
EDITORIAL

Tres tendencias están marcando el rostro de la salud mundial en el siglo XXI: a) la progresiva transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud, b) la multiplicación del número de actores en este campo y c) el papel cada vez más crítico de la salud dentro de la agenda del desarrollo, la seguridad global y la democracia.¹ Esta creciente importancia de la salud en el panorama mundial se ha visto reflejada en un aumento sin precedentes de la asistencia para el desarrollo destinada a esta área, que en 2010 alcanzó casi los 30 000 millones de dólares. A esto habría que agregar los recursos adicionales que muchos gobiernos nacionales están invirtiendo en salud.

El incremento de los recursos económicos para la salud es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar mejores condiciones de salud, garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y ofrecer niveles aceptables de protección financiera, que son los tres objetivos básicos de los sistemas de salud. Tales recursos deben además utilizarse de manera efectiva para obtener los resultados esperados. Esto significa, simple y llanamente, que los sistemas de salud deben mejorar su desempeño. Los frutos de un mejor desempeño, a su vez, se constituirán en el mejor argumento para ampliar todavía más la inversión en salud.

Para mejorar el desempeño de los sistemas de salud es indispensable saber cómo funcionan: cuáles son sus fuentes y montos de financiamiento; cómo están organizados; a qué población cubren; qué beneficios ofrecen; con qué recursos físicos y humanos cuentan; quién diseña sus reglas de operación y vigila el cumplimiento de las mismas, y cuál es el nivel de participación de los ciudadanos en su operación. También es importante conocer qué políticas se han implantado en estos sistemas recientemente y qué impacto han tenido. De hecho, sabemos que existen amplias variaciones en el desempeño de los sistemas de salud de países con ingresos per cápita y gasto en salud similares. Estas variaciones se explican por las diferencias tanto en su

organización como en las políticas que han adoptado. Estos son precisamente los temas que aborda el *Atlas de los sistemas de salud de América Latina* y que hacen de este número de *Salud Pública de México* una publicación de enorme interés.

La conciencia de la importancia de los sistemas de salud se refleja en el surgimiento de diversas iniciativas dirigidas a fortalecerlos para así acelerar el cumplimiento de las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esta idea se ratificó recientemente en una reunión de alto nivel celebrada en la ciudad de Nueva York para revisar los avances en el combate al VIH/sida. Allí se concluyó que para poder seguir avanzando en esa y otras luchas es necesario trascender los programas verticales. “La nueva oportunidad”, señala un editorial de la revista *Lancet*, “es la integración”.²

La publicación del *Atlas* no pudo haber sido más oportuna, porque además se produce en un momento particularmente favorable para América Latina. Entre 2004 y 2008 se alcanzaron las mejores cifras de crecimiento económico desde los años sesenta: 5.5% anual. Eventualmente el mejor desempeño de los sistemas de salud puede ayudar a apuntalar el desarrollo económico, lo que a su vez permitirá ampliar todavía más la inversión en salud, creándose así un círculo virtuoso que hará de América Latina una región más próspera y más justa.

Dr. Julio Frenk*

Referencias

1. Frenk J, Gómez-Dantés O. La globalización y la nueva salud pública. *Salud Pública Mex* 2007;49(2):156-164.
2. The Lancet. A strategic revolution in HIV and global health. *Lancet* 2011;377(9783):2055.

*Decano de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Harvard.

PRESENTACIÓN

Este número de *Salud Pública de México* dedicado a los sistemas de salud de América Latina tiene sus antecedentes más inmediatos en un proyecto que se implementó en 2007 en el entonces llamado Instituto Carso de la Salud: el Observatorio de la Salud (OS). Este proyecto, que todavía opera la Fundación Mexicana para la Salud (<http://www.observatoriodelasalud.net>), tiene como objetivo central generar evidencias que puedan contribuir al diseño e implantación de mejores políticas de salud en América Latina. Uno de los instrumentos que el OS creó con ese fin fue el *Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina* (ASSAL)

El ASSAL también se construyó sobre la base de esfuerzos similares previos. Destacan dentro de ellos el libro *Perspectiva mundial de los sistemas de salud* de Milton Roemer, el Observatorio Europeo de los Sistemas y Políticas de Salud, los Perfiles de los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe, y los Estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos sobre los Sistemas de Salud.¹⁻³ Adaptando el patrón propuesto por el Observatorio Europeo y con el apoyo de diversos especialistas de la región, el ASSAL pudo elaborar los mapas de 17 sistemas de salud de América Latina. Por diversas razones, ese instrumento tuvo que abandonarse en 2008 y no se retomó sino hasta 2010, cuando el Instituto Nacional de Salud Pública de México le dio un nuevo impulso. El primer producto de este nuevo impulso es el ejemplar que tiene el lector en sus manos.

Este nuevo ASSAL se elaboró, al igual que el atlas previo, utilizando como base el patrón propuesto por el Observatorio Europeo de los Sistemas y Políticas de Salud.⁴ Este patrón, sin embargo, se adaptó a la realidad de los sistemas de información de los sistemas de salud de la región y al espacio que ofrece una revista académica como *Salud Pública de México*. El resultado fue un patrón con los siguientes componentes: i) contexto

demográfico y epidemiológico, ii) estructura y cobertura del sistema de salud, iii) financiamiento, iv) recursos físicos, materiales y humanos, v) rectoría, vi) voz de los usuarios y vii) innovaciones recientes.

Una vez definido el patrón, se invitó a expertos de la región a participar como coordinadores de la elaboración de los nuevos mapas de los sistemas de salud de los países de habla hispana de América Latina y el Caribe. A todo lo largo de 2010 se trabajó con ellos en la recopilación de la información necesaria para elaborar los cuadros solicitados (indicadores generales, principales causas de muerte, hitos del sistema de salud) y cubrir los temas de cada una de las siete secciones básicas. En ese proceso se recomendó el uso de la información más actualizada posible, pero también de fuentes comunes de información, por lo general de bases de datos e informes producidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Destacan en este sentido las Estadísticas Sanitarias Mundiales y las Cuentas Nacionales de Salud, generadas ambas por la OMS.^{5,6} Como era de esperarse, algunos países contaban con información más completa y actualizada que otros. Las versiones finales iniciales de cada uno de los mapas se sometieron, como lo exige *Salud Pública de México*, a una revisión por pares que, como suele suceder, enriqueció estos productos.

A principios de 2011 se trabajó con los coordinadores de los mapas en diversos detalles de contenido y editoriales. Finalmente se pudo contar con los mapas de los sistemas de salud de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

A través de estos 17 mapas podemos constatar los grandes avances que se han dado en materia de salud en toda la región. En la última década ha habido aumentos importantes en el gasto en salud en casi todos los países,

lo que ha permitido ampliar la cobertura de servicios. Esto se ha reflejado en una mejora en los principales indicadores de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la mortalidad materna. El gran reto ahora es movilizar recursos adicionales para poder enfrentar las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que ya son las principales causas de enfermedad y defunción en todos los países de la región.

Estos mapas también nos permiten identificar algunas políticas de ampliación de la cobertura de protección social en salud de las que otros países podrían aprender. Destacan dentro de ellas el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas de Chile; las modificaciones al Plan Obligatorio de Salud de Colombia; el Programa de Salud de la Familia de Brasil; el Seguro Familiar de Salud de República Dominicana, y el Seguro Popular de Salud de México.

El ASSAL se complementa con tres innovadores artículos que, con una perspectiva regional, abordan temas de sumo interés para los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: la carga de la enfermedad, la cobertura efectiva de servicios y los niveles de protección financiera.

Quisiéramos, por último, agradecer el gran esfuerzo de los coordinadores y autores de cada uno de los mapas que conforman el ASSAL, el apoyo institucional que recibimos de la Fundación Mexicana para la Salud y el apoyo financiero que recibimos tanto del Centro de Investigaciones en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública de México como del Instituto Carlos Slim de la Salud y del International Development Research Centre de Canadá.

Esperamos que este número de *Salud Pública de México* contribuya a enriquecer la información sobre los sistemas de salud de la región latinoamericana, difundir las innovaciones en materia de políticas de

salud que se están dando en nuestro subcontinente y promover el análisis comparativo. Su propósito último es ayudar a generar evidencias para mejorar el diseño de las políticas de salud y el desempeño de los sistemas de salud de la región, que eventualmente tendrá que expresarse en mejoras en las condiciones de salud de la población latinoamericana, avances en el trato que reciben los usuarios de los servicios y mayores niveles de protección financiera.

Octavio Gómez Dantés,⁽¹⁾
 Felicia Marie Knaul,^(2,3)
 Eduardo Lazcano Ponce,⁽¹⁾
 Sergio Sesma,⁽⁴⁾
 Héctor Arreola.⁽²⁾

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Roemer MI. Perspectiva mundial de los sistemas de Salud. México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores, 1976.
2. World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. [consultado 2011 junio 30]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory>.
3. Pan American Health Organization, World Health Organization. Health system country profiles. [consultado 2011 junio 30]. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org>.
4. Mossialos E, Allin S, Figueras J, ed. Health systems in transition: template for analysis. Copenhagen, Dinamarca: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2007.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. Ginebra: OMS, 2010.
6. World Health Organization. National Health Accounts. [consultado 2011 junio 7]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/en/>.

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Salud Pública. México.

⁽²⁾ Fundación Mexicana para la Salud. México.

⁽³⁾ Harvard Global Equity Initiative, Universidad Harvard. EUA.

⁽⁴⁾ Secretaría de Salud. México.

La carga de la enfermedad en países de América Latina

Héctor Gómez Dantés, M en C,^(1,2) Ma. Victoria Castro, Lic Soc,⁽²⁾ Francisco Franco-Marina, MC, M en C,⁽³⁾ Paula Bedregal, MD, MPH, PhD,⁽⁴⁾ Jesús Rodríguez García, MD, MSc,⁽⁵⁾ Azalea Espinoza, MSc,⁽⁶⁾ William Valdez Huaracaya, MSc,⁽⁷⁾ Rafael Lozano, MD, M en C,⁽⁸⁾ Red de Investigación sobre Carga de la Enfermedad del Observatorio de la Salud. Iniciativa para América Latina y el Caribe.*

Gómez-Dantés H, Castro MV, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez-García J, Espinoza A, Valdez-Huaracaya W, Lozano R, et al.
La carga de la enfermedad en países de América Latina.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S72-S77.

Gómez-Dantés H, Castro MV, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez-García J, Espinoza A, Valdez-Huaracaya W, Lozano R, et al.
Burden of disease in Latin America.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S72-S77.

Resumen

Objetivo. Describir los estudios de carga de la enfermedad realizados en la región e identificar las principales prioridades en salud a partir del indicador años de vida saludable perdidos (AVISA). **Material y métodos.** Mediante el uso de AVISA, identificar la carga de enfermedad en los distintos países. **Resultados.** Los AVISA destacan la emergencia de los trastornos mentales, la diabetes mellitus en las mujeres y los trastornos por consumo de alcohol y lesiones en los hombres. **Conclusiones.** América Latina es la región con más estudios nacionales de carga de la enfermedad realizados con una metodología estandarizada, que permiten identificar problemas de salud que están presionando a los servicios de atención; por ello estos resultados constituyen un elemento a tomar en cuenta en el establecimiento de políticas públicas en cada país.

Palabras clave: carga de la enfermedad; AVISA; América Latina

Abstract

Objective. To describe the burden of disease studies made in the region, identify the main priorities in health from the indicator Disability Adjusted Life Years (DALYs). **Material and Methods.** By the use of DALYs identify the burden of disease in the countries in the network. **Results.** DALYs emphasize the emergency of mental disorders, diabetes mellitus in women and the disorders associated with alcohol consumption and injuries in men. **Conclusions.** Latin America is the region with more national studies of burden of disease, using a standardized methodology, that allows identifying new health priorities which are pressing to the health services; for that reason these results constitute an element to take into account in the establishment of public policies in each country.

Key words: burden of disease; Latin America

* Rafael Lozano (coordinador), MD, M en C,⁽⁸⁾ Joyce Mendes Schramm Andrade,⁽⁹⁾ Joaquim Goncalves Valente,⁽⁹⁾ Paula Bedregal, MD, MPH, PhD,⁽⁴⁾ Paula Margozzini, MD, MPH,⁽⁴⁾ Pedro Zitko, MSc,⁽¹⁰⁾ Rolando Enrique Peñaloza Quintero, MSc,⁽¹¹⁾ Jesús Rodríguez, MD, MSc,⁽¹¹⁾ Azálea Espinoza, MSc,⁽⁶⁾ Eduardo Zacca Peña, MD, PhD, MSc,⁽¹²⁾ Armando Séuc PhD, MPS,⁽¹³⁾ Emma Domínguez, SDSB,⁽¹⁴⁾ Héctor Gómez Dantés, M en C,^(1,2) Ma. Victoria Castro, Lic en Soc,⁽²⁾ Oscar Méndez, Lic,⁽²⁾ Francisco Franco Marina, MC, M en C,⁽³⁾ Gabriela Rodríguez Ábrego, MSc,⁽¹⁵⁾ William Valdez, MSc,⁽⁷⁾ Jorge Antonio Miranda Monzón, MSc.⁽⁷⁾

- (1) Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- (2) Observatorio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud
- (3) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Secretaría de Salud. México.
- (4) Pontificia Universidad Católica de Chile.
- (5) Pontificia Universidad Javeriana de Colombia.
- (6) Dirección de Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica.
- (7) Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud de Perú.
- (8) Instituto para la Métrica y Evaluación en la Salud. Universidad de Washington. Seattle, Washington, Estados Unidos.
- (9) Escuela Nacional de Salud Pública Antonio Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz). Ministerio de Salud de Brasil.
- (10) Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud de Chile.
- (11) Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX), Pontificia Universidad Javeriana de Colombia.
- (12) Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud de Cuba.
- (13) Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cuba.
- (14) Instituto Nacional de Endocrinología, Ministerio de Salud de Cuba.
- (15) Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Fecha de recibido: 8 de octubre de 2010 • Fecha de aceptado: 20 de mayo de 2011

Solicitud de sobretiros: Héctor Gómez-Dantés. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, Colonia Santa María Ahuacatitlán, 62100, Cuernavaca, Mor. México.
Correo electrónico: hgdantes@hotmail.com

El panorama epidemiológico en el ámbito mundial se ha transformado en las últimas décadas y hoy se encuentra conformado por una combinación amplia de patologías transmisibles y no transmisibles, cuya complejidad en su atención requiere de esquemas organizativos de los sistemas de salud para responder a los nuevos desafíos sanitarios. Para su identificación y monitoreo son indispensables metodologías que permitan identificar y medir las tendencias de estos nuevos perfiles epidemiológicos, debido a que las herramientas tradicionales (como el análisis de la mortalidad) ya no pueden ser el único instrumento en la identificación de prioridades de atención en ningún país.

El estudio de la carga de la enfermedad propuesto por la OMS en la década de los noventa es una métrica que combina los daños letales prematuros que ocasionan los problemas de salud con sus consecuencias en términos de discapacidad, de manera que hacen posible identificar aquellos problemas de salud que sin ser causas de muerte son causa de importante morbilidad, comorbilidad y discapacidades. El indicador de carga de la enfermedad que integra la carga producida por la muerte prematura, la duración y las secuelas de la enfermedad y la discapacidad asociada con los daños es el de años de vida saludable perdidos (AVISA).¹⁻⁶

El uso de los AVISA ha permeado poco a poco en el ámbito internacional. El Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe tiene entre sus objetivos unir esfuerzos nacionales en el uso de esta métrica y compartir las experiencias en la región sobre metodologías, abordajes, resultados e impactos en las políticas públicas.

Este trabajo presenta, empleando el indicador de los AVISA, las prioridades en salud determinadas en los estudios nacionales realizados en seis países de la región: Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, México y Perú, y su similitud con las prioridades identificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir del último ejercicio de carga de la enfermedad, realizado para la región con datos de 2004.

Material y métodos

Se trabajó con la metodología de los AVISA que desarrollaron Murray y López.⁴ Los estudios de carga de la enfermedad miden las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, incluyendo tanto aquellas debidas a la muerte prematura, como las pérdidas debidas a la discapacidad que producen dichos problemas de salud. De esta forma, los AVISA se obtienen al sumar: 1) los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP) y 2) los Años Vividos con Discapacidad (AVD). Para la estimación de los APMP debidos a los diferentes problemas de salud en un año determinado

se partió de tabulados de las defunciones registradas por la entidad oficial, específicos por grupos de edad y sexo. Para cada defunción, los APMP se obtuvieron a partir de una función matemática que considera:

- Una esperanza de vida a diferentes edades, derivada de una tabla vida modelo (Modelo Oeste de Coole y Demeny),⁷ correspondiente a una sociedad con baja mortalidad y con una esperanza de vida al nacer con un promedio de 82.5 años para mujeres y 80 años para hombres, similar a la de Japón.
- Una función de ponderación de los años vividos a las edades por las que habría transcurrido la persona fallecida, que da mayor peso a los años vividos en la etapa productiva de la vida y menor peso a los años vividos en los extremos de la vida.
- Una tasa de descuento de las pérdidas de años de vida futuros, que se basa en que las sociedades valoran más las pérdidas que ocurren en un periodo cercano al presente que a aquellas que ocurren en un futuro más distante. La tasa de descuento empleada para las pérdidas futuras es de 3 por ciento.

Previo al cálculo de los APMP es habitual realizar correcciones del volumen global de las defunciones, derivadas fundamentalmente del subregistro de las muertes infantiles que ocurren en los países no desarrollados, mediante métodos demográficos indirectos de estimación de la mortalidad infantil. También es común utilizar reasignaciones de muertes en las que la causa básica de la defunción se registra de manera inespecífica, por ejemplo, una proporción de las muertes por diarrea aguda en menores de cinco años pueden registrarse como debidas a deshidratación. Dichas reasignaciones se realizan con algoritmos de reasignación desarrollados localmente.

Para la estimación de los AVD se partió de tabulados de los casos incidentes debidos a los problemas de salud analizados, específicos por edad y sexo. De manera análoga al cálculo de los APMP, para cada caso incidente los AVD se obtuvieron a partir de una función matemática que considera:

- La duración promedio del problema de salud, desde la edad a la que comienza el problema de salud hasta que dicho problema remite u ocurre la defunción.
- Un peso de la discapacidad promedio que presentará el caso incidente, desde su inicio y en cada año posterior al mismo, el cual fluctúa entre 0 (ninguna discapacidad) hasta 1 (muerte o máxima discapacidad). Los pesos de discapacidad se obtienen de una matriz de discapacidades, generada por Murray y López.

- c) La misma función de ponderación de los años vividos, a las edades por las que transitará el caso incidente durante la duración de su problema de salud, que se emplea al calcular los APMP.
- d) Una tasa de descuento de las pérdidas futuras de 3 por ciento.

Para las estimaciones del número de casos incidentes y su duración promedio se recurrió a un modelo matemático implementado en el programa DISMOD,⁸ elaborado por la OMS, que permite obtener estimaciones consistentes de la incidencia, prevalencia y mortalidad de un problema de salud en una población específica. Las estimaciones permiten subsanar las deficiencias encontradas con frecuencia en las estadísticas de morbilidad, que rara vez consideran todos los casos que ocurren en una población o no registran la incidencia de todos los problemas de salud. El modelo matemático implementado en DISMOD permite ingresar tasas de incidencia, remisión y letalidad de un determinado problema de salud, desagregadas por grupos de edad y sexo, generando estimaciones de prevalencia, duración promedio y mortalidad, que corresponden a las tasas ingresadas. A través de un proceso iterativo es posible conciliar las estimaciones para que sean consistentes con los parámetros epidemiológicos conocidos del problema de salud, en una determinada población.

Los seis estudios nacionales de este trabajo emplearon esencialmente la metodología descrita arriba, incluyendo el uso del programa DISMOD, si bien la calidad y el tipo de información disponible en cada país hizo que los procedimientos empleados tuvieran algunas diferencias.

Los problemas de salud contemplados se basaron en la lista llamada Global Burden of Disease List (GBD versión para la CIE-10), que cubre 165 problemas de salud, agrupados en tres grandes grupos (enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones) y de la cual derivan 17 subgrupos.

Los estudios de México y Perú incluyeron las 165 causas; el estudio de Chile además de las 165 causas agregó las enfermedades incluidas en otro estudio realizado en ese país en 1996 y las patologías del Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES); Colombia abarcó 124 problemas de salud; Brasil trabajó con 109 padecimientos; Costa Rica con 97 causas.

En cada país se siguieron procesos diferentes para corregir el subregistro de las defunciones y de las causas de defunción mal definidas. Los estudios de México,⁹ Colombia,¹⁰ y Chile¹¹ utilizaron una metodología de corrección muy similar.

Para las estimaciones de incidencia y duración promedio de los problemas de salud mediante el programa DISMOD se recurrió, además de los tabulados

de mortalidad, a datos de egresos hospitalarios (todos los países), estimaciones de población (todos los países), registros específicos de enfermedades, como fue el de cáncer (Chile, Colombia, Costa Rica), registros de declaración obligatoria (México, Colombia, Costa Rica), registros para prioridades nacionales, GES de Chile, encuestas de prevalencia poblacionales (México, Chile, Colombia), encuestas temáticas, como encuestas de consumo de drogas (México, Costa Rica).

Resultados

En los años noventa, países como México,^{14,15} Chile¹³ y Colombia^{10,17} realizaron sus primeros estudios de carga de la enfermedad y más recientemente están Brasil,¹⁸ Costa Rica¹⁹ y Perú.^{20,21}

En este reporte destacan como las principales causas de mortalidad, las enfermedades no transmisibles (grupo II) en todos los países y van desde 62% en Costa Rica a 84% en Chile. En cuatro países (Brasil, Colombia, Costa Rica y Perú) les siguen en importancia porcentual las muertes por enfermedades transmisibles.

Respecto de los AVISA, encontramos entre las 10 principales causas a la depresión unipolar mayor, el uso del alcohol, el asma, la caries dental, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, todas ellas pertenecientes al grupo de enfermedades no transmisibles, así como la asfixia y el trauma al nacimiento en el grupo de las transmisibles y las violencias y agresiones en el grupo de lesiones (cuadro I).

En los resultados para cada país destaca lo siguiente: en Brasil, el estudio de 1998 arrojó un total de 37.5 millones de AVISA, lo que representó una tasa de 232 por mil habitantes. En la población general sobresalió la diabetes mellitus en el primer sitio como responsable de 5.1% de los AVISA, seguida por la enfermedad isquémica del corazón (5%), las enfermedades cerebrovasculares (4.6%) y los trastornos depresivos y la asfixia al nacimiento (3.8%). En las mujeres la diabetes mellitus se ubicó en primer lugar (6.9%), los trastornos depresivos en segundo (6.3%) y la enfermedad cerebrovascular en tercero (4.5%). En los hombres sobresalieron las agresiones (5.6%), la enfermedad isquémica del corazón (5.6%), las enfermedades cerebrovasculares (4.6%) y la diabetes (4.4%).

Los datos para Chile se refieren al año 2004.¹¹ En el análisis por subgrupos de enfermedades, las condiciones neuropsiquiátricas se ubicaron en primer lugar (23.2%), están en los primeros sitios también las enfermedades digestivas (15.8%) y las enfermedades cardiovasculares (12.1%), concentrando juntas 51.1% de AVISA. Estos tres subgrupos tuvieron una importancia similar por sexo, 54.6% los hombres y 47.5% las mujeres.

La primera causa de AVISA correspondió a la enfermedad hipertensiva (6.9%), seguida por los trastornos

Cuadro I
PRINCIPALES CAUSAS DE LOS AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS (AVISA) POR PAÍS

	Brasil 1998	Chile 2004	Colombia 2006	Costa Rica 2005	México 2004-2007 Zona metropolitana marginada	Perú 2000-2004	OMS América Latina, 2004.					
	%	%	%	%	%	%	%					
Diabetes mellitus	5.1	Enfermedad hipertensiva del corazón	6.9	19.1	Dificultad respiratoria y asfixia en el periodo perinatal	10.7	Depresión unipolar	6.3				
Enfermedad isquémica del corazón	5.0	Trastornos depresivos unipolares	4.5	16.9	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	7.4	Diabetes mellitus	5.5	Agresiones (homicidios)	6.1		
Enfermedad cerebrovascular	4.6	Trastornos de las vías biliares y vesícula	4.2	9.4	Uso del alcohol	6.9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	4.0	Uso de alcohol	4.4	Enfermedad isquémica del corazón	3.5
Trastornos depresivos	3.8	Uso del alcohol	3.3	5.5	VIH/SIDA	6.9	Uso del alcohol	3.8	Neumoconiosis/neumonitis	3.4	Infecciones de vías respiratorias bajas	3.4
Asfixia y trauma al nacimiento	3.8	Cirrosis hepática	3.2	5.3	Trastornos depresivos mayores	6.6	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	3.0	Asfixia y trauma al nacimiento	3.0	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	3.3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.4	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	3.2	4.0	Asma	6.5	Enfermedad isquémica del corazón	3.0	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	3.0	Uso del alcohol	3.0
Violencias o agresiones	3.3	Agresiones (homicidios)	2.7	3.5	Artritis reumatoide	6.3	Asma	2.6	Caídas	2.6	Enfermedad cerebrovascular	2.7
Infecciones de vías respiratorias bajas	2.9	Úlcera péptica	2.4	3.3	Infarto agudo al miocardio	4.8	Agresiones (homicidios)	2.4	Enfermedades endocrinas y de la sangre	2.0	Diabetes mellitus	2.7
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	2.7	Trastornos de la audición (presbiacusia)	2.0	2.5	Diabetes mellitus	4.6	Asfixia y trauma al nacimiento	2.3	Parto obstruido	1.9	Enfermedades diarreicas	2.5
Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central	2.6	Diabetes tipo II	1.9	2.1	Lesiones accidentales	4.0	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del sistema nervioso central	2.0	Diabetes mellitus	1.9	Asma	1.9

depresivos unipolares (4.5%), los trastornos de las vías biliares y vesícula (4.2%), la dependencia al alcohol (3.4%) y la cirrosis hepática (3.3%). En hombres la mayor magnitud estuvo determinada por la enfermedad hipertensiva del corazón (7.4%), la dependencia al alcohol (5.9%), la cirrosis hepática (5.1%) y los accidentes del tráfico (4.6%). En las mujeres destacaron la enfermedad hipertensiva (6.4%), los trastornos de las vías biliares y vesícula (6.0%) y los trastornos depresivos unipolares (6.0%). Llama la atención que no aparecen patologías del Grupo I entre las primeras 25 causas específicas.

En Colombia se han realizado tres ejercicios de carga de la enfermedad, el primero en 1994,¹² el segundo en 1995¹⁷ y el tercero que tiene como base datos de 2005.¹⁰

En este último año, las principales causas de AVISA en la población general fueron las enfermedades hipertensivas, los trastornos depresivos, la caries, la asfixia al nacimiento y las agresiones. Por sexo, los trastornos depresivos fueron la principal causa de AVISA en mujeres, en segundo lugar la cardiopatía hipertensiva, le siguieron la caries dental, la asfixia y trauma al nacimiento y en quinto lugar el bajo peso al nacer.

En Costa Rica, los resultados de AVISA fueron para 97 causas seleccionadas de entre las 165 que trabajaron los demás países según la metodología de la OMS. La tasa total de AVISA perdidos en 2005 para estas causas fue de 82.2 por cada 1 000 habitantes, los hombres concentraron 52% y las mujeres 48 por ciento.

Las principales causas de AVISA fueron la dificultad respiratoria y la asfixia en el periodo perinatal (10.7%), los accidentes de vehículo de motor (7.4%), la dependencia al alcohol y el VIH/SIDA, cada una con 6.9% y los trastornos depresivos mayores (6.6%).

En mujeres, las principales causas de AVISA fueron la artritis reumatoide, los problemas respiratorios y la asfixia, el asma, los trastornos depresivos mayores y el VIH/SIDA. En los hombres: dependencia al alcohol, accidentes de vehículo de motor, problemas respiratorios, VIH/SIDA e infarto agudo al miocardio.

Para México se presentan los resultados del estudio de la medición de AVISA en municipios urbanos marginados (ZM-M) y no marginados (ZM-NM) para el periodo 2004-2007.

Los resultados muestran una distinción entre el perfil epidemiológico de las áreas no marginadas y marginadas con un amplio predominio de las enfermedades no transmisibles. Asimismo los datos por sexo y zona muestran un patrón de necesidades de atención con diferencias para hombres y mujeres muy distintas a las basadas en la mortalidad. En general, la depresión unipolar y la diabetes mellitus ocuparon el primero y el segundo lugar en las mujeres. Si se consideran ambas zonas, las enfermedades isquémicas del corazón, la

demencia y otros trastornos degenerativos están dentro de las cinco primeras causas de AVISA en mujeres.

En zonas tanto marginadas como no marginadas, nueve causas específicas coinciden dentro de las 10 principales causas de AVISA, aunque ocupan distinto sitio. La depresión unipolar mayor y la diabetes mellitus estuvieron en los dos primeros lugares en ambas zonas. En las ZM-M siguieron en importancia la cirrosis, los trastornos por el uso de alcohol, los accidentes de tránsito y las enfermedades isquémicas; mientras que en las ZM-NM la tercera posición fue para las enfermedades isquémicas del corazón (4.3%), seguidas por los homicidios (3.5%) y la cirrosis (3.4%).

En Perú los datos corresponden a 2004,²¹ cuando se perdieron 201.8 AVISA por cada 1 000 habitantes. La carga de enfermedad fue mayor en los hombres (53.1 vs. 46.9%), concentrada principalmente en las edades extremas de la vida en ambos sexos.

Las condiciones neuropsiquiátricas fueron las principales causas de AVISA con 17.9% del total de la carga, en segundo lugar las lesiones no intencionales (11.3%), seguidas por las infecciosas y las parasitarias (10.6%) y los tumores malignos (8%). Un análisis más desagregado muestra que la depresión unipolar ocupó el primer lugar como causa de AVISA, seguida por las infecciones de las vías respiratorias bajas (principalmente neumonías), el abuso de alcohol, la neumoconiosis/neumonitis, la anoxia, asfixia y trauma al nacer y los accidentes de tránsito.

En las mujeres las principales causas de AVISA fueron la depresión unipolar, las enfermedades endocrinas y de la sangre, las infecciones de las vías respiratorias bajas, parto obstruido y las neumoconiosis/neumonitis. En los hombres fue el abuso de alcohol, infecciones de las vías respiratorias bajas, accidentes de la circulación, depresión unipolar, las neumoconiosis/neumonitis y caídas.

En el *Informe Global* de 2009 de la OMS,²² en 2004 América Latina y el Caribe concentraron la mayor carga por enfermedades no transmisibles (62.1%); en segundo lugar estuvieron las enfermedades transmisibles 22.3% y las lesiones (15.6%). Destacaron las condiciones neuropsiquiátricas, con 20 914 000 de AVISA perdidos (21.3% del total), aunque su importancia en mortalidad fue apenas de 2.0% del total de las muertes. Las primeras 10 causas fueron responsables de 35.5% del total de AVISA. Como padecimientos de relevancia, además de la depresión y la violencia, estuvieron las enfermedades isquémicas del corazón; los accidentes de tránsito y los problemas asociados con el consumo de alcohol; la enfermedad cerebrovascular y diabetes.

Comparando las pérdidas por AVISA y muertes, destacan las causas cardiovasculares, infecciones respiratorias bajas, violencia y accidentes de tránsito como

causas de muerte; mientras que en términos de AVISA, encontramos al trastorno depresivo bipolar, la violencia y la enfermedad isquémica del corazón.

Las causas de mayor diferencia de AVISA por sexo, correspondieron a lesiones intencionales, lesiones no intencionales y enfermedades cardiovasculares en los hombres, mientras que las enfermedades musculoesqueléticas y las condiciones neuropsiquiátricas aparecieron con mayor riesgo en las mujeres.

Discusión

Indistintamente de qué posición ocupan en cada país, el ejercicio de carga descubrió la relevancia de padecimientos como problemas de salud mental, trastornos asociados al consumo del alcohol, lesiones intencionales y no intencionales y problemas perinatales.

La asfixia y el trauma al nacimiento, el bajo peso, el asma, la infección por VIH/SIDA y la úlcera péptica aparecen como principales causas de AVISA en algunos países (aunque no así en los datos de la OMS para la región). En este sentido es necesario reforzar los programas de atención del embarazo, parto y puerperio y aquellos específicos para enfermedades transmitidas sexualmente, a los trastornos asociados con el consumo de alcohol y lesiones ocasionadas por accidentes de vehículos de motor, entre otros.

Existen necesidades específicas para la población adulta que en la mayoría de los países es el grupo de edad que concentra porcentajes más elevados de AVISA, sobre todo de padecimientos asociados con enfermedades no transmisibles y lesiones. Predomina la carga de AVISA en hombres que en las mujeres prácticamente en todos los países.

En resumen, sobresalen padecimientos que saturan los servicios de salud, para los cuales no se cuenta con programas de prevención y control específicos y que, por su alta prevalencia y baja letalidad, demandan recursos humanos y financieros que ponen en una situación de alerta a los sistemas de salud. Por ello, el Observatorio de la Salud seguirá propugnando por utilizar una metodología y procedimientos de cálculo homogéneos y apoyar a los países en el fortalecimiento de sus capacidades técnicas y en el análisis de las evidencias que surjan de dichos estudios nacionales.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo financiero y técnico para el desarrollo del presente trabajo al Instituto Carlos Slim de la Salud y al programa Competitividad y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud, a través del Observatorio de la Salud: Iniciativa para América Latina y el Caribe.

Referencias

1. Sassi F. How to do (or not to do). Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations. Oxford: The London School of Hygiene and Tropical Medicine. Oxford University Press. 2006:402-408.
2. Morrow RH. The application of a quantitative approach to the assessment of the relative importance of vector and soil transmitted diseases in Ghana. *Soc Sci Med* 1984;19(10):1039-1049.
3. Murray C. Quantifying the burden of disease: technical basis for disability-adjusted life years. *Bull World Health Organ* 1994;72(3):429-445.
4. Murray C, Lopez AD. Global and regional cause of death patterns in 1990. *Bull World Health Organ* 1994;72(3):447-480.
5. Murray C, Lopez AD. Quantifying disability: data, methods and results. *Bull World Health Organ* 1994;72(3):481-494.
6. Murray C, Lopez AD, Jamison D. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bull World Health Organ* 1994;72(3):495-509.
7. Coale AJ, Demeny P, Vaughan B. Models of mortality and age composition. En: Coale AJ, ed. *Regional model life tables and stable population*. 2nd ed. New York: Academic Press, 1993:3-7.
8. World Health Organization. Health statistics and health information systems [monografía en internet]. DISMOD II. Software (actualizado 2010). Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/tools_software/en/
9. Lozano R, Gómez-Dantés H, Franco MF, Rodríguez AG. Carga de la enfermedad en municipios urbanos marginados, México 2004-2008, BID, Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe, Funsalud, México, 2009.
10. Rodríguez J, Peñalosa E, Acosta N. Carga de Enfermedad Colombia. Resultados alcanzados. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Centro de Proyectos para el Desarrollo, 2008.
11. Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Chile, 2007. Santiago de Chile: Estudios AUGE, 2008.
12. Escobar ML, Gallardo HM, Giraldo GP, Londoño JL, Rodríguez J. La carga de la enfermedad en Colombia. Santa Fé: Ministerio de Salud de Bogotá, 1994.
13. Concha Barrientos M, Aguilera Sanhueza XP, Salas Vergara J. Estudio de Carga de Enfermedad, Informe final. Estudio Prioridades de Inversión en Salud. República de Chile: Ministerio de Salud, 1996.
14. Lozano R. El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos. En: Frenk J, ed. *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios y políticas*. México: Funsalud, 1997:23-61.
15. Bobadilla JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos. En: Frenk J, ed. *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios y políticas*. México. Funsalud, 1997:255-274.
16. Ministerio de Salud. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile. Informe Final. Chile: Ministerio de Salud, 2007.
17. Rodríguez J, Gallardo H. Carga Global de Enfermedad. Colombia, 1985-1995. República de Colombia: Ministerio de Salud, Imprenta Nacional, 2000.
18. Jourdan Gadelha AM, Da Costa Leite I, Goncalves Valente J, Mendes Andrade Schramm J, Crisostomo Portela J, Rodríguez Campos M. Estudio de Carga Global de Enfermedades en Brasil, 1998. Brasil: Fundación Oswaldo Cruz, Escuela Nacional de Salud Pública.
19. Ministerio de Salud de Costa Rica. Medición de la carga de enfermedad en Costa Rica, 2005. En: Programa de Desarrollo del Sector Salud. Componente Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud. Costa Rica: Ministerio de Salud, 2008.
20. Velásquez Valdivia A. Análisis del Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú-MINSA 2004 y Propuesta Metodológica para el Ajuste con Datos Nacionales de Morbilidad. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc., 2006:64.
21. Ministerio de Salud. DGE. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú, 2004. Lima: Perú, 2006.
22. World Health Organization. The Global Burden of Disease. 2004. Update. Washington: WHO, 2009.

Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud

Sandra Martínez, M en C,⁽¹⁾ Gabriel Carrasquilla, MD, DrPH,⁽¹⁾ Ramiro Guerrero, M en C,⁽²⁾ Héctor Gómez-Dantés, MD, M en C,^(3,4) Victoria Castro, Lic en Soc,⁽⁴⁾ Héctor Arreola-Ornelas, M en C,⁽⁴⁾ Paula Bedregal, PhD,⁽⁵⁾ Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe*.

Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, Gómez-Dantés H, Castro V, Arreola-Ornelas H, Bedregal P, Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S78-S84.

Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, Gómez-Dantés H, Castro V, Arreola-Ornelas H, Bedregal P, Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. Effective coverage of health interventions in Latin America and the Caribbean: Metrics for the assessment of health systems performance. *Salud Publica Mex* 2011;53 suppl 2:S78-S84.

Resumen

Objetivo. Medir la cobertura efectiva para once intervenciones de salud en nueve países de América Latina utilizando las encuestas de demografía y salud o registros administrativos que abarcan la salud infantil, de la mujer y el adulto. **Material y métodos.** Se seleccionaron las intervenciones y se armonizaron definiciones y métodos de cálculo de acuerdo con la información disponible para lograr la comparabilidad entre países. **Resultados.** Chile es el país con mejores indicadores de coberturas crudas y efectivas, seguido por México y Colombia, y existen brechas importantes entre regiones, departamentos o estados. **Conclusiones.** La métrica de cobertura efectiva es un indicador sensible que relaciona la necesidad de las intervenciones en salud, su utilización y calidad, lo que permite valorar los programas de salud al aportar datos precisos de dónde y a quién deben dirigirse los recursos y esfuerzos nacionales para que los países alcancen los propósitos y metas planteados.

Palabras clave: cobertura efectiva; sistemas de salud; América Latina

Abstract

Objective. To measure effective coverage for 11 health interventions in Latin America including the children's, women's and adult health, as part of program evaluation. **Material and Methods.** Interventions were selected; the definitions and calculation methods were harmonized according to the information available to ensure comparability between countries. **Results.** Chile has better indicators of crude and effective coverage followed by Mexico and Colombia. There are significant gaps between regions, counties or states. **Conclusions.** The health metric on effective coverage is a sensitive indicator that links three important aspects: Coverage of health interventions, use of health services, and access to such services. Effective coverage is a good tool to evaluate health programs performance, and also provides data of where and to whom the system should address national efforts and resources to achieve the purposes and goals set.

Key words: effective coverage; systems of health; Latin America

(1) Fundación Santa Fé de Bogotá. Bogotá, Colombia.

(2) Harvard Global Equity Initiative, Harvard University, Centro de Estudios de Protección Social y Economía de la Salud PROESA.

(3) Instituto Nacional de Salud Pública. Morelos, México.

(4) Observatorio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud. México.

(5) Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

* Cecilia Vidal, Bolivia; Sandra Martínez, Ramiro Guerrero, Gabriel Carrasquilla, Colombia; Gerardo Solano, Marlén Roselló, Ronald Evans, Jaqueline Peraza, Costa Rica; Edgar Kestler, Guatemala; Rafael Lozano, Oscar Méndez, Javier Dorantes, Felicia Marie Knaul, Erika López; Héctor Gómez, María Victoria Castro, México; César Cárcamo, Perú; Gisela Quiterio, República Dominicana; Pablo Pulido, Venezuela.

Fecha de recibido: 3 de noviembre de 2010 Fecha de aceptado: 8 de abril de 2011

Solicitud de sobretiros: Gabriel Carrasquilla. Fundación Santa Fé de Bogotá,

Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS).

Carrera 7B No. 123-90, Bogotá Colombia.

Correo electrónico: Gabriel.carrasquilla@fsfb.org.co

La Organización Mundial de la Salud publicó en el año 2000 el informe sobre la salud en el mundo donde introdujo el marco conceptual para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.¹ Posteriormente, en 2003 se introduce el concepto de cobertura efectiva como un objetivo intermedio del sistema de salud.² La cobertura efectiva sintetiza e integra la información sobre el acceso de la población a los servicios de salud requeridos, con la medición de la calidad de los mismos.³⁻⁶ Tradicionalmente la cobertura de las intervenciones de los sistemas de salud mide la proporción de la población con una necesidad en salud y que recibe determinada intervención (cobertura cruda). La cobertura efectiva es una métrica que permite conocer “la fracción de ganancia potencial en salud que un sistema de salud puede aportar a través de una intervención disponible”.⁴ En otras palabras, la cobertura efectiva se refiere a la cobertura cruda ajustada por calidad. Es un indicador que se relaciona con tres conceptos discutidos en la literatura: 1) la cobertura de las acciones en salud, 2) la utilización de atención y 3) el acceso a los servicios.

Los indicadores mediante los cuales se aplica el concepto de cobertura efectiva se caracterizan por su sensibilidad para mostrar a quiénes deberán dirigirse la detección, atención y tratamiento de los problemas de salud y a dónde deben dirigirse los recursos y esfuerzos adicionales. Además sirven para orientar las decisiones de política pública en salud.

Esta investigación realizada por la Red de Cobertura Efectiva (conformada por investigadores de Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala, México, Perú, República Dominicana y Venezuela) tiene como objetivo generar información para la medición de la cobertura y la efectividad de las intervenciones en salud para la toma de decisiones. Los resultados que aquí se presentan incluyen información para todos los países, a excepción de Guatemala y Venezuela que se incorporaron recientemente a la Red. Once intervenciones de salud fueron clasificadas en tres grandes grupos, a) salud infantil (esquemas de vacunación, lactancia y control del niño sano), b) salud de la mujer (control prenatal, atención del parto, detección de cáncer de mama y cervicouterino) y c) salud del adulto (diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia). También se presentan resultados para Haití y Honduras dada la facilidad de las fuentes de información, a pesar de no pertenecer a la Red.

Material y métodos

Concepto

La cobertura efectiva puede definirse con respecto a un individuo, a una población y al sistema de salud.

A continuación se resume el concepto con base en Shengelia:⁴

Cobertura efectiva del individuo. Esta definición contiene, como ya se mencionó, tres componentes principales: la calidad, la utilización y la necesidad. Así, la cobertura efectiva para un individuo se define como:

$$EC_{ij} = Q_{ij} U_{ij} I(N_{ij} = 1)$$

Donde:

- Q_{ij} es la calidad de la intervención j que recibiría una persona i dada por sus proveedores de salud. Varía entre 0 y 1.
- U_{ij} es un indicador binario que toma el valor de 1 cuando el individuo i recibe la intervención j por los proveedores de salud, y 0 en caso contrario.
- N_{ij} es un indicador binario que toma el valor de 1 cuando el individuo i tiene necesidad real (y no una necesidad percibida) de la intervención j , y 0 en caso contrario. La necesidad se define como la capacidad de beneficiarse con la intervención.

