de salud se concentra en la zona metropolitana), donde la disponibilidad puede ser de menos de dos médicos por 10.000 habitantes³¹⁴. Estas cifras sitúan a Guatemala entre los países con menos disponibilidad de recursos humanos en el sector salud de América Latina. En el mismo período, países como Bolivia y Paraguay, por ejemplo, contaban con 12 y 11 médicos por cada 10.000 habitantes, respectivamente.

c) Recursos financieros

De acuerdo con cifras de la OMS, el gasto total en salud se redujo del 5,5 al 5,3% del PIB entre 2000 y 2006³¹⁶. Estos porcentajes son menores que el promedio de América Latina y de los más bajos de la región. El gasto per cápita en salud en 2006 fue de US\$ 259 (PPA), mientras que el gasto público per cápita en el mismo año fue de US\$ 98 (PPA). Guatemala se encuentra considerablemente por debajo del promedio del gasto per cápita en salud de los países de América Latina en 2006, que es de aproximadamente US\$ 560 (PPA).

SISTEMA DE SALUD

Como se desprende de la Figura 14, el sistema de salud de Guatemala está compuesto por los sectores, público y privado. El primero incluye al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que cubre al 32% de la población; al Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que cubre a menos del 15% de la población, y a la Sanidad Militar, que cubre a los miembros de las Fuerzas Armadas y la Policía, menos del 0,5% de la población. El sector privado incluye una serie de organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, además de

prestadores diversos con ánimo de lucro. Estimaciones del MSPAS sobre la cobertura de estas últimas señalan cifras cercanas al 18%. La subsistencia de la medicina comunitaria tradicional indígena, fundamentalmente maya, dentro del sector privado, se estima que es grande pero aún no ha sido contabilizada.

Organización y estructura del sistema de salud

- Actores

a) Sector público

El sector público está compuesto, en primer lugar, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que brinda atención al 32% de la población.

En segundo lugar por el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) que ofrece cobertura a menos del 16% de la población vinculada con el empleo formal, y, en tercer lugar, por la Sanidad Militar, que cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos del 0,5% de la población.

Dadas las limitaciones de cobertura del sector público, la subsistencia de la medicina comunitaria tradicional indígena, fundamentalmente maya, dentro del sector privado, no debe ser soslayada. Si bien este recurso utilizado por una parte importante de la población que carece de acceso a formas institucionales de atención a la salud (más de un tercio de la población) se da en el marco de las estructuras comunitarias tradicionales, también funciona en base a pagos de bolsillo. El MSPAS y el IGSS brindan atención en sus respectivas instalaciones, hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre las de una institución y otra. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para atender a sus beneficiarios. De igual manera, el sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales que le pertenecen .

b) Sector privado

Una importante proporción de los guatemaltecos recurre al sector privado en busca de atención a su salud. En este sector se identifica a una serie de organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, un sector privado que funciona predominantemente en base a pagos de bolsillo realizados por los usuarios y un poco significativo sector de seguros privados de salud

- Distribución de la cobertura

La Constitución guatemalteca establece el derecho de todos los ciudadanos al seguro social, a pesar de esto, la cobertura real alcanzada por el IGSS es considerablemente baja (alrededor del 14%). Y, aunque el Ministerio de Salud formalmente funciona como prestador de servicios gratuitos para toda la población, la cobertura efectiva que en conjunto ofrecen el IGSS y el MSPAS sólo llega al 48% de la población, dejando a más de la mitad de los guatemaltecos sin protección en salud.

La limitación de la cobertura a la población por parte del MSPAS proviene de diversas barreras de acceso. La pobreza, la ruralidad y la pertenencia a las principales etnias indígenas son considerados

como principales factores determinantes del acceso a los servicios, estos factores se combinan con la escasez de recursos físicos y humanos y su concentración tanto en las zonas urbanas en general como, de manera particular, en el departamento de Guatemala.

Según lo dispuesto por la ley, se trata de un "régimen nacional, unitario y obligatorio" que garantiza la participación financiera de empleados y empleadores, así como a evitar duplicación de los esfuerzos. No obstante, en este caso se encuentra una gran brecha entre los derechos establecidos en la ley para el acceso a los servicios de salud y el acceso real de la población a éstos.

Los beneficiarios del IGSS son, en primer lugar, los trabajadores del sector formal de la economía afiliados sus cónyuges y sus hijos menores de cinco años, teniendo derecho a atención en caso de enfermedad, maternidad o accidentes. En caso de maternidad tienen derecho tanto las trabajadoras afiliadas como las esposas o mujeres cuya unión de hecho haya sido legalizada o cumpla con las reglamentaciones concernientes. La cobertura en caso de accidente cubre a los trabajadores directamente afiliados, incluso sin necesidad de acreditar un tiempo mínimo de contribuciones previas, y a los demás beneficiarios del afiliado con derecho dentro de los programas de enfermedad o maternidad.