Fuentes

Para cumplir el objetivo fue necesario identificar fuentes de información comparables entre los países (por esta razón se utilizaron las encuestas de demografía y salud⁷⁻¹¹ –con excepción de Chile¹²⁻¹⁴ y Costa Rica¹⁵⁻¹⁷ en donde se utilizaron los sistemas de información administrativa–. Dado que este trabajo se realizó durante el año 2009, se analizaron los datos de las fuentes más recientes disponibles en cada país.

Intervenciones

Una vez identificadas las fuentes, se seleccionaron 11 intervenciones en tres áreas: salud infantil (vacunación, lactancia y control del niño sano), salud de la mujer (control prenatal, atención del parto y detección del cáncer cervicouterino y de mama) y salud del adulto, con la exploración de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia).

Cálculo de los indicadores

Las estrategias de medición para cada intervención contemplaron: a) la medición de la necesidad de salud (dada por norma, por síntoma único o síntomas múltiples, o establecida con biomarcadores o pruebas de desempeño); b) la medición de utilización (autorreporte sobre atención en encuestas de hogares, inventario de medicamentos, registros de realización de intervenciones, biomarcadores); c) medición de la calidad (bio-

marcadores, autorreporte, medidas de proceso, tasas de mortalidad).

Para los indicadores de salud infantil, la cobertura se definió como la proporción de población objetivo que debería recibir dicha intervención (según las recomendaciones internacionales); mientras que en necesidad se incluyó a los niños que a determinada edad tendrían que contar con la intervención. En vacunación, la medición de cobertura efectiva implicaría contar con información sobre anticuerpos protectores, por lo tanto, se midió la oportunidad como un indicador complementario considerando la fecha de vacunación reportada en la tarjeta de vacunación. En ninguno de los indicadores de vacunación y de control del niño sano fue posible contar con información para medir la calidad. Para lactancia materna se utilizó como proxy de calidad la presencia de enfermedad diarreica o infección respiratoria aguda.

En los indicadores de salud de la mujer se incluyeron: atención del parto por personal calificado, atención del parto en una institución de salud (cobertura cruda) y control prenatal. Para la primera, el componente de calidad de la cobertura efectiva se midió en términos de complicaciones durante el parto y para control prenatal en términos del peso al nacer (≥ 2.500 g), cuando la información lo permitía. La cobertura cruda del control prenatal se calculó al tener en cuenta al menos cuatro controles prenatales de calidad, es decir, con mediciones de altura uterina, tensión arterial, exámenes de sangre y orina. Para cáncer de mama y de cérvix se midió cobertura de detección (citología y mamografía).

En las intervenciones de salud para el adulto se midió la cobertura efectiva del tratamiento. Para la HTA se consideró como control las cifras de tensión arterial menores de 140/90 mm/Hg y para hipercolesterolemia niveles de colesterol < 200 mg/dl. Para diabetes el parámetro de cifras de glucemia fue < 126 md/dl.

En el cuadro I se presentan las definiciones de las intervenciones definidas por el grupo de trabajo que incluye información para los países en salud infantil, de la mujer y del adulto.

Resultados

Salud infantil

Chile fue el país que reportó los niveles más altos de cobertura, mientras que Haití se ubicó en los niveles más bajos. La oportunidad de la vacunación fluctuó entre 61 y 100% (cuadro II). La información de México no incluyó la medición de la oportunidad, por lo cual no se presentan los resultados, sin embargo, sus valores fluctuaron entre 78 y 82%; los indicadores de control del

niño sano no se reportaron para todos los países y sus niveles para quienes dispusieron de datos fueron de 28 a 95% (cobertura cruda).

La cobertura de lactancia materna exclusiva para el año 2006 en Costa Rica fue de 4.01% en los niños hasta seis meses de edad. Para Chile se obtuvo un 49%, que corresponde a personas adscritas a centros de salud primaria del sector público en el año 2008; en los demás países, a excepción de Bolivia (que no contaba con la información), los datos provienen de los niños menores de 6 meses que se encontraban lactando y que no habían presentado enfermedad diarreica aguda en las últimas dos semanas, como aproximación del componente de calidad (cuadro III).

Salud de la mujer

Los resultados sobre cobertura cruda en las intervenciones de salud en la mujer muestran niveles muy altos en República Dominicana y los más bajos para Haití. Se puede observar que los indicadores de control de embarazo, parto y puerperio fluctúan entre 50 y 95%, con excepción de Haití. En las mediciones de control prenatal se realizaron exploraciones del componente de calidad a través de la medición del peso al nacer en Honduras, Perú y República Dominicana con valores entre 89 y 92%; para los demás países se calculó la cobertura cruda del control prenatal (al menos cuatro controles con mediciones de tensión arterial, altura uterina, exámenes de sangre y orina) (cuadro IV). También, se hicieron exploraciones de la calidad en la atención del parto por personal calificado para Honduras, México y Perú, y se tomaron a las mujeres que no presentaron complicaciones durante el parto como numerador que oscila entre 57 y 61%.

En el caso de las intervenciones relacionadas con la detección del cáncer en la mujer, las mediciones corresponden a cobertura cruda. Para cáncer de mama las coberturas se encontraron entre 16 y 80%, y en la detección de cáncer cervicouterino, a través de la realización de citología, entre 12 y 76%. En países como Haití y Perú no se contó con la información para estimar el indicador.

Salud del adulto (enfermedades crónicas)

En relación con las intervenciones en el adulto, como se anota en el cuadro V, gran parte de los países no contaron con datos de registros administrativos o de encuestas sobre enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia); sólo en algunos de los casos Chile, Colombia, Costa Rica y México reportaron

Cuadro I
DEFINICIONES DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD INFANTIL, DE LA MUJER Y DEL ADULTO (ENFERMEDADES CRÓNICAS).
BOLIVIA, COLOMBIA, CHILE, COSTA RICA, MÉXICO, REPÚBLICA DOMINICANA, PERÚ, 2009

Grupo	Intervención	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
Salud infantil	BCG (oportunidad)	Se define como la proporción de niños que fueron vacunados con BCG durante el primer mes de vida (30 días).	Niños menores de 30 días.	Medida en términos de la fecha de vacunación reportada en la tarjeta. Para efectos de este trabajo se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados durante el primer mes de vida (30 días), de acuerdo con la fecha de la tarjeta de vacunación.	No se cuenta con información.
	DPT o Pentavalente (oportunidad)	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 8 meses de vida con tercera dosis de DPT o Pentavalente.	Niños mayores de 6 meses, ya que a partir de esta edad deben contar con la tercera dosis de la vacuna. Para este trabajo se determinó un periodo de "ventana" de 2 meses para realizar los cálculos; es decir, niños de 8 meses.	Medida en términos de fecha de vacunación reportada en la tarjeta. Se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados con tercera dosis de DPT o Pentavalente a los 8 meses de vida.	No se cuenta con información.
	VOP (oportunidad)	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 8 meses de vida con tercera dosis de VOP.	Niños mayores de 6 meses, ya que a partir de esta edad deben contar con la tercera dosis de la vacuna. Para este trabajo se determinó un periodo de "ventana" de 2 meses para realizar los cálculos; es decir, niños de 8 meses.	Medida en términos de fecha de vacunación reportada en la tarjeta. Se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados con tercera dosis de VOP a los 8 meses de vida.	No se cuenta con información.
	Sarampión (oportunidad)	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 15 meses contra sarampión.	Niños menores de 15 meses.	Medida en términos de la fecha reportada en la tarjeta de vacunación. Se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados contra sarampión a los 15 meses de vida.	No se cuenta con información.
	Control del niño sano	Definida como la proporción de niños menores de 1 año que han sido llevados al menos cinco veces a control de peso y talla.	Niños menores de 1 año.	Niños menores de 1 año que han sido llevados a control de peso y talla.	-
	Lactancia materna	Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia exclusiva.	Niños menores de 6 meses.	Reporte de lactancia exclusiva en madres entrevistadas.	Medida en términos de desarrollo de enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA).
Salud de la mujer	Control prenatal	Proporción de mujeres que durante el embarazo más reciente (en los últimos 5 años) asistieron al menos a cuatro controles prenatales de calidad, es decir, que les hubiesen tomado tensión arterial, les hubieran ordenado exámenes de sangre y orina, les hubieran medido el peso, fetocardia y altura uterina.	Mujeres que durante los últimos 5 años estuvieron en embarazo (último embarazo).	Mujeres que durante su último embarazo asistieron al menos cuatro veces a control prenatal de calidad.	Medida en términos de bajo peso al nacer.
	Atención del parto por personal calificado	Proporción de mujeres que durante su último parto fueron atendidas por personal calificado (médico, enfermera, obstetra, personal de salud).	Mujeres que en los últimos cinco años dieron a luz (último parto).	Mujeres que durante el último parto (últimos cinco años) fueron atendidas por personal calificado.	Medida en términos de complicaciones durante el parto o mortalidad materna.
	Atención del parto institucional	Proporción de mujeres que durante su último parto (últimos cinco años) fueron atendidas en una institución de salud.	Mujeres que en los últimos cinco años dieron a luz (último parto).	Mujeres que durante el último parto fueron atendidas en una institución de salud.	
	Detección de cáncer cervicouterino	Proporción de mujeres a las que durante el último año les practicaron una citología. En los países donde fue posible obtener información sobre tratamiento, la cobertura efectiva se definió como la proporción de mujeres que fueron tratadas luego de encontrar un resultado positivo durante el diagnóstico.	Mujeres entre 15 y 49 años. (Para este indicador se diferenciaron los siguientes grupos de edad: mujeres menores de 25 años, entre 25 y 49 años y mayores de 50 años).	Mujeres entre 15 y 49 años a quienes les practicaron citología durante el último año.	Medida en términos de la proporción de mujeres que han tenido resultados anormales y que han sido tratadas.
Detección de cáncer de mama	Proporción de mujeres de 40 a 49 años a las que durante el último año les practicaron una mamografía.	Mujeres entre 40 y 49 años	Mujeres entre 40 y 49 años a quienes les practicaron mamografía en el último año.	Medida en términos de mujeres que han tenido resultados anormales y que han recibido tratamiento.	

(Continúa...)

(Continuación)

Grupo	Intervención	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
	Tratamiento de hipertensión arterial	Proporción de personas entre 18 y 69 años con diagnóstico de hipertensión arterial (>140/90) que se encuentran en tratamiento y que están controlados.	Personas entre 18 y 69 años diagnosticadas con HTA.*	Personas diagnosticadas con HTA que se encuentran en tratamiento farmacológico.	Medida en términos de los pacientes diagnosticados con HTA que se encuentran en tratamiento y que están controlados.
Salud del adulto (enfermedades crónicas)	Tratamiento de diabetes	Proporción de personas entre 18 y 69 años diagnosticados con diabetes (glucemias superiores a 126 mg/dl) que se encuentran en tratamiento y que además están controlados.	Personas entre 18 y 69 años diagnosticadas con diabetes.*	Personas diagnosticadas con diabetes que se encuentran en tratamiento farmacológico.	Medida en términos de los pacientes diagnosticados con diabetes que se encuentran en tratamiento y que están controlados.
	Tratamiento de hipercolesterolemia	Proporción de personas entre 18 y 69 años con colesterol superior a 200 mg/dl que se encuentran en tratamiento y que además están controlados.	Personas entre 18 y 69 años diagnosticadas con hipercolesterolemia.	Personas con cifras de colesterol superiores a 200 mg/dl que se encuentran en tratamiento.	En términos de pacientes diagnosticados que se encuentran controlados.

*Para este indicador se diferenciaron los siguientes grupos de edad: 18 a 29 años, 30 a 49 años y 50 a 69 años.

Cuadro II
RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD INFANTIL (OPORTUNIDAD DE LA VACUNACIÓN EN PORCENTAJES).
BOLIVIA, COLOMBIA, CHILE, COSTA RICA, HAITÍ, HONDURAS, REPÚBLICA DOMINICANA, PERÚ, 2009

Intervención	Bolivia	Colombia	Chile	Costa Rica	Haití	Honduras	Perú	República Dominicana
BCG	65.5	61.0	100.0	86.0	57.9	77.8	92.2	92.8
DPT	67.0	76.7	97.0	88.0	66.6	83.2	92.6	82.6
VOP	66.9	76.0	97.0	88.0	65.7	83.1	92.5	82.7
Sarampión /MMR	73.0	85.4	95.0	89.0	78.6	89.8	87.5	82.6

Cuadro III
RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD INFANTIL (LACTANCIA MATERNA, COBERTURA EFECTIVA EN PORCENTAJES).
BOLIVIA, COLOMBIA, CHILE, COSTA RICA, HAITÍ, HONDURAS, MÉXICO, REPÚBLICA DOMINICANA, PERÚ, 2009

Intervención	Bolivia	Colombia	Chile	Costa Rica	Haití	Honduras	México	Perú	República Dominicana
Lactancia materna (EDA)	–	89.1	–	–	76.3	84.3	86.2	87.2	85.6
Lactancia materna (IRA)	–	86.3	–	–	87.0	91.8	52.3	91.5	94.7

información. Sin embargo, dado que la información de Costa Rica no es comparable con los demás, no se presentan sus resultados. En los tres países restantes se observó que las coberturas son bajas, 24 a 68%. Se exploró el componente de calidad al tener en cuenta a la población diagnosticada que recibía tratamiento y que se encontraba controlada.

Discusión

El indicador tradicional de cobertura cruda tiene en cuenta la población con una necesidad y la utilización de la intervención, sin el componente de calidad (ganancia en salud). Si bien el objetivo propuesto era la estimación de la cobertura efectiva, sólo se pudo obtener en algunos

Cuadro IV
RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES EN LA MUJER (COBERTURAS CRUDAS EN PORCENTAJES).
BOLIVIA, COLOMBIA, CHILE, COSTA RICA, HAITÍ, HONDURAS, MÉXICO, REPÚBLICA DOMINICANA, PERÚ, 2009

Salud de la Mujer	Bolivia	Colombia	Chile	Costa Rica	Haití	Honduras	México	Perú	República Dominicana
Control prenatal	54.1*	75.3 [‡]	78.8	64.0	55.6		77.5 [‡]		90.6
Atención del parto por personal calificado	75.1	90.1	99.7	–	56.4	–	–	–	98.3
Atención del parto institucional	71.7	92.2	–	98.9	27.2	–	92.7	–	98.3
Citología	11.7 [§]	75.8	47.0	22.0 [#]	–	70.5	36.0	–	52.8
Mamografía	–	16.4	79.7	–	–	–	16.4	–	20.1

* Sólo incluye análisis de sangre y medición de tensión arterial

[‡] Calidad sólo incluye mediciones de sangre y orina

[§] Al menos tres Papanicolaou en los últimos tres años

[#] En mayores de 35 años

Cuadro V
RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES EN EL ADULTO
(ENFERMEDADES CRÓNICAS) COBERTURA EFECTIVA EN
PORCENTAJES. COLOMBIA, CHILE, MÉXICO, 2009

Enfermedades crónicas	Colombia	Chile	México
Hipertensión arterial	9.0	38.4	23.0
Diabetes	24.1	68.4	–
Colesterol	–	38.0	25.3

casos por las dificultades para adquirir la información necesaria. Aún así, los resultados de las coberturas crudas no son muy alentadores para países como Bolivia, Honduras y Haití; por su parte, Chile obtuvo las coberturas crudas más altas en comparación con los demás. En cuanto a cobertura efectiva, en el caso de los indicadores de salud infantil se presentaron limitaciones para estimar la calidad de las intervenciones. Vale la pena señalar que para poder obtener el indicador de cobertura efectiva en vacunación hubiera sido necesario realizar la medición de anticuerpos protectores en la población con necesidad; por ello se estableció, de manera complementaria, la oportunidad de la vacunación. Esta última sólo se midió para los niños con fecha de vacunación marcada en tarjeta (un subconjunto de los niños con necesidad de vacunarse) y por lo tanto no corresponde al indicador de cobertura efectiva. En el caso específico de lactancia materna se exploró la calidad a través de proxys como enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda. Si bien el componente de calidad puede contener ciertas limitaciones, ésta era la

única variable disponible en las encuestas que de alguna forma podría indicar si la lactancia puede ejercer un efecto protector contra estas patologías.

En las intervenciones de la salud de la mujer también se encontraron dificultades para analizar la calidad. Sólo en casos puntuales se exploró dicho componente, por ejemplo, para control prenatal y atención del parto por personal calificado. Éste fue precisamente uno de los puntos más controversiales dado que un país puede mostrar indicadores de cobertura altos para estas intervenciones y presentar, por su parte, razones de mortalidad materna altas.

En cuanto a las enfermedades crónicas en el adulto, un estudio reciente en proceso de publicación sobre diabetes da cuenta de que la respuesta de los sistemas de salud frente a esta compleja patología en Colombia, México, Irán, Estados Unidos, Reino Unido, Escocia y Tailandia es insatisfactoria: “una proporción muy grande de individuos con diabetes permanece sin diagnosticar y sin tratar. Dicha proporción varía entre 24% para las mujeres en Escocia y 62% para los hombres en Tailandia”. La respuesta de los sistemas frente a esta patología es insuficiente en este conjunto de países desarrollados y en desarrollo.*

Los resultados ponen en evidencia las limitaciones que existen en la Región para hacer estimaciones de cobertura efectiva de manera precisa. Ello pone de manifiesto lo mucho que hay que avanzar para generar la

* Gakidou E, Mallinger L, Abbott-Klafter J, Guerrero R, Villalpando S, Lopez-Ridaura R, *et al.* Are health systems responding effectively to the growing diabetes epidemic? An analysis of seven national health examination surveys. The Lancet. En Prensa.

información requerida, ya sea a través de los registros administrativos o la realización de encuestas específicas; adicionalmente estos resultados sugieren que el indicador no siempre puede ser operacionalizado.

Aún con la heterogeneidad para construir estos indicadores, los resultados demuestran que los países tienen mucho por hacer para alcanzar las coberturas deseadas: en salud infantil, mejorar coberturas de intervenciones de inmunización y control del niño sano; en el caso de la salud de las mujeres, mejorar las coberturas de detección de cánceres; y especial atención merecen las intervenciones para enfermedades crónicas en los adultos.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo financiero y técnico para el desarrollo del presente trabajo al Instituto Carlos Slim de la Salud y al programa Competitividad y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud, a través del Observatorio de la Salud: Iniciativa para América Latina y el Caribe.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. World Health Organization. The World Health Report, Health systems: improving performance: Switzerland: World Health Organization, 2000.
2. World Health Organization. Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage. En: Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism: Switzerland: World Health Organization, 2003: 221-234.
3. Secretaría de Salud-Harvard University-INSP. Cobertura efectiva del Sistema de Salud en México, 2000-2003. México: Secretaría de Salud-Harvard University-INSP, 2006: 14.
4. Shengelia B, Tandon A, Adams O, Murray C. Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med* 2005; 61:97-109.
5. Victora C, Fenn B, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of preventive interventions and implications for child survival strategies: evidence from national surveys. *Lancet* 2005;366:1460-1466.
6. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott J, Feehan D, Vidal C, et al. Evaluación de desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. *Salud Publica Mex* 2007;49(Supl I):53-69.
7. Ministerio de Salud y Deportes (MSD), Programa Reforma de Salud (PRS) e Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008. La Paz, Bolivia: MSD/ PRS/ INE/ Macro International, 2008.
8. Profamilia, Macro International. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia: Profamilia. 2005.
9. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2005. Cuernavaca, México: SS/ INSP, 2006.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2001.
11. Centro de Estudios Sociales y Demográficos, Macro International Inc. Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM/ Macro International Inc, 2007.
12. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2003. Santiago de Chile: Ministerio de Salud/ Pontificia Universidad Católica de Chile, 2004.
13. Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2006. Chile: MIDEPLAN, 2006.
14. Ministerio de Salud. Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES). Chile: Ministerio de Salud.
15. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares y propósitos múltiples, 2006. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2006.
16. Caja Costarricense de Seguro Social. Informe de Evaluación de los compromisos de Gestión, mayo 2006. San José Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, 2007.
17. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Sistema de Información de Servicios de Salud (SISALUD). San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries

Felicia Marie Knaul, PhD Econ,¹⁻³ Rebeca Wong, PhD Econ,⁴ Héctor Arreola-Ornelas, M Health Econ,²⁻³
Oscar Méndez, Analis,²⁻³ Network on Health
Financing and Social Protection in Latin America and the Caribbean (LANET)*

Knaul FM, Wong R,
Arreola-Ornelas H, Méndez O, et al.
Household catastrophic health expenditures: A comparative
analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S85-S95.

Knaul FM, Wong R,
Arreola-Ornelas H, Méndez O, et al.
Gastos catastróficos en salud de los hogares: Un análisis
comparativo de doce países en América Latina y el Caribe.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S85-S95.

Resumen

Objetivo: Comparar los patrones de gastos catastróficos en salud en 12 países de América Latina y el Caribe. **Material y métodos:** Se estimó la prevalencia de gastos catastróficos de manera uniforme para doce países usando encuestas de hogares. Se emplearon dos tipos de indicadores para medir la prevalencia basados en el gasto de bolsillo en salud: a) en relación con una línea de pobreza internacional; y b) en relación con la capacidad de pago del hogar en términos de su propia canasta alimentaria. Se estimaron razones para comparar el nivel de gastos catastróficos entre subgrupos poblacionales definidos por variables económicas y sociales. **Resultados:**

Abstract

Objective: Compare patterns of catastrophic health expenditures in 12 countries in Latin America and the Caribbean. **Material and Methods:** Prevalence of catastrophic expenses was estimated uniformly at the household level using household surveys. Two types of prevalence indicators were used based on out-of-pocket health expense: a) relative to an international poverty line, and b) relative to the household's ability to pay net of their food basket. Ratios of catastrophic expenditures were estimated across subgroups defined by economic and social variables. **Results:** The percent of households with catastrophic health expenditures ranged

* Ricardo Bitran, PhD Econ,⁵⁻⁶ Antonio Carlos Campino, PhD Econ,⁷ Carmen Elisa Flórez Nieto, PhD Econ,⁸ Roberto Iunes Fontes, PhD Econ,^{7,9} Ursula Giedion, PhD Econ,⁹ Daniel Maceira, PhD Econ,¹⁰ Magdalena Rathe, PhD Econ,¹¹ Martin Valdivia, PhD Econ,¹² Juan Rafael Vargas, PhD Econ,¹³ Juan José Díaz, PhD Econ,¹² María Dolores Montoya Díaz, PhD Econ,⁷ Werner Valdes, BA Econ,¹⁴ Ricardo Valladares Carmona, BA Econ,¹⁵ María Paola Zuniga, PhD Econ,¹³ Liv Lafontaine, BA Econ,²⁻³ Rodrigo Muñoz, Eng,⁵⁻⁶ Renata Pardo, M Econ,¹⁶ Ana María Reynoso, M Econ,¹⁰ María Isabel Santana, BA Econ,¹¹ Rosa Vidarte, BA Econ.¹²

- (1) Harvard Global Equity Initiative, Harvard University, USA
- (2) Competitividad y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Mexico.
- (3) Observatorio de la Salud, Instituto Carlos Slim de la Salud y Fundación Mexicana para la Salud, Mexico.
- (4) University of Texas Medical Branch, USA.
- (5) Bitran y Asociados, Chile.
- (6) Federación Interamericana de Economía de la Salud, Chile.
- (7) Universidad de Sao Paulo, Brazil.
- (8) Universidad de los Andes, Colombia.
- (9) Banco Interamericano de Desarrollo, USA.
- (10) Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina.
- (11) Fundación Plenitud, Dominican Republic.
- (12) Grupo de Análisis para el Desarrollo, Peru.
- (13) Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- (14) Ministerio de Salud, Bolivia.
- (15) Independent Consultant, Guatemala.
- (16) Dirección General de Planeación del Ministerio de la Protección Social, Colombia.

Received on: October 11, 2010 • Accepted on: April 14, 2011

Address reprint requests to: Dr. Héctor Arreola Ornelas. Fundación Mexicana para la Salud. Periférico Sur 4809, El Arenal, Tlalpan 14610 México, D.F.
E-mail: harreola@funsalud.org.mx

El porcentaje de hogares con gastos catastróficos variaron de 1 a 25% en los 12 países. En general, la residencia rural, el bajo nivel de ingresos, la presencia de adultos mayores, y la carencia de aseguramiento en salud de los hogares se asocian con mayor propensión a sufrir gastos catastróficos en salud. Sin embargo, existe una marcada heterogeneidad por país. **Conclusiones:** Los estudios comparativos entre países pueden servir para examinar cómo los sistemas de salud contribuyen a la protección social de los hogares en América Latina.

Palabras clave: gastos en salud; protección social en salud; salud; América Latina

from 1 to 25% in the twelve countries. In general, rural residence, lowest quintile of income, presence of older adults, and lack of health insurance in the household are associated with higher propensity of catastrophic health expenditures. However, there is vast heterogeneity by country. **Conclusions:** Cross national studies may serve to examine how health systems contribute to the social protection of Latin American households.

Key words: Health expenditures; social policy; health; Latin America

Lack of financial protection in health is a widespread problem plaguing most of the Latin America and Caribbean (LAC) region. The effect of this lack of protection is that families can suffer the burden of the illness but also the economic ruin and impoverishment of financing their care, yielding increased poverty in the short and long run. International recognition of this challenge to health systems has been growing, spurred by the World Health Report 2000.¹ Academic work and national and international policy efforts increasingly recognize the importance of evaluating health system performance and financing to achieve greater financial protection.²⁻²²

Direct, out-of-pocket (OOP) payment for health at point of service is considered the most inefficient and inequitable means of financing a health system¹. In these systems there is little room for risk pooling, competition among providers is reduced, and patients pay more than they would with a prepayment scheme due to the fragmentation of risk and the urgency of treatment. In these systems, the greatest burden tends to be placed on the family. If the cost of care exceeds the ability to pay at the time of service, catastrophic and potentially impoverishing expenditures arise or necessary care is forgone. Families are often forced to choose between satisfying other basic needs such as education, food and housing, or purchasing health care and saving loved-ones from illness, suffering and often shortening life spans. Thus, health spending can be an important additional source of poverty.^{2,10,17,23-24} If households cannot insure against health shocks, this phenomenon may have both long as well as short-run implications.^{10,25-26} Yet in many LAC countries, financial protection for health continues to be segmented and fragmented. Large parts of the population are excluded from access to public pre-payment options such as social security, and resort to paying directly and out of pocket.²⁷ This paper analyzes the

distribution of the effects of lack of financial protection expressed through the prevalence of catastrophic and impoverishing expenses, across a sample of 12 countries in the region –Argentina, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Ecuador, Guatemala, Mexico, Nicaragua and Peru.

The key research questions analyzed in this paper are: 1) Do countries differ in the extent to which people suffer extreme or catastrophic health payments? 2) Which population sub-groups are most severely affected by catastrophic health payments? 3) Does a pattern of differential catastrophic spending by certain sub-groups emerge across the countries in the study? and, 4) Can these basic results be linked to specific features of the health care systems suggesting avenues for further research? Cross-national and cross-cultural research provides an opportunity to enhance understanding of multiple schemes and their consequences in terms of wellbeing of the population but this type of research is under-utilized.²⁸ Adequate data and the use of methodological approaches that are comparable across countries is needed, both of which are often difficult to obtain. This paper provides a first look at the analytical potential of the comparative approach and generates hypotheses about the relative vulnerability of the different sub-groups with a cross-national comparative perspective. The paper adds to the existing literature on catastrophe from health spending by stratifying the analysis by specific population groups within countries. In addition, for several of the countries there are no published papers on the level or distribution of catastrophic spending, and they have not been part of previous comparative work on health spending. For comparative work, refer to ^{1,4-7,10,14-16,29-30}

The twelve countries included in this comparative paper differ greatly in population size and structure, level of economic development, stage of demographic transition, and health care system organization and

financial protection. With respect to population size, the countries range from Brazil with 189 million to Costa Rica with only 4.4 million. According to 2008 data, the study countries include 486 million people and account for 85% of the population of the LAC region. The majority of countries in the sample are largely urban with the highest rates in Argentina, Brazil, and Chile all close to 90%. Still, the smaller and poorer countries tend to have lower levels and Guatemala stands out at 49%. Other than Guatemala at 2.5%, the rates of growth of the populations are all below replacement, ranging from 1.9% per year in Bolivia to 1% in Chile and Mexico. All countries have experienced large drops in mortality and fertility rates, with consequential aging of the population.³⁰ While the majority of countries enjoy life expectancy at birth well over 70 years and in Costa Rica it is 78, the figure is 66 in Bolivia and 70 in Guatemala. Of particular importance for this paper, the countries differ also in the levels of expenditure and the mechanisms offered to provide health care to their populations.

While varied, and despite ongoing reform of several health financing systems and most notably in Chile, Colombia, Mexico and the Dominican Republic, the systems are still characterized by fragmentation. This means that multiple systems interact to provide health care.^{10,31} In addition, within each system, different forms of pooling risk exist and the poor, informal and rural populations are often excluded from formal insurance, prepayment or risk pooling schemes.³²⁻³⁴ Notable exceptions are the single social insurance provider in Costa Rica and the systems in Colombia and Mexico that offer specific insurance options for all populations.^{2-3,17,35-37} With respect to the level of government spending on health as a share of GDP, Peru is the lowest at 4.3% compared to the highest 10% for Argentina. Brazil, Argentina, Dominican Republic, Ecuador, Guatemala and Mexico all have health systems in which private expenditures account for 50% or more of total health spending and in most countries the majority is out-of-pocket. Only Colombia has a notably low rate.³⁸ This brief summary portrays the heterogeneity of countries in the study, setting the stage for our comparative analysis. Thus, in the analyses of catastrophic health expenditures that follow, we expect a wide range of variation in the relative exposure of population subgroups across these countries.

The work in this paper derived from a multi-site project titled 'Health Financing and Social Protection in Latin America and the Caribbean,' coordinated by the Mexican Health Foundation. This project began in mid 2007 including 7 countries and was initially financed by the International Development Research Center of

Canada. The LAC Health Observatory, an inter-institutional project of the Carlos Slim Health Institute and the Mexican Health Foundation, later provided additional support to include other countries and develop a LAC research network on financial protection. The multi-site team that worked on this paper included local investigators, seeking to obtain comparable results across the countries. This labor-intensive feature of the project maximized the potential for systematic comparisons across the countries. The research teams discussed variable definitions, analysis units, and programming codes, ultimately using the same programming tools and codes to obtain tabulations. Country teams prepared their own data base, using common programs to produce their respective tabulations for this paper. Survey instruments and methods were analyzed to identify differences across countries. The overall project included in-depth country studies to explore the organization of health system financing in each country, which complement and provide background for the quantitative analysis presented here. Thus, the data and analyses in this paper draw on country-specific work and background papers available from the authors.

Material and Methods

Study Design

Each of the twelve participating country research team selected the most appropriate available household survey that met the requirements of the study. We gave high priority to using surveys with detailed measures of expenditures at the household level, disaggregated by type of expenditure such as health care or food, and basic socio demographic information on the household. Table I presents a description of the selected surveys, which varied in design and purpose. For example, the data for Bolivia, Brazil, Mexico and Peru were derived from household expenditure surveys; in the surveys for Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Ecuador, Guatemala and Nicaragua the objective was to measure social and quality of life conditions, such as income and poverty. The Argentina and Chile surveys were designed to measure health care utilization and expenditures. Further, unlike the others, the survey for Chile cover only the urban areas of the country thus no analysis of rural/urban differences is possible for Chile, constraining the comparability with other surveys. Through detailed group analysis of the results for each country and efforts to standardize variable definitions, the researchers sought to minimize the impact of these differences in survey design on the comparative results.

Table I
DATA SOURCES IN TWELVE LATIN AMERICA AND CARIBBEAN COUNTRIES

Country	Survey	Year	Sample size (Households)	Representativeness
Argentina	Encuesta de Consumo de los Hogares	2004/2005	29 031	National (rural/urban)
Bolivia	Encuesta de Hogares (EH)	2006	4 098	National (rural/urban)
Brazil	Encuesta de Gasto de Hogares (POF)	2002-2003	48 470	National (by states and metropolitan zones)
Chile	Encuesta Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS)	2005	5 111	Urban national
Colombia	Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV)	2003	22 949	National (rural/urban)
Costa Rica	Encuesta Ingresos y Gastos (ENIG)	2004	4 231	National (rural/urban)
Dominican Rep.	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)	2004	9 825	National (rural/urban)
Ecuador	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)	2005-2006	13 581	National (rural/urban)
Guatemala	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)	2006	13 686	National (rural/urban)
Mexico	Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH)	2008	29 468	National (rural/urban)
Nicaragua	Encuesta Nacional Hogares sobre medicion de Vida	2005	6 882	National (rural/urban)
Peru	Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)	2006	20 577	National, urban, rural and by departments

Source: Official office for statistical information from each country

Definition of study variables

We constructed a core set of variables: total household expenditures, health care expenditures, and household characteristics such as household size, area of residence, household composition by age of its members, and availability of health insurance. By agreeing on a core set of variables and carefully reviewing differences across surveys, we constructed variables that were strictly comparable across countries.

Catastrophic Health Expenditures. We used two indicators to assess the prevalence of catastrophic health care expenditures as follows:

- The basic indicator 'CHE1' is calculated as out of pocket payments for health as proportion of income or total expenditures in a given period of time. We use total health expenditures as the numerator. We adopted a common convention and used as the denominator total household expenditure net of food spending, which better captures the effect of health expenditures on disposable income.³⁹⁻⁴⁰
- The second indicator 'CHE2' (type Wagstaff and vanDoerslaer) uses a slightly different definition for the denominator, as the total household expenditure net of a standard value: subsistence expenditures equivalent to a poverty line of \$1 USD PPP (international purchasing power parity dollar). This convention has been adopted by several authors.²⁴

Both indicators aim to capture the same concept of health expenditures but the difference is in the point of reference to define the expenditures as catastrophic. CHE1 uses as reference the capacity to pay based on net income of the household after meeting the basic needs of food. On the other hand, CHE2 uses as reference an international standard of subsistence, to maximize the ability to make cross-country comparisons. For our purposes, a household is defined as having incurred catastrophic health expenditures if the out of pocket health share exceeds 30% of the point of reference. In addition, for CHE2 any expenditure by poor households, that is, households below the \$1 USD PPP line, is considered a catastrophic expenditure since households are already poor. Thus by definition $CHE2 \geq CHE1$.

Stratification variables

We calculated the prevalence of catastrophic health care expenditures among households in each country, and by sub-groups of the households according to the following stratification variables: Area of residence –urban or rural. Household composition in categories according to the age of members –with at least one child (of 5 years old or younger) but no elderly (60 or more years old), with at least one elderly but no children, with both children and elderly members, and with neither children nor elderly members. Household size according to the number of members in three categories: large (5 or more members), medium (3-4 members), and

small (2 or fewer). For health insurance, we classified households as 'yes' if at least one adult member of the household had coverage and as 'no' if no member of the household had health care coverage. Finally, we classified households by income using the total expenditures of the household using quintiles of the distribution in each country (poorest to richest).

Methods

Levels of health spending in a country depend on the composition of the population (for example by household sizes, or by age of its people). Thus we used a standardized measure of the total prevalence of catastrophic health expenditures to maximize the potential for comparability. We took the distribution of the households by household size in the sum of all countries as the standard population. This method holds constant the distribution of the population, and differences in health spending across countries can be attributed to factors other than the differential composition of their populations.

The variation in the surveys available and the methodology for gathering data on health expenditure in each survey constrained the direct comparability of measures across countries. To overcome this feature at least partly we compared across sub-groups within each country (for example large versus small households). These comparisons are appropriate assuming that the survey captured health payments by the households of the various sub-groups equally in each country. Thus we calculated the prevalence of catastrophic health expenditures for the total of households in each country, and by sub-groups defined by the stratification variables. We obtained point and interval (95%) estimates of prevalence. For each country we then constructed ratios of prevalence of catastrophic health expenditures across categories of the stratification variables, in order to assess whether some strata of the population show relatively higher exposure than others. Using the interval estimates for each of the sub-groups in a given ratio, we assess whether the ratio of the two estimates is significantly different than one. This forms the basis for the comparisons across countries. For example, if the ratio of prevalence among households with older adults divided by the prevalence among those without older adults is 1.3 in country A and 2.5 in country B, and the respective intervals do not overlap, then we conclude that, relative to households without older adults, households with older adults in country B are more likely to report catastrophic health expenditures than those in country A. Thus households with older adults seem more exposed to financial health risk and lack financial protection in B than in A.

Results

Table II presents descriptive statistics using the survey samples for the twelve countries. The proportion of rural households ranges from a high in Guatemala (46%) and Nicaragua (42%) to 15% in Brazil and 7% in Argentina. Recall that the Chile sample includes only urban areas. The proportion of households that have at least one elderly member ranges from a high of 30% in Chile and Peru, and 25% in Argentina, to a low of 15% in Bolivia and 18% in Costa Rica. Household size is on average the largest in Nicaragua and Guatemala, where more than 50% of households have 5 or more members. With respect to health insurance coverage, the range is from 27% of households reporting coverage in Brazil and Bolivia, to 90% in Costa Rica.

Table III presents the prevalence of catastrophic spending according to the two indicators CHE1 and CHE 2. The unstandardized prevalence of catastrophic health expenditures varies across the countries in the study and depending on the indicator. For CHE1 they range from 0.4% in Costa Rica to around 2-5% in Colombia, Bolivia, Brazil, Mexico and Peru, to around 7-11% in Argentina, Dominican Republic, Ecuador, Guatemala and Nicaragua. The standardized figures yield similar relative ranking of the countries. Costa Rica presents very low prevalence, while Guatemala shows the highest prevalence of catastrophic expenditures.

Rural versus Urban Residents. We compared the percent of households with catastrophic expenditures in rural areas to those residing in urban areas for each country (except for Chile). Recall that a value greater than 1.0 for the ratio implies that catastrophic spending is more common in the numerator group (rural areas) relative to subsistence or disposable income than in the denominator group (urban areas). In all countries in the study other than Argentina, catastrophic expenditures are more prevalent in rural than in urban areas and these differences are statistically significant in almost all cases (Table IV). Costa Rica and Dominican Republic have the lowest ratios, implying a smaller difference between rural and urban areas. Peru, Guatemala and Brazil have moderate ratios compared to the rest of the countries. Bolivia, Colombia, Mexico, Nicaragua and Ecuador show the largest gaps between rural and urban households with prevalence of around 2-4 times in rural households compared to the prevalence in urban areas.

Poor versus Rich Households. We contrasted the percent reporting catastrophic health expenditures in the poorest quintile compared to that in the richest quintile. Ratio values greater than 1.0 mean that the poorest households are more exposed to having catastrophic

Table II
DESCRIPTIVE STATISTICS FOR MAIN VARIABLES IN STUDY SAMPLES IN TWELVE LATIN AMERICA AND CARIBBEAN COUNTRIES

	Argentina	Bolivia	Brazil	Chile	Colombia	Costa Rica	Dom Rep	Ecuador	Guatemala	Mexico	Nicaragua	Peru
Households in rural areas (%)	7.5	37.2	15.3	--	24.5	37.9	36.1	34.1	46.3	20.2	41.6	34.6
Household composition												
At least one child	45.0	37.6	29.2	17.5	26.5	24.9	28.0	31.4	40.6	25.6	35.3	33.6
At least one older adult	20.1	12.8	17.5	27.1	17.1	16.4	15.6	17.0	14.0	18.1	15.8	25.3
At least one child and one older adult	4.7	2.4	1.9	3.0	3.2	1.7	2.8	3.1	3.9	2.6	8.3	4.4
No child or elderly member	30.2	47.2	55.2	52.5	53.2	56.9	53.5	48.5	41.5	53.7	40.6	45.5
Household size (%)												
One or two members	19.4	26.5	28.2	28.8	25.4	25.9	27.7	23.6	15.5	23.7	12.8	22.7
Three or four members	0.0	35.9	45.5	44.3	43.8	44.6	38.0	40.9	33.6	41.1	31.3	35.6
Five or more members	0.0	37.7	26.3	26.9	30.8	29.5	34.2	36.1	50.9	35.2	56.0	41.7
Health insurance: Yes	65.3%	27.8%	27.6%	88.9%	67.7%	90.2%	36.1%	42.4%	37.8%	55.5%	31.6%	62.7%
Total expenditure												
(S.D.)	\$418.2	\$91.2	\$322.2	\$194.7	\$241.8	\$425.8	\$705.4	\$165.7	\$107.1	\$149.1	\$84.0	\$145.2
Out-of-pocket health expenditure	\$30.7	\$1.6	\$17.9	\$22.5	\$5.4	\$10.8	\$28.7	\$11.6	\$9.6	\$4.6	\$5.1	\$6.5
(S.D.)	\$70.4	\$0.1	\$1.1	\$2.5	\$0.3	\$0.7	\$6.4	\$0.4	\$1.8	\$0.2	\$0.2	\$0.1
Expenditure on food	\$137.0	\$53.1	\$40.9	\$56.3	\$74.1	\$48.8	\$121.9	\$26.9	\$38.3	\$35.7	\$36.3	\$46.0
(S.D.)	\$113.5	\$1.2	\$0.7	\$1.6	\$1.1	\$1.0	\$1.6	\$0.2	\$0.6	\$0.2	\$0.4	\$0.3
National poverty line	\$74.9	\$40.8	\$65.8	\$46.2	\$74.2	\$54.9	\$73.1	\$75.8	\$37.9	\$72.2	\$55.2	\$51.7
International poverty line	\$30.4	\$30.4	\$30.4	\$30.4	\$30.4	\$30.4	\$30.4	\$30.4	\$30.4	\$30.4	\$30.4	\$30.4
Expanded number of households (1000)	11 171	2 369	48 394	3 911	11 200	1 153	2 308	3 265	3 118	26 700	989	6 668

Note: Expenditures and poverty lines are given in PPP int. dollar

Source: Individual country authors' calculations using country database

Table III
PERCENT OF HOUSEHOLDS WITH CATASTROPHIC HEALTH SPENDING IN TWELVE LATIN AMERICA AND CARIBBEAN COUNTRIES: OBSERVED AND STANDARDIZED

	Argentina	Bolivia	Brazil	Chile	Colombia	Costa Rica	Dom Rep	Ecuador	Guatemala	Mexico	Nicaragua	Peru
Observed												
CHE1	8.4	3.3	2.2	15.4	2.8	0.4	9.8	7.2	11.2	2.4	10.3	5.0
	[8.1-8.7]	[2.5-4.2]	[1.9-2.5]	[13.7-17.1]	[2.5-3.1]	[0.2-0.6]	[9.1-10.6]	[6.7-7.7]	[10.3-12.0]	[2.2-2.7]	[9.5-11.2]	[4.6-5.4]
CHE2	5.2	6.0	4.0	11.1	2.6	0.6	5.7	15.6	17.2	4.0	20.7	5.7
	[4.9-5.5]	[5.0-7.0]	[3.6-4.4]	[9.7-12.6]	[2.3-2.9]	[0.4-0.8]	[5.1-6.4]	[14.9-16.3]	[15.7-18.6]	[3.7-4.4]	[19.5-21.9]	[5.4-6.1]
Standardized by household composition												
CHE1	8.4%	3.7%	2.3%	14.4%	2.9%	0.4%	10.2%	7.4%	11.6%	2.5%	10.3%	5.1%
CHE2	5.1%	5.9%	4.4%	11.0%	2.7%	0.7%	6.0%	15.8%	16.3%	4.3%	19.9%	6.1%

Notes: Threshold for catastrophic spending=30%. Confidence intervals (95%) are given in parentheses

CHE1: calculated as out of pocket expenditures on health / total household expenditures net of food spending

CHE2: calculated as out of pocket expenditures on health / total household expenditures net of international poverty line

Standardized using the total distribution by household size of all countries as the standard

Source: Individual country authors' calculations using country database

health expenditures compared to the richest households. CHE2 provides a clearer pattern, and in all countries except Chile the percent with catastrophic health expenditures is higher among poor households (Table IV). For CHE1 the ratios are lower and for several countries below 1. The poorer countries (such as

Nicaragua and Ecuador) tend to have greater differentials, particularly for CHE2. Bolivia shows a very high difference of 28 times the prevalence among poorest compared to households in the richest income quintile and between CHE1 and CHE2 which may point to difficulties with these data.

Table IV
RATIOS OF PREVALENCE OF CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURES IN TWELVE LATIN AMERICA AND CARIBBEAN COUNTRIES (THRESHOLD=30%)

	Argentina	Bolivia	Brazil	Chile	Colombia	Costa Rica	Dom Rep	Ecuador	Guatemala	Mexico	Nicaragua	Peru
Area of residence												
	Rural: urban=1											
CHE1	0.8*	1.6	1.6*	n.a.	2.5*	1.0	1.3*	2.1*	1.3*	1.9*	2.2*	1.4*
CHE2	0.8*	4.3*	2.2*	n.a.	2.8*	1.8	1.4*	3.0*	2.3*	3.5*	3.5*	2.3*
Income quintiles												
	Poorest quintile: Richest quintile=1											
CHE1	1.4	0.7	2.1*	0.48*	2.4*	0.3	1.3	1.7*	0.5*	1.1	1.5*	0.8
CHE2	2.0*	28.2*	6.6*	0.97	5.0*	5.0*	1.4	10.8*	4.9*	5.8*	12.2*	4.7*
Household												
Composition (1)												
	At least one child: rest=1											
CHE1	0.6*	0.7	0.9	0.97	1.2	1.1	0.7*	1.2	1.2	1.5	1.3*	1.6
CHE2	0.6*	2.6*	2.1*	1.29	1.5*	8.3*	0.8	1.9*	2.5*	2.5*	1.8*	2.7*
Household												
Composition (2)												
	At least one older Adult: rest=1											
CHE1	3.5*	2.9*	4.0*	2.21*	2.3*	7.5*	2.7*	3.1*	2.3*	4.4*	2.1*	2.4*
CHE2	4.1*	1.8	2.7*	1.99*	2.4*	4.8*	4.0*	2.4*	2.1*	3.4*	1.6*	2.4*
Household												
Composition (3)												
	At least one child and older adult: rest=1											
CHE1	1.7*	0.9	1.6	3.12*	1.6	0.0*	1.5*	1.1	1.9*	2.8	1.6*	2.9*
CHE2	1.9*	3.1	3.1*	4.44*	3.0*	10.6*	1.7	2.2*	3.6*	6.0*	1.9*	4.0*
Household size (1)												
	3 to 4 members: 2 or fewer members=1											
CHE1	0.5*	0.6	0.4*	0.72*	0.8	0.3	0.6*	0.6*	0.6*	0.4*	0.9	0.7*
CHE2	0.4*	1.3	0.8*	0.88	0.8*	0.4	0.6*	0.9	0.8	0.6*	1.3	0.8
Household size (2)												
	5 or more members: 2 or fewer members=1											
CHE1	0.4*	0.5	0.4*	0.88	0.7	0.4	0.5*	0.5*	0.7	0.4*	1.1	0.7
CHE2	0.3*	3.5*	1.5*	1.50	1.1*	1.9	0.4*	1.5*	1.8*	1.2*	2.9*	1.5*
Health insurance												
	Uninsured: insured=1											
CHE1	0.5*	1.2	0.7*	0.59*	2.5*	0.0*	1.5*	1.6*	1.7*	1.3*	1.9*	1.5*
CHE2	0.5*	4.4*	1.6*	0.81	2.3*	0.0*	1.6*	2.2*	2.5*	2.5*	3.1*	1.1

Note: (*) Ratio of prevalences is significantly different than 1 (numerator and denominator 95% confidence intervals do not overlap)

CHE1: calculated as out of pocket expenditures on health / total household expenditures net of food spending

CHE2: calculated as out of pocket expenditures on health / total household expenditures net of international poverty line

'Rest' are households without children or older adults

Age of Household Members. For this contrast, we present the ratio of the percent of households reporting catastrophic health expenditures in each group, using as reference the group of households with neither children nor elderly members. In general, countries have higher exposure to catastrophic health expenditures among households with children compared to households with no children and no elderly (Table IV). Still, the results vary across countries and are less marked for CHE1 than CHE2. For 10 of the 12 countries using CHE2, households with children tend to be more exposed to financial crisis from health spending, with statistically significant differences in 9 of these countries.

All 12 countries have higher levels of catastrophic health expenditures among households with elderly members compared to households with no children and no elderly, and this holds for both indicators. The ratios are particularly high for Argentina, Costa Rica, Dominican Republic and Mexico. The results also show that for CHE2 all countries have higher propensity of catastrophic health expenditures among households with children and elderly compared to households without either group (Table IV). For CHE1 almost all countries also have ratios over 1. In Argentina, Dominican Republic, Ecuador, Guatemala and Nicaragua the ratios are approximately 2:1, and in the remaining countries the ratios are substantially higher. Overall, the results suggest that the propensity to suffer catastrophic health expenditures tends to be higher for families with young children, and more so for families with elderly household members.

Household Size. We present the ratio of catastrophic health expenditures among medium and large households relative to the percent among small households. In most countries, households with 3-4 members are less likely to experience catastrophic health expenditures than small households of 1-2 members (Table IV). The exceptions are Bolivia and Nicaragua where the ratio is above 1 for CHE2, although these are not statistically significant. In all countries with the exception of Argentina and Dominican Republic, but only for CHE2, large households have higher prevalence of catastrophic health expenditures than small households. The gap is largest in Bolivia and Nicaragua.

Health Insurance Coverage. We compare the prevalence of catastrophic health expenditures by whether or not the household includes an insured household member (Table IV). For the majority of the countries, the propensity to incur in catastrophic spending is, as expected, higher among households without insurance and the results are largely consistent for both CHE1 and CHE2 and statistically significant. The exceptions are Argentina and Chile, Costa Rica and Peru (with a ratio close to 1.0 for CHE2).

Discussion

We assessed the extent to which households in Latin America suffer catastrophic health expenditures with a focus on the relative risk for sub-groups of the population in each of the countries. We defined these groups according to characteristics that suggest similar conditions or lifestyles, for example level of income. Our approach aimed to make cross-country comparisons to enhance the results obtained from one single country and to maximize the impact of the results obtained. Since populations in each country are exposed to different socioeconomic and health sector contexts, cross-national comparisons helped us draw general conclusions about the relationship between certain population traits and the risk of suffering catastrophic health expenditures, increasing the precision of a given policy conclusion.

Thus our comparative results can be interpreted as a measure of how certain groups are more susceptible to suffer catastrophic expenditures than others across countries. Although as mentioned, our emphasis is not on absolute levels, the prevalence of catastrophic spending by households portrays a heterogeneous set of countries. We find absolute values of prevalence that vary widely, from less than 1% of households in Costa Rica and 2% in Brazil (two countries where social security covers the large majority of the population), to 10-15% of households in Nicaragua, Guatemala, Dominican Republic, Argentina, and urban Chile.

The results on the relative levels across subgroups show patterns that are important for policies targeted to improve the equity of health financing in these countries (Table V). First, it is clear that for all countries, certain groups of the population are more exposed to catastrophic expenses and these groups can be identified and targeted in each country. Second, there are common attributes that define high risk of catastrophic expenses for the region: households in rural areas, uninsured, poor households, and households with children or with elderly members. Some of the results are consistent with previous literature^{5-7,10, 29,33-34} but our work also finds a systematic high risk for rural households and among households with elderly members (with or without children).⁵ While this pattern may reflect expensive health care needs of older adults, the presence of elderly members in the household may reflect a coping mechanism of poor households, who may recourse to co-residence with elderly family members to meet consumption needs. Similarly, large households seem more likely to incur in catastrophic expenses, and this type of living arrangement could be a coping mechanism sought by many poor households for economic survival.

The differences between uninsured/insured house-

Table V
SUMMARY OF SIGNIFICANT DIFFERENCES IN PREVALENCE OF CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURES IN TWELVE LATIN AMERICA AND CARIBBEAN COUNTRIES BETWEEN SUB-GROUPS BY COUNTRY

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Dom Rep	Ecuador	Guatemala	Mexico	Nicaragua	Peru
Rural vs urban	X #	XX	X	NA	X		X	X	X	XX	XX	X
Income quintile: poorest vs richest	X	XXX	XXX		XX	XX		XXX	XX	XXX	XXX	XX
Household composition: children vs rest	X#	X	X		X	XXX		X	X	X	X	X
Household composition: Older adults vs rest	X		X	X	X	XX	XX	X	X	XX	X	X
Household composition: children and older adults vs rest	X		XX	XX	X	XXX		X	XX	XXX	X	XX
Household size: 3-4 members vs 2 or fewer	X#		X#		X#		X#			X#		
Household size: 5 or more members vs 2 or fewer	X#	XX	X		X		X#	X	X	X	X	X
No health insurance coverage vs yes	X#	XX	X		X	X#	X	X	X	X	XX	

Notes: Using CHE2, data comes from Table IV (ratios of prevalence of catastrophic health expenditures using threshold= 30%)

'Rest' in household composition are households without children or older adults

Only ratios significantly different than 1 are marked with X as follows:

X#: ratio is significantly less than 1

X: 1 < ratio <=3

XX: 3 < ratio <=5

XXX: ratio > 5

holds are not as great as might be expected if insurance were effectively protecting households from spending out of pocket. While these results are somewhat surprising, it may indicate that households with insurance are spending out-of-pocket for uncovered expenses such as medications, or in order to avoid long waits. Furthermore, uninsured households may forego health spending and thus not incur in financial catastrophe, although they may be subject to greater health catastrophe as a result of avoiding timely care. Another important aspect is that insured populations may be self-selected. Lack of insurance may be an indicator of particular types of households that also have a different attitude towards spending on health care. This may be true for some countries more than others, in particular in those countries in which insurance is a matter of choice. Moreover, health insurance varies tremendously across countries. Thus for example, in some countries coverage may represent almost zero expenditures out of pocket while it may represent large out of pocket expenses in others.

Another important conclusion of this collective work is that the indicator used for catastrophic health expenditures can affect substantially the results; this was evident from using two indicators: out of pocket health share (CHE1) and health expenditures net of a standard value (CHE2). Once again, the absolute values

obtained with the two indicators are expected to differ, by definition, but our use of the relative standing of different groups took into account this possible source of variation. For countries with particularly high rates of absolute poverty, CHE1 may actually show more catastrophic spending among the richest compared to the poorest households as was the case in Bolivia, Peru and Guatemala. With the measure that takes into account spending on health at any level by families living below the poverty line, the result is the opposite as shown by the high differentials found. Additional support for this explanation comes from the results for Brazil, Colombia, Guatemala and Mexico where the ratio for the first indicator, though greater than 1.0, is much lower than for the second. In addition, we may be capturing non-spending by poorer households who cannot pay for health care and thus are exposed to even greater health crises.

As is typically true for cross-national comparisons, the greatest challenge for this study was the comparability of data across countries. The data sets for the various countries were not designed with cross-country comparisons in mind. Thus there were important differences in field protocols, concepts and wording and design of questionnaires. It would be advantageous to apply a standard battery of questions in all countries

for the analysis of health care spending. This convention would greatly facilitate cross-country analyses, but this harmonization effort also can potentially improve the quality of the national data sets. This collective effort would require concerted action, and could be led and financially supported by organizations such as the World Health Organization and its regional arm the PanAmerican Health Organization, and financial institutions such as the Interamerican Development Bank and the World Bank.

This paper reflects the effort by a collection of country-specific research teams that committed to harmonizing variables across the data sets to facilitate comparisons. One limitation is that the measure used for expenditures and to calculate prevalence of catastrophic health expenditures assumes that households facing potentially large medical expenditures sacrifice consumption. The definition ignores the differential ability of households to draw from savings, assets, family transfers, or other coping mechanisms to protect consumption of other goods. Previous research has argued that this approach can provide a misleading idea of the consequences for impoverishment of health shocks, in particular in the short run.^{15,26} This can be especially relevant in populations where informal coping mechanisms are common, which can be the case in many of the societies represented by the study countries, and these mechanisms may further differ across sub-groups in a country or across countries. Future research on this line of work could seek to improve on these features of the data samples, and assess more accurately the impact of health shocks on the economies of households in poor societies. Considering longer time horizons of health expenditures and longitudinal data on patterns over time will be essential for answering these questions. Are the same households exhibiting catastrophic expenses over time? For how long?

Our limitations notwithstanding, the approach used to quantify and compare the patterns of catastrophic health care expenditures contributes to our understanding of the groups that most need additional financial protection to prevent the consequences of health shocks, and could be used to monitor the progress of health systems in securing financial protection of vulnerable groups in Latin America. The systems to finance health care and their coverage of the population vary widely in the region, from Brazil's unified tax-based to Costa Rica's unified social health insurance scheme, both offering universal coverage. In between there are fragmented health systems that include Health Ministries covering with limited-benefit packages the population with no capacity to pay, while social health insurance schemes cover formal workers more-effectively. Inno-

ative schemes include Colombia's regulated competition model that reaches universal coverage and has encouraged reforms in countries like the Dominican Republic and Peru. Chile's AUGE scheme seeks universal coverage with a limited package and guaranteed waiting times, and Mexico's Seguro Popular offers tax-financed coverage through social insurance covering the previously uninsured. While several countries contract private providers for their public schemes, all permit the private sector with limited regulation to sell services to those able to pay. Further work should deepen the analysis on how the patterns of catastrophic spending are related to the features of health financing in each country.

Acknowledgements

Authors are grateful to IDRC (Grant 103905-001), the Carlos Slim Institute for Health through the LAC Health Observatory, the Consejo Promotor Competitividad y Salud and the Mexican Health Foundation for financial support and institutional support. Support is also recognized from CONACyT (grant 85055 Fondo Sectorial de Investigación para la Educación and grant SALUD-2004-C01-191 Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social).

All authors contributed to this paper through their involvement in the Network on Health Financing and Social Protection in Latin America and the Caribbean (LANET) and /or the IDRC-funded project mentioned above. Other members of LANET who contributed to the work of the group are: Ana Mylena Aguilar; María Luisa Escobar; Amanda Glassman; Ramiro Guerrero Carvajal; Jorine Muiser; Gustavo Nigenda; Maja Pleich; Rocio Saenz; Vito Sciaraffia; Vito Sciaraffia Jr; Cecilia Vidal; Nilhda Villacres.

Declaration of conflicts of interest: The authors declare that they have no conflict of interests.

References

1. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
2. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul FM. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull World Health Organ.* 2009;87:542-48.
3. Frenk J, Gómez-Dantés O. Ideas and ideals: ethical basis of health reform in Mexico. *Lancet* 2009;373:1406-08.
4. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bull World Health Organ* 2008;86:849-46.
5. Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove T, Evans T. 2007. Protecting Households from Catastrophic Health Spending. *Health Aff (Millwood)*; 26(4).
6. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM. Designing health financing

- systems to reduce catastrophic health expenditures. Technical Brief for Policy Makers No.2. Geneva:WHO 2005.
7. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362: 111-117.
 8. Carrin G, James C. Evans. Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Technical briefs for policy-makers. No. 1 Geneva:World Health Organization, 2005.
 9. O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya R, Somanathan A, Adihkari S, Akkazieva B, et al., Who pays for health care in Asia? *J Health Econ.* 2008; 27: 460-75 pmid: 18179832.
 10. Baeza C. and Packard TG. Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America. The World Bank and Stanford University Press. Washington DC:World Bank, 2006.
 11. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, eds. Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective. Oxford: Oxford University Press, 1993.
 12. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *J Health Econ.* 1999; 18(3):291-313.
 13. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, et al. Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact. Equitap Project Working Paper No.2. Thailand: EQUITAP, 2005.
 14. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya R, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Econ.* 2007; 16(11):1127-1275.
 15. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Coping with health care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Econ.* 2008 pmid: 18246595.
 16. Knaul, Felicia M., Hector Arreola-Ornelas, Oscar Méndez-Carniado, et al. Evidence Is Good For Your Health System: Policy Reform to Remedy Catastrophic and Impoverishing Health Spending in Mexico, *Lancet*, 2006; 368 (9549), 1828-41.
 17. Knaul, Felicia and Julio Frenk. Health Insurance in Mexico: Achieving Universal Health Insurance through Structural Reform, *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24 (6), 1467-76.
 18. Secretaría de Salud. Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas. México, DF: Secretaría de Salud, 2002.
 19. Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. México, DF: Secretaría de Salud, 2003.
 20. Secretaría de Salud. Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas. México, DF: Secretaría de Salud, 2004.
 21. Secretaría de Salud. Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas. México, DF: Secretaría de Salud, 2005.
 22. Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. México, DF: Secretaría de Salud, 2006.
 23. Van Doorslaer E., O'Donnell O., Rannan-Eliya R.P. et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, 2006; 368: 1357-64.
 24. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ.* 2003; 12: 921-34 doi: 10.1002/hec.776 pmid: 14601155.
 25. Gertler P, Gruber J. Insuring consumption against illness. *Am Econ Rev.* 2002; 92:51-70.
 26. Wagstaff, Adam, The Economic Consequences of Health Shocks. World Bank Policy Research Working Paper No. 3644, 2005.
 27. Londoño, Juan-Luis and Julio Frenk. Structural Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America, *Health Policy*, 1997; 41(1), 1-36.
 28. Wong, R, A Palloni. Aging in Mexico and Latin America, Chapter 11 in *International Handbook of Population Aging*, (eds), Springer Netherlands, 2009.
 29. Murray CJL, Knaul F, Xu K, Mugrove P, Kawabata K. Defining and measuring fairness of financial contribution. World Health Organization. Global Programme on Evidence. Working Paper 24, 2000.
 30. Peticara, M. Incidencia de los Gastos de Bolsillo en Salud en Siete Países Latinoamericanos, Santiago de Chile, CEPAL, 2008.
 31. Gottret P, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. Washington, DC: The World Bank, 2006.
 32. World Health Organization, The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever, Geneva: World Health Organization, 2008.
 33. Knaul FM, Arreola H, Méndez O, Miranda M. Preventing impoverishment, promoting equity and protecting households from financial crisis: Universal Insurance through Institutional Reform in Mexico. In: Addressing Challenges of Health Systems in the Developing World. Peter Smith and Diana Pinto, editors. Global Development Network and Edward Elgar. Cheltenham, UK, 2009.
 34. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Torres AC. Impoverishing and catastrophic household health spending among families with older adults in Mexico: A health reform priority. Chapter 18. The Health of Aging Hispanics: The Mexican-Origin Population. Angel, JL, Whitfield KE. (Eds.). New York: Springer Publishing, 2007.
 35. Glassman AL, Escobar ML, Giuffrida A, and Giedeón U. Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Inter-American Development Bank and Brookings Institution, Washington, D.C., USA; 2009.
 36. Musgrove P. Colombia: Approaching Universal Coverage. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29:4, 739-740.
 37. Muise J, Herring A, Vargas JR. Understanding ten years of stagnation in Costa Rica's drive for universal coverage. *Well-Being and Social Policy journal*, 2008; 4:2.
 38. World Bank. World Development Indicators database. Washington DC: World Bank, 2010. Online (<http://data.worldbank.org>). Accessed september 27, 2010.
 39. O'Donnell, O., E van Doorslaer, A Wagstaff, and M Lindelow. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data, Washington, D.C., The World Bank Press, 2008.
 40. Van Doorslaer E., O'Donnell O., Rannan-Eliya R.P. et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, 2006; 368: 1357-64.

Sistema de salud de Argentina

Mariana Belló, Lic en Psic, M en C,⁽¹⁾ Victor M Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc.⁽²⁾

Belló M, Becerril-Montekio VM.
Sistema de salud de Argentina.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S96-S108.

Resumen

En este artículo se describe el sistema de salud de Argentina, que está compuesto por tres sectores: público, de seguridad social y privado. El sector público está integrado por los ministerios nacional y provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales. El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian sobre todo con primas que pagan las familias y/o las empresas. En este trabajo también se describen las innovaciones recientes en el sistema de salud, incluyendo el Programa Remediar.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Argentina

Belló M, Becerril-Montekio VM.
The health system of Argentina.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S96-S108.

Abstract

This paper describes the health system of Argentina. This system has three sectors: public, social security and private. The public sector includes the national and provincial ministries as well as the network of public hospitals and primary health care units which provide care to the poor and uninsured population. This sector is financed with taxes and payments made by social security beneficiaries that use public health care facilities. The social security sector or Obras Sociales (OS) covers all workers of the formal economy and their families. Most OS operate through contracts with private providers and are financed with payroll contributions of employers and employees. Finally, the private sector includes all those private providers offering services to individuals, OS beneficiaries and all those with private health insurance. This sector also includes private insurance agencies called Prepaid Medicine Enterprises, financed mostly through premiums paid by families and/or employers. This paper also discusses some of the recent innovations implemented in Argentina, including the program Remediar.

Key words: health system; social security; Argentina

(1) Universidad del Caribe. Cancún, Quintana, Roo, México.

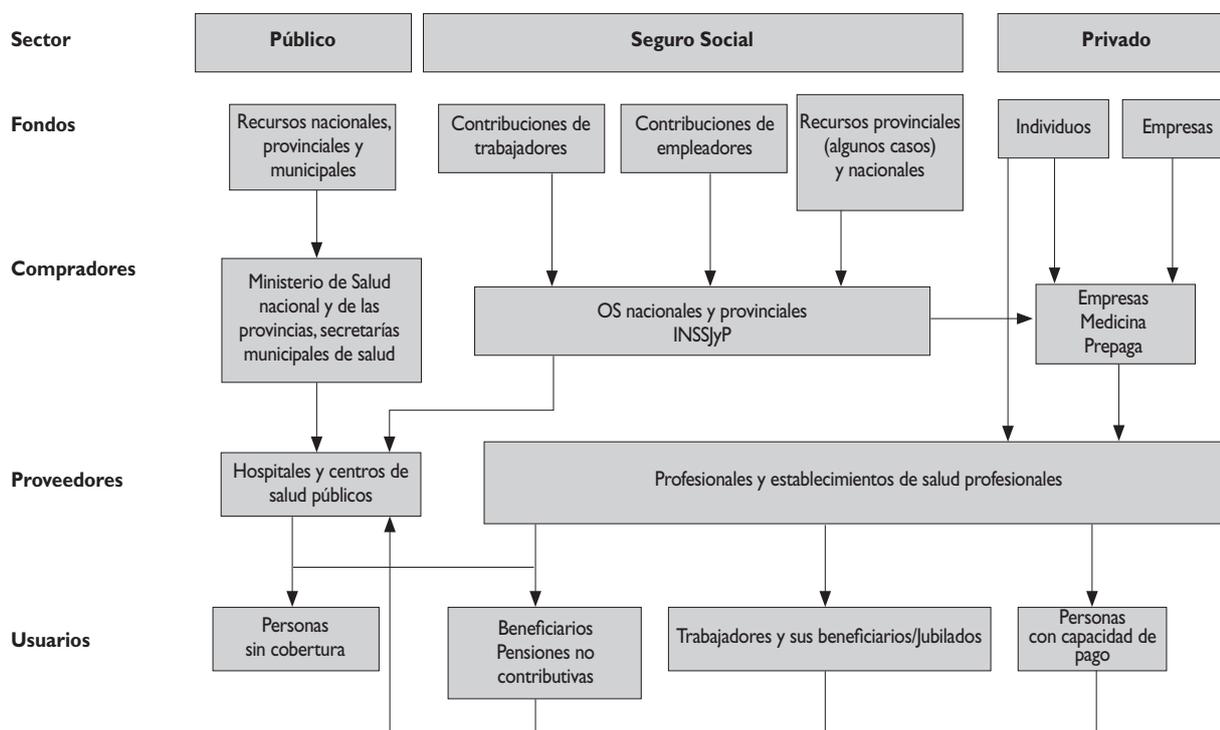
(2) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de aceptado: 5 de enero de 2011

Solicitud de sobretiros: Mariana Belló. Universidad del Caribe. Av. Itzamná, int 1, casa 15, Manzana 44, Supermanzana 326,

Fraccionamiento Villa Maya, Cancún, Quintana Roo

Correo electrónico: mbello@observatorio.ucaribe.edu.mx



OS: Obras Sociales

INSSyP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Fuente: Referencia 1

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado. El sector público está integrado por los ministerios nacional y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y los patrones. El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS. Los servicios que ofrecen se prestan en consultorios e instalaciones privados.

Contexto

La población de Argentina pasó de 32.6 millones de habitantes en 1990 a 40.5 millones estimados en 2010; 49% son hombres y 51% mujeres.² Se calcula que para 2015 la población ascenderá a 42.4 millones de personas, con una tasa de crecimiento de 0.91%. Alrededor de 92% de la población habita en zonas urbanas y un tercio de la población reside en la zona metropolitana de Buenos Aires, ciudad que concentra, además, 40% del PIB.

Argentina presenta una estructura poblacional en franco proceso de envejecimiento. El porcentaje de adultos mayores pasó de 2.5% en 1895 a 3.9% en 1947 y 10%

en 2010. Este proceso se debe a la confluencia de varios factores: el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, que pasó de siete hijos por mujer a finales del siglo XIX a 2.2 hijos en 2008; el descenso de la mortalidad general, que pasó de 17 a 7.6 defunciones por 1000 habitantes entre 1947 y 2008, y el incremento de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 40 años en 1947 a 75 años en 2008.²⁻⁵

Condiciones de salud

La salud de los argentinos ha mejorado notablemente en los últimos 20 años en tanto se vive más y mejor

que antes. El perfil epidemiológico se caracteriza por un creciente predominio de los padecimientos no transmisibles. Sin embargo, las infecciones comunes y los problemas reproductivos siguen afectando a las poblaciones más marginadas.^{5,6}

En 2008 casi 70% de las defunciones que se presentaron en Argentina se produjeron en mayores de 65 años y 50% se debieron a padecimientos no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.³

Las tasas de mortalidad materna e infantil descendieron entre 1990 y 2008.³ La razón de mortalidad materna se estabilizó desde 1994 en alrededor de 40 muertes por 100 000 nacidos vivos. Cabe recalcar, sin embargo, la enorme brecha existente entre provincias, ya que mientras en la ciudad de Buenos Aires la razón de mortalidad materna en 2008 fue de 9 por cada 100 000 nacidos vivos, en las provincias de Formosa y Jujuy esta misma tasa se ubicó por arriba de 100. La mortalidad infantil, por su parte, descendió de 25.8 por 1000 nacidos vivos en 1985 a 12.5 en 2008. Sin embargo, también aquí hay diferencias importantes entre regiones. Las jurisdicciones con mayor ingreso per cápita presentan una tasa de mortalidad infantil de 8 por 1000 nacidos vivos contra 19 en las jurisdicciones más pobres. Las principales causas de muerte infantil en Argentina son la desnutrición, las diarreas, las dificultades respiratorias del recién nacido y las malformaciones congénitas del corazón. Dos terceras partes de las muertes infantiles son neonatales. Se calcula que seis de cada 10 muertes de recién nacidos podrían evitarse con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto, y un diagnóstico y tratamiento tempranos de las patologías neonatales.

En 2008 las dos principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, incluyendo las enfermedades hipertensivas, y los tumores malignos. El tercer lugar de la mortalidad general lo ocuparon las enfermedades cerebrovasculares.⁶

Las principales causas de muerte en las mujeres son la insuficiencia cardiaca, las enfermedades cerebrovasculares, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades isquémicas del corazón, que concentran la tercera parte de las muertes totales (cuadro II). Las principales causas de muerte en los hombres son la insuficiencia cardiaca, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, que concentran poco menos de la cuarta parte de las muertes totales (cuadro III).

Estructura y cobertura

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, ARGENTINA, 2008

Población total (2010)	40 518 951
Población total de 60 años y más (2010)	5 821 429
Esperanza de vida	75.2
Esperanza de vida a los 60 años	17.3
Tasa de mortalidad general	7.6
Tasa de mortalidad infantil	12.5
Razón de mortalidad materna	40
Prevalencia de tuberculosis por 100 000 habitantes (2007)	27.1
Prevalencia de hipertensión arterial (%) (2005)	34.5
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2007)	99.4
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (%) (2007)	
Tuberculosis (BCG)	99
Sarampión (MCV)	99
Población con cobertura de Obra Social	18 231 181
Población sin cobertura de Obra Social	21 514 432
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	9.6
Gasto per cápita en salud*	1 385
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	49.8
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud (2008)	8.37

Fuente: Referencias 3,7-13

*Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado.¹³⁻¹⁵

El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago, aproximadamente 14.6 millones de personas en 2008.¹⁶

El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) brinda cobertura a

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, ARGENTINA, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Insuficiencia cardíaca	17 022	83.9	11.9
2. Enfermedades cerebrovasculares	9 888	48.8	6.9
3. Infecciones respiratorias agudas	8 555	42.2	6.0
4. Enfermedad isquémica del corazón	7 378	36.4	5.1
5. Insuficiencia respiratoria no clasificada en otra parte	5 837	28.8	4.1
6. Demás enfermedades del corazón	5 774	28.5	4.0
7. Septicemia	5 356	26.4	3.7
8. Tumor maligno de mama	5 212	25.7	3.6
9. Demás enfermedades del sistema respiratorio	4 407	21.7	3.0
10. Enfermedades del sistema urinario	4 217	20.8	2.9
Las demás	68 628	-	48.8
Total	142 274	701.5	100

*Tasa por 100 000 mujeres

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, ARGENTINA, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Insuficiencia cardíaca	13 691	70.3	8.58
2. Enfermedad isquémica del corazón	10 811	55.5	6.78
3. Enfermedades cerebrovasculares	9 460	48.6	5.93
4. Infecciones respiratorias aguda	8 165	41.9	5.12
5. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6 533	33.6	4.10
6. Demás enfermedades del corazón	5 517	28.3	3.46
7. Enfermedad respiratoria no clasificada en otra parte	5 145	26.4	3.23
8. Septicemia	4 882	25.1	3.06
9. Enfermedades del sistema urinario	4 235	21.8	2.65
10. Demás enfermedades del sistema respiratorio	4 225	21.7	2.65
Las demás	86 863	-	54.44
Total	159 527	819.5	100

*Tasa por 100 000 hombres

los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias.

El sector privado incluye: a) a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a OS específicas o a sistemas privados de medicina prepagada; b) los establecimientos asistenciales, contratados también por las OS, y c) las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina

Prepaga (EMP), que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como OS ni como medicina prepagada.

¿Quiénes son los beneficiarios?

En 1943 Argentina dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico del Estado con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1949 se transformó en Ministerio. Esa década fue testigo de un doble nacimiento: del Estado "responsable-garante" del derecho a la protección de la salud y de las organizaciones sindicales, estatales y paraestatales que más tarde dieron origen al sistema de OS. Esto dio lugar a la expansión de los derechos sociales en general, la multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, y la ampliación de la seguridad social, pero institucionalmente se reflejó en el desarrollo de un sistema fragmentado con tres subsectores que atienden a tres categorías de usuarios: a) los grupos sociales de bajos ingresos, que no cuentan con seguridad social; b) los trabajadores asalariados y los jubilados, y c) la población con capacidad de pago, que compra seguros privados o paga de su bolsillo al recibir atención.¹⁶ Entre las dos primeras categorías se ubican los beneficiarios de las pensiones no contributivas.

La población de escasos recursos que no cuenta con los beneficios de la seguridad social recurre a la red de hospitales y centros de salud públicos en los cuales se brinda atención gratuita a cualquier persona que lo demande.

Los trabajadores activos y jubilados, y sus familias, cuentan con un seguro social administrado por las OS (nacionales y provinciales), que no tienen fines de lucro y que se organizan a partir de las diversas ramas de actividad económica. Estas entidades subcontratan los servicios del sector privado para la atención de sus beneficiarios.¹⁷ En 2008 este sistema cubría a más de 18 millones de beneficiarios entre titulares y sus familiares (las OS nacionales cubren al 70% de los afiliados y las OS provinciales al 30% restante) (cuadro IV).⁵

Por su parte, los titulares de pensiones no contributivas y sus familiares son, en su mayor parte, una población con grandes carencias, incluso con necesidades especiales y con dificultades de acceso a atención médica. Las personas con trabajos precarios o que carecen de trabajo no están comprendidos dentro del sistema de OS. El financiamiento, la implementación y la coordinación de la atención médica que se brinda a esta población está a cargo del Programa Federal de Salud (PROFE) del Ministerio de Salud de la nación (MS). Cerca de 80% de esta población es atendida en la red de hospitales y centros de salud públicos y el restante 20.5% (ex combatientes de Malvinas y pensionados por invalidez) reciben cobertura por parte del INSSJyP.¹⁸

Cuadro IV
BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES POR NATURALEZA INSTITUCIONAL, ARGENTINA, 2008

Naturaleza de la Obra Social	Beneficiarios
Sindicales	12 459 359
Estatales	16 830
Por convenio	18 814
Personal de dirección	1 038 416
Administración mixta*	3 503 292
Por adhesión [‡]	29 089
Ley 21476 [§]	22 495
De empresas [#]	15 814
De otra naturaleza	1 127 072
Total	18 231 181

* Creadas por ley y conducidas por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye PAMI y otras menores.

‡ Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales pero que no obstante se adhieren.

§ Pertenecientes a empresas estatales y creadas por una disposición especial.

Correspondientes a una sola empresa.

Fuente: Referencia 10

Finalmente, las EMP cubren a la población de mayores recursos, aproximadamente 3.3 millones de personas según datos del año 2006; 40% están afiliadas de forma individual o familiar y el resto a través de sus empresas. Aunque existen alrededor de 150 EMP en el país, cinco de ellas concentran el 60% de la afiliación del sector.¹⁶

¿En qué consisten los beneficios?

Las OS nacionales y las EMP tienen la obligación de atender el Programa Médico Obligatorio (PMO) dispuesto por el MS, cuyo cumplimiento es supervisado por la SSS dependiente de dicho ministerio. El PMO comprende un conjunto de prestaciones muy amplio y los medicamentos respectivos. Este programa cubre 95% de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.¹⁶

Las OS provinciales y las entidades del sector privado que no pertenecen a esquemas de medicina prepaga sino que ofrecen atención a cambio de pagos de bolsillo no están obligadas a ofrecer el PMO. Esto da origen a la existencia de diferentes esquemas provinciales de

beneficios. No obstante, las OS locales de 13 provincias sí ofrecen un conjunto explícito de prestaciones básicas. El PMO tampoco aplica en el sector público, el cual se regula a nivel provincial y municipal ofreciendo servicios definidos de acuerdo con los criterios establecidos por los diferentes ministerios de salud provinciales.¹⁹

Financiamiento

El sector público se financia con recursos fiscales. La administración central y los organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional. El INSSJyP, que cubre a los jubilados y los beneficiarios de pensiones no contributivas se financia con las contribuciones de los trabajadores asalariados y con recursos fiscales centrales. Este sector también se nutre de recursos que se recaudan en las provincias y municipios.^{20,21}

El financiamiento de las OS nacionales proviene del pago de 8% del salario de los trabajadores activos; 3% lo aporta el trabajador y 5% el patrón. Las OS provinciales se financian de la misma manera, con contribuciones de los empleados gubernamentales y con contribuciones de los gobiernos provinciales en su calidad de empleadores.

Una parte de las contribuciones a las OS financia el llamado Fondo Solidario de Redistribución, que se diseñó para aumentar la equidad en la distribución de los recursos entre entidades. Su objetivo es cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita asociada al PMO. Para ello, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) redistribuye a las OS una cierta cantidad por cada grupo familiar afiliado que no alcance a cubrir el costo del PMO. Los recursos rema-

nentes se dirigen a la Administración de Programas Especiales y se utilizan para apoyar financieramente a las OS en la cobertura de padecimientos de alto costo y baja frecuencia.

Finalmente, la atención en el sector privado se financia con las primas que los hogares o las empresas pagan a las EMP y con los pagos de bolsillo que hace la gente que no cuenta con seguro de salud y que recibe la atención de un prestador privado.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 1995 y 2008 el gasto total en salud como porcentaje del PIB pasó de 8 a 9.6%, convirtiendo a Argentina en el país latinoamericano con mayor inversión en salud. Sin embargo, debido a las devaluaciones de la moneda que se presentaron a finales de siglo pasado y principios de éste, el gasto per cápita en salud pasó de US\$ 707 en 1999 a US\$ 241 en 2002. A partir de entonces, ha aumentado constantemente hasta llegar a US\$ 801 en 2008 (cuadro V).^{22,23}

Del total del gasto en salud, 49.8% corresponde al gasto público y 50.1% al gasto privado. El gasto público ha mostrado una tendencia relativa al descenso. Representaba 59.8% del gasto total en salud en 1995. En el año 2000 pasó a representar 55.4% del gasto total, mientras que en 2008 se ubicó en 50%. El 59% del gasto público se concentra en los fondos de la seguridad social y el resto en las instituciones de salud del sector público.

Por lo que toca al gasto privado, 56% se concentra en los seguros privados y el resto corresponde a los gastos de bolsillo. Argentina, de hecho, presenta una de las cifras más bajas de gasto de bolsillo de América Latina.

Cuadro V
GASTO EN SALUD, ARGENTINA, 2000-2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Gasto total en salud (GTS) como %PIB	8.9	9.5	8.9	8.3	9.6	10.2	10.1	10	9.6
Gasto público en salud (%GTS)	55.4	53.6	50.2	52.2	45.3	43.9	45.5	50.7	49.8
Gasto privado en salud (%GTS)	44.6	46.4	49.8	47.8	54.7	56.1	54.5	49.3	50.2

Fuente: Referencia 20

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los argentinos?

A pesar de que el gasto de bolsillo en Argentina no es muy alto, el nivel de cobertura de las OS y de las EMP ha disminuido en los últimos años como resultado de las crisis económicas, lo que ha dejado sin la protección de un seguro de salud a un porcentaje creciente de la población argentina. De hecho, las cifras más recientes de gastos catastróficos y empobrecedores no son precisamente alentadoras. Algunos autores han estimado que 8.37% de los hogares argentinos incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud y 0.04% en gastos empobrecedores. Los hogares rurales tuvieron menos gastos catastróficos que los urbanos (8.25% vs 6.56%). Por nivel socioeconómico, en 20% de los hogares más pobres del país, el porcentaje de hogares con gastos catastróficos fue de 9.44% mientras que en 20% más rico este porcentaje fue de 6.66%. Entre hogares con seguro y sin seguro médico, los gastos catastróficos fueron mayores en los primeros (10.24%) que en los segundos (4.84%).¹²

Recursos

En el año 2000 Argentina contaba con 17 845 establecimientos de atención a la salud sin considerar a los consultorios privados. De este total 3 311 eran hospitales, lo que arroja una razón de nueve hospitales por cada 100 000 habitantes. Alrededor de 60% de los hospitales eran privados, 38% públicos y el resto pertenecían a las OS. La mayoría de los hospitales públicos eran provinciales y sólo una mínima proporción (1.8%) eran hospitales nacionales. Destacan dentro de éstos el Hospital Nacional "Baldomero Sommer", el Hospital Nacional "Profesor A. Posadas" y la Colonia Nacional "Dr. Manuel Montes de Oca".⁵

Los hospitales contaban con 153 065 camas, de las cuales 53% pertenecían al sector público, 44% al sector privado y el restante 3% al sector de las OS. Estas cifras arrojan una razón de 4.1 camas por 1000 habitantes, superior incluso al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es de 3.9.¹¹

Por lo que se refiere a las unidades de atención ambulatoria, en el país hay un total de 14 534 unidades de las cuales 44.4% pertenecen al sector público y en su gran mayoría dependen, al igual que los hospitales, de las administraciones provinciales.

Si bien se sabe que el país cuenta con equipamiento médico sofisticado, no hay información disponible con datos nacionales de la existencia de equipo médico de alta tecnología (tomógrafos, mastógrafos, aceleradores lineales,

etcétera). Sólo existe un catastro parcial que data de 1998 y que no contiene información de todas las provincias.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

Argentina es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo, superada en América Latina sólo por Cuba y Uruguay. En 2005 había en el país 3.2 médicos por 1000 habitantes.¹¹ El promedio en los países de la OCDE es de 3. Si bien estas cifras son alentadoras, existen diferencias importantes entre provincias. La ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, tiene siete veces más médicos por habitante que Formosa o Misiones.^{5,24}

No sucede lo mismo con las enfermeras. Se calcula que la razón de enfermeras por 1000 habitantes es de sólo 0.5, para una relación de enfermeras por médico de 0.2.¹¹ En los países de la OCDE la razón de enfermeras por 1000 habitantes es de 8.9 y la relación de enfermeras por médico es de 2.9.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

En Argentina el sector de la industria farmacéutica representa 7% del valor agregado industrial.²⁵ El valor de la producción argentina de medicamentos asciende a US\$ 2 018 millones (valor salida de laboratorio) y en 2005 se produjeron 405 millones de unidades (canal farmacias). En Argentina hay 230 laboratorios. Los primeros 20 laboratorios en facturación representan 60% del mercado; de estos, 11 son de capitales argentinos. Hay 142 droguerías autorizadas por la Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica y 3 de ellas concentran 60% del mercado. Por su parte, el consumo per cápita de medicamentos alcanzó los \$112 (pesos argentinos) en 2005.

La oferta local de medicamentos está constituida tanto por productos elaborados localmente, como por importaciones. Se estima que aproximadamente 30% del valor de la oferta doméstica de productos medicinales, corresponde a bienes elaborados en el exterior.

Durante la última crisis económica, el sistema de provisión pública y privada de medicamentos cayó en un proceso de franco deterioro. Los centros de atención enfrentaron serios problemas de suministro de insumos básicos debido a los incrementos de los precios que se generaron con la desregulación del mercado de medicamentos. Además, la merma en los ingresos de las OS derivada de la caída de los empleos formales y la disminución de los salarios, imposibilitó el cumplimiento adecuado de las prestaciones obligatorias. A esto habría que sumar la declinación de la cobertura de la seguridad social y de las EMP que desplazó la demanda de atención

de manera muy importante hacia los servicios públicos de salud.