Los beneficiarios de los planes privados de seguros son personas que han cubierto el pago de las primas correspondientes, ya sea a título personal o como parte de las prestaciones laborales que les ofrecen sus empleadores. De cualquier manera, sólo una pequeñísima proporción de la población guatemalteca con los mayores ingresos goza de este tipo de cobertura. Más del 90% de los asegurados con planes privados de salud pertenecen al decil más alto de ingresos.

- Financiación

- a) Pública

El MSPAS se financia con recursos que provienen de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera muy poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados. El IGSS obtiene sus recursos de las cotizaciones que pagan los afiliados, los patrones o empleadores y del Estado. Alrededor del 86% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que el 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud por parte de la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos. El sector privado no lucrativo está compuesto por una variedad de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones religiosas con una importante presencia en zonas rurales. Aun cuando la medicina tradicional se practica en el marco de las estructuras comunitarias tradicionales, funciona en base a pagos de bolsillo.

- b) Privada

De acuerdo con la OMS, en 2006 la participación del gasto privado en salud se encuentra por encima del 62%. Según información del MSPAS el 64% del gasto en salud realizado en 2005 provino del sector privado y, en particular, el 57% tuvo su origen en recursos de los hogares pagados directamente a prestadores privados de servicios de salud. Diversos agentes, desde compañías de seguros hasta organizaciones de beneficencia de la sociedad civil, son considerados responsables del restante 7% de origen privado

El sector privado, subdividido en lucrativo y no lucrativo, se financia en un 86% con pagos de bolsillo. Sólo el 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud a empresas de seguros. El sector privado no lucrativo puede, a su vez, subdividirse en una variedad de organizaciones laicas de la sociedad civil y asociaciones religiosas, ambas con una importante presencia en zonas rurales, las cuales ofrecen planes de educación, prevención y atención en dispensarios, clínicas, centros de salud y hospitales. Un aspecto importante de la participación de las organizaciones de la sociedad civil ha sido su apoyo al MSPAS en el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (PECSB) mediante el establecimiento de contratos que han permitido ampliar la cobertura a casi cuatro millones de guatemaltecos.

SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

Empresas o instituciones de salud

En 2008 en Guatemala existían 17 entidades aseguradoras, lideradas por Seguros G & T con un 26% de las primas del sector asegurador de este país .

- Tipo de prestación de las aseguradoras

En el caso de los seguros privados, en general los usuarios no tienen la posibilidad de elegir al prestador de la atención, a menos que se hubiese efectuado un copago suplementario a la prima. Por lo demás, el contenido de cada plan propuesto se define de acuerdo con las condiciones contractuales suscritas.

Mercado de la salud privada: principales cifras

- Empresas de seguros

a) Primas

b) Siniestralidad

La siniestralidad para el sector asegurador en Guatemala disminuyó del 67,3% en 2007 al 66,4% en 2008³⁴⁴. En el sector salud en concreto no se dio este cambio, incrementado de US\$ 56.883.000 a US\$ 64.970.000 en estos mismos años.

c) Gastos

El porcentaje de gastos del sector asegurador en Guatemala disminuyó del 34,5% en 2007 al 33,9% en 2008.

d) Ratio combinado

El ratio combinado del sector asegurador en Guatemala disminuyó del 101,8% en 2007 al 100,3% en 2008. Este ratio es el más alto de Centroamérica.

e) Resultado

Los resultados financieros del sector asegurador en Guatemala disminuyeron de un 8,3% en 2007 al 8,1% en 2008. Por otro lado, el resultado técnico financiero en este mismo período pasó del 6,5% al 7,7%. El resultado neto incrementó del 5,3% en 2007 al 8,4% en 2008.

.

- Otras instituciones

Tratamiento del gasto farmacéutico

El gasto en medicamentos es uno de los rubros financieros más importantes del sistema de salud guatemalteco. Dado que la mayor parte del gasto en salud es realizado por los hogares como gasto de bolsillo, es importante señalar que diversos análisis sitúan la compra de medicamentos como destino de entre el 50 y el 73% de dicho gasto. Entre 1999 y 2005 el gasto en medicamentos realizado por los hogares registró un incremento anual del 10%, mientras que el realizado por el sector público tuvo muy ligeras variaciones, a pesar de que el aumento en el primero se debe más a la elevación de los precios de los medicamentos que a un mayor consumo en términos reales.