Para enfrentar esta situación de emergencia, en el año 2002 se puso en marcha la Política Nacional de Medicamentos (PNM), la cual marcó un hito en la historia del acceso a los medicamentos en Argentina.²⁰ Esta política se estructuró sobre tres ejes:

- Prescripción de medicamentos por nombre genérico;
- El Programa Remediar, dirigido a los sectores más necesitados, que contempla la provisión de medicamentos esenciales en centros de atención primaria;²⁷
- La implementación y modificación del Programa Médico Obligatorio, que ahora cubre más de 370 medicamentos genéricos, incluyendo 70% de los medicamentos destinados a enfermedades crónicas.⁵

A partir de la aplicación de esta política, el consumo de medicamentos vendidos a través de las farmacias se incrementó de 277 a 405 millones de unidades entre 2002 y 2005. Esto permitió que más de cuatro millones de personas que antes no podían comprar los medicamentos tuvieran acceso a estos productos. En 2007 se logró además que 78% de las recetas consignara el nombre genérico del medicamento, lo cual refleja la aceptación social que ha tenido esta ley. Algunos medicamentos, además, bajaron de precio hasta en un 85% como efecto de la competencia.

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

La información en salud se concentra en el llamado Sistema Estadístico de Salud (SES), que a su vez forma parte del Sistema Estadístico Nacional (SEN), que es alimentado por todos los sectores (salud, educación, trabajo, economía). El SES tiene cobertura nacional y está sustentado en instrumentos legales específicos que le permiten generar estadísticas sobre hechos vitales (nupcialidad, natalidad y mortalidad), condiciones de vida y problemas de salud de la población, así como disponibilidad y utilización de recursos.²⁸

Para la generación de información en estas áreas, el SES cuenta con diferentes subsistemas: estadísticas vitales, estadísticas de servicios de salud (cuya fuente de información son los registros permanentes y censos) y estadísticas de cobertura, demanda, utilización de servicios y gasto directo en salud (cuya fuente de información son encuestas de población).

Este sistema está estructurado por niveles (nacional, jurisdiccional y local) interrelacionados. Las líneas de

acción para la obtención de información se acuerdan en reuniones nacionales. Las instancias locales cuentan con autonomía para la producción y difusión de la información.

La Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MS tiene a su cargo la coordinación nacional del SES y es la representante del SEN dentro del ministerio. Su objetivo es intervenir en la implementación y desarrollo de los programas nacionales y locales de estadísticas de salud y difundir sus resultados. Desde su implantación, el SES actúa de forma descentralizada a través de la firma de convenios con los ministerios provinciales.

Un componente importante del SES es el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Se trata de un subsistema que articula a diversas instituciones públicas y privadas que notifican sobre ciertas enfermedades o daños a la salud. El objetivo del SINAVE es ofrecer orientación técnica a quienes tienen la responsabilidad de decidir sobre acciones de prevención y control de riesgos y enfermedades.

Por lo que se refiere a la investigación, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (MinCyT), es el organismo encargado de establecer políticas y coordinar acciones para fortalecer la capacidad del país para dar respuesta a problemas sectoriales y sociales prioritarios, así como contribuir a incrementar la competitividad del sector productivo, sobre la base del desarrollo de un nuevo patrón de producción basado en bienes y servicios con mayor densidad tecnológica.²⁹ De acuerdo con el último Relevamiento Anual de Actividades de Ciencia y Tecnología, que incluye a organismos públicos, universidades públicas y privadas, empresas y otras entidades sin fines de lucro, que se llevó a cabo en 2007, existen más de 7 700 investigadores (incluyendo becarios) en el área de ciencias médicas, de los cuales 32% son médicos. Ese mismo año había en Argentina más de 3 500 proyectos de investigación y desarrollo vigentes dentro del área de las ciencias médicas. Cabe destacar que esta cifra creció 27% durante el periodo 2003 – 2007.³⁰

El gasto en investigación, sin embargo, sigue siendo insuficiente. Argentina, de hecho, es uno de los países de ingresos medios de América Latina con menor nivel de inversión en investigación y desarrollo tecnológico. A este rubro dedica apenas 0.5% de su PIB, porcentaje apenas superior al de México (0.4%), pero inferior al de Chile (0.6%) y Brasil (1%).

Rectoría

El gobierno nacional fija los objetivos centrales del sistema a través del MS que cumple una función de

conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto. El MS tiene a su cargo las funciones de normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional.³¹

El MS cuenta con diversos organismos descentralizados: la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT); la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS); el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI); el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (INAREPS). También dependen del MS, como remanentes de las políticas de descentralización, tres hospitales y la entidad más grande del sistema de OS, el INSSJyP. El MS también administra ciertos programas especiales como son los programas de inmunizaciones, maternidad e infancia, y VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), creada en 1996 como organismo descentralizado del MS, cumple un rol relevante. Goza de autonomía administrativa, económica y financiera, y es un ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional de Seguros de Salud.

Los gobiernos provinciales son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus ministerios de salud. La coordinación entre la nación y las provincias no está suficientemente articulada, aunque en los últimos años se le ha dado especial impulso al Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por los ministros de las provincias y el ministro de la nación. El COFESA es el espacio para la construcción de consensos, establecimiento de metas, y adopción de políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones.³²

Existen políticas definidas que norman la formación de los profesionales de la salud a través de la Ley de Educación Superior de 1995, la cual establece una serie de requisitos para aquellas profesiones cuyo ejercicio está regulado por el Estado y que pudieran poner en riesgo la salud de la población. Para estas carreras se establecen procedimientos de acreditación que son responsabilidad de un organismo descentralizado del Ministerio de Educación, la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitarias (CONEAU). La ley también establece que las carreras de posgrado deben ser acreditadas por la misma entidad o por entidades reconocidas por el Ministerio de Educación.³³

A pesar de que el control sobre el desempeño profesional de los recursos humanos dedicados a la salud es una función constitucionalmente reservada

a las provincias, el MS también lo ejerce a través del componente de Control del Ejercicio Profesional del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).³⁴

El PNGCAM, puesto en marcha en el año 2003, forma parte de un conjunto de políticas sustantivas e instrumentales de salud establecidas desde 1992 y concierne a todos los establecimientos nacionales de salud. El programa incluye varios componentes. El primero regula la habilitación y categorización de los establecimientos de salud por parte de comisiones integradas por entidades académicas y gremiales, financiadores y prestadores de servicios encargados de confeccionar las normas de organización y funcionamiento de los servicios. El segundo regula el ejercicio de los profesionistas de la salud (especialización, matriculación, certificación y recertificación profesional) con participación de todas las entidades vinculadas a este proceso. Aunque la certificación es un proceso voluntario, se vuelve obligatorio cuando el especialista desea anunciarse como tal. El tercer componente se vincula con la elaboración de guías y protocolos clínicos, así como de procedimientos de gestión de los servicios de salud. El cuarto se refiere a la implementación de indicadores y estándares de estructura, proceso y resultados en los servicios de salud, así como a la compatibilización de las modalidades de evaluación externa de la calidad y la gestión interna de calidad. Finalmente, el quinto componente se refiere a la oferta de asesoramiento y capacitación a las jurisdicciones provinciales, así como a la promoción de iniciativas de calidad.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La ANMAT es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional creado en 1992 que colabora en la protección de la salud garantizando que los medicamentos, alimentos y dispositivos médicos a disposición de la población posean eficacia, seguridad y calidad. Los productos de su competencia son los medicamentos, alimentos, productos médicos, productos de uso doméstico, reactivos de diagnóstico, cosméticos y suplementos dietarios. Para cumplir con su misión lleva a cabo procesos de autorización, registro, normalización, vigilancia y fiscalización de la elaboración y comercialización de dichos productos, así como de la publicidad relacionada con los mismos.³⁵

Por su parte, la ANLIS tiene entre sus funciones la supervisión de la elaboración y el control de calidad de productos biológicos, así como la realización de investigaciones y desarrollos para mejorarlos o para generar nuevos.³⁶

Otros organismos e instituciones tienen diversos niveles de responsabilidad sobre la salud de acuerdo con su ubicación estructural y su grado de vinculación con los ministerios de salud de cada jurisdicción. Así, la salud ambiental suele estar en el ámbito de responsabilidad ministerial en las provincias, pero a nivel nacional está a cargo de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable dependiente de la Presidencia de la Nación.³⁷ Por su parte, el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca es el responsable del control de los alimentos y de la salud animal.³⁸

¿Quién evalúa?

El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, perteneciente a la Oficina de la Presidencia de la Nación, tiene a su cargo la evaluación de los programas sociales de los ministerios que lo componen, entre ellos el MS. Las evaluaciones se llevan a cabo a través de un instrumento de gestión denominado Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO).³⁹

Entre las evaluaciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud destaca la evaluación del Programa Remediar 2003 y 2004 que estableció una línea de base del programa y llevó a cabo una medición de medio término para evaluar la capacidad de los mecanismos institucionales del Programa para lograr los resultados e impactos previstos y estudiar la correspondencia entre los objetivos del programa y los requerimientos de los beneficiarios. Por su parte, la Unidad de Investigación Estratégica en Salud del MS ha llevado a cabo evaluaciones de resultado e impacto de los diferentes componentes de la Política Nacional de Medicamentos.⁴⁰

Participación ciudadana

La SSS instrumenta mecanismos de participación ciudadana con el objeto de aumentar la capacidad de respuesta de las instituciones de salud a las demandas de los usuarios. Uno de los mecanismos que utiliza para cumplir con sus objetivos es el Sistema de Quejas y Sugerencias. Para ello se cuenta con buzones en las áreas de atención al público así como formularios de "Quejas y Sugerencias" que se dirigen a los diferentes usuarios, ciudadanos en general, beneficiarios de las OS o representantes de instituciones.¹⁶

También hace uso de encuestas de satisfacción dirigidas a los usuarios de los servicios públicos de salud y a los beneficiarios del Sistema Nacional de Obras Sociales. Las encuestas a éstos últimos indagan, entre otros aspectos, sobre la prescripción de medicamentos por

nombre genérico, la cobertura en medicamentos para las enfermedades crónicas más frecuentes, las prestaciones en discapacidad y la entrega de información sobre los derechos del beneficiario.

La SSS también organiza encuentros con organizaciones de defensa del consumidor y asociaciones de pacientes para favorecer el intercambio con la sociedad civil, propiciar el conocimiento de los derechos de que gozan los beneficiarios del sistema y facilitar la circulación de información. Cuando surgen situaciones que lo requieren, también lleva a cabo foros de consulta con diferentes actores del sistema.

Finalmente, un mecanismo de gran relevancia es la Audiencia Pública Anual. Se trata de un espacio institucional por medio del cual se convoca a todos los ciudadanos a discutir temas relevantes. La Superintendencia asume cada año el compromiso de convocar a una Audiencia Pública Anual en la que se discuten los temas en salud que inquietan a la ciudadanía.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

No existen estudios que permitan tener un panorama completo de la percepción de los usuarios respecto a la atención a la salud que reciben. No obstante, el Estudio Permanente de Satisfacción de los Beneficiarios del Sistema Nacional de Obras Sociales llevado a cabo por la SSS en 2006 permitió determinar que 85% de los beneficiarios utiliza exclusivamente los servicios de la OS. En 2006, 91% de los beneficiarios opinaron que su OS era buena, muy buena o excelente. Además, 90% de las personas reportaron tener confianza en su OS en el momento de requerir atención médica.¹⁶ Sesenta y seis por ciento reportaron que la demora promedio en turnos para clínica médica, ginecología y pediatría fue de una semana, mientras que para la atención por especialistas, así como para internación programada, 68% reportan demoras de que van de una a dos semanas.

Innovaciones

En las últimas décadas se han implantado en Argentina diversas políticas y estrategias que parten del reconocimiento del creciente deterioro de la eficiencia operativa y la equidad distributiva tanto del sector público como del sector de las OS. A esta situación se sumaba la necesidad de optimizar los recursos disponibles para afrontar la problemática derivada de los cambios en el perfil epidemiológico.^{41,42}

En la década de los noventa se llevó a cabo una reforma del sector salud que se implantó a través de

diversos decretos presidenciales. El conjunto de medidas tenía como objetivos fundamentales el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección siguiendo los criterios de focalización hacia los grupos vulnerables, y la redefinición del papel del estado en los procesos de federalización y descentralización. Además, dado que el financiamiento de los servicios ofrecidos tanto por la seguridad social como por el sector público se había basado en el subsidio a la oferta y la modalidad de pago era por unidad de servicios, la reforma se orientó también hacia la disminución del gasto y el aumento de la eficiencia a través de un esquema de subsidio de la demanda.

Por lo que respecta al sector público, se profundizó la descentralización administrativa de los hospitales nacionales hacia las jurisdicciones provinciales y municipales, tanto en su estructura administrativa como de prestaciones, un proceso iniciado en la década de los cincuenta. El MS se liberó de la administración directa de los servicios y, al no disponer de la facultad de transferir recursos financieros a las provincias, ganó disponibilidad presupuestaria para financiar programas prioritarios.

Otra medida fue la creación de los Hospitales Públicos de Autogestión, actualmente denominados Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, que los transformó en unidades autogestionadas eficientes que pueden generar recursos a través de la venta de los servicios tanto a personas con capacidad de pago como a las OS. De este modo, la atención médica gratuita quedó dirigida a los sectores de más bajos ingresos que no cuentan con cobertura de OS y/o de seguro privado.

En el subsector de OS se puso en marcha la estrategia de desregulación para instrumentar la libre elección de los afiliados y, con ello, abrir la competencia entre ellas a fin de promover una mejora en la provisión de los servicios y reducir la corrupción, un esquema competitivo al que más tarde se sumarían las EMP. Estas medidas también abrieron la posibilidad de que los hospitales públicos compitieran con los agentes del seguro, al reglamentar su participación en la captación de recursos financieros.

Con el fin de hacer efectiva la libre elección se incorporó la obligación de realizar un reempadronamiento de todos los beneficiarios y prestadores. Para asegurar la calidad en la prestación de los servicios por parte de los Agentes del Seguro de Salud (OS nacionales y EMP) se implementó el PMO como un conjunto de prestaciones mínimas a las cuales estaban obligados dichos agentes del seguro. Más allá de la obligación de las EMP de cumplir con el PMO, el sector privado quedó exento de otras regulaciones, dando lugar a una gran diversidad de modalidades de organización y contratación de servicios.

Cabe destacar que este conjunto de medidas de reforma sólo afectó a las OS de carácter nacional, ya que las OS provinciales se siguen rigiendo por los estatutos establecidos en cada una de sus 24 áreas de jurisdicción.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Las reformas llevadas a cabo en el sistema argentino de salud durante la década de los noventa continúan siendo objeto de debate. En general se piensa que reproducen la lógica segmentada del sistema, que se dirigieron sobre todo a la contención de costos y que poco reflejan la preocupación por mejorar la situación de los pobres o de los grupos con problemas de acceso a los beneficios del sistema.⁴³⁻⁴⁶

El crecimiento de la oferta de servicios curativos durante la década de 1970 había desembocado en una profunda crisis en los años ochenta que afectó la sustentabilidad financiera de la seguridad social y condujo a una saturación de la oferta de la estructura prestadora del sector privado en expansión. Las medidas de reforma sectorial intentaron fundamentalmente atender estas dificultades financieras, centrándose en la promoción de la competencia entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, con algunos avances en la regulación del sistema.

Desde el punto de vista de la organización del sistema de atención, los cambios más importantes durante la década de las reformas se dieron en el sistema de OS, con modificaciones en su organización, financiamiento y en aspectos de la provisión de servicios. Entre estos cambios, los que han tenido mayor impacto son los referidos a la libertad de contratación entre las entidades financiadoras y los proveedores de servicios. El núcleo más importante de regulación está dado en el nivel de intermediación y se expresa en las orientaciones que regulan los contratos entre pagadores, intermediarios y proveedores directos. Además, como resultado de las reformas se han incorporado nuevos actores (aseguradores), nuevos intermediarios y formas de contratación que han modificado las relaciones de poder en el sistema.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Argentina es el país de ingresos medios de América Latina con el mayor ingreso per cápita y el mayor gasto per cápita en salud. Esto, sin embargo, no se refleja en los principales indicadores de salud.¹¹ Su esperanza de vida al nacer (76 años en 2008) es menor que la de Chile (78) y similar a la de México (76). Su tasa de mortalidad en menores de 5 años (15 por 1000 nacidos vivos) es muy superior a la de Chile (9) y similar a la de México (17) y Uruguay (16). Su razón de mortalidad materna

por 100 000 nacidos vivos (77 por 100 000 nacidos vivos en 2005) es muy superior a la de Chile (16) y Uruguay (20), y superior a la de México (60). Esto nos habla de un desempeño deficiente de su sistema de salud.

El modelo argentino constituye un caso particular por su elevada fragmentación. La cobertura de la salud se encuentra distribuida entre el sector público, las OS y el sector privado, con una pobre coordinación entre subsectores, que ofrecen beneficios en salud muy heterogéneos. Es por ello que su principal desafío es diseñar medidas para incrementar el acceso igualitario a servicios integrales de salud reduciendo los enormes costos asociados a la atomización financiera, bajo la figura de un Estado garante del bienestar de la población.⁴⁷

En este contexto se requiere que el Estado nacional cree las condiciones para que se debata la implantación de sistemas provinciales integrados o esquemas de aseguramiento social en salud por jurisdicción. Este debate se debe realizar pensando en el sistema de salud en su conjunto. Sin embargo, es necesario reconocer que no es posible imaginar un modelo nacional sin resolver primero los retos provinciales. Como señala Maceira, el modelo nacional de salud es una construcción a la que se debe converger.⁴⁷ Para ello, es preciso encontrar elementos básicos a partir de los cuales cada provincia pueda operar sobre su realidad, para luego identificar ejes comunes y avanzar hacia una segunda instancia regional y nacional. El objetivo último debe ser la creación de un sistema de aseguramiento universal que garantice el acceso a un paquete de beneficios común y que reduzca considerablemente los gastos de bolsillo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Hurtado J. Argentina: síntesis del sistema de salud actual. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://copsalud.blogspot.com/2007/04/argentina-sintesis-del-sistema-de-salud.html>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar>.
- Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Argentina 2005, 2006, 2007 y 2008. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar>.
- Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información en Salud. Indicadores de salud seleccionados. Argentina 2000 a 2008. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar>.
- Ministerio de Salud. Boletín Indicadores Básicos, Argentina 2005, 2006, 2007 y 2008. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar>.
- Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información en Salud. Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. Argentina 2008. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República. Estimaciones y proyecciones nacionales de población 1950-015. Elaboración en base a los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/default.htm>.
- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín de Indicadores Básicos. Argentina 2009. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República. Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades" VIGI+A e INDEC, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/default.htm>.
- Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/default.asp>.
- World Health Organization. World health statistics 2010. Geneva: WHO, 2010.
- WHO. National health accounts. Argentina. [Consultado el 7 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/arg/en>.
- Maceira D, Reynoso A. Gasto financieramente catastrófico y empobrecedor en salud en Argentina 1997-2005. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, 2010.
- Arce H. Diagnóstico sintético y líneas de acción política sobre el sistema de salud argentino. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Serie Seminarios Salud y Política Pública, 2003.
- Belmartino S, Bloch C. El sistema de servicios de salud en Argentina. En: González-Pérez GJ, Vega-López MG, Romero-Valle S, coord. Los sistemas de salud en Iberoamérica de cara al siglo XXI. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 2004:11-32.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Perfil del sistema de servicios de salud. República Argentina. Washington, DC: OPS, 2001.
- Superintendencia de Servicios de Salud. Carta Compromiso. Buenos Aires. Argentina. [Consultado el 1° de julio de 2010]. Disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/institucion/archivos/carta_com.pdf.
- Arce H. Evolución histórica del sector salud en Argentina. Rosario, Argentina: Cuadernos Médico Sociales, 1995.
- Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Prestaciones Médicas, Programa Federal de Salud. [Consultado el 5 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_prof-preguntas.asp.
- Tobar F, Montiel L, Falbo R, Drake I. La red pública de atención primaria de la salud en Argentina: diagnóstico y desafíos. [Consultado el 18 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/GestionSalud/La-Red-Publica-de-Atencion-Primaria-Argentina.pdf>.
- Ministerio de Economía y Ministerio de Salud, Finanzas Públicas. Estimaciones del gasto en Salud. Argentina 1997 y proyecciones. [Consultado el 10 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.mecon.gov.ar/secpro/dir_cn/gsalud.pdf.
- Maceira D. Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino. Buenos Aires: CEDES, 2002.
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales. Gasto público consolidado 1980-2008. [Consultado el 10 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.mecon.gov.ar/peconomica/basehome/series_gasto.html.
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales. Gasto público del gobierno nacional, 1980-2008. [Consultado el 10 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.mecon.gov.ar/peconomica/basehome/series_gasto.html.
- Abramzón M. Argentina: recursos humanos en salud en 2004. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2005.
- Unión Industrial Argentina y Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva [monografía en internet]. Debilidades y desafíos tecnológicos del sector productivo. Industria farmacéutica. [Consultado

- el 23 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.uia.org.ar/fla/debilidades2008/index.html>.
27. Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria. Resultados comparados de las investigaciones realizadas en el marco del Estudio Colaborativo Multicéntrico. Utilización del nombre genérico de medicamentos. [Consultado el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/UNG.pdf>.
28. Ministerio de Salud. Programa Remediar + REDES. 2010. Disponible en: <http://www.remediar.gov.ar>. Consultado el 13 de septiembre de 2010.
29. Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información en Salud. [Consultado el 13 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.deis.gov.ar/quienes_funcion.htm.
30. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. [Consultado el 23 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.mincyt.gov.ar/>.
31. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Relevamiento anual de las actividades de ciencia y tecnología, 2007. [Consultado el 23 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.mincyt.gov.ar/index.php?contenido=indicadores/banco_indicadores/encuesta.
32. Ministerio de Salud. [Consultado el 23 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/instit_des_func.asp.
33. Ministerio de Salud, Consejo Federal de Salud. [Consultado el 23 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/cofesa-index.asp>.
34. Ministerio de Educación, Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. [Consultado el 23 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.coneau.edu.ar/index.php?item=4&apps=64>.
35. Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. [Consultado el 23 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/institucional.htm>.
36. Ministerio de Salud, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. [Consultado el 24 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.anmat.gov.ar/webanmat/institucional/institucional.asp>.
37. Ministerio de Salud [sitio de internet] Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. [Consultado el 24 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.anlis.gov.ar/institucional/objetivos>.
38. Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación. [Consultado el 24 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.ambiente.gov.ar/>.
39. Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca. [sitio de internet] Buenos Aires. Argentina. [Consultado 2010 sept 24]. Disponible en: <http://www.minagri.gov.ar/site/index.php>.
40. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. [Consultado el 24 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.siempro.gov.ar/archivos/evaluaciones_realizadas_1996_2007.pdf.
41. Ministerio de Salud. [sitio de internet] Unidad de Investigación Estratégica en Salud. [Consultado el 24 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/8-pres-arg-sm.pdf>.
42. Acuña C, Chudnovsky M. El sistema de salud en Argentina. [Consultado el 8 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>.
43. Danani C. Los procesos que esconde la reforma de la seguridad social en Argentina. El caso de las Obras Sociales. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, s/f.
44. Maceira D. Tendencias en reformas de salud en naciones de ingreso medio. Aportes para el caso argentino. Buenos Aires: Cedes, 2008.
45. Cogna M, coordinador. Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile. Buenos Aires. CEDES, Banco Interamericano de Desarrollo, 2004.
46. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica* 2002;18(4):905-925.
47. Belmartino S. Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva* 2005;21:155-171.
48. Maceira D. Desafíos del sistema de salud en la Argentina. [Consultado el 10 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.mercado.com.ar/nota.php?id=363905>.

Sistema de salud de Bolivia

Carmen Ledo, PhD,⁽¹⁾ René Soria, MC, MSP,AS.⁽²⁾

Ledo C, Soria R.
Sistema de salud de Bolivia.
Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S109-S119.

Resumen

En este trabajo se describen las características generales del sistema de salud de Bolivia: su organización y cobertura; sus fuentes de financiamiento y gasto en salud; los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone; las actividades de rectoría que desarrolla, y el nivel que ha alcanzado la investigación en salud. También se discuten las innovaciones más recientes que se han llevado a cabo en los últimos años, incluyendo el Seguro Universal Materno Infantil, el Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales, el Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural y el programa de subsidios monetarios Juana Azurduy, dirigido a fortalecer la atención prenatal y del parto.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Bolivia

Ledo C, Soria R.
The health system of Bolivia.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S109-S119.

Abstract

This paper describes the Bolivian health system, including its structure and organization, its financing sources, its health expenditure, its physical, material and humans resources, its stewardship activities and the its health research institutions. It also discusses the most recent policy innovations developed in Bolivia: the Maternal and Child Universal Insurance, the Program for the Extension of Coverage to Rural Areas, the Family, Community and Inter-Cultural Health Model and the cash-transfer program Juana Azurduy intended to strengthen maternal and child care.

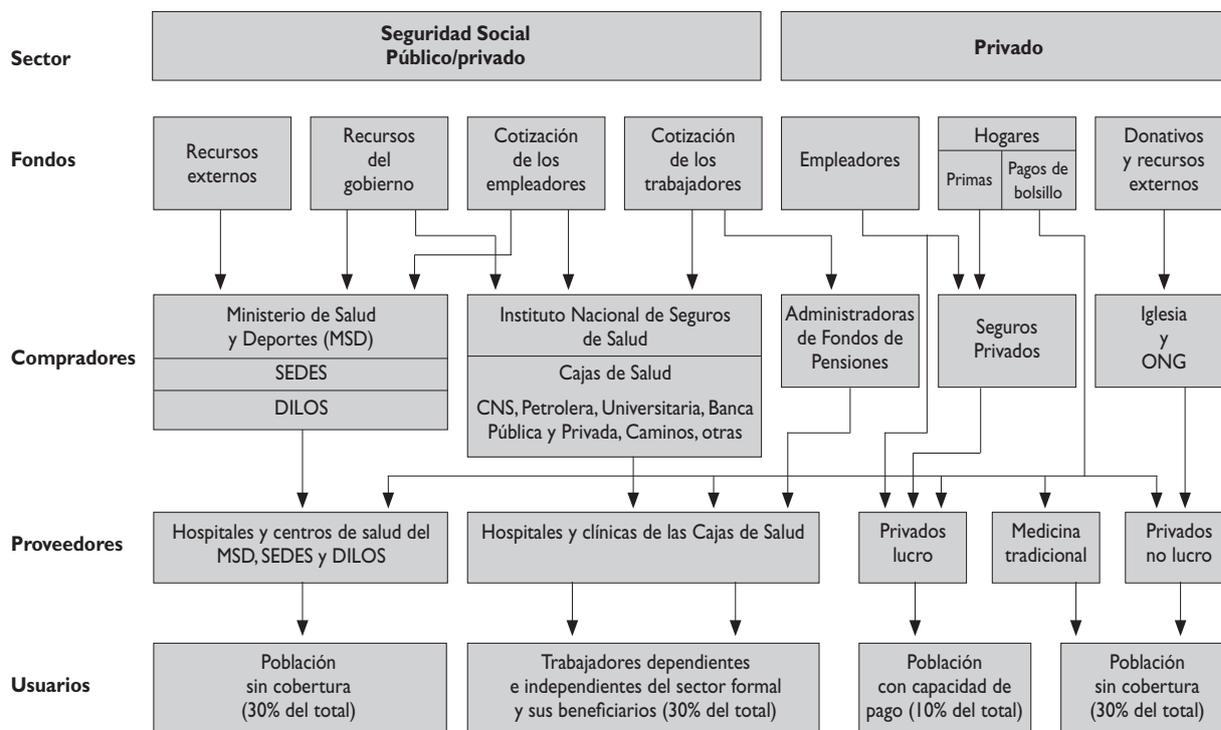
Key words: health system; social security; Bolivia

(1) Centro de Planificación y Gestión, Universidad Mayor de San Simón. Bolivia.

(2) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Fecha de aceptado: 1 de marzo de 2011

Solicitud de sobretiros: Dra. Carmen Ledo. Centro de Planificación y Gestión, Universidad Mayor de San Simón.
Pasaje Zoológico 1164 entre Av. Humbolt y Bartolomé de las Casas. Cochabamba, Bolivia.
Correo electrónico: carmenledo@gmail.com, c.ledo@umss.edu.bo, mcledog@yahoo.es



SEDES: Servicios Departamentales de Salud - Niveles de prefecturas

DILOS: Directorio Local de Salud - Nivel de municipios

CNS: Caja Nacional de Salud

El sistema de salud boliviano se encuentra organizado en dos grandes sectores: público y privado. El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) atiende a menos de la mitad del total de la población a través del subsector público, que incluye al Seguro Universal Materno Infantil y el Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales. El subsector de seguridad social está compuesto por el Seguro Social Obligatorio para las personas pertenecientes al sector de economía formal, de corto plazo (servicios de salud), y el seguro de largo plazo (que tienen a su cargo las Administradoras de los Fondos de Pensiones). Este cubre a 28.4% de la población y opera con planes y agentes gestores relativamente independientes entre sí. El sector privado ofrece servicios para 10% de la población y funciona fundamentalmente sobre la base de pagos directos de bolsillo. Alrededor de 30% de la población no tiene más acceso a servicios de atención a la salud que el que le ofrece la medicina tradicional, con cargo directo a sus ingresos. El financiamiento del sector salud utiliza recursos propios para el gasto corriente y depende de recursos externos (donaciones, créditos) para proyectos de inversión en salud. El subsector público se financia con base en fondos públicos asignados a los municipios en términos de asignaciones per cápita (20% de los ingresos fiscales del gobierno central) y utiliza la infraestructura del MSD. El subsector de seguridad social se financia con cotizaciones y primas aportadas por los empleadores y los trabajadores del sector formal y con recursos del Estado cuando éste funciona como empleador (personal de educación, salud, empresas públicas, instituciones descentralizadas/desconcentradas y ministerios) y cuenta con establecimientos y personal propios. En ocasiones el MSD llega a contratar los servicios de prestadores privados sin fines de lucro, principalmente vinculados con la Iglesia. El sector privado se divide en organizaciones con fines de lucro (seguros y servicios privados, consultorios, clínicas) y organizaciones sin fines de lucro (ONG e Iglesia).

Contexto

Demografía

De acuerdo con proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) basadas en el Censo de 2001, la población total de Bolivia alcanzó los 10 millones de habitantes, con proporciones casi iguales de mujeres (50.1%) y hombres (49.9%) en 2008.¹ La tasa anual de crecimiento de la población entre los censos de 1992 y de 2001 fue de 2.74% y se considera que ha bajado

hasta 1.8% en la actualidad. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la tasa global de fecundidad para el quinquenio 2000-2005 fue de cuatro hijos por mujer, y estimaciones realizadas por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2008 (ENDSA 2008) la ubican en 3.5 hijos por mujer en 2008.^{2,3} Alrededor de 35% de la población es menor de 5 años y sólo 4.5% es mayor de 65 años.⁴

Poco más de 71% de la población se concentra en tres de los nueve departamentos en los que se divide políticamente Bolivia: 27.5% en La Paz, 26.2% en Santa

Cruz y 17.8% en Cochabamba. En general, la densidad poblacional es baja (7.5 habitantes por km²). Las zonas urbanas en Bolivia incrementaron su importancia demográfica en más de 23 veces en el siglo XX y hoy concentran a 67% de la población total. De acuerdo con el último censo, 62% del total de la población de 15 años o más se reconoce como miembro de alguno de los llamados pueblos originarios: 30.8% como quechua, 25.2% como aymara y 6% como guaraní, chiquitano, mojeño u otro.¹

Condiciones de salud

Bolivia presenta los peores indicadores de salud en América Latina. A pesar de que su mortalidad infantil ha descendido en los últimos años –de 54 por 1000 nacidos vivos entre 1999 y 2003 disminuyó a 46 en 2008–, sigue siendo la más alta de la región y está muy por encima de la media latinoamericana que es de 22.2 por 1000 nacidos vivos.⁵ Lo mismo sucede con la mortalidad en menores de cinco años, que en 2008 alcanzó una cifra de 54 por 1000 nacidos vivos. Los decesos en menores de cinco años se deben en su mayoría a enfermedades prevenibles. Uno de los más serios problemas es la desnutrición crónica, que afecta a la cuarta parte de la población preescolar. La prevalencia de este problema es todavía mayor en los niños que habitan en zonas rurales (37%).⁶

La razón de mortalidad materna ascendió a 290 en 2005, que es, de nuevo, la tasa más alta de la región latinoamericana (cuadro I).⁵ Si bien el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario se incrementó de 54% en el año 2000 a 66% en 2006, todavía persisten grandes diferencias en el acceso a este tipo de servicio entre los distintos grupos socioeconómicos y las diferentes etnias.

La esperanza de vida al nacer ha ido en aumento. De acuerdo con estimaciones del INE, en 2008 era de 65.7 años (65 años para hombres y 68 años para mujeres).¹ Estas cifras, sin embargo, son muy inferiores a las de los otros países andinos (72.4 años en promedio) y más bajas también que el promedio latinoamericano, que es de 73.5 años.

Las principales causas de muerte en Bolivia son las enfermedades infecciosas (cuadro II). Sin embargo, las enfermedades no transmisibles concentran un porcentaje cada vez mayor de los decesos en el país. Destacan dentro de estas últimas las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares.

La mortalidad por enfermedades transmisibles sigue siendo muy alta en Bolivia. Cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el periodo 2000-2004 señalan una mortalidad ajustada de 182.3 por

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, BOLIVIA, 2008

Población total	10 027 600
Esperanza de vida al nacer	67
Esperanza de vida a los 60 años (2000)	13.5
Tasa de mortalidad general (2006)	7.7
Tasa de mortalidad infantil	46
Razón de mortalidad materna	290
Prevalencia de hipertensión arterial (%) (1998)	19.6
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	66%
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (%) (2005)	
DPT3	83
Antisarampionosa	86
Población con seguridad social (2009)	2 900 000
Población con otro tipo de protección social en salud (2009)	1 452 273
Población sin protección social en salud (2009)	5 948 264
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.2
Gasto per cápita en salud*	224
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	63.5
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud (2002)	13

Fuente: Referencias 1,4,5,7-10

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

100 000 habitantes por estas causas, lo cual contrasta con el promedio de los cinco países del área andina, que es de 89 por 100 000 habitantes.¹¹

Debido a los problemas de oportunidad y calidad de la información sobre mortalidad que se deben al elevado número de cementerios clandestinos y a los problemas de llenado de los certificados de defunción (en la ciudad de La Paz, por ejemplo, 57% de los certificados consignan como causa de muerte el paro cardiorespiratorio), y como parte del fortalecimiento del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica, en 2002 el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) puso en marcha el subsistema de vigilancia de la mortalidad.^{11,12} Ese mismo año se implementó el Certificado Médico Único de Defunción con el objetivo de universalizar y estandarizar la información sobre defunciones a fin de contar con datos que hicieran posible definir con mayor precisión el perfil de la mortalidad en Bolivia.

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, BOLIVIA, 2002

	Número	Tasa*	%
1. Infecciones respiratorias agudas bajas	6 700	77.7	9.2
2. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5 700	66.0	7.8
3. Enfermedades infecciosas intestinales	4 200	48.2	5.7
4. Enfermedades isquémicas del corazón	3 900	45.7	5.3
5. Enfermedad cerebro-vascular	3 100	36.3	4.2
6. Tuberculosis	3 000	34.4	4.1
7. Cirrosis hepática	2 400	27.9	3.3
8. Nefritis y nefrosis	2 100	24.7	2.9
9. Tumor maligno del cuello del útero	1 700	19.3	2.3
10. Diabetes mellitus	1 600	19.0	2.2
Total	73 100	845.4	100

*Tasa por 100 000 habitantes
Fuente: Referencia 11

Estructura y cobertura

El sistema de salud de Bolivia incluye un sector público y un sector privado. El sector público comprende al MSD y al subsector social.^{13,14}

El MSD establece cuatro ámbitos de gestión: 1) nacional, correspondiente al propio MSD; 2) departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Prefectura; 3) municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS), y 4) local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigadas móviles como nivel operativo.

El Subsector Social comprende las cajas de salud, los seguros universitarios y la Dirección General de Salud, y es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

El sector privado está constituido por compañías de seguros y proveedores de servicios de salud privados con y sin fines de lucro. El MSD y otras instancias de gestión del sistema público tienen la responsabilidad de regular su funcionamiento y asegurar que presten servicios efectivos y seguros. La iglesia en algunas regiones es la única organización que ofrece servicios de salud.

El subsector de medicina tradicional, representado oficialmente desde el 6 de marzo de 2006 por el Vice-ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, atiende aproximadamente a 10% de la población, la mayoría rural.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD

1938	Creación del Ministerio de Salud
1953	Creación del sistema de seguridad social para trabajadores
1956	Promulgación del Código de Seguridad Social
1979	Creación del Programa Ampliado de Inmunización y de la Red Nacional de Frío
1984	Regionalización de la atención a la salud
1994	Promulgación de la Ley de Participación Popular, que transfirió la infraestructura pública de salud a los gobiernos municipales
1996	Certificación de la erradicación de la poliomielitis por la OPS y la OMS
1997	Reforma estructural del sistema de seguridad social
2003	Entrada en vigencia del Seguro Universal Materno Infantil que reemplaza al Seguro Básico de Salud
2006	Publicación de las Bases del Plan Salud 2006-2010

¿Quiénes son los beneficiarios?

De acuerdo con la Constitución vigente en Bolivia, todas las personas tienen derecho al seguro público de salud gratuito. Sin embargo, para 2009 únicamente 28.4% de la población tenía acceso real a las prestaciones de este seguro a través del subsector social (cuadro III).

En enero de 2003 entra en vigencia el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), base del actual seguro público gratuito. En teoría, los beneficiarios del SUMI son todos los menores de cinco años y todas las mujeres en edad reproductiva, que en 2003 representaban alrededor de 41% de la población.

Cuadro III
COBERTURA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD, BOLIVIA, 2001 Y 2009

	2001		2009	
	Número	%	Número	%
Población subsector público (no asegurada)	3 309 730	40	sd	sd
Población subsector seguridad social	2 234 068	27	2 900 000	28.4
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	na	na	961 364	9.4
Seguro Público del Adulto Mayor (SPAM)	na	na	490 909	4.8
Sin cobertura	6 040 044	73	5 948 264	57.3
Población total	8 274 112	100	10 227 287	100

sd: sin datos

na: no aplica

Fuente: Referencias 8 y 9

Los trabajadores del sector formal de la economía ejercen su derecho a la atención a la salud a través del subsector de seguridad social, administrado por los entes gestores de la seguridad social. Las entidades de la seguridad social están coordinadas por el INASES, integrado por ocho cajas de salud y dos seguros integrales con régimen especial. Los beneficios y la calidad de la atención varían de una a otra caja. Las cajas cubren tanto a los trabajadores formales de la economía como a sus beneficiarios directos, cónyuge e hijos, principalmente. También existe el seguro social voluntario, al cual pueden afiliarse los trabajadores independientes que lo deseen.

Alrededor de 12% de los bolivianos con capacidad de pago utilizan regularmente los servicios del sector privado.

¿En qué consisten los beneficios?

El subsector público está constituido por una red de servicios administrada local y conjuntamente por la comunidad, el gobierno departamental y el gobierno municipal. Esta red de servicios está organizada en tres niveles de atención y teóricamente la atención ambulatoria de primer nivel cuenta con prioridad dentro del sistema. Esta red ofrece servicios muy diversos.

Los afiliados al SUMI originalmente tenían garantizado un paquete de 192 servicios para mujeres embarazadas y niños menores de cinco años que se ha ido ampliando, y que actualmente consta de 547 prestaciones en cinco rubros diferentes: a) mujer embarazada; b) neonatología; c) pediatría; d) odontología y e) laboratorio, gabinete e imagenología, servicios de sangre y traumatología. A pesar de la focalización inicial hacia los menores y las madres, el SUMI también establece que

los establecimientos de salud deben brindar cualquier prestación que no esté dentro de la lista de exclusiones, la cual incluye básicamente intervenciones de alto costo, cirugía estética, quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, trasplantes y ortodoncia.

Hay otros programas, como el Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales (EXTENSA), que tienen como objetivo ampliar la cobertura en zonas rurales. Este programa en particular funciona con base en Brigadas Móviles de Salud (BRISAS) que trabajan de manera coordinada con los agentes comunitarios de salud. De acuerdo con el Banco Mundial (BM), este programa llegó en 2006 a alrededor de 400 000 personas, en su mayoría indígenas, en cerca de 3 000 comunidades.

El subsector de seguridad social ofrece al asegurado y a sus beneficiarios cobertura para enfermedades comunes, maternidad y riesgos profesionales. El seguro otorga el derecho a recibir medicamentos, atención médica y odontológica, y rehabilitación tanto general como especializada en consulta externa u hospitalización. También ofrece prestaciones en especie, como subsidios de incapacidad temporal y asignaciones familiares (subsidio prenatal, de natalidad, de lactancia, de cesantía), entre otras.

Financiamiento

¿Quién paga?

El sector público se financia sobre todo con recursos del gobierno nacional y con recursos externos. En 2007 poco menos de 80% del financiamiento del MSD provino de fuentes internas. Estos recursos se utilizan sobre todo para cubrir el gasto corriente. El 20.2% provino de fuente externas, y representan 56% del gasto en inversión.¹⁵

Los recursos del SUMI provienen de la Coparticipación Tributaria Municipal. Además, en caso de que estos recursos resultaran insuficientes, este seguro puede solicitar hasta 10% de los recursos del llamado del Fondo Solidario Nacional.

Las Cajas de Salud se financian con contribuciones de los empleadores, los trabajadores y el gobierno.

La atención privada se financia sobre todo con pagos de bolsillo, aunque una proporción más bien pequeña del gasto privado está representada por las primas de los seguros de salud privados. En este rubro también se contabilizan los donativos y recursos externos que financian las actividades de las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones religiosas que ofrecen servicios de salud.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto total en salud como porcentaje del PIB ha tenido un comportamiento muy errático en Bolivia. En 1995 esta cifra ascendió a 4.5% y llegó a alcanzar 6.5% en 2002, para después descender a 5.2% en 2008.⁷ Ese proceso de descenso del gasto en salud como porcentaje del PIB coincide con una caída drástica de los recursos externos para la salud, que habiendo llegado a representar 7.1% del gasto total en salud en Bolivia en 2001, prácticamente desaparecieron a partir de 2003, situación que prevalece a la fecha.⁷

El gasto per cápita en salud, por su parte, se ha incrementado en los últimos años. De 183 dólares de paridad de poder adquisitivo en 2003 pasó a 224 en 2008.⁷ Siguen siendo, sin embargo, recursos insuficientes para resolver las grandes necesidades de salud que presenta la población boliviana.

El gasto en salud en Bolivia está dominado por el gasto público, que concentra 63.8% del gasto total en salud. El subsector de la seguridad social concentra poco menos de 60% de los recursos públicos. Finalmente, el gasto privado es en su mayor parte gasto de bolsillo (82.8% del gasto privado total).

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los bolivianos?

El gasto de bolsillo concentra una proporción importante del gasto en salud en Bolivia, a pesar de la premisa de universalidad con la que opera el sistema de salud boliviano. De hecho, el SUMI sólo cubre a las mujeres en edad fértil y a los menores de 5 años, mientras que el Seguro Público del Adulto Mayor sólo cubre a los adultos mayores. Los jóvenes y la población en edad productiva que no es beneficiaria ni del esquema de aseguramiento público ni de la seguridad social tienen que recurrir a los

servicios privados y pagar de su bolsillo para satisfacer sus necesidades de salud. No sorprenden por lo tanto las altas cifras de gastos catastróficos por motivos de salud en Bolivia. Un estudio realizado con datos de 2002 indica que 13% de los hogares bolivianos presentaron ese año gastos catastróficos en salud.¹⁰ Otro estudio que compara el gasto catastrófico en ocho países latinoamericanos ubica a los hogares bolivianos no asegurados como los más susceptibles de presentar gastos catastróficos por atender sus necesidades de salud.¹⁶

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

Según cifras del Anuario Estadístico en Salud del Ministerio de Salud y Sistema Nacional en Salud y Vigilancia Epidemiológica, en 2008 Bolivia contaba con 3 233 establecimientos de atención a la salud, de los cuales 2 958 ofrecen atención de primer nivel (1 543 puestos de salud y 1 415 centros de salud), 214 son hospitales básicos que brindan atención de segundo nivel y 61 son hospitales generales que, junto con 24 hospitales de especialidades, ofrecen atención de tercer nivel.¹⁷ Datos de 2008 atribuyen alrededor de 81% de los establecimientos al sector público, 5.6% a la seguridad social, 9% a organizaciones de la sociedad civil y 4.7% al sector privado.

De acuerdo con el INE, la disponibilidad de camas hospitalarias registró un crecimiento paulatino de 8 566 en 2000 a 8 912 en 2004. A partir de 2005 se dio una importante aceleración que permitió llegar, en 2008, a 15 015 camas.¹⁷ De acuerdo con estas cifras, la tasa de camas disponibles por 1 000 habitantes habría pasado de alrededor de 1 a poco más de 1.5. Esta cifra, sin embargo, todavía está por debajo de las cifras de la mayor parte de los países de América Latina. Los departamentos con más de dos camas por 1 000 habitantes son capitales de departamento y centros urbanos. La región occidental del país (norte de La Paz, sur de Oruro Norte de Potosí y sur-oeste de Cochabamba), donde se concentran las poblaciones más rezagadas, cuenta con menos de una cama por 1 000 habitantes.¹⁸

Lamentablemente Bolivia no cuenta con datos confiables ni agregados sobre disponibilidad de equipo diagnóstico e infraestructura de alta especialidad.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

De acuerdo con cifras de la OMS para el periodo 2000-2009, Bolivia cuenta con 10 329 médicos, 18 091 enfermeras y 5 997 odontólogos.⁵ Esto arroja razones de 1.2 médicos, 2.1 enfermeras y 0.7 odontólogos por

1 000 habitantes. Se calcula que alrededor de 35% del personal de salud se concentra en el sector público, 27% en la seguridad social, y el resto en las unidades de las organizaciones de la sociedad civil. En el primer nivel predomina el personal de enfermería de nivel licenciatura, mientras que la mayor parte del personal del segundo y tercer niveles está compuesta por médicos y enfermeras especializadas. En las zonas rurales predominan los auxiliares de enfermería.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

El subsector farmacéutico constituye un importante rubro en la economía del país ya que representa 1.15% del PIB y poco más de 17% del gasto total en salud.¹⁹ Se calcula que alrededor de 77% del gasto en medicamentos es gasto de bolsillo y el resto es gasto del sector público y la seguridad social.

En 2005 se tenían registrados en Bolivia 8 781 productos farmacéuticos y sólo 21% eran medicamentos genéricos.¹⁹ Alrededor de 77% del mercado farmacéutico corresponde a medicamentos importados y sólo 23% es de fabricación nacional. Se calcula que una quinta parte de los medicamentos comercializados provienen del contrabando. Los medicamentos falsificados, adulterados y de contrabando provienen principalmente de Brasil, Argentina y Chile. Se estima que este mercado superaba en 2002 los 26 000 dólares, lo que representa entre 20 y 25% del mercado total.¹⁹ La distribución y venta minorista de medicamentos en Bolivia está en manos de 4 778 farmacias, de las cuales 2 668 son públicas y 2 110 son privadas.¹⁹

¿Quién genera la información y quien produce la investigación?

La generación y el análisis de la información en salud son responsabilidad del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), que forma parte del MSD. El SNIS organiza el proceso de generación de información, desde la captación de los datos, su sistematización, su consolidación, su procesamiento y su análisis, hasta su difusión para ser utilizada como insumo por el resto del sistema de salud.

Si bien existen publicaciones recientes y periódicas sobre el análisis de la situación de salud a nivel departamental y municipal, el SNIS se ha centrado en el registro de la mortalidad materna y no cuenta con información confiable sobre las principales causas de mortalidad.

Otra institución importante en la generación y manejo de la información es el INE, órgano ejecutivo del Sistema Nacional de Información Estadística, cu-

yas funciones incluyen recopilar, clasificar, codificar, compilar y difundir, con carácter oficial, la información estadística del país.

El Estado es el principal financiador de la investigación, sin embargo, la inversión en investigación apenas consume 0.26% del PIB.

De un total de 183 centros de investigación, 60% se encuentran en las tres ciudades más pobladas de Bolivia; 141 de estos centros pertenecen al sistema de universidades públicas, 25 dependen de organizaciones gubernamentales y los 17 restantes dependen de instituciones privadas.

En el sistema de la Universidad Boliviana existen 36 institutos dedicados a la investigación en ciencias médicas. Por ejemplo, en la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz hay 35 institutos de investigación, seis de los cuales se dedican a la investigación en salud. Sin embargo, aunque en su plantel docente se cuenta con 51 investigadores, sólo cinco tienen grado de doctor y cinco más tienen grado de maestría en ciencias.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El sistema nacional de salud establece cuatro ámbitos de gestión: 1) nacional, correspondiente al MSD; 2) departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Prefectura; 3) municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS) y 4) local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

El MSD es la institución legalmente encargada de fungir como rector del sistema de salud y, en esa medida, normar la gestión de los servicios y formular estrategias, políticas, planes y programas a nivel nacional para el sistema nacional de salud. Los SEDES se encargan prioritariamente de la articulación de las políticas nacionales y la gestión municipal en relación con la administración de la prestación de servicios de atención a la salud de la población. Si bien técnicamente los SEDES dependen del MSD, en términos administrativos se encuentran bajo la jurisdicción de las prefecturas departamentales, ya que cada prefecto nombra al director del SEDES correspondiente. A nivel municipal, la responsabilidad de la gestión en salud recae en los DILOS que, nuevamente, deben articular las políticas nacionales en el nivel local en función de las prioridades de cada municipio. Los DILOS son dirigidos por cada uno de los alcaldes, en coordinación con el director técnico del SEDES y el presidente del Comité de Vigilancia.

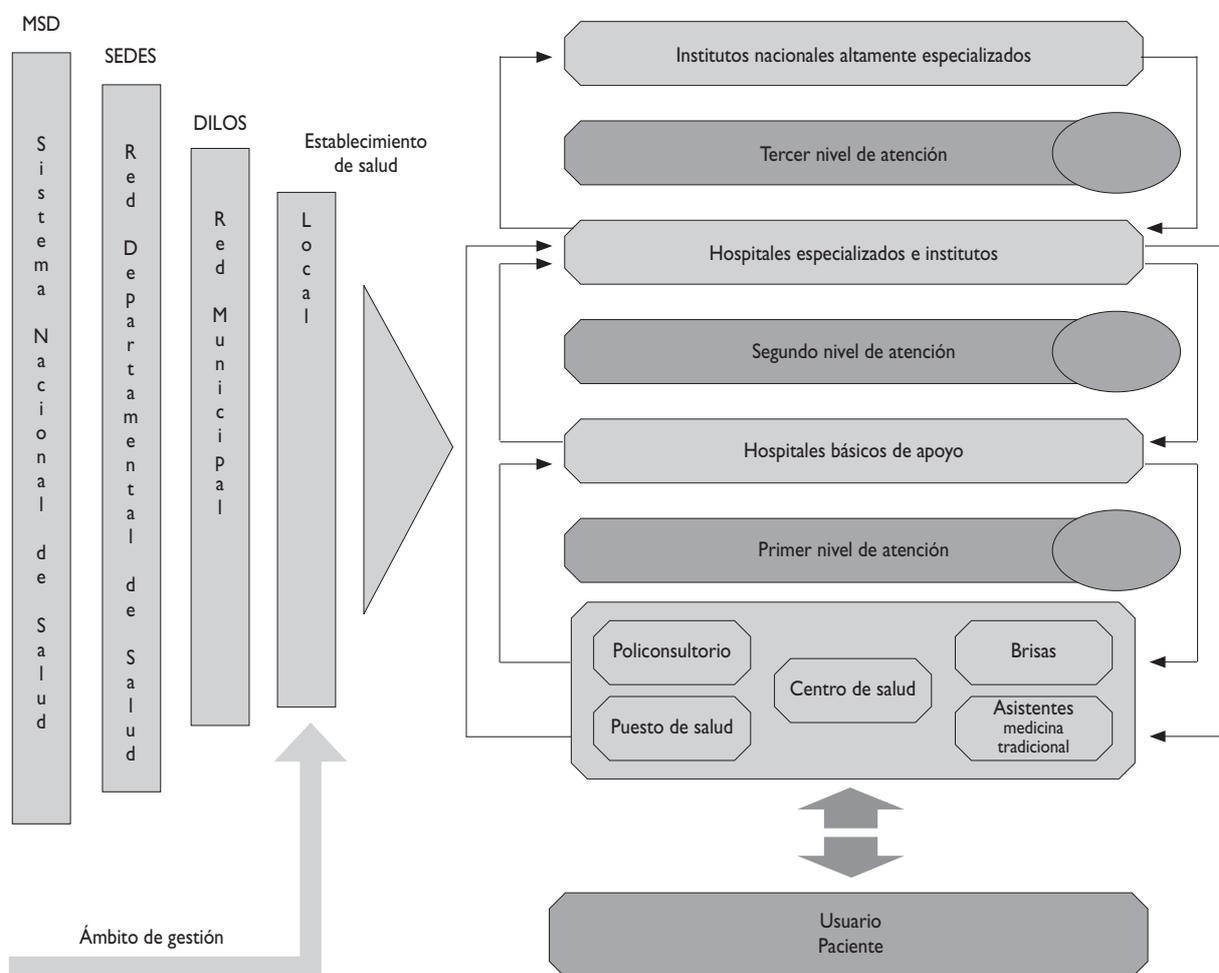
Por su parte, los establecimientos de salud del sistema nacional de salud se encuentran organizados en redes de salud que se clasifican en: a) Redes Municipales de Salud, cuya competencia son esencialmente los establecimientos de primer nivel, aunque también incluyen hospitales de segundo nivel, y b) Redes Departamentales de Salud, que incluyen varias redes municipales además de los establecimientos de tercer nivel, y cuya organización está a cargo del director técnico del SEDES (figura 2).

Uno de los cambios importantes recientes en el sistema de salud de Bolivia es la articulación de las redes de servicios de salud con las redes sociales. La idea de esta medida es extender la oferta de servicios, sobre todo en las áreas periurbanas y rurales bajo un enfoque de interculturalidad y género. Cada red debe

tomar en cuenta los tres niveles de atención de manera tal que cada una tenga un centro de referencia en el nivel superior (figura 2).

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

En 2000 se puso en marcha el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud, el cual ha impulsado las funciones de vigilancia epidemiológica y salud pública, así como el análisis de situación de salud con enfoque de equidad y/o medición de las desigualdades en salud. Los productos de este esfuerzo se han traducido en la creación de una sala situacional nacional y de una sala situacional en cada uno de los nueve servicios departamentales de salud.



Fuente: Referencia 10

FIGURA 2. REDES DE SERVICIO DE SALUD, BOLIVIA

En la gestión del medicamento, la Unidad de Medicamentos y Acreditación de Laboratorios del MSD es la instancia normativa y fiscalizadora en el ámbito farmacéutico. Tiene como misión la “formulación de políticas y legislación farmacéutica nacional de manera que se garantice el acceso universal y equitativo de los medicamentos, promoviendo el uso racional y asegurando el cumplimiento de la calidad desde el momento de la producción hasta el consumo de los productos farmacéuticos reconocidos por ley de origen nacional e importados.”²⁰

¿Quién evalúa?

Como resultado de los beneficios obtenidos por Bolivia en el marco de la iniciativa de los países desarrollados que forman el llamado G8, en 1997 se empezó a hacer un trabajo destinado a fijar indicadores que permitieran vigilar el desempeño del sector salud. La iniciativa fijó metas sobre resultados en reducción de la mortalidad materno infantil y las enfermedades endémicas más importantes: chagas y malaria. A partir de 1999 también se fijaron metas anuales para ocho indicadores de desempeño relacionadas con el proyecto de reforma del sector financiado por el BM. El gobierno incluyó esas metas en la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y en la Ley de Diálogo Nacional, ambas surgidas del Diálogo 2000 en el cual se obtuvo una amplia participación de la sociedad civil junto con el gobierno en sus niveles nacional y local.

Dentro de este mismo marco, el gobierno creó los Compromisos de Gestión para fijar las metas de los indicadores prioritarios en los departamentos en relación con la cobertura de los servicios y la descentralización. Sin embargo, no se ha hecho una evaluación regular de los compromisos de gestión debido principalmente a la falta de definición del marco institucional encargado de ella y la escasez de información confiable. Hasta 2002 cada SEDES era responsable de la vigilancia del desempeño de sus distritos.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

Una de las políticas centrales declaradas por el MSD consiste en promover la participación activa y responsable de los ciudadanos en el mejoramiento del sector salud a través del Programa Gestión Social, Movilización Social y Control Social, que tiene una clara orientación hacia la participación comunitaria. Para ello se prevé la creación

de consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal.

Considerando la enorme importancia de la población indígena en el contexto boliviano, el gobierno ha puesto en marcha diversas iniciativas para reducir las barreras culturales de acceso a los servicios de salud y para crear espacios de participación para los indígenas. Se ha buscado fortalecer los espacios de diálogo entre el MSD y los grupos indígenas reconociendo la necesidad de la interculturalidad en la implementación del SUMI. El MSD también ha firmado acuerdos con las organizaciones indígenas más importantes para asegurar su participación en la acreditación de los médicos tradicionales y la selección de los agentes comunitarios del EXTENSA.

El Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural sobre el cual se propone fundar el sistema nacional de salud busca involucrar a la persona, a la familia y a la comunidad en la prestación de servicios de salud articulados con la medicina tradicional, tanto en los establecimientos de salud como en la propia comunidad.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

El MSD trata de informar a la población acerca de sus derechos relacionados con la salud a través de los medios masivos impresos, la radio y la televisión, y ha buscado hacer explícito un plan garantizado de prestaciones, en especial por lo que toca al SUMI.

En caso de existir problemas, desde 1997, el Defensor del Pueblo se ha encargado de dar curso a las reclamaciones y quejas. También está en proceso de implementación el Programa Nacional de Control de Calidad, el cual deberá aplicar estándares de acreditación y gestión de calidad.

Dentro de las principales fallas que se han detectado en la calidad y la calidez de la atención se señala la existencia de errores de diagnóstico por la carencia de insumos o equipo adecuado, o incluso por negligencia del personal de salud. También se han identificado problemas de comunicación entre los médicos y los usuarios de servicios. En general se reconoce la necesidad de complementar la medicina científica con las prácticas culturalmente aceptadas por la población.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

La innovación más reciente fue sentar las bases, en 2006, del cambio de paradigma en salud de un modelo

asistencial hacia un modelo basado en determinantes sociales de la salud, promoción de la salud y prevención del daño. Para ello, se puso en acción el Plan Estratégico de Salud 2006-2010, cuya visión es la siguiente:¹³

“En el año 2010 se finalizará la implementación de un sistema único de salud con acceso universal, respetuoso de las culturas originarias y enriquecido con la medicina tradicional; inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado; conducido y liderado por el Ministerio de Salud y Deportes; que actúa sobre los determinantes de salud; con participación de una población con hábitos saludables comprometida con la actividad física y deportiva, organizada y movilizadora por el ejercicio pleno de su derecho a la salud, que vive bien.”

El sistema basará su funcionamiento en un sistema único, el fortalecimiento de la rectoría, la movilización, la promoción de la salud y la solidaridad.

El propósito último del *Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud* es la universalización del acceso y se implementará haciendo uso del modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.

La rectoría permitirá recuperar la capacidad de gestión al contar con un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos, que, a su vez, garantizará la sostenibilidad financiera del sector. Su brazo operativo es el Seguro Universal de Salud y su principal estrategia el fortalecimiento de la capacidad de gestión.

A través de la *movilización social* se plantea promover la ciudadanía activa, participativa y responsable, creando consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal.

Por medio de la *promoción de la salud* se busca fortalecer la participación del Estado en la creación de una cultura de salud integral y calidad de vida, promoviendo las acciones intersectoriales, incluyendo las acciones dirigidas a modificar los factores determinantes de la exclusión social en salud. En esta materia se contemplan proyectos de promoción de la salud, promoción del deporte y creación de municipios saludables.

Finalmente, a través de la *solidaridad* se busca crear una alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y la violencia, y la paulatina inclusión social de grupos más desprotegidos.

Otra innovación reciente es el llamado bono Juana Azurduy, un programa de subsidios monetarios para mujeres embarazadas que se someten a control prenatal, atienden su parto en presencia de personal calificado y llevan a su hijo a control del crecimiento y desarrollo durante dos años.²¹ Según cifras oficiales, 350 000 mujeres están recibiendo subsidios monetarios (hasta un total de

260 dólares) y el número de embarazadas que solicitan servicios de atención prenatal, sobre todo alrededor de La Paz, se ha más que cuadruplicado.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Son muy pocos los estudios que se han llevado a cabo para evaluar el impacto de las más recientes innovaciones introducidas en el sistema boliviano de salud. Dentro de ellos destaca un análisis elaborado por el Instituto de Métrica en Salud de la Universidad de Washington en el que se documentan los acelerados avances que ha presentado Bolivia en materia de mortalidad materna.²² Cabe destacar, sin embargo, que aunque las iniciativas que han permitido estos logros han contado con el apoyo de los más altos niveles de gobierno, recientemente se han enfrentado a enormes dificultades. Las afiliadas al programa de subsidios monetarios, por ejemplo, se quejan de los largos tiempos para recibir atención y de problemas para cobrar los apoyos. Se calcula que cerca de 60 000 mujeres inscritas en este programa no están recibiendo el apoyo monetario porque sus hijos carecen de certificado de nacimiento.²³

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

El principal reto que enfrenta el sistema de salud boliviano es disminuir la exclusión actual de la gran mayoría de la población del sistema de salud. El subsistema de seguridad social, que concentra la mayor parte de los recursos, afilia a un reducido porcentaje de la población, que es el sector español-parlante y perteneciente al quintil más alto de ingresos, mientras que el subsector público ofrece cobertura a 42% de la población, en su mayoría de los pueblos indígenas, y sólo cuenta con 21% de los recursos públicos. Esta inequidad de acceso se ve reflejada en las enormes brechas en los valores de los principales indicadores de salud.

Otro reto que enfrenta el sistema de salud boliviano es la debilidad de la rectoría del MSD, que se expresa en su incapacidad para regular aspectos sanitarios, administrativos y financieros en cada uno de los subsistemas. De aquí surgen problemas como la inadecuada asignación de los recursos y la ausencia de mecanismos eficaces de supervisión y evaluación de las acciones y programas de salud, lo que se traduce en ineficiencias en el ejercicio de los recursos destinados a la salud.

La gestión de los recursos humanos constituye otro desafío. Más de la mitad de los establecimientos de salud del área rural son responsabilidad de auxiliares de enfermería y promotores de la salud, mientras que en los establecimientos de tercer nivel, ubicados en las capitales

de departamento, el número de médicos supera por mucho las recomendaciones de la OMS respecto al número adecuado de médicos por número de habitantes.

La diversidad cultural es una de las variables que más influyen en el acceso y que debe atenderse en los programas de formación de recursos humanos y establecimientos de unidades de salud. Dado que aproximadamente 62% de la población boliviana pertenece a algún pueblo originario, existen múltiples concepciones del proceso salud-enfermedad con sus respectivos sistemas médicos que deben ser tomados seriamente en consideración a fin de construir un verdadero modelo de atención intercultural.

El fortalecimiento de los sistemas de información en salud es otro desafío. El principal actor en esta materia (SNIS) concentra su acciones en la recolección de información muy específica (mortalidad materna, mortalidad infantil) y no ha podido desarrollar capacidades para sistematizar la recolección, procesamiento y diseminación de la información que requiere un sistema de salud para su buen funcionamiento.

Finalmente, si bien Bolivia ha logrado avances significativos con la aprobación de la Ley 2209 sobre Ciencia, Tecnología e Innovación, el país no cuenta con un verdadero sistema de investigación en salud que articule al conjunto de instituciones académicas, asistenciales y sociales que generan conocimiento. Estos actores funcionan de forma fragmentada produciendo conocimientos que sirven a los intereses de financiadores externos, investigadores individuales u organizaciones no-gubernamentales, y mucho de ese conocimiento no está en relación con las necesidades más relevantes de la población boliviana.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas demográficas [consultado 2011 febrero 22]. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/indice/indice.aspx?d1=0301&d2=6>
2. Comisión Económica para América Latina. Estadística de América Latina y el Caribe [consultado 2011 febrero 22]. Disponible en: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1&idTema=1&idioma>
3. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 [consultado 2011 febrero 22]. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/22108642/Encuesta-Nacional-de-Demografia-y-Salud-ENDSA-2008>
4. CIA World Factbook. Bolivia [consultado 2011 febrero 22]. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bl.html>
5. World Health Organization. World health statistics 2010. Ginebra: World Health Organization, 2010.
6. Ministerio de Salud y Deportes. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008. Resultados preliminares. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes, 2008; p. 22.
7. World Health Organization. National health accounts. Bolivia [consultado 2011 febrero 22]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/bol.pdf>
8. Comisión Técnica del Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, Instituto Nacional de Seguros de Salud de Bolivia. Plan de Extensión de Cobertura del Sistema de Seguridad Social Boliviano. La Paz, Bolivia: MTEPS, INSSB, 2009.
9. Acción Internacional para la Salud, OPS/OMS Bolivia. Bolivia: Salud. Reformas, acuerdos comerciales y tendencias de privatización. La Paz: OPS, 2005.
10. UDAPE-OPS/OMS. Caracterización de la exclusión social en Bolivia. Octubre 2004 [consultado 2010 diciembre 20]. Disponible en: <http://www.udape.gov.bo/exclusion/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20la%20Exclusi%C3%B3n%20en%20Salud%20en%20Bolivia.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. Análisis coyuntural de la mortalidad en Bolivia. Boletín Epidemiológico 2002;23:1-5.
12. Ministerio de Salud y Previsión Social. Diagnóstico del registro y notificación de la mortalidad y morbilidad. La Paz: INIS, 2000.
13. Organización Panamericana de la Salud, USAID. Perfil de los sistemas de salud. Bolivia. Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, DC: OPS, 2007.
14. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Bolivia [consultado 2010 diciembre 17]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/condsalud/situaciondesalud/respuestasistema.htm>
15. Ministerios de Salud y Deportes. Composición, clasificación y actual estructura del presupuesto. Informe 2007. La Paz, Bolivia: MSD, 2008.
16. Wong R. Gasto catastrófico en salud y grupos vulnerables en América Latina: análisis comparativo entre países [consultado 2011 febrero 23]. Disponible en: http://www.insp.mx/insp/carga/archivos/congisp2009/rebeca_wong.pdf
17. Acción Internacional para la Salud. Estudio de precios, disponibilidad y acceso de medicamentos y componentes del precio en Bolivia. La Paz: AIS, 2009.
18. UDAPE, OPS/OMS. Caracterización de la exclusión social en Bolivia [consultado 2010 diciembre 20]. Disponible en: <http://www.udape.gov.bo/exclusion/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20la%20Exclusi%C3%B3n%20en%20Salud%20en%20Bolivia.pdf>
19. Cámara de la Industria Farmacéutica Boliviana. Perfil y mercado farmacéutico. Bolivia 2006. La Paz, Bolivia: CIFB, 2007.
20. Organización Panamericana de la Salud. Carta informativa políticas y medicamentos [consultado 2010 diciembre 20]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/pubperiodicas/r0013.pdf>
21. Bono Juana Azurduy se pone en marcha con registro de madres embarazadas y niños menores de un año [consultado 2011 febrero 23]. Disponible en: <http://www.comunicabolivia.com/2009/05/bono-juana-azurduy-se-pone-en-marcha-con-registro-de-madres-embarazadas-y-ninos-menores-de-un-ano.html>
22. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal 5. Lancet 2010;375(9726):1609-1623.
23. Moloney A. Difficulties hit Bolivia's programme for pregnant women. Lancet 2010;375(9730):1955.

Sistema de salud de Brasil

Víctor Becerril Montekio, Lic en Ec, M en Soc,⁽¹⁾
 Guadalupe Medina, MC, MSP, Dr en SP,⁽²⁾ Rosana Aquino, MC, MSP, Dr en SP.⁽²⁾

Becerril-Montekio V,
 Medina G, Aquino R.
 Sistema de salud de Brasil.
 Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S120-S131.

Becerril-Montekio V,
 Medina G, Aquino R.
 The health system of Brazil.
 Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S120-S131.

Resumen

En este trabajo se describe el sistema de salud de Brasil, que está compuesto por un sector público que cubre alrededor de 75% de la población y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS) y su financiamiento proviene de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados. El SUS es además responsable de la coordinación del sector público. El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Autoadministrados (empresas) y los planes de seguros de salud individuales. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo, que utilizan sobre todo la población de mayores ingresos. En este trabajo se analizan los recursos con los que cuenta el sistema, las actividades de rectoría que se desarrollan y las innovaciones más recientemente implantadas, incluyendo el Programa de Salud de la Familia y el Programa Más Salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Brasil

Abstract

This paper describes the Brazilian health system, which includes a public sector covering almost 75% of the population and an expanding private sector offering health services to the rest of the population. The public sector is organized around the Sistema Único de Saúde (SUS) and it is financed with general taxes and social contributions collected by the three levels of government (federal, state and municipal). SUS provides health care through a decentralized network of clinics, hospitals and other establishments, as well as through contracts with private providers. SUS is also responsible for the coordination of the public sector. The private sector includes a system of insurance schemes known as Supplementary Health which is financed by employers and/or households: group medicine (companies and households), medical cooperatives, the so called Self-Administered Plans (companies) and individual insurance plans. The private sector also includes clinics, hospitals and laboratories offering services on out-of-pocket basis mostly used by the high-income population. This paper also describes the resources of the system, the stewardship activities developed by the Ministry of Health and other actors, and the most recent policy innovations implemented in Brazil, including the programs saúde da Família and Mais Saúde.

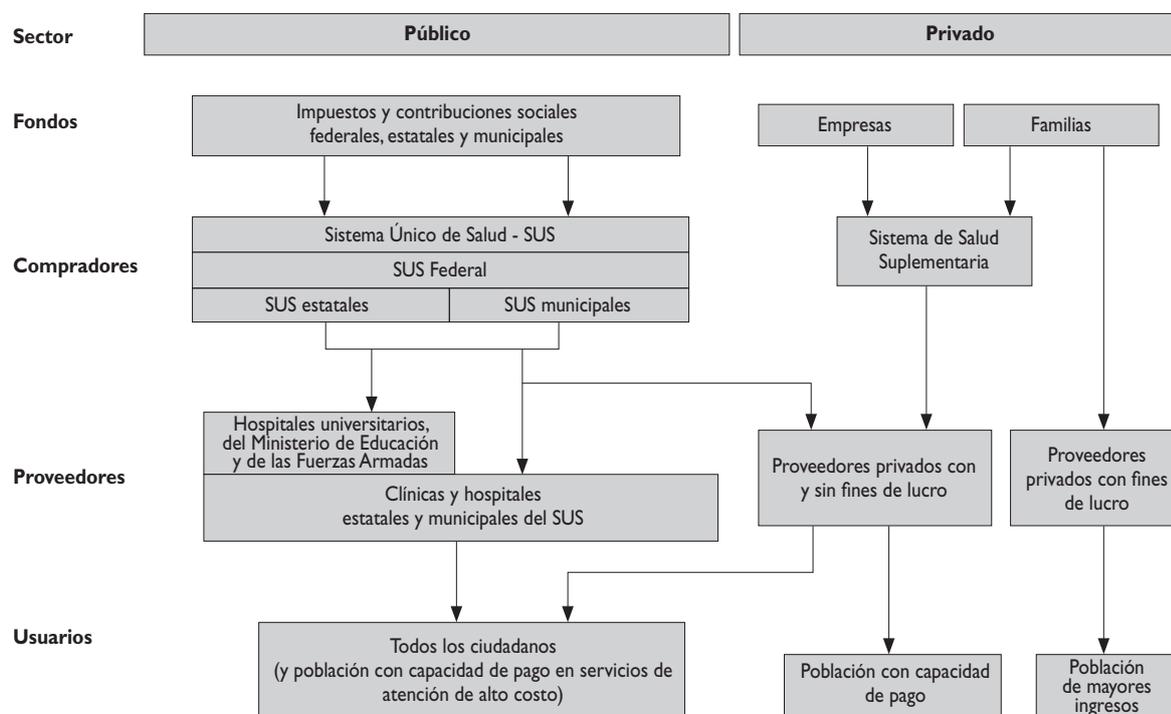
Key words: health system; social security; Brasil

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Fecha de aceptado: 5 de enero de 2011

Solicitud de sobretiros: Víctor Becerril. Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655,
 Colonia Santa María, 62100, Cuernavaca, Morelos, México.
 Correo electrónico: victorbecerril@gmail.com



Salud Suplementaria: Medicina de Grupo, Planes Autoadministrados, cooperativas médicas y seguros individuales

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un sector público que cubre alrededor de 75% de la población a través de servicios propios y de la contratación de servicios privados, y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS), financiado con impuestos generales y contribuciones sociales recaudados por los tres niveles de gobierno. El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados con y sin fines de lucro. El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Autoadministrados (empresas), y los planes de seguros de salud individuales que, en ocasiones, ofrecen regímenes de libre elección de prestadores. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo y que son utilizados de manera preponderante por la población de mayores ingresos, la cual también recurre al SUS en busca de servicios de prevención (vacunación) y para atender padecimientos de alto costo y complejidad.

Contexto

Demografía

Brasil cuenta con 191.5 millones de habitantes; 82.8% de la población habitaba en zonas urbanas y 48% se concentraba en cuatro de las 27 entidades federativas del país: Sao Paulo (41.3 millones), Minas Gerais (20 millones), Río de Janeiro (16 millones) y Bahía (14.6 millones).¹ Entre 1991 y 2004 la tasa de fecundidad bajó de 2.7 a 2.0 hijos por mujer, al tiempo que la tasa bruta de mortalidad general se redujo de 7.6 a 6.3 por 1000 habitantes.² Entre 1991 y 2008 la esperanza de vida de los hombres aumentó de 63.2 a 68.8 años, y la de las mujeres de 70.9 a 76.2 años, arrojando un promedio para ambos sexos de 72.4 años en 2008.^{3,4} Como resultado,

la proporción de mayores de sesenta años aumentó de 7.3% en 1991 a 8.6% en 2000 y 9.2% en 2005, mientras que la proporción de menores de 5 años pasó de 11.3% en 1991 a 9.6% en 2000 y 8.9% en 2005.⁵

Condiciones de salud

La mejoría de las condiciones generales de vida y el éxito de diversas políticas de salud pública implantadas en años recientes se tradujeron en una reducción espectacular de la mortalidad infantil (de 35 por 1000 nacidos vivos en 1998 a 20 en 2007), un descenso de la tasa de mortalidad general y un aumento en la esperanza de vida. A pesar de estos indiscutibles avances, Brasil sigue presentando las peores cifras en los principales indicadores de salud de los países de ingresos medios de la región latinoamericana

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, BRASIL, 2008

Población total	189 612 814
Esperanza de vida al nacer (años)	73.0
Esperanza de vida a los 60 años	21.3
Tasa de mortalidad general	5.6
Tasa de mortalidad infantil (2007)	20
Razón de mortalidad materna (2007)	77
Prevalencia de diabetes en adultos (%)	9.7
Prevalencia de hipertensión arterial en adultos (%)	23.9
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2007)	97.5
Cobertura de vacunación (%)	
En menores de 1 año	
tetraivalente	98.2
polio	100
BCG	100
Población cubierta por la seguridad social	100%
Población con planes privados de salud	21.24%
Población no asegurada	-
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	8.4
Gasto per cápita en salud*	904
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	44

Fuente: Referencias 6-17

*Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

(Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay), incluyendo mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, razón de mortalidad materna, mortalidad en adultos y esperanza de vida al nacer.¹⁶

Brasil se encuentra en una transición epidemiológica caracterizada por el creciente predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones como causas de mortalidad. Como puede observarse en el cuadro II, las principales causas de muerte en las mujeres son las enfermedades del sistema circulatorio, la diabetes, las enfermedades del aparato respiratorio y las neoplasias. En el caso de los hombres, destacan la presencia de causas externas (agresiones y accidentes de transporte) (cuadro III). Brasil, de hecho, presenta una tasa muy superior de muertes violentas a la de Argentina, Chile, Uruguay e incluso México.

Las regiones menos desarrolladas todavía padecen importantes rezagos epidemiológicos. Mientras que en 2007 la mortalidad infantil para el país era de 20 por 1000 nacidos vivos, en Alagoas, Paraíba y Sergipe se registraron tasas de 41, 31 y 30, respectivamente. En las regiones Sudeste y Sur las tasas de mortalidad infantil alcanzan cifras de apenas 15 y 13 por 1000 nacidos vivos, respectivamente.⁷

Estructura y cobertura

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un amplio sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), que da cobertura a 75% de la población, y un creciente sector

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, BRASIL, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades cerebrovasculares	48 563	50.35	10.71
2. Enfermedades isquémicas del corazón	39 744	41.21	8.76
3. Otras enfermedades cardíacas	30 988	32.13	6.83
4. Infarto agudo del miocardio	30 577	31.70	6.74
5. Diabetes mellitus	28 040	29.07	6.18
6. Neumonía	22 508	23.34	4.96
7. Enfermedades hipertensivas	22 254	23.07	4.91
8. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15 706	16.28	3.46
9. Resto de neoplasias malignas	15 017	15.57	3.31
10. Neoplasia maligna de mama	11 735	12.17	2.59
Resto	188 392	195.32	41.54
Total	453 524	470	100

*Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 6

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, BRASIL, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	55 162	59.21	9.00
2. Enfermedades cerebrovasculares	49 311	52.93	8.05
3. Agresiones	44 671	47.95	7.29
4. Infarto agudo del miocardio	43 955	47.18	7.17
5. Otras enfermedades cardíacas	32 090	34.45	5.24
6. Accidentes de transporte	30 668	32.92	5.00
7. Neumonía	22 755	24.43	3.71
8. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	21 796	23.40	3.56
9. Diabetes mellitus	21 639	23.23	3.53
10. Enfermedades hipertensivas	19 909	21.37	3.25
11. Resto	270 902	290.79	44.2
Total	612 858	658	100

*Tasa por 100 000 hombres
Fuente: Referencia 17

privado, que incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y lo que podríamos llamar sistema de desembolso directo, que cubre al 25% restante.

El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales, así como en establecimientos privados. Con el apoyo técnico y financiero de los niveles estatal y federal, cada municipio se encarga de proveer atención a su población o de referir a los usuarios a otros municipios. Existen otras instancias públicas que proveen servicios de salud: los hospitales universitarios y las unidades del Ministerio de Educación y las Fuerzas Armadas. El SUS es responsable de coordinar el sector público y de regular el sector privado, con cuyas entidades establece convenios o contratos mediante pago por servicio.⁸

El sector privado complementa la asistencia de los servicios públicos. El SAMS es un sistema de esquemas de aseguramiento que comprende la medicina de grupo con planes de salud para empresas y familias, las cooperativas médicas, los Planes Autoadministrados o sistemas de aseguramiento de las empresas, y los planes privados individuales. El subsistema de desembolso directo está compuesto por consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados no vinculados con el SUS, aunque regulados por las autoridades sanitarias, y utili-

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA BRASILEÑO DE SALUD

- 1920 Restructuración del Departamento Nacional de Salud y creación de organismos especializados para la lucha contra la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas
- 1923 Creación del sistema de Cajas de Jubilación y Pensiones
- 1930 Creación del Ministerio de Educación y Salud
- 1953 Creación del Ministerio de Salud que se separa del Ministerio de Educación y Salud
- 1967 Reforma de la previsión social que unificó cinco de los seis IAP en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS)
- 1974 Creación del Ministerio de Previsión y Asistencia Social y separación del INPS en tres institutos: el Instituto de Administración de Previsión y Asistencia Social, el INPS y el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social
- 1983 Creación del proyecto Acciones Integradas de Salud
- 1988 Promulgación de la nueva Constitución y creación del Sistema Único de Salud (SUS)
- 1990 Reglamentación del SUS a través de la Ley Orgánica de la Salud y de la ley que define la participación social en el SUS
- 1997 Creación del Piso de Atención Básica –Transferencias per cápita del nivel federal a los municipios

zado predominantemente por la población de mayores ingresos.^{9,10}

¿Quiénes son los beneficiarios?

La Constitución Federal de 1988 postula el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción,

protección y recuperación de la salud, y responsabiliza al Estado de la provisión de servicios.¹¹

El sector público es responsable de los servicios de salud pública relacionados con la vigilancia epidemiológica y sanitaria, así como del control de enfermedades transmisibles. Además ofrece servicios asistenciales a 75% de la población. Parte de la población cubierta por planes y seguros privados también hace uso de los servicios públicos para acciones de prevención y tratamientos complejos y/o costosos.^{1,12} Los hospitales universitarios también forman parte del SUS y se mantienen con recursos de este sistema y del Ministerio de la Educación. Los servicios de salud de las Fuerzas Armadas proveen atención a la salud a los militares activos, pensionados y sus familias.

¿En qué consisten los beneficios?

La Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud, elaborada por el Ministerio de Salud (MS), el Consejo Nacional de Salud y la Comisión Intergestora Tripartita, define varios principios básicos del derecho a la salud en Brasil: derecho al acceso ordenado y organizado al sistema de salud; derecho a un tratamiento adecuado; respeto a la persona, sus valores y sus derechos; responsabilidades del ciudadano, y compromiso de todos los gestores de la salud.¹³ El SUS se encarga de proveer atención básica a la población y tiene como ejes la universalidad, la integralidad y la equidad con base en una organización descentralizada y el control social de la administración.

El SUS define la atención básica como un conjunto de acciones de salud en los ámbitos individual y colectivo, incluyendo la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud. Esta atención se dirige a poblaciones ubicadas en territorios bien delimitados y a la resolución de los problemas de salud más frecuentes y relevantes.¹⁴ Al menos en términos formales, no existe ninguna restricción en el tipo de padecimientos cubiertos por el SUS. Sin embargo, este sistema ha estado subfinanciado, lo que ha impedido alcanzar una cobertura universal de servicios integrales.¹⁵ Este subfinanciamiento se expresa en largos tiempos de espera para acceder a atención de especialidad, cirugías y tratamiento de urgencias.¹⁶ Esto también ha generado conflictos de orden legal ya que algunos pacientes exigen que se les cubran padecimientos de alto costo que aún se encuentran en fase experimental.

El instrumento para avanzar hacia la cobertura universal ha sido el Programa de Salud de la Familia, cuyo principal reto es reorientar la práctica médica hacia la atención primaria a la salud mediante la creación de

equipos de salud que prestan atención tanto en unidades de salud como en hogares. Los equipos mínimos están compuestos por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud. En el caso de los equipos de salud bucal se suman dentistas, técnicos y auxiliares dentales. En municipios de más de 100 mil habitantes, los equipos suelen complementarse con otros profesionistas. El objetivo es crear un vínculo de corresponsabilidad entre estos equipos profesionales y la población para facilitar la identificación y la atención de enfermedades.^{17,18} Actualmente el Programa de Salud de la Familia cubre a cerca de 50% de la población.¹⁹

Financiamiento

¿Quién paga?

El SUS se financia con impuestos y contribuciones sociales provenientes de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. En 2004 la participación del gobierno federal en el financiamiento del SUS fue de 50.7%, mientras que las unidades de la federación participaron con 26.6% y los municipios con 22.7%.^{20,21}

El financiamiento del SUS está garantizado por una reforma a la Constitución, aprobada en el año 2000, que aseguró las fuentes de asignación de recursos para la salud.²² Hasta 2007 las cuatro principales fuentes de financiamiento de los recursos federales eran la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros, la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social, los recursos ordinarios y la contribución sobre el lucro de personas jurídicas. La principal fuente de financiamiento de los estados y municipios son los presupuestos fiscales respectivos.^{31,32}

En 2008 el Senado aprobó una nueva reglamentación según la cual, para 2011, la federación destinaría a la salud un mínimo de 10% de sus ingresos, añadiendo a esa cantidad 12% de los recursos de los estados y el Distrito Federal más 15% de los municipios. En el caso de la federación, estas aportaciones se han ido incrementando paulatinamente desde 8.5% en 2008 a 9.5% en 2010. En 2011 llegarán a 10%.²³

Los recursos presupuestales del SUS deben depositarse en los Fondos de Salud. Una parte de los recursos federales se transfieren a los estados y los municipios. De igual manera, parte de los recursos de los estados se transfieren a los municipios.³¹

El sector privado se financia con recursos de las empresas que contratan planes y seguros privados para sus empleados y con los recursos de las familias que compran esquemas prepagados de salud o que realizan pagos de bolsillo por los servicios.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

Se estima que los recursos públicos destinados al gasto en salud en 2007 fueron de 94 400 millones de reales; 47% correspondió a gasto federal, 26% a los estados y 27% a los municipios. El gasto privado directo en salud fue ligeramente mayor: 98 400 millones de reales. Alrededor de 50 000 millones correspondieron a planes y seguros, 21 000 millones a pagos de bolsillo y 27 000 millones a medicamentos. Parte de los recursos privados incluyen la participación pública correspondiente a la renuncia fiscal: 8 000 millones de reales en 2007.³³

La participación del gasto en salud como proporción del PIB en 2008 fue de 8.4%. El gasto per cápita en salud ascendió a US\$_{ppp} 904.²⁴ El gasto público concentró 44% del gasto total en salud. El gasto de bolsillo concentró 57.1% del gasto privado total; el resto correspondió a planes prepagados.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

De acuerdo con datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, el número de establecimientos de salud pasó de 35 701 en 1990 a 77 004 en 2005; 58.6%, pertenecen al sector público y 41.4% al privado.²⁵

Excluyendo los más de 14 500 establecimientos que sólo ofrecen servicios de apoyo diagnóstico o diagnóstico y terapia, en 2005, 62 483 establecimientos ofrecían atención a la salud; 70.4% eran públicos y 29.6% privados. La mayoría (88.5%) ofrecía servicios ambulatorios y el 11.5% contaba con atención hospitalaria.²⁶

La disponibilidad de camas de hospital se redujo de 533 558 en 1990 a 443 210 en 2005. En 2005 la participación del sector privado era mayor que la del sector público, con 294 244 camas (66.4%), de las cuales 82% estaban disponibles para los usuarios del SUS.¹⁶

En 2005 Brasil contaba con 49 987 equipos de diagnóstico por imagen de diversas categorías, 2 642 mamógrafos simples y 703 con estereotaxia, 3 345 mamógrafos y 1 961 unidades de equipos de tomografía computarizada.³⁷

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

En 2005 Brasil contaba con 527 625 médicos, para una razón de 2.86 médicos por 1000 habitantes. El total de enfermeros profesionales era de 116 126 (0.63 por 1000 habitantes). Debe tomarse en cuenta, sin embargo, la existencia de más de 161 336 técnicos en enfermería y 325 834 mil auxiliares de enfermería. Sumados todos

estos recursos de enfermería se llega a una razón de 3.28 enfermeras de todos los niveles por 1000 habitantes. Los odontólogos sumaban 71 386 (0.39 por 1000 habitantes).³⁷

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

Desde 1998 existe una Política Nacional de Medicamentos sobre cuya base se desarrolló la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica.^{27,28} El gobierno federal es responsable de asegurar la disponibilidad de los productos considerados estratégicos (antirretrovirales, hemoderivados y otros medicamentos costosos). Recientemente se modificó la legislación sobre medicamentos que ofrece el SUS como parte de la llamada Atención Básica, definiendo 82 medicamentos para el tratamiento de los padecimientos más comunes.³⁸

El financiamiento de la asistencia farmacéutica depende de las tres esferas de gestión del SUS. En 2007 se definieron tres componentes de los recursos federales destinados a este rubro: a) básico; b) estratégico (control de endemias y antirretrovirales del programa contra enfermedades de transmisión sexual y SIDA) y c) medicamentos de distribución excepcional.³⁷

El financiamiento para la asistencia farmacéutica del esquema de Atención Básica del SUS tiene un origen tripartito: gobierno federal, gobiernos estatales y gobiernos municipales. En 2008 los valores mínimos de inversión en medicamentos por habitante/año fueron 4.10 reales a nivel nacional, 1.50 reales para los estados y el Distrito Federal, y 1.50 reales para los municipios. Esto representa una inversión total de 1.3 mil millones de reales, de los cuales 754 millones corresponden al MS y 550 millones a los estados y los municipios.²⁹

El mercado brasileño ofrece, en primer lugar, fármacos de referencia, registrados por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), que tienen una marca comercial conocida. En segundo lugar ofrece medicamentos genéricos que han pasado pruebas de bioequivalencia realizadas "in vitro" en laboratorios habilitados *ex profeso* por la ANVISA. También existen medicamentos similares que no han comprobado su bioequivalencia ante la ANVISA.³⁰

La industria farmacéutica de origen extranjero fabrica fundamentalmente medicamentos de marca, aunque también produce genéricos e incluso similares. Estos dos son producidos preponderantemente por la industria farmacéutica nacional.