El amplio consumo de medicamentos mediante pagos de bolsillo está acompañado por la ausencia de controles en la venta de los mismos y su expendio sin la prescripción médica adecuada. En 1997, el MSPAS creó el Programa de Accesibilidad de Medicamentos con la finalidad de aumentar la cobertura de medicamentos básicos de buena calidad y a precios accesibles para la población. En 2006 los establecimientos afiliados al programa eran 923 "servicios de ventas sociales de medicamentos", 1.043 "botiquines rurales", 81 "farmacias municipales" y 41 "farmacias estatales". Del total de los medicamentos comercializados, alrededor del 40% son genéricos, lo que representa un importante incremento, ya que en la década de los noventa, la cifra correspondiente era de sólo el 8%.

Papel del micro-seguro

Existe poca información detallada sobre el papel de los micro-seguros en Guatemala. En este país existen administrados y financiados por ONG varios ejemplos de micro-seguros para las poblaciones marginadas. Uno de estos ejemplos es el seguro comunitario "ASSABA" que en 1999 llegó a cubrir a más de 11.000 personas.

REFORMA DE SALUD

En el 2001 el Congreso de Guatemala propuso la Ley de Desarrollo Social, sobre cuya base se definió la Política de Desarrollo Social y Población incluyendo metas tales como la reducción de la mortalidad materna en un 15%. Como parte de esta reforma se planteó la creación de unidades de atención a la salud destinadas a responder ante las emergencias obstétricas en los lugares con mayores tasas de mortalidad materna e infantil. Para lograr estas metas, se creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva como organismo responsable. Colaborando con agencias de la ONU y diversas organizaciones de la sociedad civil, el Programa Nacional de Salud Reproductiva realizó un informe sobre la Línea Basal de Mortalidad Materna. Su objetivo es medir el impacto de las acciones encaminadas a la reducción de dicha mortalidad, al igual que coordinar los esfuerzos de instituciones y organizaciones interesadas en atender el tema y definir importantes criterios

sobre la multiplicidad de determinantes del problema, como son asuntos de género, etnicidad y otros aspectos sociales y culturales.

El Programa Nacional de Salud también ha sido un punto inicial para la definición de estándares en la provisión de los servicios de salud en todos los niveles a través de la publicación y distribución de un manual de procedimientos. Esta publicación no se limita al tema de la salud reproductiva y establece criterios para la participación de la comunidad y de los usuarios de los servicios de atención a la salud en general. Además, en este se definen protocolos concretos para la estandarización de los procedimientos diagnósticos y de tratamiento estableciendo un mínimo de calidad y eficiencia en la prestación de servicios.

HONDURAS

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

Aspectos socio-demográficos

- Datos poblacionales

Honduras cuenta con una población de 7,6 millones de habitantes (2009) de los cuales el 50% son mujeres y el 50% vive en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende al 1,99% (2005-2010) superior al promedio regional (1,12%) pero inferior a la observada hace apenas 20 años (2,91% para el período 1985-1990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 36,8% de la población, mientras que los mayores de 65 años configuran el 4%, cifra inferior a otros países con un mayor nivel de envejecimiento como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%). La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 3,3 hijos por mujer en edad fértil, valor superior al promedio de la región (2,3), y sólo inferior al de Guatemala (4,2) y Haití (3,5). La tasa de mortalidad infantil está en 27,8 por cada 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra superior a la media de América Latina y el Caribe (21,8) y que contrasta con las cifras de países como Cuba y Chile, donde esta tasa es del 5,1 y 7,2357 respectivamente. En 2005 la razón de mortalidad materna fue de 280 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos 358, muy superior al promedio latinoamericano que se ubica alrededor de 134 mujeres, y similar al de países como Bolivia y Guatemala. Este conjunto de indicadores permiten concluir que Honduras presenta uno de los menores niveles de desarrollo de la región.

En el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 72,1359 años (69,7 años para los hombres y 74,5 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte, en 2004, las infecciones originadas en el período perinatal se constituyen en la de mayor importancia en Honduras, causando el 18,8% del total de las muertes. En segundo lugar se ubican las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con un 6,3% de los decesos, seguidas en importancia por la diabetes mellitus (5,6%) que junto con las enfermedades cerebrovasculares (5%), son responsables en conjunto, de más de la tercera parte de la mortalidad del país 360. Es de destacar que en Honduras las enfermedades ligadas al VIH son la sexta causa de muerte, siendo éste uno de los países con mayor incidencia de VIH/SIDA en América Latina. Mientras que en 2001 la tasa de prevalencia de la epidemia en la región era de 62 por cada millón de habitantes, en Honduras la cifra llegaba a 102. Más de la mitad de los casos reportados en Centroamérica se ubican en Honduras.

- Estadísticas de empleo

La fuerza de trabajo de Honduras representa alrededor de un 39,5% de la población (2008), aproximadamente unos 3 millones de habitantes. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio de 4,1%, valor significativamente inferior a la media de la región (7,2%) y a la de países como Brasil (7,9%) y Chile (7,8%) 362. Por otro lado, en 2007 el ingreso medio en términos de la línea de pobreza nacional fue de 2,0, equivalente a US\$ 194 dólares, uno de los indicadores más bajos de la región junto con Perú (2,0), teniendo en cuenta que en promedio para América Latina éste es del 3,8.

- Contexto económico

En 2009, el PIB de Honduras fue de US\$ 33.140 millones (PPA) con un crecimiento real anual de -3,1%. Acorde con lo anterior, Honduras ocupa el décimoctavo lugar a nivel de América Latina y el Caribe dentro de 33 países, y el puesto 103 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per cápita (2009) es de US\$ 4.200 (PPA), con lo que se encuentra el puesto 22 dentro de la región y 152 en el mundo. La tasa de inflación fue de 5,9% en 2009.

- Estadísticas sanitarias

a) Recursos estructurales

De acuerdo con los datos más recientes proporcionados por la Secretaría de Salud (SS) de Honduras (2004), existen en el país 61 hospitales, distribuidos de manera uniforme entre el sector público y el sector privado. 28 pertenecen a la Secretaría de Salud de Honduras (seis nacionales, seis regionales y 16 de área), mientras el Instituto Hondureño de Seguridad Social cuenta con dos. Por su parte, el sector privado tiene 31 hospitales. Adicionalmente la SS cuenta con 1.363 unidades proveedoras de servicios ambulatorios, de las cuales 1.058 corresponden a Centros de Salud Rural (CESAR), 252 a Centros de Salud Medico Odontológicos (CESAMO), nueve a casas comunitarias de atención al parto, ocho a albergues maternos y cuatro a clínicas periféricas de emergencia (CLIPER). En cuanto al Instituto Hondureño de Seguridad Social, éste cuenta con 11 instituciones de servicios ambulatorios, mientras el sector privado se estima que tiene más de 1.100 establecimientos. Asimismo las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones pertenecientes a grupos religiosos y la Cruz Roja, prestan servicios en 56 centros, de los cuales 43 corresponden a distintas ONG.

Con cifras de 2007, Honduras cuenta con 0,7 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, cifra inferior al promedio de América Latina y el Caribe (1,9 camas por 1.000 hab.) y sólo comparable con la de Guatemala (0,6 camas por 1.000 hab.) y El Salvador (0,8 camas por 1.000 hab.).

b) Recursos humanos

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en Honduras hay seis médicos por cada 10 mil habitantes (2007), cifra considerablemente inferior al promedio regional (17 por 10.000 hab.) y sólo superior a la observada en Nicaragua (4 por 10.000 hab.) distando mucho de las presentadas por países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 habitantes). De acuerdo a la misma fuente existen 13 enfermeras y dos odontólogos por cada 10 mil habitantes.

c) Recursos financieros

Con cifras de 2006, en Honduras el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es del 6,4%, evidenciando una mejoría respecto al año 2000, cuando este rubro se ubicaba en el 5,4%. Esta cifra es levemente inferior al promedio de la región (6,7%) pero es superior a la de países como República Dominicana (5,6%), Guatemala (5,3%) y Ecuador (5,3%). El gasto per cápita es de US\$ 379 PPA (2006), valor inferior a la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 37% corresponde a recursos gubernamentales y el 71,9% del gasto privado corresponde a gastos de bolsillo, siendo esta última cifra inferior al promedio latinoamericano (77,7%).

Organización y estructura del sistema de salud

- Actores

El sistema de salud de Honduras está compuesto por dos sectores: el sector público y el sector privado. El sector público lo integran la Secretaría de Salud (SS), a la cual le corresponde el rol rector y regulador del sector, y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), encargado de recaudar y administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores. También existen servicios de salud a cargo de las Fuerzas Armadas, particularmente del Hospital Militar que puede establecer contratos para proveer servicios a otras entidades (gobierno central, instituciones descentralizadas y corporaciones municipales).

Tanto la Secretaría de Salud (SS) como el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) prestan servicios en sus propias instalaciones. Adicionalmente, el IHSS presta algunos servicios en establecimientos del sector privado mediante contratos.