El programa Farmacia Popular del Brasil tiene como objetivo ampliar el acceso a medicamentos básicos y esenciales a bajo costo para quienes utilizan los servicios privados y tienen dificultadas para adquirirlos debido

a su alto costo en las farmacias comerciales. Funciona con base en la colaboración entre el MS federal, los gobiernos estatales y municipales e instituciones privadas autorizadas para instalar este tipo de farmacias.³¹

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

El Departamento de Informática del SUS (DATASUS), órgano de la Secretaría Ejecutiva del MS, es responsable de reunir, procesar y disseminar la información en salud. DATASUS es el centro tecnológico de soporte técnico y normativo sobre el cual se construyen los sistemas de informática e información en salud en general y cuenta con extensiones en todo el país que brindan apoyo técnico a las secretarías de salud estatales y municipales.³²

DATASUS mantiene las bases de datos nacionales del Sistema de Información en Salud; disemina la información para la gestión, el control social del SUS y la investigación en salud; desarrolla los sistemas de información y las tecnologías de informática necesarias para el funcionamiento del SUS; establece normas relativas a los procedimientos y bases tecnológicas de información; capacita al personal encargado de procesar la información, y, finalmente, apoya la formación de la Red Nacional de Informaciones en Salud en Internet.³³

DATASUS también coordina la información generada por una multiplicidad de sistemas en temas específicos: sistemas de gestión de informaciones financieras del SUS; de Información de Atención Básica; de Informaciones Ambulatorias del SUS; de Gerencia de la Unidad Ambulatoria Especializada; de Informaciones Hospitalarias del SUS y de Informaciones de Mortalidad, entre otros.³⁴

La investigación en salud contó con un promedio anual de US\$573 millones de inversión entre 2000 y 2002 (72.8% de inversión pública, 23.7% privada y 3.5% de fondos externos). En esos años no existía una política nacional de ciencia y tecnología en salud y el MS rara vez intervenía en la determinación de prioridades de investigación. En 2003 un grupo de investigadores designado por el Consejo Nacional de Salud propuso 20 subagendas para abordar la elaboración de una política de investigación en salud y definir prioridades. En 2004 la Segunda Conferencia Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, con participación de delegados de 307 municipios de 24 estados, aprobó la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud sobre cuya base se elaboró la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud.³⁵

Entre 2003 y 2007 la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos invirtió más de 410 millones de reales en investigación en salud. A esta cantidad se añade lo dedicado por diversas entidades de fomento. Sólo en

investigación sobre enfermedades transmisibles, se invirtieron 65 millones de reales, con más de 100 estudios sobre SIDA y enfermedades de transmisión sexual cuyo financiamiento fue de más de 25 millones de reales.⁴⁷

Entre 1997 y 2001 Brasil ocupó el vigésimo primer puesto por el número de publicaciones científicas en el campo biomédico. Brasil y México (vigésimo noveno puesto) son los únicos países latinoamericanos que formaban parte del listado de 30 países. En 2007 Brasil ocupó el lugar número 15 entre los países con mayor número de publicaciones científicas en revistas indexadas.^{36,37}

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

La Constitución de 1988 descentralizó los servicios del SUS hacia los estados y municipios. El gobierno federal está encargado de preservar y promover los principios del SUS, definir prioridades nacionales, monitorear los resultados de los programas y políticas, y participar en el financiamiento tripartito garantizando la equidad entre los estados. El pacto federal sanitario tiene como sustento la unidad doctrinaria del SUS y la diversidad operativa basada en las especificidades de los estados y municipios.

A partir de 2006 las directrices del Pacto para la Salud definieron las áreas prioritarias del SUS mediante la consolidación de los procesos de regionalización y los instrumentos de planeación y programación, así como el Plan Director Regionalizado, el Plan Director de Inversiones y la Programación Pactada e Integrada. Siguiendo este proceso de descentralización se estructuró la implantación de la Política Nacional de Regulación, responsabilidad del Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas del MS.³⁸⁻⁴² Esta política regula la actuación de los diversos proveedores de atención a la salud desde el nivel federal hasta los niveles estatal y municipal. Los planes y seguros privados de salud son regulados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, una dependencia del MS.⁴³

La reglamentación profesional es responsabilidad del Congreso Nacional, del Ministerio del Trabajo, del Ministerio de Educación a través del Consejo Nacional de Educación, y, en el caso de las profesiones vinculadas con la salud, de los Consejos de Fiscalización del ejercicio profesional reconocidos y autorizados por el Estado.²⁴

La Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud del MS es responsable de formular las políticas sobre formación, desarrollo profesional y educación permanente de los profesionistas de la salud

en los niveles técnico y superior del SUS. Entre sus objetivos está la integración de los sectores de la salud y la educación.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

En 1998 se creó el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria junto con un conjunto de instituciones de la administración pública coordinadas por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA). El consejo consultivo de ANVISA está compuesto por representantes de instituciones de la administración pública, la sociedad civil y la comunidad científica, y es presidido por el MS. Su objetivo es promover la protección de la salud de la población mediante el control sanitario de la producción y la comercialización de productos y servicios objeto de la vigilancia sanitaria (ambientes, procesos, insumos y tecnologías), y el control de puertos, aeropuertos y fronteras.⁴⁴

En junio de 2003 la Secretaría de Vigilancia en Salud asumió la gestión del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Ambiental en Salud (SINVSA) y desde marzo de 2005 quedó reglamentado el Subsistema Nacional de Vigilancia en Salud Ambiental, el cual coordina, evalúa, planea, inspecciona y supervisa las acciones de vigilancia relacionadas con el agua para consumo humano, la contaminación del aire y del suelo, los desastres naturales, los contaminantes ambientales y las sustancias químicas, los accidentes con productos peligrosos, el efecto de factores físicos y las condiciones saludables del ambiente de trabajo. El SINVSA también elabora indicadores y sistemas de información para la vigilancia en salud ambiental, para promover el intercambio de experiencias y estudios, además de acciones educativas y otras encaminadas a la democratización del conocimiento dentro del área.⁴⁵⁻⁴⁷

El Sistema Nacional para el Medio Ambiente es responsable de la política ambiental. Su órgano ejecutivo es el Instituto Brasileño del Medio Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables.

¿Quién evalúa?

Con la creación del SUS, en 1990 se estableció que el control y evaluación del sistema serían competencias de los tres niveles de gobierno e incluyen diversas instancias: Consejos de Salud, Comisiones Intergestoras y el Sistema Nacional de Auditoría, entre otros. Sin embargo, sólo hasta 2002 los estados y los municipios empezaron a implantar y desarrollar acciones de control contable, financiero y asistencial sobre las acciones de los prestadores de servicios de salud. Más recientemente, el Pacto de Gestión del SUS estableció las responsabilidades del gestor municipal y estatal en el control y la evaluación

de los servicios y la definición de indicadores para el monitoreo del desempeño.⁴⁸

Desde 2003 el Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DERAC) es responsable de la coordinación de la política nacional de regulación, control y evaluación. Además, se encarga de facilitar el desarrollo financiero de las acciones y servicios de atención ambulatoria y hospitalaria del SUS.

Además, el DERAC desarrolla las directrices y coordina la implantación de las actividades de control y evaluación de la producción de servicios de atención a la salud en los estados y municipios. También es responsable del perfeccionamiento del control y la evaluación de la ejecución de las acciones de salud mediante el Sistema de Información de (atención) Ambulatoria y el Sistema de Información Hospitalaria. El DERAC es igualmente responsable del Programa Nacional de Evaluación de los Servicios Hospitalarios, de la Encuesta de Satisfacción y del Premio de Calidad Hospitalaria.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La participación comunitaria es una pieza clave del SUS y está garantizada por una red de más de 5 000 Consejos Municipales de Salud, 27 Consejos Estatales de Salud y el Consejo Nacional de Salud, en los cuales participan más de 100 000 voluntarios.⁴⁹⁻⁵¹

Los Consejos de Salud son órganos colegiados, deliberativos y permanentes del SUS en cada uno de los tres niveles de gobierno y forman parte de la estructura básica del MS y de la Secretaría de Salud de los Estados, del Distrito Federal y de los municipios. También existen consejos regionales, locales y distritales.

Los Consejos de Salud participan en la formulación y la proposición de estrategias, el control de la ejecución de las políticas de salud, las decisiones sobre la asignación de recursos, la construcción de instalaciones y la implementación de programas de salud. En los Consejos de Salud hay representantes comunitarios (50% de los miembros), del gobierno, proveedores y administradores de servicios de atención a la salud (25%) y de trabajadores de la salud (25%). Su presidente es elegido en asamblea plenaria.

Los Consejos de Salud orientan el debate sobre la salud y el funcionamiento del SUS con base en las Conferencias Nacionales de Salud, que reúnen a cientos de miles de personas en eventos municipales y estatales. La primera se realizó en 1941 y, a partir de 1986 dejaron de ser sólo foros de discusiones técnicas para incluir una visión política de la salud pública.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

En 2003 el Consejo Nacional de Secretarios de Salud publicó los resultados de la segunda encuesta sobre conocimiento, evaluación y opinión de los brasileños respecto de los servicios del SUS. Para 24.2% de los encuestados, el principal problema que enfrentan en su vida diaria es la salud, seguida por el desempleo (22.8%) y las preocupaciones financieras (15.9%).⁵² Más de 96% de los encuestados utilizó algún servicio de salud por lo menos una vez durante los dos años anteriores a la encuesta. Más de tres cuartas partes (75.9%) asistió a consultas médicas, 71.2% recibió vacunas, 67% recibió exámenes de laboratorio, 54.9% acudió a los servicios odontológicos, 44.6% al servicio de radiología o ultrasonido, 27.1% fue internado y 15.3% pasó por alguna cirugía.

Como fallas del sistema, los encuestados pusieron de relieve la carencia de médicos y personal de enfermería (19.4%); la falta de medicamentos (9.5%); los largos tiempos de espera para recibir atención con igual calificación que la falta de hospitales (8.3%) y la demora para recibir citas para la consulta (7%). El 41.3% considera que el principal problema del SUS es la fila de espera para obtener consulta, 14.4% que es la fila de espera para los exámenes y 7.5% la fila de espera para hospitalización.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

La salud como un derecho de los ciudadanos y un deber del estado es el punto de partida de la reestructuración del sistema de salud brasileño, cuyo elemento central es la creación del SUS y su implementación a partir de la promulgación de la Ley Orgánica de Salud en 1990. El sistema tiene tres objetivos: a) la universalización de la atención sin restricciones ni cláusulas de cobertura, b) la equidad en la atención, y c) la integridad de las acciones (promoción, protección, prevención, rehabilitación y diagnóstico temprano), incluyendo la atención al individuo y la colectividad y el cuidado del medio ambiente.

Para ello se definieron tres estrategias básicas: a) la descentralización de la provisión de servicios hasta los estados y los municipios con apoyo del nivel federal, b) la unicidad de la coordinación mediante un mando único en cada nivel de gobierno y c) la participación social en la gestión del SUS a través de las Conferencias de Salud y los Consejos de Salud con funciones y participación bien definidas en la planificación y fiscalización de las acciones.

La participación democrática de las entidades y movimientos de la sociedad civil en la definición de las políticas, en la gestión y el control de su ejecución ha sido un elemento fundamental en el desarrollo del SUS y del sistema de salud brasileño.⁴⁹

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

La descentralización ha sido una de las principales innovaciones desde la Conferencia Nacional de Salud de 1986, e incluso antes, con las Acciones Integradas de Salud y el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud. Desde entonces se manifestaron impactos positivos como la ampliación de la oferta de servicios y el aumento de la participación popular. Estudios más recientes han mostrado un avance en la ampliación de la red de prestadores y la diversificación de la oferta.

La descentralización permitió también aumentar la base técnica para la gestión pública en salud en los ámbitos local, regional y central. A partir de 1998 se expandió la red de atención básica y sobre su base se han constituido uno de los más grandes programas públicos de inmunización y un programa de control del VIH/SIDA ampliamente reconocido.

Por lo que respecta al Programa de Salud de la Familia, diversos estudios realizados entre 1999 y 2004 han documentado su éxito, constatándose un incremento en la cobertura de los servicios de atención primaria del 14 a casi 60% de la población y una reducción de aproximadamente 13% en la mortalidad infantil para el período.^{53,54}

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Se reconocen avances en términos de integralidad, igualdad y expansión de la cobertura. Sin embargo, es necesario profundizar las conquistas para enfrentar los problemas y límites. En primer lugar, es necesario colocar al usuario-ciudadano como centro del diseño de las acciones y políticas de salud. Para ello, se han propuesto diversas estrategias, dentro de las que destacan las siguientes:⁵⁵

- Romper el aislamiento del sector salud involucrando otras áreas relacionadas con las necesidades básicas de la población.
- Establecer claramente las responsabilidades y los derechos de los usuarios del sistema de salud considerando las particularidades de cada región y microrregión.
- Intensificar la participación y el control social, reforzar los Consejos y las Conferencias de Salud, y fortalecer la capacitación de los consejeros.

- Aumentar la cobertura y la capacidad resolutive de las unidades del sistema público mediante un cambio en el modelo de atención que no sólo priorice la atención primaria, sino que se centre en el usuario-ciudadano.
- Evitar la precarización, la privatización y la tercerización de las relaciones laborales del SUS articulando las políticas de los sectores salud y educación.
- Profundizar el modelo de gestión y promover una descentralización solidaria y cooperativa basada en la corresponsabilidad establecida en contratos de gestión y financiamiento mixto.
- Ampliar las capacidades reguladoras del Estado reconociendo a la salud como bien social, reglamentando las relaciones público-privado y asegurando el respeto de los derechos de los usuarios.
- Superar el subfinanciamiento de la salud producto de imperativos económicos.

El gobierno del Presidente Lula puso en marcha el Programa de Aceleración del Crecimiento (PAC) 2008 – 2011, cuyo componente en salud es el Programa Más Salud: Derecho de Todos. Este programa contempla 73 medidas y 165 metas con inversiones por casi noventa mil millones de reales. Los ejes de intervención del programa se basan en una serie de directrices estratégicas entre las que destacan:⁵⁶

- avanzar en la implementación del sistema de salud universal, igualitario e integral mediante acciones que permitan asociar el desarrollo económico y social;
- consolidar las acciones de promoción de la salud e intersectorialidad con la orientación del patrón de desarrollo brasileño basado en un modelo de atención centrado en la búsqueda de calidad de vida;
- priorizar los objetivos del Pacto por la Salud;
- profundizar la regionalización, la participación social y el federalismo;
- elevar la calidad y eficiencia de las unidades productoras de bienes y servicios o de gestión en salud, y
- eliminar el subfinanciamiento del SUS siguiendo los preceptos constitucionales.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Ministerio da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. [Consultado el 13 de junio de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>.
2. Ministerio da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. [Consultado el 12 de junio de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm#demog>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Anuário Estatístico do Brasil 2006. Brasil: 2006. [Consultado el 12 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br>.
4. Ministerio da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. [Consultado el 13 de junio de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/a11.htm>.
5. Ministerio da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. [Consultado el 13 de junio de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm#demog>.
6. Ministerio de Salud. DATASUS. Consultado el 2 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?simp/cnv/obtpa.def>.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1), 2007. [Consultado el 11 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.aids.gov.br/incentivo/PROGESTORES/Livros-070306/1-O%20Sistema%20unico%20de%20Saude/O_Sistema_unico_de_Saude-LI.pdf.
8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006. [Consultado el 2 de junio de 2010]. Disponible en: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf.
9. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10) 2007- [Consultado el 9 de junio de 2010]. Disponible en: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/livro_10_regulacao_em_saude.pdf.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 11), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.

12. Paim J, Teixeira C. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12:1819-1829.
13. Ministério de Saúde. Secretaria-Executiva. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Legislação Federal Compilada – 1973 a 2006. Série E. Legislação de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_usuarios_servicos_acoes_saude_brasil.pdf.
14. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).
15. Hennigan T. Economic success threatens aspirations of Brazil's public health system. *BMJ* 2010;341:c5453.
16. Guanais F. Health equity in Brazil. *BMJ* 2010;341:c6542.
17. WHO. National health accounts. Brazil. [Consultado el 31 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/bra/en>.
18. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério de Saúde, 1994.
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.aids.gov.br/incentivo/PROGESTORES/Livros-070306/8-Atencao_Primaria_e_Promocao_da_Saude-L8.pdf.
20. Ministerio da Saúde. Departamento de Atención Básica (DAB) [consultado el 10 de junio de 2010]. Disponible en <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>.
21. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 3), 2007. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
22. Ugá, MAD, Porto, SM. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
23. Barros E. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
24. Carvalho G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pósconstitucional de 88. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2008;2(1):39-51.
25. World Health Organization. World Health Statistics 2010. Part II. Global Health Indicators. Ginebra, Suiza: 2010. [Consultado el 31 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHSI0_Part2.pdf.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária 2005. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/ams2005.pdf>.
27. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5) 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hse_asf_rem_1205_fim.pdf.
29. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
30. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3237_atencao_basica.pdf.
31. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica. En: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho AI, editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008, p. 435-472.
32. Ministério da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Ministério da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde 2005. 102 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [Consultado el 10 de octubre de 2010]. Disponible en: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/05_1120_M.pdf.
33. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 4), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
34. Mota E, Carvalho DM. 1999. Sistemas de informação em saúde, pp.505-521. In Rouquayrol MZ e Almeida Filho N, editores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro. Editora Médica e Científica, 1999.
35. www.datasus.gov.br [Consultado 8 – 12 de junio 2010].
36. Ministerio da Saúde. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2008.
37. Ministerio da Educação, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Produção científica brasileira é a 15ª em todo o mundo. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Ministerio da Educação, 2008. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.capes.gov.br/servicos/sala-de-imprensa/36-noticias/1990>.
38. Guimaraes JA. A pesquisa médica e biomédica no Brasil. Comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9(2):303-327.
39. Ministério da Saúde, Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Secretaria Executiva, 2006. [Consultado el 16 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume1.pdf>.
40. Ministério da Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática, 2006. [Consultado el 21 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume3.pdf>.
41. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume5.pdf>.
42. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / – Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, 2006. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume6.pdf>.
43. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1), 2007.

- [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
44. Bahia L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saude Soc* 2005; 14(2):9-30.
45. Silva ACP; Pepe VLE. Vigilância sanitária: campo da promoção e proteção da saúde. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho A, editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008: 819-849.
46. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, I), 2007. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
47. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, II), 2007. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
48. Teixeira MG, Costa MCN. Vigilância epidemiológica: política, sistemas e serviços. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho AI, editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008:795-817.
49. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10) 2007.
- [Consultado el 12 de agosto de 2010]. Disponible en: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/livro_10_regulacao_em_saude.pdf.
50. Escorel S, Moreira MR. Participação social. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008:979-1010.
51. Gerschman S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6):1670-1681.
52. Labra E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima N et al. (ogs) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
53. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Um estudio prospectivo. Brasília: CONASS, 2003. [Consultado el 18 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/opiniao_brasileiros1.pdf.
54. Macinko J, Guanais F, Marinho M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:13-19
55. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*, 2009; 99(1): 87-93.
56. ABRASCO – CEBES – ABRES – REDE UNIDA – AMPASA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: [http://www.cebes.org.br/media/file/O%20SUS%20PRA%20VALER%20REDUZIDO%20\(10jul2006\).pdf](http://www.cebes.org.br/media/file/O%20SUS%20PRA%20VALER%20REDUZIDO%20(10jul2006).pdf).
57. Ministério da Saúde. Mais saúde: direito de todos : 2008 – 2011. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Sistema de salud de Chile

Víctor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc,⁽¹⁾ Juan de Dios Reyes, MC, MSP,⁽²⁾
Annick Manuel, MC, MSP.⁽³⁾

Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A.
Sistema de salud de Chile.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S132-S143.

Resumen

En este trabajo se describe el sistema de salud de Chile, incluyendo su estructura, financiamiento, beneficiarios y recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone. Este sistema está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud y cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos. El sector privado cubre aproximadamente a 17.5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Alrededor de 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Recientemente el sistema se reformó creando el Régimen General de Garantías en Salud, que establece un Sistema Universal con Garantías Explícitas que se tradujo, en 2005, en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad para 56 problemas de salud, incluyendo cáncer en niños, cáncer de mama, trastornos isquémicos del corazón, VIH/SIDA y diabetes.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Chile

Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A.
The health system of Chile.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S132-S143.

Abstract

This paper describes the Chilean health system, including its structure, financing, beneficiaries, and its physical, material and human resources. This system has two sectors, public and private. The public sector comprises all the organisms that constitute the National System of Health Services, which covers 70% of the population, including the rural and urban poor, the low middle-class, the retired, and the self-employed professionals and technicians. The private sector covers 17.5% of the population, mostly the upper middle-class and the high-income population. A small proportion of the population uses private health services and pays for them out-of-pocket. Around 10% of the population is covered by other public agencies, basically the Health Services for the Armed Forces. The system was recently reformed with the establishment of a Universal System of Explicit Entitlements, which operates through a Universal Plan of Explicit Entitlements (AUGE), which guarantees timely access to treatment for 56 health problems, including cancer in children, breast cancer, ischaemic heart disease, HIV/AIDS and diabetes.

Key words: health system; social security; Chile

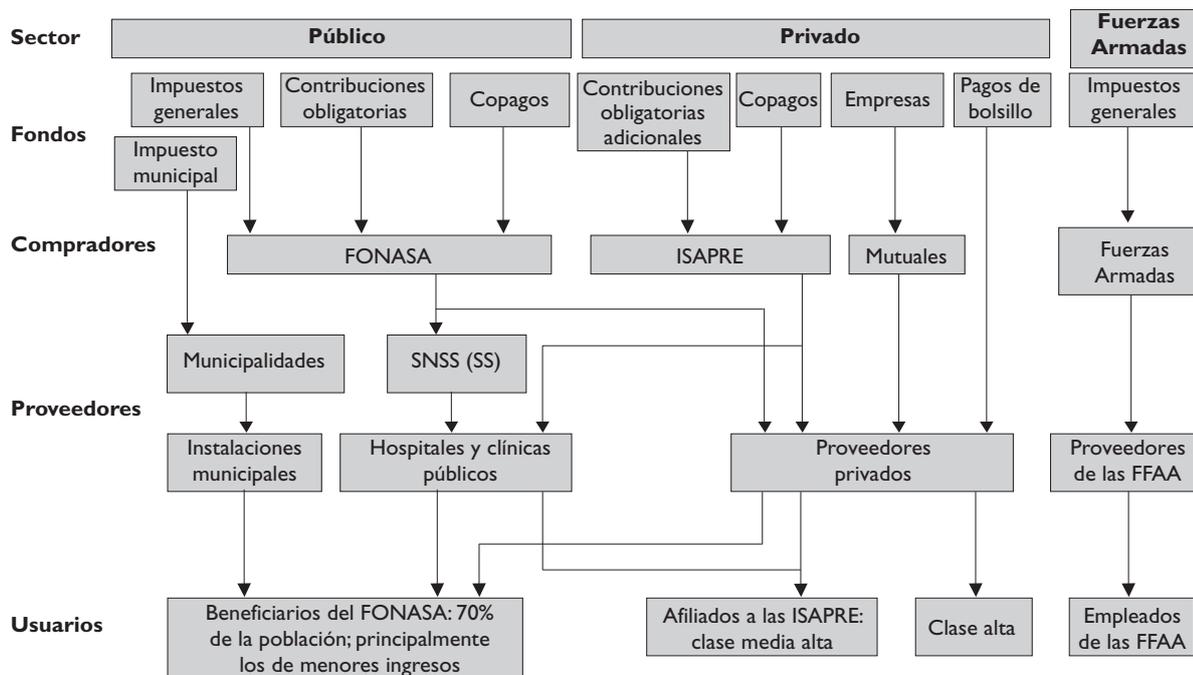
(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Consultor.

(3) Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Fecha de aceptado: 2 de noviembre de 2010

Solicitud de sobretiros: Víctor Becerril. Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655,
Colonia Santa María, 62100, Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: victorbecerril@gmail.com



FONASA: Fondo Nacional de Salud
 SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud
 FFAA: Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía)

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional
 SS: Servicios de Salud Regionales

Fuente: modificado de referencia 1

El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Este sector cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a él. El sector público se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos que se reúnen en el FONASA. La prestación de servicios públicos está a cargo del SNSS, con su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria. En ocasiones el FONASA contrata los servicios de proveedores privados. El sector privado se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17,5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. De manera paralela, tres mutuales ofrecen protección a sus afiliados (15% de la población) contra accidentes laborales y enfermedades profesionales. Las mutuales proveen atención en sus propias instalaciones. Los chilenos pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRE. Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público. Dependiendo de los contratos, los afiliados pueden o no escoger a los prestadores de servicios. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Alrededor de 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud.

Contexto

Demografía

De acuerdo con proyecciones del último censo de población, Chile cuenta con una población de poco más de 17 millones de habitantes, 50,5% son mujeres y 49,5% son hombres.² La densidad de población es de 20,4 habitantes por kilómetro cuadrado, pero 86,5% de

la población se concentra en las zonas urbanas y 40% en el área metropolitana de la capital, Santiago de Chile. La proporción de habitantes que en 2002 declaró pertenecer a alguno de los ocho pueblos reconocidos por la ley indígena fue de 4,6%.³

Los menores de 15 años de edad representan poco más de 25% de la población, mientras que los mayores de 60 años rebasan el 11%. El ritmo de crecimiento anual de la población entre 1992 y 2002 fue de 1,2%. En

años recientes descendió a 1%, uno de los más bajos de América Latina. La tasa de fecundidad en 2007 fue de 1.9 por mujer en edad fértil.⁴

Condiciones de salud

Junto con Cuba y Costa Rica, Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina. La tasa de mortalidad infantil muestra un descenso espectacular entre 1970 y 2005: de 82 muertes en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos pasó a 7.9, con pocas diferencias entre las 15 regiones del país.⁵ Esta última cifra contrasta con las de México (18.1 en 2006) y Brasil (22.6 en 2004), y es comparable a la de Estados Unidos (6.8 en 2004). En 2005, la razón de mortalidad materna fue de 19.8 por 100 000 nacidos vivos, considerablemente inferior al promedio latinoamericano (82.8). Por último, la esperanza de vida aumentó de 63.5 años en 1970 a 78.5 años en 2005 (81 años para las mujeres y 74 para los hombres). Esto significa que los chilenos presentan hoy una probabilidad de vivir al nacer cuatro veces mayor que la que presentaban a principios del siglo pasado.

Estos cambios demográficos se han acompañado de una transición epidemiológica caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles. De acuerdo con la Encuesta Nacional de

Salud 2003, los padecimientos con mayor prevalencia son las enfermedades cardiovasculares, que afectan a más de la mitad de la población adulta, seguidas por las enfermedades respiratorias crónicas, la depresión y la diabetes, entre otras.

Las principales causas de muerte en mujeres son las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades del corazón, las enfermedades hipertensivas y la diabetes (cuadro II).¹¹

Las principales causas de muerte en hombres son las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis y las enfermedades del hígado, y el tumor maligno de estómago (cuadro III).¹¹

Estructura y cobertura

El sistema de salud chileno consta de dos sectores, público y privado. El primero cubre a 80% de la población. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubren a alrededor de 70% de la población nacional. Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al FONASA y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público.

El sector privado está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo.

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, CHILE, 2006

Población total	16 432 674
Población total de 60 años y más	1 936 435
Esperanza de vida	78.2
Esperanza de vida a los 60 años	22.4
Tasa de mortalidad general	5.3
Tasa de mortalidad infantil	7.9
Razón de mortalidad materna	20
Prevalencia de diabetes (%)	4.2
Prevalencia de hipertensión arterial (%)	33.7
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	99.8
Cobertura de vacunación (%)	
sarampión (2008)	94
DPT1 (2008)	97
polio (2008)	93
Población con seguridad social	94
Población con seguro en sistema público	79.9
Población con seguros privados y FFAA.	16.7
Población no asegurada	5.1
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2008)	6.9
Gasto per cápita en salud (2008)*	997
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008)	59.4
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	15.40

Fuente: Referencias 3, 6-10

*Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, CHILE, 2006

	Número	%
1. Enfermedades cerebrovasculares	3 900	9.8
2. Enfermedades isquémicas del corazón	3 258	8.2
3. Otras formas de enfermedades del corazón	2 056	5.2
4. Enfermedades hipertensivas	1 809	4.6
5. Diabetes mellitus	1 718	4.3
6. Neumonía	1 557	3.9
7. Tumor maligno de la vesícula y de las vías biliares extrahepáticas	1 336	3.4
8. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1 291	3.3
9. Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1 237	3.1
10. Tumor maligno de la vesícula y de las vías biliares extrahepáticas	1 275	3.22

Fuente: Referencia 11

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES,
CHILE, 2006

	Número	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	4 685	10.2
2. Enfermedades cerebrovasculares	3 708	8.1
3. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2 568	5.6
4. Tumor maligno del estómago	2 137	4.6
5. Otras enfermedades del corazón	1 891	4.1
6. Accidentes de tránsito	1 663	3.6
7. Diabetes mellitus	1 617	3.5
8. Tumor maligno de próstata	1 598	3.5
9. Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1 540	3.3
10. Lesiones autoinfligidas (suicidios)	1 498	3.3

Fuente: Referencia 11

Además del FONASA y de las ISAPRE, tres mutuales ofrecen cobertura exclusiva para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores afiliados (sin incluir a sus familias), los cuales representan cerca de 15% de la población. Estas mutuales prestan servicios dentro de sus propias instalaciones y, en caso de contar con capacidad ociosa, ofrecen atención a población no afiliada a cambio de un pago por servicio.

**DIEZ HITOS EN LA HISTORIA
DEL SISTEMA CHILENO DE SALUD**

1891	Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades que las hace responsables de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna
1918	Primer Código Sanitario
1924	Seguro Obrero Obligatorio que cubre riesgo de enfermedad, invalidez, vejez y muerte
1942	Creación de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA)
1952	Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la fusión de diversas instituciones para crear un organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población
1968	Consolidación de las Mutuales de Seguridad y creación del Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados
1979	Fusión del SNS y SERMENA y reorganización del Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública
1980	Municipalización de los establecimientos de atención primaria
1981	Creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)
2003-2005	Reforma que da origen al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)

¿Quiénes son los beneficiarios?

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

Alrededor de 70% de los chilenos –los pobres del campo y las ciudades, la clase media incluyendo a los profesionales y técnicos de mayores ingresos y los jubilados– están cubiertos por los servicios de salud del sector público, financiados con recursos del FONASA. Otro 3% está cubierto por los servicios de salud de las fuerzas armadas.

Los sectores de mayores ingresos y algunos obreros y empleados en contrato colectivo dentro de su empresa (17.5% de la población) están afiliados a alguna ISAPRE, compañías aseguradoras privadas que reciben las cuotas obligatorias de los trabajadores para administrar diversos planes de salud. Existen 13 ISAPRE que ofrecen diferentes planes para los afiliados y sus familias, generalmente con mayores beneficios que lo que ofrece FONASA, mismos que se financian con cotizaciones suplementarias.

Existen dos tipos de ISAPRE, abiertas y cerradas. La inscripción a las cerradas está limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico. Las abiertas permiten la inscripción a toda la población con capacidad de pago. En general operan con prestadores privados de salud, pero pueden hacer convenios con prestadores públicos para la atención de urgencias, tratamiento intensivo o servicio pensionado. Este último es un sector especial de un hospital habilitado para atender pacientes de la modalidad de libre elección que pagan por las prestaciones recibidas; en general no más de 10% de las camas. En 2009 existían siete ISAPRE abiertas y seis cerradas.¹²

También existe un sistema privado paralelo sin fines de lucro compuesto por tres mutuales que brindan protección contra accidentes laborales y enfermedades profesionales a dos millones y medio de trabajadores afiliados de manera colectiva a través de las empresas en que laboran, quienes también están afiliados al FONASA o alguna ISAPRE. Un importante grupo de trabajadores independientes y/o de la pequeña empresa que no están afiliados a las mutuales tienen cobertura de una entidad estatal, el Instituto de Normalización Previsional (INP) y, en caso de enfermedades profesionales o accidentes laborales, reciben atención en los hospitales del sector público.

Los miembros de las fuerzas armadas (Ejército, Marina, Aviación y Policía) y sus familias son beneficiarios de un seguro de salud ajeno al FONASA y las

ISAPRE que brinda atención en instalaciones y con proveedores propios. Este seguro de salud se financia con impuestos generales.

Finalmente, una pequeña proporción de la población, perteneciente a la clase alta, compra los servicios de atención a la salud a proveedores privados mediante pagos de bolsillo sin intermediación de las ISAPRE ni del FONASA.

¿En qué consisten los beneficios?

El Sistema Nacional de Salud (SNS), a través de los 29 Servicios de Salud Regionales en todo el territorio, provee servicios ambulatorios y hospitalarios para los afiliados al FONASA. La atención primaria es administrada por los servicios municipales de atención a la salud bajo la supervisión del MINSAL, el cual establece las normas técnicas de funcionamiento.

Los beneficiarios del FONASA tienen acceso a dos modalidades de atención: la atención institucional (MAI) y la libre elección (MLE). La primera comprende la atención que brindan las instituciones públicas de salud con cierta limitación en la capacidad de elección del prestador. Al momento de recibir la atención, los usuarios deben realizar copagos que van de 10 a 20% del precio del servicio fijado por FONASA de acuerdo con su nivel de ingresos, excepto los más pobres, los mayores de 60 años y los portadores de algunas patologías específicas. La modalidad institucional suele afiliar a los ciudadanos de menores recursos y a todas aquellas personas que se acogen al plan de beneficios del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), descrito más adelante.

Cualquier beneficiario de FONASA puede elegir la MLE y, mediando un copago equivalente a la diferencia entre el precio fijado por los prestadores para cada prestación y la cantidad fija aportada por FONASA, puede elegir el prestador dentro del sector privado. Estos copagos se establecen tomando en cuenta el nivel de calidad del prestador siguiendo una clasificación en tres grupos a los cuales deben registrarse los proveedores. La MLE también es una opción para los llamados "pensionados" de los hospitales públicos, previo copago. A esta modalidad suelen recurrir los beneficiarios del FONASA de mayores ingresos.

Las ISAPRE, que funcionan con la lógica de los seguros y por tanto con primas según cobertura y riesgo, ofrecen diversos planes de servicios adicionales a cambio de contribuciones complementarias a la obligatoria. Tienen la obligación legal de cubrir por lo menos: a) exámenes de medicina preventiva, cuyo contenido y periodicidad se encuentran claramente definidos pero que sólo se realizan a solicitud expresa

del afiliado, aunque las ISAPRE deben cumplir con un porcentaje mínimo de estos exámenes; b) seguro de pago del salario del afiliado en caso de enfermedad, y c) protección para mujeres embarazadas y niños menores de seis años, que incluye un paquete mínimo predefinido de intervenciones.

Los contratos con las ISAPRE son de por vida y las aseguradoras sólo pueden rescindirlos cuando el afiliado no cumple con sus obligaciones financieras. Los afiliados pueden rescindirlos al cumplirse el aniversario del contrato, mediando un mes de aviso. Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones o contratan con otros proveedores privados o del sector público. Dependiendo del tipo de contrato que hayan suscrito, los afiliados pueden o no escoger a los proveedores.

Los servicios de salud pública (como vacunas y control de la tuberculosis) se proveen a toda la población sin restricción o discriminación. En el caso de la tuberculosis, la entrega de los medicamentos es gratuita y se debe hacer en los establecimientos del sector público bajo supervisión. Las vacunas son entregadas por el Estado y su aplicación en el sector público es gratuita para toda la población, aunque en el sector privado la aplicación puede tener un costo.

Financiamiento

¿Quién paga?

Los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados al FONASA. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRE y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención. Todos los trabajadores están obligados a hacer una contribución al sistema de salud equivalente a 7% de sus ingresos gravables y pueden elegir pagarla al FONASA o a alguna ISAPRE.¹³ La contribución es voluntaria para los autoempleados.

En 2003 el gasto total en salud se repartió de la siguiente manera: 27% provino de impuestos generales, 17% de las cotizaciones pagadas por los trabajadores afiliados al FONASA, 16% de las cotizaciones pagadas por los afiliados a las ISAPRE, 7% de las cotizaciones voluntarias, 26% de gastos de bolsillo y 6% de aportaciones directas de los municipios (figura 1).

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2007, el gasto total en salud en Chile como porcentaje

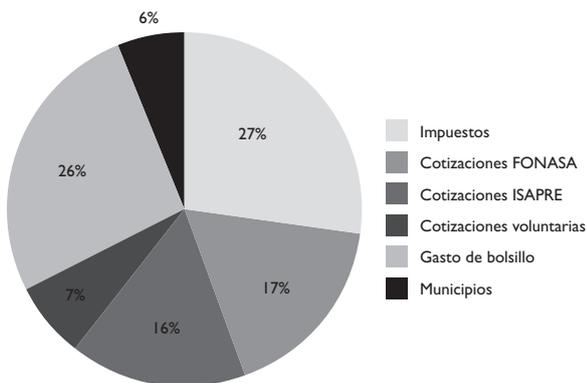


FIGURA 1. ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD, CHILE, 2003

del PIB fue de 6.2%, porcentaje menor al de Argentina (10%) y Brasil (8.4%) y similar al de Colombia (6.1%).⁹ El gasto público en salud representó 58.7% del gasto total en salud; el resto correspondió al gasto privado. En ese mismo año, el gasto per cápita en salud ascendió a 863 USD en dólares internacionales o 615 USD a la tasa de cambio promedio anual.¹⁰

El gasto público en salud es administrado por el FONASA y se destina al pago del SNS y los servicios municipales, la atención de indigentes y a diversos programas de salud pública. El gasto privado se divide en dos partes: alrededor de 47% corresponde a la contratación de planes de salud de las ISAPRE y el resto a gastos de bolsillo.

¿Quién reúne el dinero y cómo lo distribuye?

En el sector privado, las ISAPRE se encargan de reunir y administrar los recursos de las cotizaciones de sus afiliados. En el sector público, el MINSAL controla el gasto a través del FONASA. Este fondo reúne los recursos de las cotizaciones de sus afiliados y los fondos nacionales destinados a los indigentes, así como los recursos de los programas de salud pública, y los asigna a las instalaciones de los SNS con base en presupuestos históricos, asignaciones para problemas prioritarios o asignaciones per cápita. Predominan los presupuestos históricos, los cuales se aplican a fin de respetar los niveles de asignación establecidos durante la dictadura. Aunque estas asignaciones no consideran las características de los servicios regionales (cantidad de instituciones de salud, población o perfil epidemiológico), se utilizan como referencia para reequilibrar los presupuestos deficitarios o superavitarios y evitar cambios demasiado abruptos.

Con el mismo fin, el MINSAL define prioridades para la asignación de presupuestos etiquetados. FONASA hace estudios de costos para la resolución de alguna patología o problema de salud específico y asigna un valor por evento que se paga a los Servicios de Salud. También se realizan asignaciones extraordinarias para resolución de problemas prioritarios que exigen inversiones puntuales, por ejemplo, la instalación o remodelación de infraestructura. A estas asignaciones extraordinarias se suman las necesarias, según cálculos del FONASA, para el pago de las actividades propias de la operación diaria de la misma. FONASA lleva a cabo auditorías periódicas de dichas actividades destinadas a evitar abusos.

Los establecimientos municipales son los únicos que reciben su financiamiento de acuerdo con un sistema per cápita calculado con base en el costo de un Plan de Salud Familiar que incluye un paquete básico de prestaciones pactado con los equipos municipales considerando el volumen de la población registrada, sus características socioeconómicas y la cantidad de servicios prestados. De esta manera, el financiamiento queda ligado a la capacidad de los establecimientos para atraer y conservar a su clientela y a las características socioeconómicas y demográficas de la población. En los casos de municipios escasamente poblados, las municipalidades reciben una cantidad fija a fin de evitar que las asignaciones per capita resulten insuficientes.

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los chilenos?

A pesar de los importantes avances que en términos de cobertura de atención se han logrado en los últimos años, de acuerdo con estimaciones realizadas a partir de los resultados del Estudio Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud de 2005, los chilenos todavía enfrentan cifras muy altas de gastos excesivos por motivos de salud. A nivel urbano, se estima que entre 7 y 15% de la población tuvo que enfrentar gastos catastróficos en salud.¹⁴ Se trata de la cifra más alta de la región y se explica en buena medida por el carácter urbano de la encuesta en la que se basa.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

En 2003 Chile contaba con 2 177 establecimientos de atención a la salud, públicos y privados.¹⁰ De estos, 1 998 pertenecían al sector público y casi la totalidad

(1 983) al SNSS. La gran mayoría de los establecimientos del sector público (1 776) correspondían a centros de atención ambulatoria de especialidades, consultorios de atención primaria y puestos de salud rural. La atención hospitalaria de segundo y tercer nivel se brindaba en un total de 207 unidades clasificadas en cuatro diferentes tipos de hospitales de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad resolutive. El sector privado, por su parte, contaba sólo con 179 establecimientos: 45 hospitales de mutuales de empleadores y 134 hospitales y clínicas privados en lo que se refiere a la atención cerrada. En atención abierta existe una red no cuantificada de consultorios tanto de médicos individuales como agrupados.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, la disponibilidad de camas hospitalarias disminuyó de 2.7 a 2.4 por 1000 habitantes entre 1999 y 2004. De acuerdo con la OMS, en el período 2000-2009, Chile dispuso de 2.3 camas por 1000 habitantes.¹⁰ Esto se debe a un descenso en el número de camas tanto en los establecimientos del SNSS como en el sector privado.