- Distribución de cobertura

En Honduras se tienen dos modalidades de aseguramiento en salud. Por un lado el seguro público, que opera a través del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y el aseguramiento privado. Si bien no existe un sistema de afiliación privada de seguridad social, hay un grupo de instituciones privadas de aseguramiento en salud que venden seguros de gastos médicos de afiliación voluntaria, con un reembolso de hasta el 80%³⁷¹, dirigidos a la población de ingresos medios y altos y con presencia casi exclusiva en los municipios de mayor desarrollo económico y en las principales ciudades del país.

De acuerdo con los datos del censo más reciente (2001), el 16,9%³⁷³ de la población cuenta con un algún seguro de salud; de éstos se estima que el 2,9% corresponde a seguros privados de salud. Además, teniendo en cuenta que la cobertura de la Secretaría de Salud (SS) afecta al 50% de la población, se tería finalmente que cerca de un 33% de la población carece de cualquier tipo de cobertura de salud y busca atención en otras instancias informales del sector privado, principalmente curanderos y farmacias.

- Financiación

En cuanto a la estructura del gasto de salud en Honduras, de acuerdo con cifras de la OMS de 2005, el 50,6% corresponde al sector público y el 49,4% restante al sector privado. El gasto del sector público se divide en dos partes desiguales, el 85,2% corresponde a la Secretaría de Salud (SS) y el restante 14,8% al Instituto Hondureño de Seguridad Social; producto de la gran diferencia en la proporciones de población cubierta por cada una de estas entidades (La SS cubre cerca del 50% de la población y el IHSS un 14%).

SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

Tipología de las empresas o instituciones de salud privada Según estimaciones, solamente un 2,9% de la población tiene un seguro privado de salud. Estos seguros son ofrecidos por empresas del sector de seguros, en 2009 en el mercado hondureño se encontraron 11 empresas aseguradoras, de las cuales las diez ofrecen seguros de salud, éstas son: Interamericana de Seguros S.A.; Pan American Life Insurance Company; Seguros Atlántida S.A.; Aseguradora Hondureña Mundial S.A.;

Seguros HSBC Honduras; Seguros Crefisa S.A.; Seguros del País; Citi Seguros Honduras; Seguros Continental; Equidad Compañía de Seguros. Interamericana y Pan American Life, son las de mayor importancia en cuanto a los seguros de salud, pues entre las dos poseen la participación mayor del 50% de los seguros de salud, el restante lo comparten las otras ocho empresas del mercado asegurador

Tratamiento del gasto farmacéutico

Para el período 2000-2005 circulaban en el mercado hondureño 8.374377 medicamentos, de los cuales el 85,9% correspondía a medicamentos de marca y el 14,1% restante a medicamentos genéricos. Para el mismo período, se estima que el gasto público en salud destinado a medicamentos ascendía al 16,3%. A pesar de que en Honduras existen cerca de 70 laboratorios farmacéuticos a cargo de la producción local de medicamentos, éstos apenas representan entre el 15 y el 20% del mercado, el 80 al 85% restante corresponde básicamente a medicamentos de marca importados de Estados Unidos y de países vecinos de Centroamérica.

REFORMAS DE SALUD

En el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) que se inició en 2001, se elaboró el Plan del Gobierno para el Sector Salud 2002-2006, orientado hacia la ampliación de la cobertura y que facilitaba los cambios necesarios en el sector, tenía como principal objetivo el mejoramiento de las condiciones sanitarias y de la prestación de servicios de salud.

Dentro de los cambios en la estructura del sector, específicamente en lo que tiene que ver con la Secretaría de Salud (SS), en 2004 fue reorganizada en 18 Regiones Sanitarias Departamentales y dos Regiones Sanitarias Metropolitanas que coinciden con la división política del país en igual número de departamentos.

En el caso del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) las transformaciones más importantes están relacionadas con el proceso de separación de las funciones de financiamiento y provisión a través del establecimiento de contratos con el sector privado mediante el programa Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS), el cual ha permitido ampliar la cobertura de la seguridad social.

Por otro lado, estas instituciones multilaterales también han apoyado los esfuerzos por ampliar la cobertura y se han focalizado en la contratación de Organizaciones de la Sociedad Civil que actúan como proveedores de la atención en salud en las regiones en donde la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) no cuentan con establecimientos.

Por último, cabe destacar como un elemento importante en el avance logrado en la descentralización de las actividades del sector salud, el establecimiento de convenios entre los municipios y la Secretaría de Salud. La ley de municipalidades permitió la conformación de asociaciones de municipios que han negociado con las autoridades de salud para establecer alianzas con la Secretaría de Salud con el fin de mejorar la salud de la población con base en una mayor participación de las autoridades locales.