Los hospitales del sector público cuentan con 334 quirófanos para cirugía mayor (154 de ellos en la región metropolitana) más otros 53 para cirugía mayor de urgencia. Aunque no existe información completa para el sector privado, según la encuesta efectuada por la Superintendencia de Salud, en 2006 este sector contaba con al menos otros 100 quirófanos habilitados para cirugía mayor.

Respecto al equipo de alta especialidad, según datos del MINSAL, en el sector público hay 41 equipos de tomografía axial computarizada (TAC). Cada Servicio de Salud Regional cuenta con al menos un equipo de este tipo (17 de ellos en la región metropolitana). Además, existen 26 equipos de cineangiografía (12 de ellos en la región metropolitana) y 12 equipos de resonancia magnética (tres en la región metropolitana).

De acuerdo con una encuesta realizada por la Superintendencia de Salud, el sector privado cuenta con 69 TACs (38 en la región metropolitana), 32 equipos de resonancia magnética (21 en la región metropolitana) y 15 cineangiógrafos (nueve en la región metropolitana).

Dado que los prestadores que respondieron a la encuesta fueron los más grandes, es posible suponer que los equipos contabilizados representan más de 70% de los TACs registrados, arrojando una razón de 6.87 equipos por millón de habitantes, casi el doble que la de México (3.6 por millón de habitantes). El total de equipos de resonancia magnética arroja una razón de 2.75 por millón de habitantes y la proporción de cineangiógrafos por millón de habitantes es de 2.56.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

De acuerdo con la OMS, en 2003 había en Chile 17 250 médicos, es decir, 1.09 médicos por 1000 habitantes.¹⁰ Sin embargo, según datos del Colegio Médico de Chile, en 2004 había en el país 20 726 médicos, de los cuales 69.3% eran hombres y 30.7% mujeres, y 58.6% se concentraban en la región de Santiago. Aproximadamente 56% de estos médicos son especialistas. La gran mayoría de los médicos (79%) están afiliados al Colegio Médico de Chile.

También de acuerdo con la OMS, en 2003 había en Chile un total de 10 000 enfermeras.¹⁰ Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud menciona la existencia ese mismo año de 18 000 enfermeras. Estas discrepancias pueden explicarse por ciertas diferencias en los conceptos utilizados. En Chile se llama "enfermero/a" exclusivamente a quienes cursaron cinco años de carrera y cuentan con un título universitario. Los "técnicos paramédicos" realizan estudios de dos años de duración en diversos institutos. Por último, existen las matronas o parteras profesionales. Además, en el área de cuidados directos del paciente trabajan otros 34 500 técnicos paramédicos que han cursado dos años de estudios en institutos técnicos.

Sobre el personal que trabaja exclusivamente en el sector privado no existen datos confiables, pero se sabe que una importante proporción de los médicos chilenos trabaja en ambos sectores. Esta práctica también existe, aunque con menor frecuencia, entre las parteras y el personal de enfermería.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

En 2003 aproximadamente la mitad del gasto de bolsillo en salud se destinó a la compra de medicamentos.¹⁵ Esto significa que alrededor de 13% del gasto total en salud correspondió a gasto en medicamentos.

Este gasto se distribuye de manera extremadamente desigual entre los diferentes estratos socioeconómicos. En 2002 el quintil más alto de ingresos gastó en medicamentos 6.5 veces más que el quintil de ingresos más bajo. Esto se explica por el hecho de que el sector público entrega los medicamentos como prestación asociada a la consulta. El sistema público entrega prácticamente el total de los medicamentos que los pacientes necesitan. No obstante, de acuerdo con el Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto realizado entre 2005 y 2006, los hogares más pobres destinan sólo 4% de sus ingresos a gastos en salud, pero 57% de ese gasto se destina a la compra de medicamentos.

Los medicamentos innovadores o de marca concentraron en 2002 poco más de 22% del volumen total de medicamentos comercializados y 43.3% de las ventas del sector. En términos de valor, el segundo lugar (49%) corresponde a los medicamentos genéricos de marca, que no siendo innovadores se venden bajo un nombre comercial. Estos medicamentos concentran 38.5% del volumen total de las ventas. Por último, los medicamentos genéricos comercializados utilizando el nombre de la sustancia activa concentraron 39.4% del volumen de ventas y 7.7% del valor. Esto se explica porque sus precios son considerablemente más bajos que los de los otros dos tipos de medicamentos.

En Chile la mayoría de los medicamentos son importados, aun cuando son comercializados por laboratorios nacionales. La escasa producción nacional está altamente concentrada: de 62 empresas, diez controlan más de 50% del valor de las ventas y nueve acaparan 58.7% del volumen de los medicamentos vendidos. La comercialización está en manos de alrededor de 1 500 farmacias, casi 40% pertenecientes a cadenas, lo cual les permite controlar 90% de las ventas.

Dentro del sector público, las compras y el control de la distribución de los medicamentos e insumos necesarios tanto para la atención personal a la salud como para los programas de salud pública son responsabilidad de una de las áreas del MINSAL, la Central de Abastecimiento (CENABAST). Debido al gran volumen de compras que realiza puede obtener mejores precios, aunque los hospitales públicos tienen la libertad de comprar a sus propios proveedores, excepto en el caso de los medicamentos de los programas de salud pública.

El sector público cuenta con un Listado de Medicamentos Esenciales así como con un Formulario Nacional. De acuerdo con la Política Nacional de Medicamentos de la Reforma de Salud de 2004, la meta es asegurar la disponibilidad y acceso de toda la población a los medicamentos indispensables incluidos en este formulario.

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

El Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL es la dependencia encargada de la recolección, el procesamiento y la diseminación de la información en salud. El DEIS maneja la información relacionada con estadísticas de población, estadísticas vitales, estadísticas de morbilidad, estadísticas de recursos para la salud, estadísticas de atención de salud y otros indicadores económico sociales relacionados con la salud, incluso basados en información de fuentes ajenas al sistema de salud.

La Superintendencia de Salud tiene la función de vigilar y controlar a las ISAPRE, al FONASA y a los prestadores de salud tanto públicos como privados con el fin de garantizar el mejor desempeño del sistema de salud. En ese espíritu busca empoderar a las personas a través de la información, educación y participación para asegurar el cumplimiento de sus derechos, deberes y garantías en salud.

La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica es la encargada de coordinar e incentivar la investigación en salud, más orientada hacia las ciencias básicas y clínicas que hacia la salud pública. No obstante, con el apoyo de las más importantes facultades de medicina y las escuelas y departamentos de salud pública, el MINSAL creó la Comisión de Investigación y Tecnología para impulsar la investigación sobre problemas prioritarios de salud. Para ello, desde 2004, el Fondo Nacional de Investigación en Salud lleva a cabo un concurso anual para financiar 30 proyectos de investigación en salud pública con un presupuesto anual de un millón de dólares.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El MINSAL ejerce la conducción del sector salud en su conjunto estableciendo las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del gobierno y siguiendo las reglas del Código Sanitario. Su tarea fundamental consiste en supervisar las actividades de las cinco organizaciones autónomas que componen al sector salud: el SNSS, el FONASA, el Instituto de Salud Pública (ISP), la CENABAST y la Superintendencia de Salud.

El SNSS comprende 29 Servicios Regionales de Salud que proveen servicios de promoción, protección y atención a la salud a través de una red de hospitales y clínicas de segundo y tercer nivel financiados por el FONASA, el cual reúne, administra y distribuye los recursos. Algunos de estos hospitales también realizan acciones de atención primaria. El MINSAL también regula y supervisa la provisión de atención de primer nivel por parte del Sistema Municipal de Atención a la Salud, el cual no constituye un verdadero sistema. Cada municipalidad tiene un Departamento de Salud adscrito a la autoridad municipal e independiente de las otras municipalidades, pero bajo supervisión técnica del MINSAL.

El ISP es la institución de referencia para cuestiones de salud pública y se encarga de supervisar los laboratorios públicos y todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos.

La CENABAST actúa como un intermediario en la compra y distribución de medicamentos, insumos y equipo médico para el SNSS. Funciona como regulador del mercado al conseguir precios más bajos dado el volumen de compras que maneja, aunque los servicios de salud y hospitales del sector público son libres de comprar al proveedor que elijan.

Por último, la Superintendencia de Salud, que hasta 2005 era llamada Superintendencia de las ISAPRE, incluye dos intendencias, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, encargada de fiscalizar las actividades de las ISAPRE, el FONASA y el Régimen de Garantías en Salud, y la Intendencia de Prestadores, responsable de vigilar las actividades de todos los prestadores de salud tanto públicos como privados. Desde 2005 la Intendencia de Prestadores establece un registro nacional de todos los prestadores individuales certificados así como un registro nacional de las entidades certificadoras.

El MINSAL elabora las normas y programas que definen las coberturas y contenidos de los contratos entre los prestadores de atención a la salud y los usuarios. Estas normas son obligatorias para los establecimientos públicos y privados que tienen convenios con el sector público y sirven como referencia para los prestadores de atención del sector privado.

La mayoría de los establecimientos de atención de primer nivel dependen de los municipios, mientras que los hospitales de segundo y tercer nivel se encuentran bajo la supervisión del SNSS. Actualmente se encuentra en desarrollo un plan de hospitales autogestionados de alta complejidad.

Por lo que se refiere a la regulación de los profesionales de la salud, el título profesional de grado sólo puede ser expedido por las universidades, las cuales son reguladas por el Ministerio de Educación. Las recientes innovaciones facultan a la Superintendencia de Salud a establecer un registro de todos los prestadores individuales certificados, lo mismo que un registro nacional de entidades certificadoras. De hecho, la Superintendencia de Salud actualmente se encuentra en proceso de certificar y acreditar a todas las personas e instituciones prestadoras de servicios a fin de incorporarlas al Plan AUGE.

De acuerdo con el Código Sanitario, la especialización en medicina no requiere un reconocimiento legal expreso. Sin embargo, las universidades y las escuelas de posgrado, junto con la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas, están realizando acciones para certificar la calidad de los especialistas.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

Las actividades de vigilancia competen al ISP e incluyen básicamente la evaluación de la calidad de los laboratorios, la vigilancia de enfermedades, y el control y la fiscalización de todos los medicamentos que se producen y se venden en Chile, incluyendo los cosméticos y dispositivos de uso médico. El ISP también vigila todo lo relacionado con la salud ambiental, la salud ocupacional y la producción y control de calidad de las vacunas. En 2003 el ISP dejó de producir vacunas (triple DPT, toxoide diftérico, antitiroidea, antirrábica y antitoxina tetánica) para ocuparse de sus tareas como autoridad reguladora y fiscalizadora.

¿Quién evalúa?

Anualmente los equipos directivos de los Servicios de Salud establecen "Compromisos de Gestión" con el MINSAL que abarcan áreas prioritarias de desarrollo acordes con las políticas sanitarias nacionales y en función de la realidad regional, por lo cual son diferentes para cada servicio de salud. Los equipos municipales de atención primaria establecen el mismo tipo de compromisos.

La División de Gestión de la Subsecretaría de Gestión de Redes del Ministerio de Salud evalúa el cumplimiento de estos compromisos. También existen estímulos financieros asociados al desempeño que alcanzan los equipos locales. Paralelamente, el Departamento de Estadísticas e Información en Salud recoge datos de todos los establecimientos del Sistema Público de Salud que son consolidados, validados y analizados en las distintas divisiones del MINSAL con objeto de fijar las políticas sanitarias.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

Como parte de las innovaciones introducidas por el Plan AUGE y la red de hospitales autogestionados, se ha dado un impulso particular a la participación de los usuarios, aunque los consejos consultivos de usuarios de los establecimientos funcionaban en todos los establecimientos hospitalarios y también a nivel de las Direcciones de los Servicios Regionales de Salud desde antes de que se echaran a andar estas innovaciones. Estos consejos son una instancia de control social propia del establecimiento cuyo objetivo es retroalimentar la

gestión y asesorar al administrador. Están constituidos por la comunidad usuaria de cada hospital junto con los trabajadores y representantes de los niveles directivos.

Durante el proceso de introducción del Plan AUGE también se crearon instancias consultivas con participación ciudadana que deben opinar sobre el plan de salud pública regional y hacer propuestas para mejorar la salud de la población. En estas instancias participan dirigentes de uniones comunales y organizaciones de pueblos originarios, alcaldes, y representantes de universidades, mutuales, establecimientos educativos públicos y privados, y cámaras de comercio y turismo.

El Consejo Consultivo AUGE se encarga de legitimar las decisiones respecto de las nuevas garantías explícitas del plan AUGE a través de la discusión pública, asegurando la autoridad y representatividad de sus miembros. Está integrado por un representante de la Academia Chilena de Medicina, dos representantes de las facultades de medicina, dos representantes de facultades de economía o administración, un representante de las facultades de química y farmacia, todos ellos de universidades reconocidas oficialmente, así como tres miembros designados por el presidente de la República, velando por la debida representación regional en su designación.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud de 2000, el grado de satisfacción de la población con su nivel de salud era bueno, situándose por arriba de cinco en una escala de uno a siete, aunque las mujeres y las personas de escasos recursos suelen estar menos satisfechos.

El Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud efectuado en 2005 mostró que el grado de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud en general es bueno, con un porcentaje de aprobación cercano al 80%, sin diferencias significativas entre los beneficiarios del sistema público y privado.¹⁵

Los niveles de satisfacción son buenos tanto en la atención ambulatoria como en las hospitalizaciones. Los conocimientos del médico y otros profesionales, así como la adecuación del tratamiento recibido por la persona afectada, son muy bien evaluados casi por la totalidad de los encuestados.

Los aspectos más críticos fueron, en primer lugar, el tiempo de espera para atención ambulatoria una vez que la persona llegó al establecimiento, que fue considerado excesivamente largo o largo por 29%, y, en segundo lugar, el trato del personal administrativo.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

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

- Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, que separa las funciones de provisión de servicios sanitarios y regulación del sector, fortalece la autoridad sanitaria y crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados;
- Ley del Régimen General de Garantías en Salud, que crea un sistema de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías prioritarias;
- Ley de Solvencia de las ISAPRE, que asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados ante situaciones de insolvencia, y
- Ley de Modificación del Funcionamiento de las ISAPRE, que mejora la transparencia y potencia el rol de la Superintendencia.

La reforma está centrada en las necesidades y derechos de los pacientes y define el Régimen General de Garantías en Salud como una herramienta de priorización sanitaria que establece un Sistema Universal con Garantías Explícitas traducido en un Plan de Salud de las Personas.

En enero de 2005 se puso en funcionamiento el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad para 56 problemas de salud, dentro de los que destacan el cáncer en niños, el cáncer de mama, las leucemias, los trastornos isquémicos del corazón, el VIH/SIDA y la diabetes. Las enfermedades se incorporan a este plan de acuerdo con su importancia sanitaria, la efectividad del tratamiento, el impacto financiero sobre las familias y las expectativas de las personas.

Los beneficiarios del Plan AUGE son todos los afiliados al FONASA e ISAPRE. Sin embargo, los enfermos deben seguir ciertas reglas respecto al tratamiento y no tienen derecho a elegir los establecimientos en que habrán de tratarse, los cuales son definidos por el FONASA y las ISAPRE.

Los afiliados al FONASA incorporan las garantías explícitas del plan a sus beneficios sin ninguna cotización suplementaria, mientras que los beneficiarios de las ISAPRE deben pagar una prima adicional, aunque única e igual para todos los cotizantes de una misma ISAPRE, eliminando cualquier tipo de discriminación por edad

o sexo, pero introduciendo un factor de competencia entre las diferentes ISAPRE, ya que pueden ofrecer un mismo plan de seguro a precios distintos.

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

- Acceso: el FONASA y las ISAPRE tienen la obligación de otorgar las prestaciones de salud garantizadas.
- Calidad: todos los prestadores deben estar acreditados ante la Superintendencia de Salud de acuerdo con criterios de calidad.
- Oportunidad: hay plazos máximos para la entrega de prestaciones garantizadas.
- Protección financiera: se define un techo de copago por año para evitar los gastos catastróficos estableciendo un máximo de contribución por copago de un beneficiario por prestación o grupo de prestaciones garantizadas.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

El Plan AUGE ha permitido un notable avance, al brindar atención a más de nueve millones 300 mil casos desde su inicio hasta diciembre de 2009 y garantizar el acceso a atención de calidad para todos al ofrecer protección financiera para las 56 enfermedades definidas en el plan.¹⁶ El plan también ha contribuido a la modernización del estado en general y del sector salud en particular, al otorgar una mayor autonomía y flexibilidad en la administración de los establecimientos hospitalarios y permitir a los gestores de las redes centrar su quehacer en la articulación de la atención a la salud.

Asimismo se han allegado recursos y realizado inversiones en infraestructura y equipamiento en beneficio de la atención tanto de los problemas garantizados, como de los no garantizados. También se ha promovido el trabajo con un modelo de gestión clínica basado en evidencia, con guías de práctica clínica y protocolos de atención y con criterios de priorización explícitos.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Desde hace tiempo se reconocían cuatro grandes desafíos para el sector salud para el período 2002-2010: el envejecimiento progresivo de la población con la creciente carga de patologías degenerativas de alto costo; las desigualdades en la situación de salud de la población según el nivel socioeconómico; la insatisfacción de la población respecto al sistema de salud, y la resolución de los problemas pendientes y el mantenimiento de los logros alcanzados.

Sigue siendo necesario reducir las desigualdades en salud al mismo tiempo que hacer frente a los retos del envejecimiento poblacional. De manera concreta, se prevé aumentar el número de problemas de salud incluidos en el paquete del Plan AUGE, que desde julio de 2010 suman 66, fortalecer los cambios tendientes a separar la prestación de servicios asistenciales de las funciones de fiscalización y la implementación del régimen de hospitales autogestionados en red. También se busca reforzar la atención primaria con enfoque familiar, mejorar el sector privado de la salud al fomentar la competencia entre las ISAPRE y simplificando los planes de salud.

Aún no se han efectuado estudios que permitan medir el grado de cumplimiento de los objetivos y el impacto de la reforma en términos sanitarios. Algunos estudios preliminares muestran cierto avance, especialmente en equidad en el sistema ISAPRE.¹⁷ En el aspecto sanitario, un estudio mostró una fuerte asociación entre la implementación del Plan AUGE y la disminución de la mortalidad por infarto agudo al miocardio en un grupo de hospitales públicos.¹⁸

Como resultado del avance del Plan AUGE, se reconoce que el aumento de la demanda de servicios de atención a la salud ha puesto en evidencia el problema de la carencia de recursos humanos en los servicios del sector público, especialmente en relación con ciertas especialidades y en ciertas regiones. Esto se expresa en un aumento de las listas de espera para la atención de ciertas patologías que no se encuentran incorporadas al Plan AUGE.

En palabras de las autoridades sanitarias, "la reforma del sector ha colocado instrumentos legales, estructurales y de gestión que si bien han permitido avanzar en un enfoque de derechos y en definir los roles y funciones de las estructuras a nivel nacional y regional, deja áreas aún por definir y discutir en términos de la adecuación para el logro de los objetivos primordiales de mejorar la salud y la calidad de vida de los chilenos y chilenas con un enfoque de equidad en el acceso, calidad y resultados."¹⁹

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Manuel A. The Chilean health system: 20 years of reform. *Salud Publica Mex* 2002;44(1):60-8.
2. Instituto Nacional de Estadísticas, Comisión Económica para América Latina y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Chile: Proyecciones y estimaciones de población 1950-2050. Chile: INE, sin fecha. [Consultado el 22 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf.

3. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2002, Síntesis de Resultados. Chile: INE, 2003. [Consultado el 26 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>.
4. Instituto Nacional de Estadísticas. Sistema de Demografía y Estadísticas Vitales. [Consultado el 26 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/vitales/vitales.aspx>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos 2007. Washington, D.C.: sin fecha. [Consultado el 31 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf.
6. Instituto Nacional de Estadística. Compendio Estadístico 2006. Santiago de Chile: INE, 2006.
7. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2003. [Consultado el 2 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/VIGIA20.pdf>.
8. UNICEF, WHO. Immunization summary. A statistical reference containing data through 2008. [Consultado el 18 de enero de 2011]. Disponible en: www.who.int/immunization_monitoring/data/en.
9. Ministerio de Planeación. CASEN 2006: Encuesta de de Caracterización Socioeconómica Nacional. [Consultado el 2 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.gobiernodechile.cl/especiales/casen-2009-encuesta-de-caracterizacion-socioeconomica-nacional/>.
10. World Health Organization. National health accounts. Chile. [Consultado el 18 de enero de 2011]. Disponible en: www.who.int/wha/country/chl/en.
11. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas Vitales. Informe Anual 2007. [Consultado el 6 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/2010/04_01_10/vitales2007.pdf.
12. Asociación de Instituciones de Salud Previsional. Datos actualizados a partir de estadísticas de la Asociación de ISAPRE. [Consultado el 6 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.isapre.cl/modulos.php?mod=cat_alogo2&fn=53f97c65bc52eb339e2feb6eb2ed5ff3.
13. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Publica Mex* 2006;48:512-21.
14. Bitrán R, Muñoz R. Financiamiento y gasto de los hogares en salud en Chile: análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud 2005. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 2010.
15. Ministerio de Salud. Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud. Informe de Resultados. [Consultado el 2 de junio de 2010]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENSG/Informe_final_Satisfaccion.pdf.
16. Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud. Casos GES (AUGE) acumulados a diciembre de 2009. [Consultado el 1° de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articulo-5833.html>.
17. Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Discriminación y equidad de género pre y post reforma de salud. [Consultado el 1° de junio de 2010]. Disponible en: http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articulo-5795_recurso_1.pdf.
18. Nazzari C, Campos P, Corbalán H, Lanús F, Bartolucci J, Sanhueza P, et al. Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con supradesnivel ST en hospitales chilenos. *Rev Med Chile* 2008;136:1231-1239. [Consultado el 6 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001000001.
19. Ministerio de Salud. Logros SSP 2008-2009. Santiago de Chile: Ministerio de Salud 2010.

Sistema de salud de Colombia

Ramiro Guerrero, M en C,⁽¹⁾ Ana Isabel Gallego, BS,⁽²⁾
Victor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc,⁽³⁾ Johanna Vásquez, M Sc.⁽⁴⁾

Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J.
Sistema de salud de Colombia.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S144-S155.

Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J.
The health system of Colombia.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S144-S155.

Resumen

En este trabajo se presenta una breve descripción de las condiciones de salud de Colombia y una descripción detallada del sistema colombiano de salud. Esta última incluye una descripción de su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, el gasto en salud, los recursos con los que cuenta, quién vigila y evalúa al sector salud y qué herramientas de participación tienen los usuarios. Dentro de las innovaciones más recientes del sistema se incluyen las modificaciones al Plan Obligatorio de Salud y a los montos de la unidad de pago por capitación, la integración vertical entre empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios, así como el establecimiento de nuevas fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los planes de beneficios entre los distintos regímenes.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Colombia

Abstract

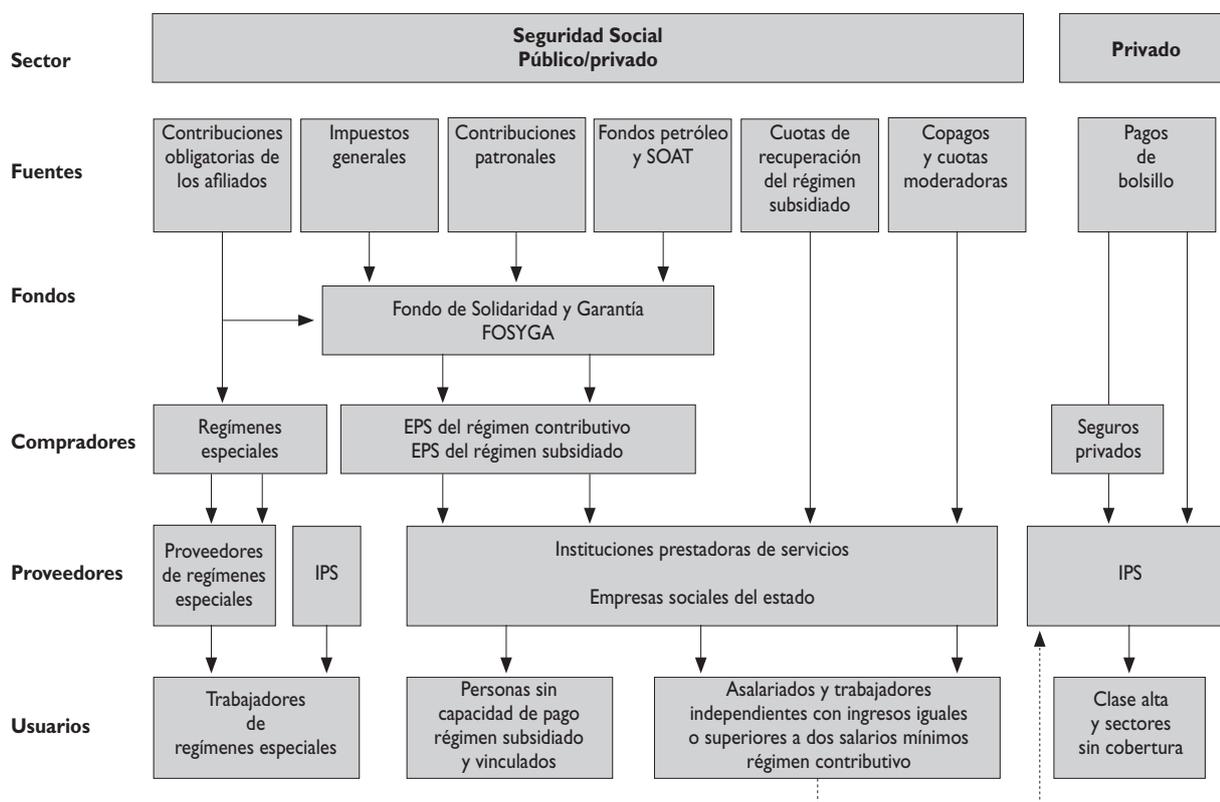
This document briefly describes the health conditions of the Colombian population and, in more detail, the characteristics of the Colombian health system. The description of the system includes its structure and coverage; financing sources; expenditure in health; physical material and human resources available; monitoring and evaluation procedures; and mechanisms through which the population participates in the evaluation of the system. Salient among the most recent innovations implemented in the Colombian health system are the modification of the Compulsory Health Plan and the capitation payment unit, the vertical integration of the health promotion enterprises and the institutions in charge of the provision of services and the mobilization of additional resources to meet the objectives of universal coverage and the homologation of health benefits among health regimes.

Keywords: health system; social security; Colombia

- (1) Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud, Colombia.
- (2) Centro de Investigación en Economía y Finanzas, Universidad Icesi, Colombia.
- (3) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- (4) Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia, Colombia.

Fecha de aceptado: 9 de febrero de 2011

Solicitud de sobretiros: Ramiro Guerrero. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud.
Calle 18 No. 122-135, Universidad Icesi, Oficina B102 Cali, Colombia.
Correo electrónico: rguerrero@proesa.org.co



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

Regímenes especiales: fuerzas militares, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, magisterio, universidades

EPS: entidades promotoras de salud

IPS: instituciones prestadoras de servicios

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un decreciente sector exclusivamente privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En 2010 las coberturas fueron de 39.7% y 51.4% de la población total, respectivamente. Los Regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas. En 2010 sólo 4.3% de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud. El RC opera con base en una cotización de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que se encargan de ofrecer, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago capitado en el RS es análogo (aunque no se ajusta por riesgo) y se denomina UPC-S. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden estar o no integradas a las EPS, pero que en todo caso son contratadas por éstas. El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta que, aún cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo.

Contexto

Demografía

En 2010 la población de Colombia se estima en 45.5 millones de habitantes, 50.6% mujeres y 49.4% hombres.¹ Alrededor de siete millones de personas (16.2% del total) viven en la ciudad de Bogotá y cerca de tres cuartas partes de la población en zonas urbanas.² Poco más de 10%

de la población colombiana se reconoce a sí misma como perteneciente a alguna minoría étnica (raizal, palenquero, negro, mulato, afro-colombiano o afro-descendiente, mestizo, gitano) y 3.4% como indígenas.³

Según la CEPAL, la tasa anual media de crecimiento poblacional en el quinquenio 2000-2005 fue de 1.59%.⁴ Las proyecciones nacionales de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) indican que la tasa media anual de crecimiento

en el quinquenio 2005-2010 fue de 1.19 y será de 1.15 en el quinquenio 2010-2015.¹ En 1995 la relación de dependencia demográfica en Colombia era de 63.7%; bajó a 59.9% en 2005 y descendió todavía más, a 54.6%, en 2010, cuando los menores de 15 años concentraron a 28.5% de la población y los mayores de 65 años a 6.7%.⁵

Como en el resto de los países de la región, la tasa global de fecundidad se ha ido reduciendo desde la segunda mitad del siglo pasado, cuando el número promedio de hijos por mujer oscilaba entre seis y siete. Los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para el periodo 2000-2005 arrojan una tasa de fecundidad de 2.4 hijos por mujer.⁶

Condiciones de salud

El DANE reporta una esperanza de vida al nacer para el quinquenio 2005-2010 de 74 años.¹ Por su parte, la tasa de mortalidad infantil bajó de 30.8 por 1 000 nacidos vivos en 1990 a 20.6 en 2008.⁷ Sin embargo, persisten importantes diferencias entre los departamentos, pues mientras algunos han logrado abatir la mortalidad infantil hasta alcanzar 14.5 por 1 000 nacidos vivos en 2008 (Caldas), hay otros en donde la tasa sigue siendo de hasta 68.1 por 1 000 nacidos vivos (Chocó).⁸

La meta del milenio para mortalidad materna en Colombia es disminuirla a 45 por 100 000 nacidos vivos en 2015.⁷ En 2008 la razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos reportada por el DANE fue de 62.75, con importantes diferencias entre regiones. La gran mayoría de las muertes maternas son atribuibles a causas evitables tales como hipertensión y hemorragia postparto.

En 2008 las principales causas de muerte en la población adulta fueron la enfermedad isquémica del corazón, las agresiones y sus secuelas, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.⁹

La primera causa de mortalidad entre las mujeres de todas las edades son las enfermedades isquémicas del corazón (15.2% de los decesos) seguidas por las enfermedades cerebrovasculares (9.4%) (cuadro II).

En primer lugar como causa de muerte entre los hombres se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón (72.6 por 100 000 habitantes), seguidas por los homicidios (70.8 por 100 000 habitantes).

La principal causa de muerte en los hombres y mujeres de entre 15 y 44 años de edad en 2008 eran las agresiones y homicidios. Sin embargo, la mortalidad por esta causa es 13 veces mayor en los hombres que en las mujeres (121.4 por 100 000 hombres de entre 15 y 44 años versus 9.6 por 100 000 mujeres de entre 15 y

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, COLOMBIA, 2008

Población total (2010)	45 508 205
Población total de 65 años y más (2010)	3 061 676
Esperanza de vida (2010)	74.0
Esperanza de vida a los 60 años (2010)	21.1
Tasa de mortalidad general	4.3
Tasa de mortalidad infantil	20.6
Razón de mortalidad materna	62.7
Porcentaje de partos atendido por personal calificado (2005)	96.9
Población con seguridad social (2010)	43 543 671
Población régimen contributivo	17 947 632
Población régimen subsidiado	23 373 913
Población no asegurada (2010)	1 964 534
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.9
Gasto per cápita en salud*	518
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	83.9
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud (2003)	4.7

Fuente: Referencias 1,6,9-13

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

44 años). Si bien la violencia armada ha cedido en los años más recientes, de acuerdo con datos del DANE, en 2008 la violencia ocupó el segundo lugar como causa de mortalidad en la población general (38.1 decesos por esta causa por 100 000 habitantes).

Por lo que se refiere a la carga de la enfermedad, alrededor del 26% de los años de vida saludable (AVISAS) perdidos en Colombia en el año 2005 se debieron a mortalidad prematura y 74% a discapacidad;⁹ 66.5% de los AVISAS perdidos por enfermedades infecciosas y perinatales de deben a discapacidad.⁹ En el grupo de enfermedades crónico degenerativas, este porcentaje se eleva a 84.2%, mientras que en el grupo de lesiones 99% de los AVISAS se pierden por mortalidad prematura. Las lesiones son responsables de 8% de los AVISAS totales perdidos. De éstos, 72% corresponde a agresiones (que son la quinta causa de pérdida de AVISAS) y el restante 28% a accidentes de tránsito y otras lesiones no intencionales.

Estructura y cobertura

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, COLOMBIA, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	12 817	56.94	15.2
2. Enfermedades cerebrovasculares	7 920	35.19	9.4
3. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	5 252	23.33	6.2
4. Diabetes mellitus	4 169	18.52	4.9
5. Otras enfermedades del sistema digestivo	3 227	14.34	3.8
6. Enfermedades hipertensivas	3 101	13.78	3.7
7. Infecciones respiratorias agudas	2 780	12.35	3.3
8. Residuo	2 628	11.68	3.1
9. Enfermedades del sistema urinario	2 452	10.89	2.9
10. Residuo de tumores malignos	2 446	10.87	2.9
Total	84 394	374.95	100

*Tasa por 100 000 mujeres
Fuente: Referencia 14

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, COLOMBIA, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	15 935	72.62	14.2%
2. Agresiones (homicidios) y sus secuelas	15 535	70.80	13.8%
3. Enfermedades cerebrovasculares	6 554	29.87	5.8%
4. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	6 253	28.50	5.6%
5. Accidentes de transporte terrestre inclusive sus secuelas	5 229	23.83	4.6%
6. Otras enfermedades del sistema digestivo	3 271	14.91	2.9%
7. Diabetes mellitus	3 179	14.49	2.8%
8. Infecciones respiratorias agudas	3 123	14.23	2.8%
9. Enfermedades del sistema urinario	2 738	12.48	2.4%
10. Tumor maligno del estómago	2 730	12.44	2.4%
Total	112 519	512.80	100%

*Tasa por 100 000 hombres
Fuente: Referencia 14

se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada.

¿Quiénes son los beneficiarios?

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual SGSSS.

Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden elegir libremente una EPS pública o privada. La contribución obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y organizar y garantizar la prestación del POS. En 2010 la cobertura del RC fue de 39.4% de la población.

El RS, por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC. La identificación de dicha población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). Los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales. Los beneficiarios del RS acuden a las EPS de dicho régimen. La cobertura del RS en 2010 alcanzó a 51.4% de la población.¹⁰

Además de los beneficiarios del SGSSS, existen varios grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social (4.9% de la población del país) y que pertenecen a los regímenes especiales. Tal es el caso del Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL).

Adicionalmente se consideró la participación en el SGSSS de personas que lo harán en forma transitoria mientras se logra la universalidad en la afiliación. Son aquellos que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

De acuerdo con los registros del sistema, en 2010 el total de beneficiarios de algún tipo de aseguramiento en salud representaba 95.7% de la población.¹⁰

El SGSSS, a través del RS, ha logrado afiliar y dar cobertura a los sectores empobrecidos. No obstante, aún

existe una porción de la población de ingresos medios que carece de cobertura, ya sea porque se encuentra transitoriamente desempleada o porque, tratándose de trabajadores independientes, no alcanzan la estabilidad laboral necesaria para pagar regularmente 12.5% de sus ingresos como cotización al SGSSS. En todo caso, esta población todavía se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA COLOMBIANO DE SALUD

1945	Creación de la Caja Nacional de Previsión Social
1946	Creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales
1954	Creación de las Cajas de Compensación Familiar
1975	Creación del Sistema Nacional de Salud
1990	Descentralización de la salud a nivel municipal
1991	Incorporación a la Constitución Política del derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público bajo la dirección, coordinación y control del Estado
1993	Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100)
2002	Creación del Ministerio de Protección Social mediante la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
2006	Establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
2007	Aprobación de la Ley 1122 que introduce modificaciones al SGSSS / Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

¿En qué consisten los beneficios?

El aseguramiento corre a cargo de las EPS y el objetivo del SGSSS es que los beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo lleguen a ser los mismos. Cada EPS conforma y ofrece a sus afiliados una red de IPS públicas y/o privadas: consultorios, laboratorios, hospitales y todos los profesionales que individualmente o agrupados ofrecen sus servicios de atención a la salud. Los hospitales públicos, por su parte, se han ido transformando en organizaciones autónomas, denominadas Empresas Sociales de Estado, que venden sus servicios a las EPS.

Como mínimo, la red de IPS públicas y/o privadas conformada por cada EPS debe cubrir el llamado POS, que cubre tanto al afiliado cotizante como a su grupo familiar en lo que se refiere a todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad que se prestan en el primer nivel de atención. Los beneficios incluyen también la atención inicial de urgencias, atención al recién nacido, y consulta médica general y odontológica. Previa referencia por parte del médico general, también se incluyen la consulta médica especializada, exámenes de laboratorio, medicamentos, hospitalización, intervenciones quirúrgicas de baja com-

plejidad, tratamientos de rehabilitación física, y diversas terapias, prótesis y órtesis. El POS cubre la atención de algunas enfermedades de alto costo, dentro de las que se incluyen el sida, la enfermedad renal crónica y el cáncer. Además, quienes cotizan en el régimen contributivo tienen derecho a prestaciones económicas suplementarias en casos de licencia por maternidad y de incapacidad por enfermedad.

En Colombia, el POS-C ha sido más amplio que el POS-S desde su definición en el año 1994. Sin embargo sucesivos mandatos legales y jurisprudenciales han ordenado la unificación de ambos planes. En 2010 el POS-C cubrió más de 660 medicamentos y 5 832 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios.¹¹

Existen tanto cuotas moderadoras como copagos que los afiliados tienen que realizar de acuerdo con tabuladores y tarifas ajustados por servicios y por grupos de ingresos. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional al tiempo que se promueve la inscripción de los afiliados en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. Estos copagos tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Algunos servicios están exentos de cobro, particularmente los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los de prescripción regular, como el tratamiento de la epilepsia, la hipertensión, el asma y la diabetes. En el caso del régimen contributivo, el afiliado cotizante no está obligado a hacer copagos por atención hospitalaria, pero sí los miembros de su núcleo familiar.

Por lo que respecta a la participación de los usuarios en las cotizaciones, de acuerdo con la clasificación por niveles del SISBEN, los niveles 1 y 2, que corresponden a la población más pobre, gozan de subsidio total. El nivel 3 obtiene, en principio, subsidios parciales, si bien en la práctica hay subsidio total. De igual manera, quienes han sido identificados dentro del nivel 1 del SISBEN están exentos del pago de copagos y cuotas moderadoras.

Las personas con capacidad de pago pueden adquirir voluntariamente seguros de salud privados y complementarios, siempre y cuando cumplan primero su obligación de cotizar al SGSSS. Los accidentes de trabajo y las enfermedades de origen profesional se cubren mediante un seguro aparte del POS que los empleadores están obligados por ley a contratar.

Financiamiento

¿Quién paga?

Los servicios de salud se financian con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes

afiliados a las EPS, con contribuciones del gobierno y con contribuciones de los empleadores. Todas estas contribuciones se reúnen en el FOSYGA, el cual las redistribuye a las EPS según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado. En el caso del subsidiado, los recursos del FOSYGA se suman a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios.

Las EPS a su vez pagan los servicios a las IPS bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto total en salud en Colombia está compuesto por el gasto público directo, el gasto en seguridad social en salud y el gasto privado en salud.

El gasto público directo es el que realizan el Ministerio de la Protección Social (MPS) y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos) en relación con: la atención de personas aún no afiliadas al sistema mediante gastos de administración e inversión que funcionan como subsidio a la oferta, el saneamiento ambiental y los servicios de salud pública dirigidos a la comunidad, los gastos de dependencias y programas oficiales y el FOSYGA. También incluye el gasto en seguridad social correspondiente al régimen subsidiado, el cual funciona como subsidio a la demanda.

El gasto en seguridad social en salud corresponde al régimen contributivo y está basado en cotizaciones. Éste se realiza a través de las EPS (públicas y privadas) y los regímenes especiales.

El gasto privado total comprende el gasto imputado en atención de salud por los seguros privados voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales), los planes de medicina prepagada y el gasto directo de las familias o gasto de bolsillo.

Según información del MPS, el gasto total en salud como porcentaje del PIB entre 1993 y 2003 en promedio fue de 8.5%.¹² Sin embargo, se notan dos periodos con marcadas diferencias. Entre 1993 y 1997 se registró un crecimiento del gasto que se fue reduciendo hasta que, a partir de 1998 y hasta 2003, se registra un decrecimiento. Un comportamiento similar tuvo el gasto público directo, el gasto privado y el gasto per cápita en dólares constantes del año 2000. Este último alcanzó un valor máximo de US\$ 317 en 1997, reduciéndose a US\$ 111 en 2003, lo cual en parte refleja una marcada devaluación de la moneda a partir de 1998.

El gasto público en seguridad social en salud ha mantenido una tasa de crecimiento positiva entre 1993 y 2003, excepto en 2000, como reflejo de la crisis económica de 1999, y en 2002. Como consecuencia, aumentó la participación del gasto público en seguridad social en salud al tiempo que disminuyeron el gasto privado y el gasto de bolsillo, lo cual podría deberse a los incrementos en la cobertura del sistema.

El 39.6% del gasto total en salud correspondió al gasto público y 44.5% al gasto en seguridad social en salud del régimen contributivo. El 15.9% restante corresponde al gasto privado que incluye el gasto de bolsillo (7.5% del gasto total en salud), los seguros privados y la medicina prepagada.

Por otro lado, es importante resaltar que en el periodo 1996-2003 el porcentaje del gasto total en salud dedicado a atención en salud fue de 66.2%, mientras que 17.0% correspondió a gastos administrativos, 8.0% a inversión y 8.8% fue dedicado a otros usos. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2008 el gasto total en salud en Colombia representó 5.9% del PIB.¹³

¿Cómo se distribuyen estos recursos?

El funcionamiento del régimen contributivo del SGSSS establece que los recursos deben entregarse a la EPS que los trabajadores elijan libremente. Las EPS se encargan de afiliarse y registrar a los usuarios, así como de organizar y garantizar la prestación del POS. Las EPS también remiten las cotizaciones de los trabajadores al FOSYGA, el cual les devuelve una unidad de pago por capitación (UPC) por cada persona de la familia afiliada. La UPC debe ser equivalente al valor actuarial, por grupo de edad y sexo, de los servicios del POS.

Las Direcciones de Salud de los municipios contratan a las EPS que trabajan para el RS y les pagan mediante la UPC del RS la UPC-S. Estas EPS pueden ser de tres tipos, EPS del RC funcionando para el RS, Cajas de Compensación Familiar o Empresas Solidarias de Salud, que son organizaciones comunitarias.

Todas las EPS contratan los servicios de atención a la salud con las IPS en el sector privado y los hospitales públicos de acuerdo con el tipo de planes de salud que hayan ofrecido a sus afiliados. La Ley 1122 de 2007 obliga a que, en el RS, al menos 60% del valor de los servicios se contrate con hospitales públicos siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones de calidad. Algunas EPS incluyen dentro de su propia estructura a las IPS que atienden a sus afiliados, aunque la Ley 1122 limitó el grado en que las IPS pueden pertenecer o estar verticalmente integradas a las EPS. Por último, en el

caso de los regímenes especiales, estos han conservado sus propios mecanismos de financiamiento, administración y, en algunos casos, también de prestación de servicios.

En 2009 había 35 EPS del régimen subsidiado y 37 del régimen contributivo.¹⁵

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

Los prestadores se constituyen legalmente en IPS públicas o privadas. Pueden ser desde médicos individuales hasta grandes hospitales o clínicas. Para efectos del registro especial de prestadores de servicios de salud (REPSS) establecido en el Decreto 1011 de abril 3 de 2006, las IPS son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud.

En 2010 había un total de 46 358 prestadores de servicios de salud según el REPSS.¹⁶ De éstos, 10 390 eran IPS (9 277 privadas y 1 113 públicas), 34 933 eran profesionales independientes, 341 eran de transporte especial (ambulancias) y 694 tenían un objeto social diferente.

De acuerdo con la clasificación de los niveles de atención (I, II y III) del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (Resolución 5261 de 1994), en 2010 el sistema de salud colombiano estaba compuesto por alrededor de 56 597 sedes de prestación de servicios. De éstas, 4 162 eran públicas; 3 362 son nivel I, 490 del nivel II y 45 del nivel III. Hay 265 sedes sin clasificar.

En 2010 el sistema de salud colombiano tenía registrados 1 219 prestadores de servicios con naturaleza jurídica pública. Entre ellos había 964 empresas sociales del Estado con 3 584 sedes, 27 140 camas, 1 743 salas y 1 504 ambulancias. Del total de sedes, 79.4% eran de nivel I, 10.9% de nivel II y sólo 2.5% del nivel III (además de 7.2% que no están definidas). De acuerdo con el REPSS, la cantidad de camas disponibles en 2010 era de alrededor de 68 000, lo cual arroja una razón de 1.5 camas por 1 000 habitantes.

Hay un subconjunto de prestadores que cumple los estándares más altos del sistema de garantía de la calidad y se denominan IPS acreditadas.¹⁷ En julio de 2010 se contaba con 19 de estos prestadores.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

De acuerdo con proyecciones del CENDEX, en 2010 había en Colombia alrededor de 226 600 profesionales del sector salud.¹⁸ De este total, 77 000 son médicos, lo que arroja una razón de 1.7 médicos por 1 000 habitantes. Le siguen en importancia numérica las enfermeras (42 000), los terapeutas (40 000) y los odontólogos (40 000).

El Ministerio de Educación Nacional se encarga de definir y mantener actualizados los criterios de calidad para el registro calificado y la acreditación de los programas de formación en el campo de la salud teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. Hasta septiembre de 2010 este ministerio tenía registrados 1 513 programas de salud, 58 técnicas profesionales, 78 tecnológicas, 349 universitarias de pregrado, 937 especializaciones, 76 maestrías y 15 doctorados.¹⁹

Las llamadas medicinas alternativas y complementarias pueden ser practicadas por los profesionales autorizados para ejercer en el área de la salud siempre y cuando acrediten la certificación académica de su competencia por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

Dadas las particularidades del sistema de salud colombiano, en el mercado de medicamentos coexisten dos submercados: el institucional, para los afiliados al sistema de seguridad social, y el privado.

En el mercado institucional los medicamentos son entregados por las IPS (normalmente los hospitalarios) o por farmacias adscritas a la EPS del afiliado (normalmente los ambulatorios), y no existe ninguna posibilidad de sustitución entre medicamentos, ya que dentro del SGSSS la prescripción de medicamentos se hace bajo su nombre genérico y con base en el listado establecido por ley. Esta medida busca promover la competencia entre productores de moléculas iguales y hacer que los médicos orienten al paciente con base en criterios no ligados a marcas comerciales.

En el mercado privado, el médico prescribe el medicamento bajo su nombre genérico o marca y el consumidor toma la decisión de comprar uno u otro motivado por precio, fidelidad, etc. Ambos mercados son regulados por el Estado y existen normas generales y particulares para el mercado institucional. La figura 1 muestra la organización del mercado de medicamentos en Colombia.

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

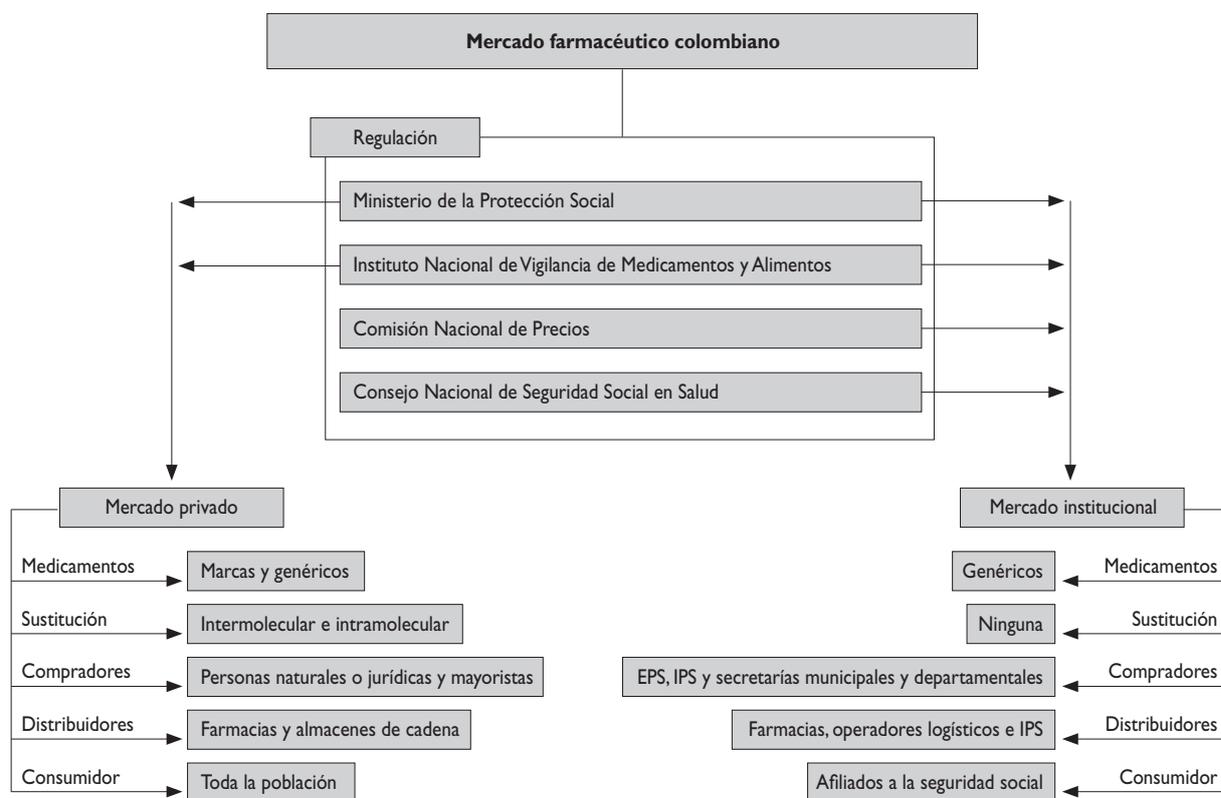
Hay diversas fuentes de información en salud. La más importante es el MPS, a través de diferentes sitios virtuales vinculados a su página electrónica, como el Observatorio de Recursos Humanos, el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, el Registro de los Afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (información sobre habilitación, auditoría, acreditación y calidad de prestadores), el Sistema de Información de Precios de Medicamentos y el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de la Dirección General de Calidad de Servicios, con información reportada por las Entidades Territoriales de Salud sobre prestadores públicos y privados por nivel de complejidad y capacidad. El Departamento Nacional de Planeación y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública también producen estadísticas del sector salud.

La investigación, por su parte, es coordinada por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias). Sin embargo, el MPS y el Instituto Nacional de Salud (INS) también cumplen funciones de investigación.

Rectoría*¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?*

El MPS determina la política del Sistema de Protección Social en general y del sector salud en particular. El MPS se creó a partir de la fusión de los ministerios de Salud y Trabajo. En 2010 el gobierno nacional solicitó facultades legales al Congreso para separar los ministerios y crear nuevamente el de salud.

A partir de 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) ha sido reemplazado en su papel como regulador general del sistema de salud a nivel nacional por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), quedando sólo como un órgano asesor y consultor. La nueva Comisión de Regulación en Salud, conformada por cinco expertos de tiempo completo elegidos para un período de tres años, además de dos ministros o viceministros, cumple las funciones de regulación anteriormente atribuidas al CNSSS. Algunas de las funciones de la CRES son la definición del valor de la UPC y del contenido del POS incluyendo el establecimiento de un listado de medicamentos esenciales y genéricos, y la regulación de los copagos y las cuotas moderadoras.



Fuente: Referencia 20

FIGURA I. ESQUEMA DEL MERCADO FARMACÉUTICO COLOMBIANO

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) está legalmente facultada para realizar actividades de inspección, vigilancia y control en prácticamente todos los niveles del funcionamiento de los diversos actores que participan en el sector salud a fin de garantizar la operatividad del SGSSS.

Por su parte, los distritos y municipios cuentan con sus propias direcciones locales de salud, son responsables de hacer el diagnóstico de la situación de salud de la población y se encargan de la vigilancia del sistema de salud pública en sus respectivas jurisdicciones.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

Además de las funciones de la SNS descritas arriba, el INS y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tienen a su cargo la vigilancia, regulación, inspección y el control de alimentos, medicamentos e insumos para la salud, dispositivos médicos, bancos de sangre, tejidos y órganos. Desde

2004, el INVIMA cuenta también con un comité evaluador de pruebas diagnósticas. De cualquier manera, el MPS es quien dicta las políticas al respecto y establece las normas al ejercer la dirección general del sistema.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar también participa en actividades relacionadas con la seguridad alimentaria en torno a la protección al consumidor mediante el control de calidad y la inocuidad de alimentos, la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, la investigación y evaluación en aspectos nutricionales. La Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública se encarga de diagnosticar y detectar los factores de riesgo y desde 2006 tiene la responsabilidad de la vigilancia en salud pública. Por su parte el INS, además de cumplir con funciones como coordinador de investigación científica, laboratorio de referencia nacional y coordinador de la red nacional de laboratorios de salud pública, es el encargado del desarrollo, producción y distribución de productos biológicos, químicos, biotecnológicos y reactivos para el diagnóstico biomédico.

¿Quién evalúa?

Según la ley, corresponde al MPS formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las EPS, las IPS del SGSSS y de las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

En el marco de la iniciativa "La salud pública en las Américas" impulsada por la Organización Panamericana de la Salud, en Colombia se han llevado a cabo varias evaluaciones del desempeño de las llamadas "funciones esenciales de salud pública" tanto a nivel nacional como de algunos departamentos y de la capital.

Desde enero de 2007 el MPS tiene la facultad de establecer los mecanismos necesarios para realizar evaluaciones a fin de determinar el nivel de desempeño alcanzado en aspectos relacionados tanto con la gestión del sistema de salud como de los resultados que en términos de bienestar de la población arrojan las actividades de los diferentes actores que intervienen en el mismo. Sin embargo, estos mecanismos aún no establecen una evaluación permanente del sistema en términos de indicadores finales de impacto en la salud de la población, sino más bien del cumplimiento de metas intermedias.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La Ley 100 de 1993 establece que el SGSSS debe estimular la participación de los usuarios en la organización y el control de las instituciones que lo constituyen. Los afiliados al SGSSS tienen el derecho de formar asociaciones de usuarios que los representen ante las EPS y las IPS. El gobierno, por su parte, reconoce su obligación de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al SGSSS. Asimismo, los afiliados tienen derecho a ejercer vigilancia y control sobre la calidad y la eficiencia de los servicios de salud mediante veedurías comunitarias elegidas popularmente.

La SNS tiene entre sus funciones promover la participación ciudadana a través de diversos mecanismos. La designación del Defensor del Usuario en Salud (DUS) también es responsabilidad de la SNS. El DUS funge como vocero de los afiliados ante las EPS en los departamentos por lo que se refiere a quejas sobre la prestación de los servicios y es financiado con contribuciones aportadas por las mismas EPS.

Los ciudadanos acuden masivamente a la tutela, una acción judicial sumaria cuyo propósito es proteger

los derechos fundamentales, para solicitar servicios de salud. Los jueces suelen fallar a favor del usuario y ordenar la prestación de servicios, con cargo a los recursos del sistema.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada en 2008, 14.5% de los encuestados reportaron haber estado enfermos en algún momento durante los últimos 30 días previos a la encuesta.²¹ De ellos, 77.9% acudieron a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud. Entre estos, 18.7% debieron costear la enfermedad con recursos propios y/o familiares, 58% la entidad de seguridad social a la que está afiliado les cubrió los costos de atención y tan solo un 0.9% hizo uso de medicina prepagada.

Entre quienes no solicitaron atención médica, las razones para no hacerlo fueron, en primer lugar (47.0%) que el caso era leve y, en segundo lugar (24%) la falta de dinero. El Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud INCAS Colombia 2009, presenta indicadores de calidad para el primer semestre de 2009 relacionados con accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción tanto para aseguradoras como prestadores.²² En cuanto a la oportunidad para la asignación de citas de consulta médica general, el menor tiempo de espera promedio lo tuvieron las EPS del régimen subsidiado con 2.6 días y las peor libradas fueron la medicina prepagada con 3.0 días y el régimen contributivo con 3.2 días. El número promedio de días de espera para la asignación de cita de consulta médica especializada fue de 4.9 días en el régimen subsidiado, 9.8 en el régimen contributivo y 3.1 en la medicina prepagada.

Las EPS del régimen contributivo tuvieron la más alta calificación en la entrega oportuna de medicamentos con una calificación de 93.3% versus 88.4% del régimen subsidiado.

Respecto a la tasa de satisfacción global medida como el número de afiliados satisfechos sobre el total de afiliados encuestados, la medicina prepagada obtuvo una tasa de 94.5%, seguida por las EPS del régimen contributivo, con 93.6% y el régimen subsidiado con 82%.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

Pionera en América Latina, la reforma colombiana iniciada en 1993 se ha ido transformando de manera paulatina

aún cuando su esquema fundamental se ha preservado durante los últimos 17 años. Puede decirse que las modificaciones introducidas desde entonces han tenido como objetivo fortalecer el proceso de implantación del nuevo sistema de seguridad social y tratar de resolver algunos de sus problemas más apremiantes.

El planteamiento esencial de la reforma, construida sobre un esquema de participación público-privada en el que la obligatoriedad de la afiliación al SGSSS se suma a los principios de solidaridad de los mecanismos de cotización, financiamiento y prestación (existencia de los dos regímenes de afiliación, definición de la unidad de pago por capitación y del paquete obligatorio de servicios), parecería sentar las bases para alcanzar la universalización de la seguridad social. La existencia de un plan de beneficios explícito como el POS, que materializa el derecho a la salud en una oferta de servicios concreta y exigible, se considera una innovación en el contexto regional. La rectoría del Estado a través del ministerio del ramo y organismos como el CNSSS y ahora la CRES, junto con la creciente participación del sector privado dentro de un mercado cada vez más competitivo tanto del aseguramiento como de la prestación de los servicios, se plantearon como cimientos de la eficiencia y la calidad en el sistema de salud.

El proceso de reforma representa una profunda transformación institucional que rompió con el modelo tradicional que segmentaba las poblaciones según su estatus laboral o su empleador. En ese esquema, cada grupo de la población era atendido por una institución diferente que integraba verticalmente las funciones de un sistema de salud (financiamiento, aseguramiento, provisión). La nueva estructura adoptada en Colombia cubre a toda la población en un mismo esquema sin discriminación por estatus laboral, introduce mecanismos de solidaridad en el financiamiento y habilita la competencia al darle al ciudadano la libertad de elegir su EPS.

Este cambio trajo grandes retos institucionales dentro de los que destacan el cambio organizacional de los hospitales y aseguradores públicos para operar en un entorno de competencia, y la necesidad desarrollar una mayor capacidad regulatoria y de supervisión por parte del Estado.

A partir de 2007 el SGSSS nuevamente es objeto de modificaciones legales tanto en la estructura institucional como en definiciones de aspectos tan concretos como el contenido del POS, los montos de la UPC, la comisión de regulación y la integración vertical ente EPS e IPS, así como en establecimiento de nuevas fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los planes de beneficios entre regímenes.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Aunque aún es pronto para evaluar el efecto de las innovaciones introducidas a partir de 2007, en términos de cobertura se puede adelantar que las metas planteadas parecen adaptarse mejor a las posibilidades reales de afiliación universal.

La menor dependencia del gasto privado (y del gasto de bolsillo), en comparación con el periodo previo a la reforma, es un indicio de que el sistema provee una mayor protección frente al riesgo financiero asociado a la enfermedad. La existencia de un plan explícito de servicios y la asignación de presupuestos con base en la capitación han reducido las inequidades en el financiamiento entre regiones y grupos de la población. Las brechas en el acceso a los servicios entre los grupos más pudientes y más pobres de la población se han reducido consistentemente en las dos últimas décadas, periodo en el cual se ha incrementado la cobertura del seguro. Finalmente, la afiliación a la seguridad se asocia con mejoras en el acceso a los servicios.^{23,24}

¿Cuáles son los retos y perspectivas del sistema de salud?

Son múltiples los retos que todavía enfrenta el sistema de salud colombiano. En primer lugar se plantean las dificultades vinculadas con la consecución de la universalidad y la eficiencia en un contexto de solidaridad.

La universalidad en la afiliación debió haberse logrado en 2001 y tardó casi una década más, por restricciones fiscales.²⁵ La igualación de los planes aún no se ha logrado por las mismas razones. Buena parte de este atraso está asociado a la informalidad en el mercado laboral. Hay un segmento considerable de la población que, dada su situación económica, tendría que estar afiliada al régimen contributivo y aún no lo hace.

En el corto y mediano plazo la sostenibilidad financiera está en entredicho por la falta de control de los gastos. Los jueces han ordenado masivamente la prestación de servicios de salud no incluidos en el POS. El grado en que ello ha ocurrido ha comprometido la sostenibilidad financiera del sistema. Un reto primordial para el sistema colombiano es fijar límites a la cobertura de los servicios de una manera que sea respetada y acatada tanto por la comunidad médica y científica como por el sector judicial.

Una observación recurrente es que el sistema ha puesto mucho énfasis en instrumentos de financiamiento al punto de que, a pesar del avance en la cobertura de afiliación al SGSSS, incluso se ha detectado estancamiento en ciertos indicadores de salud, en particular en los relacionados con la prevención. El fortalecimiento de

la práctica de la salud pública, la información completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, aparece como un reto mayor sin el cual será difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención. Debe prestarse especial atención a la mortalidad materno infantil, a la población desplazada y al embarazo en los adolescentes.

Subsisten asimismo fallas y quejas en la prestación de los servicios. Hay una tensión permanente entre pagadores y prestadores. Una mejor regulación y una supervisión más efectiva de los actores públicos y privados que participan en el sistema continúan siendo retos fundamentales.

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer el apoyo que las siguientes personas nos brindaron para la elaboración de este mapa: Carmen Amaya, Alexander Corcho, María Beatriz Duarte Gómez y María Cecilia González Robledo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- DANE. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Estudios post-censales No. 7. [Consultado el 3 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_2077Proyecciones_poblacion.pdf.
- DANE. Proyecciones de población municipales. [Consultado el 3 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72.
- DANE. Censo General 2005. [Consultado el 2 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=307&Itemid=124.
- CEPAL. Estadísticas de América Latina y el Caribe. [Consultado el 3 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1&idTema=1&idioma>.
- DANE. Proyecciones municipales de población 1985-2020 sexo y grupo de edad. [Consultado el 3 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72.
- ICBF. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. [Consultado el 2 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm.
- CONPES-DNP. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015. CONPES Social No. 91. [Consultado el 9 de agosto de 2010]. Disponible en: www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/.../Conpes%20Sociales/091.pdf.
- DANE. Estadísticas vitales. Nacidos vivos. [Consultado el 2 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=786&Itemid=119.
- Acosta N, Peñaloza RE, Rodríguez J. Carga de enfermedad Colombia 2005. Resultados alcanzados. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX, 2008.
- Giedion U, Panopoulou G, Gomez-Fraga S. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México. Serie Financiamiento del Desarrollo. Santiago de Chile: CEPAL, Asdi, 2009:219.
- Ministerio de la Protección Social. ¿Cómo es el POS vigente en Colombia? [Consultado el 3 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Paginas/default.aspx>.
- Barón-Leguizamón G. Gasto nacional en salud en Colombia 1993-2003: composición y tendencias. Rev Salud Pública 2007;9(2): 167-179. [Consultado el 3 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n2/v9n2a02.pdf>.
- World Health Organization. National health accounts. [Consultado el 8 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/col/en>.
- DANE. [Consultado el 2 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=786&Itemid=119.
- Superintendencia de Salud. Reporte de estados de resultados de las EPS. [Consultado el 30 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co>.
- Ministerio de Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Fecha de corte septiembre 1° de 2010. [Consultado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/consultainformacion/default.aspx>.
- Acreditación en Salud. Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas. [consultado 2011 enero 10] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/IPSacreditadas.pdf>
- Ruiz F, Matallana M, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA y Piña MR. Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX, Ministerio de la Protección Social, 2008.
- Ministerio de Educación. SNIES. [consultado 2010 septiembre 3] Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-156293.html>.
- Vásquez J, Gómez K, Rodríguez S. Regulación en el mercado farmacéutico colombiano. Revista de Ciencias Sociales 2010;16(2):197-209. [Consultado el 10 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.revistas.luz.edu.ve/index.php/racs/article/viewFile/4886/4755>.
- DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2008. [Consultado el 1° de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=115&Itemid=66.
- Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009". [Consultado el 2 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/INCAS.pdf.
- Florez C, Soto V, Acosta O, Claudio K, Misas J, Forero N, et al. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá: Fundación Corona, Departamento Nacional de Planeación, Universidad del Rosario, Universidad de los Andes, 2007.
- Giedion U, Uribe MV. Colombia's universal health insurance system. Health Affairs 2009; 28:853-863.
- Guerrero R. Financiación de la afiliación universal a la seguridad social en salud: lecciones aprendidas de Colombia. Bienestar y Política Social 2008;4(2):81-105.

Sistema de salud de Costa Rica

María del Rocío Sáenz, MC,⁽¹⁾ Mónica Acosta, Lic en CP,⁽¹⁾
 Jorine Muiser, MC en SS,⁽²⁾ Juan Luis Bermúdez, Lic en RI.⁽¹⁾

Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL.
 Sistema de salud de Costa Rica.
 Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S156-S167.

Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL.
 The health system of Costa Rica.
 Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S156-S167.

Resumen

En este trabajo se describe el sistema de salud de Costa Rica, que presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o contrata prestadores del sector privado con los que establece contratos denominados "compromisos de gestión". El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Ministerio de Salud es el rector del sistema y como tal cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Dentro de las innovaciones relativamente recientes que se han implantado en Costa Rica destacan la implantación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS), la desconcentración de los hospitales y clínicas públicos, la introducción de los acuerdos de gestión y la creación de las Juntas de Salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Costa Rica

Abstract

This paper describes the Costa Rican health system which provides health, water and sanitation services. The health component of the system includes a public and a private sector. The public sector is dominated by the Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), an autonomous institution in charge of financing, purchasing and delivering most of the personal health services in Costa Rica. CCSS is financed with contributions of the affiliates, employers and the state, and manages three regimes: maternity and illness insurance, disability, old age and death insurance, and a non-contributive regime. CCSS provides services in its own facilities but also contracts with private providers. The private sector includes a broad set of services offering ambulatory and hospital care. These services are financed mostly out-of-pocket, but also with private insurance premiums. The Ministry of Health is the steward of the system, in charge of strategic planning, sanitary regulation, and research and technology development. Among the recent policy innovations we can mention the establishment of the basic teams for comprehensive health care (EBAIS), the de-concentration of hospitals and public clinics, the introduction of management agreements and the creation of the Health Boards.

Key words: health system; social security; Costa Rica

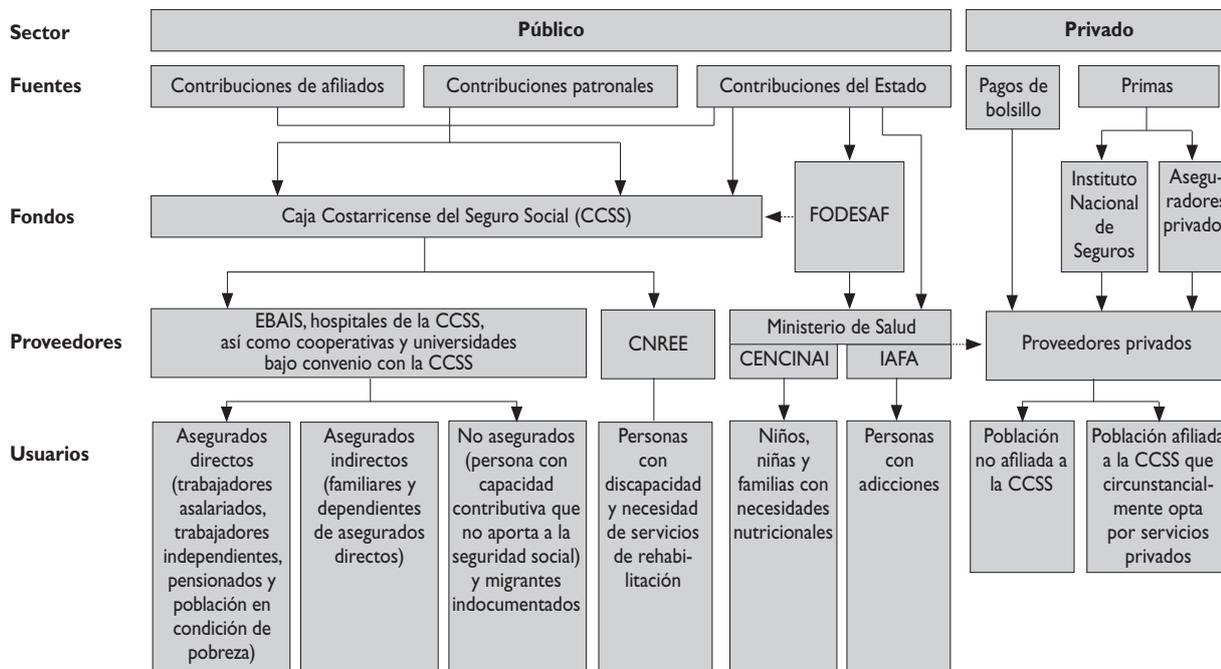
(1) Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración, Costa Rica.

(2) Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

Fecha de aceptado: 24 de enero de 2011

Solicitud de sobretiros: María del Rocío Sáenz. 222-3015, San Rafael de Heredia, Costa Rica.

Correo electrónico: saenz.rocio@gmail.com



Fuente: Sáenz R, Bermúdez J, Acosta M. (2010)

CENCINAI: Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI)

CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de Costa Rica

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

INS: Instituto Nacional de Seguros

El sistema de salud de Costa Rica presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos denominados "compromisos de gestión". El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Instituto Nacional de Seguros opera tanto en el sector público como en el privado, siendo responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y rehabilitación traumatológica relacionados. El Ministerio de Salud (MS), por su parte, cuenta con una dirección especializada en salud pública que se apoya en una red de unidades operativas en los niveles regional y local, encargada de la vigilancia y control epidemiológicos. El MS es también el rector del sistema, siendo responsable de la dirección política, la regulación sanitaria, la atención a la salud, la vigilancia epidemiológica, el direccionamiento de la investigación y el desarrollo tecnológico.

Contexto

Demografía

Costa Rica tiene una población de 4 451 205 habitantes. Las mujeres representan 49.2% de la población total y los hombres 50.7%. Las zonas urbanas concentran 63% de la población y las comunidades rurales el resto.¹ La tasa de crecimiento poblacional es de 1.4%.² Las personas mayores de 65 años representa alrededor de 5% de la población total; en 2050 representarán 21%.²

La mortalidad general ha descendido de manera importante en los últimos años: pasó de 10.1 por 1000

habitantes en 1950 a 3.4 en el momento actual. Este descenso es producto sobre todo de una disminución de la mortalidad infantil, que pasó de 14.3 por 1000 nacidos vivos en 1995 a 8.8 en 2009, una de las tasas más bajas del continente americano.³ Estos descensos explican el incremento de la esperanza de vida al nacer, que entre 1990 y 2009 aumentó 2.5 años, para alcanzar 81.2 años en las mujeres y 76.4 años en los hombres.⁴

La tasa global de fecundidad descendió de 5.0 hijos por mujer en 1970 a 1.9 en 2010. El país disfruta de una relación de dependencia baja ya que casi 58% de la población está constituida por personas de entre 20 y 65 años de edad.⁵

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, COSTA RICA, 2009

Población total	4 451 205
Esperanza de vida al nacer	79.4
Esperanza de vida a los 65 años	19.51
Tasa de mortalidad general	3.40
Tasa de mortalidad infantil	8.84
Razón de mortalidad materna	30.0
Prevalencia de diabetes en adultos (2000)	5.0
Prevalencia de hipertensión arterial en adultos (2006-2007)	10.0
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2006)	99.0
Cobertura de vacunación (%) en menores de 1 año (2008)	
BCG	90
DPT1β	90
DPT3β	90
polio	89
sarampión	91
HepB3	89
Población con seguridad social (2008)	3 943 491
Población sin seguridad social (2008)	507 714
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2008)	8.2
Gasto per cápita en salud (2008)*	936
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008)	76.9
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud (2004)	0.42

Fuente: Referencias 3,6-12

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

El incremento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de fecundidad se asocian a un envejecimiento de la población que, como se verá en seguida, está teniendo un impacto muy importante en las condiciones de salud de los costarricenses.

Condiciones de salud

La mayor parte de los daños a la salud en Costa Rica son producto de las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer. Los infartos y la enfermedad isquémica del corazón son las principales causas de muerte en ambos sexos. El cáncer es responsable de 20% de todos los decesos. De 1995 a la fecha se ha observado un aumento de 48% en las tasas de incidencia para todos los tipos de cáncer. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado entre las mujeres. En 2009 se diagnosticaron casi tres nuevos casos diariamente.¹³

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades hipertensivas son también causas frecuentes de defunción en las mujeres (cuadro II). En los hombres destacan como causa de muerte los accidentes de tránsito (cuadro III).

La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo en 7.7% entre 2000 y 2005. La mortalidad por diarreas disminuyó de 3 por 100 000 habitantes en 2000 a 1.3 en 2009. La prevalencia de tuberculosis descendió de 36 por 100 000 habitantes en 1990 a 17 en 2005. La mortalidad por esta última causa también disminuyó de 3 por 100 000 habitantes en 1990 a 1 en 2009.¹⁴

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, COSTA RICA, 2009

	Número	Tasa*	%
1. Infarto agudo del miocardio	518	23.7	6.48
2. Tumor maligno de la mama	280	12.8	3.50
3. Tumor maligno del estómago	209	9.5	2.61
4. Enfermedad isquémica crónica del corazón	203	9.3	2.54
5. Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	164	7.5	2.05
6. Exposición a factores no especificados, causando fractura (del 2006 en adelante)	155	7.1	1.94
7. Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	151	6.9	1.89
8. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	147	6.7	1.84
9. Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)	144	6.6	1.80
10. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	141	6.4	1.76
Causas mal definidas	142	6.5	1.78
Las demás	5 741	262.3	71.81

* Tasas por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 17

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, COSTA RICA, 2009

	Número	Tasa*	%
1. Infarto agudo del miocardio	885	393	8.3
2. Tumor maligno de la próstata	400	17.8	3.7
3. Tumor maligno del estómago	355	15.8	3.3
4. Enfermedad isquémica crónica del corazón	262	11.6	2.4
5. Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor	250	11.1	2.3
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	183	8.1	1.7
7. Tumor maligno de los bronquios o del pulmón	170	7.6	1.6
8. Enfermedad aterosclerótica del corazón	168	7.5	1.6
9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	152	6.8	1.4
10. Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	141	6.3	1.3
Causas mal definidas	178	7.9	1.7
Las demás	7 562	336.1	70.6

*Tasas por 100 000 hombres
Fuente: Referencia 17

El número de casos de dengue se incrementó de 0 en 1990 a más de 33 000 en 2005 y 25 000 en 2007, para descender a 7 214 en 2009. Para junio de 2010 se habían presentado un total de 9 743 casos de dengue, registrándose una muerte.¹⁵

El sida mantenía una tendencia ascendente hasta 2003. A partir de 2004 se observa un descenso. En el periodo 2002-2008 la tasa de incidencia fue de 3.7 por 10 000 habitantes. La tasa de mortalidad bajó de 4.0 por 100 000 habitantes en 1995 a 2.9 en el periodo 2000-2005.

En 2005, se perdieron en Costa Rica 351 368 años de vida saludables (AVISA) por muertes prematuras y discapacidad, para una tasa de 81.2 años por cada 1000 habitantes.¹

Por lo que se refiere a los principales riesgos para la salud, datos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) indican que 10% de la población mayor de 20 años padece de hipertensión. La prevalencia de obesidad (IMC \geq 30 kg/m²), factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y diabetes, es particularmente elevada en las mujeres de entre 45 y 64 años (77.3%) y los hombres de entre 20 y 64 años (62.4%). Los datos sugieren que la prevalencia de sobrepeso y obesidad seguirá incrementándose en los próximos años.¹⁶

Estructura y cobertura

Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la CCSS,

principal proveedor de servicios personales. El Ministerio de Salud (MS), como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas al mismo, como los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente.

En el subsector privado se encuentran los servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras, las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados.¹⁸

El Instituto Nacional de Seguros (INS) opera tanto en el sector público como en el privado, y es responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados.

¿Quiénes son los beneficiarios?

La Constitución Política de Costa Rica define como irrenunciable el derecho de los trabajadores a la protección contra los riesgos de enfermedad a través del seguro social.¹⁹ La Ley General de Salud define a la salud de la población como un bien de interés público y estipula que es una función esencial del Estado velar por la salud de los costarricenses garantizando el derecho a las prestaciones de salud a todos los habitantes del país.²⁰

El seguro de salud se constituyó para la población trabajadora y con el paso de los años se ha extendido a nuevos beneficiarios estrechamente ligados a la categoría de contribuyente y no contribuyentes al sistema. Estos se clasifican según diversas modalidades de aseguramiento, a saber: a) asegurados directos (trabajadores asalariados; pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales; personas que individual o colectivamente se acojan a la modalidad de seguro voluntario; trabajadores independientes, que cotizan al seguro en forma individual o colectiva; población en condición de pobreza, aseguradas por el Estado); b) asegurados indirectos (familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el beneficio familiar), y c) no asegurados (personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y migrantes indocumentados).

Desde su fundación en 1941, la cobertura de la CCSS creció consistentemente hasta los años noventa. Desde entonces el porcentaje de asegurados ha oscilado entre 85.6 y 87.6% (cuadro IV).

Todos los menores de edad (18 años) y mujeres embarazadas que no estén protegidos por el beneficio familiar, los pensionados del régimen no contributivo y los indigentes identificados están asegurados a cargo del Estado.²²

El reconocimiento de la CCSS de una categoría de "no asegurado", justificado inicialmente para la universalización de la atención primaria, ha permitido que habitantes del país con capacidad contributiva elijan no contribuir al seguro de salud, pero puedan hacer uso de la prestación de servicios de segundo y tercer nivel por la vía de la atención de emergencias.

A pesar de las políticas vigentes, aún quedan grupos de la población sin acceso a la seguridad social, como los refugiados pobres no aceptados como beneficiarios a

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD COSTARRICENSE

1941-1943	Creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
1949	Derecho constitucional para trabajadores manuales e intelectuales a la protección contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte
1956	Ampliación de cobertura a familiares de los trabajadores afiliados
1961	Universalización del seguro a toda la población (a realizarse en 10 años)
1973	Traspaso de los hospitales de la Junta de Salud a la CCSS Ley General de Salud (derecho a prestaciones en salud para todo habitante del país según las leyes y reglamentos)
1974-1989	Introducción de la Medicina Empresa y la Medicina Mixta
1984	Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado para la cobertura de la población en condición de pobreza
1992-1993	Inicio de la reforma del sector salud que transforma al Ministerio de Salud en rector del sistema de salud y establecimiento de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
1997-1998	Introducción de los Compromisos de Gestión (separación interna de las funciones de provisión y compras dentro de la CCSS) y Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas e inicio del funcionamiento de las Juntas de Salud
2004-2006	Reglamento para la Afiliación de los Trabajadores Independientes y Reglamento de Salud

cargo del Estado (actualmente cubiertos por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales, algunas poblaciones indígenas cuyo acceso geográfico a los servicios es limitado, población en condición de pobreza no informada de sus derechos y 28.8% de trabajadores del sector agrícola sin cobertura en salud o pensiones.

Desde hace varios años se han estado explorando opciones de aseguramiento para los recolectores de café temporales e inmigrantes. Esta iniciativa no se ha po-

Cuadro IV
COBERTURA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL 1970 – 2008

	1970	1980	1990	2002	2006	2008
Cobertura contributiva	47.2	75.7	85.6	86.8	87.5	87.6
Asegurados directos activos	11.7	23.1	24.0	23.0	26.2	28.5
Asegurados directos asalariados	11.7%	19.3%	18.0%	18.6%	n.a	23.3%
Asegurados directos no asalariados	0.0%	3.8%	6.0%	4.4%	n.a	5.2%
Cuenta del Estado y sus familiares	0.0	0.0	9.2	12.9	11.5	11.5
Pensionados*	0.2	3.0	4.6	6.4	6.3	6.1
Familiares de los asegurados directos	35.2	49.6	47.8	44.5	43.6	41.5
No asegurados	52.8	24.3	14.4	13.2	12.5	12.4

* Suma: pensionados del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, pensionados en regímenes especiales y pensionados del registro no contributivo
Fuente: Referencia 21

dido viabilizar por resistencias institucionales y escasa información que sustente la propuesta.

En 2010 se aprobó una nueva Ley de Migración y Extranjería que obliga a los extranjeros residentes permanentes, residentes temporales y trabajadores transfronterizos a cotizar al seguro social de la CCSS como condición para renovar su estado migratorio. La Ley no establece condición laboral para que estos grupos de personas coticen. Asimismo los ejecutivos, representantes, gerentes y personal técnico de las empresas transnacionales establecidas en el país deben acreditar su adscripción a un seguro de la CCSS para efectos de optar por la renovación de su cédula de extranjería.²³

¿En qué consisten los beneficios?

La CCSS administra tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM) y el régimen no contributivo. Sus beneficios se detallan en el Reglamento de Salud de 2006.

El SEM cubre las siguientes prestaciones de atención integral a la salud: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos; servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete; asistencia en salud oral, y asistencia social, individual y familiar.²⁴ El IVM incluye pensión por vejez, pensión por invalidez, y pensión por orfandad y viudez. Finalmente, el régimen no contributivo provee aseguramiento para las personas y sus familiares que no cotizaron al sistema por su condición de pobreza o discapacidad, ofreciendo las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM y prestaciones monetarias para las familias con casos de parálisis cerebral profunda. Quedan excluidos de subsidios las consecuencias de un aborto intencional, aunque sí cubren los gastos en salud en caso de que se desarrolle una enfermedad a causa del mismo.

Las personas con discapacidad permanente o temporal y con necesidad de servicios de rehabilitación física o cognitiva son atendidas en el Centro Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, mientras que las familias con necesidades nutricionales reciben apoyo del CEN, el CINAI y el IAFA.

El INS ofrece servicios de salud relacionados con los seguros obligatorios de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, y vende un seguro privado de salud.

La CCSS presta sus servicios mediante una red de servicios propios organizada en tres niveles diferenciados por su capacidad resolutoria y con sus propios médi-

cos, enfermeras y demás personal de salud. En el primer nivel se encuentran las unidades de atención primaria, llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que atienden a grupos poblacionales de 3 500 a 4 000 personas junto con algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas de atención ambulatoria. En este nivel se implementan cinco programas de atención integral en función de la condición etaria, del proceso de vida y género.

El segundo nivel lo conforma una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales que proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos.

El tercer nivel cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica que se brindan en los hospitales nacionales de concentración y especializados.²¹

La CCSS contrata, además, bajo varias figuras, a proveedores del sector privado, con y sin fines de lucro, cuando lo considera necesario. Por ejemplo, con el fin de extender su red de servicios, en los años ochenta, la CCSS empezó a contratar cooperativas para prestar servicios de salud en áreas donde era deficitaria. Actualmente las cooperativas Coopesaín, Coopesalud, Coopesiba y Coopesana, y dos entidades no cooperativas, la Asociación ASEMECO y la Universidad de Costa Rica, atienden a 15% de la población con base en contratos para el primer nivel de atención. Estos proveedores, en caso de complejidad, deben referir a sus pacientes al segundo y tercer nivel de la red pública. También contrata servicios diagnósticos y tratamiento de alta complejidad, sobre todo para pacientes con cáncer. Las cooperativas y universidades trabajan con su propio personal.

Financiamiento

¿Quién paga?

La CCSS se financia con cotizaciones tripartitas (empleadores, trabajadores y Estado). Actualmente la cuota de cotización asciende a 22.91% de la nómina salarial. El patrón aporta 14.16% dividido en 9.25% para el SEM y 4.91% para el IVM. El trabajador aporta 8.25%, 5.50% para el SEM y 2.75% para el IVM. Finalmente, el Estado aporta 0.50%, dividido en 0.25% para cada régimen (cuadro V). Los asegurados voluntarios e independientes aportan conforme a sus ingresos declarados y el Estado aporta 0.25%. Si los ingresos son menores a US\$ 885, el aporte es de 10.5% y si los ingresos superan ese monto se aporta 13.5%.²⁵

Los regímenes no contributivos son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y

Cuadro V
ESQUEMA CONTRIBUTIVO DE ASEGURAMIENTO, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Esquema contributivo de aseguramiento		SEM	SIVM	No contributivo	Acumulado
Trabajador asalariado	Patronos	9.25%	4.91%		14.16%
	Trabajadores	5.5%	2.75%		8.25%
	Estado	0.25%	0.25%		0.50%
Trabajador cuenta propia	Trabajador con ingreso menor a 885 dólares PPA		10.5%		10.5%
	Trabajador con ingreso mayor a 885 dólares PPA		13.5%		13.5%
	Estado	0.25%	0.25%		0.5%
Asegurado por el Estado	Junta de Protección Social. JPS Ley 7395			95% de la utilidad neta de la lotería electrónica	
	Ley 7972 de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos			Monto anual de ₡1000 millones (1.7 millones de dólares)	
	Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares			20% del FODESAF (aprox. 0,3% del PIB)	

Fuente: Referencia 26

SEM: Seguro de Enfermedad y Maternidad

SIVM: Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

Asignaciones Familiares, así como con cargas específicas a las actividades de lotería electrónica y la venta de cigarrillos y licores.

El sector privado se financia de forma directa con los pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir la atención. Sólo 2% de los hogares cuentan con un seguro privado del INS.

La CCSS es responsable de recaudar y distribuir los recursos. Como parte de la reforma del sector salud de 1997, la CCSS introdujo un nuevo sistema para la distribución de fondos basado en "compromisos de gestión". Su propósito es asignar recursos sobre un análisis prospectivo de las necesidades en salud de la población en cada área de salud, estableciendo metas de desempeño anuales entre el proveedor inmediato (EBAIS, clínica, hospital, cooperativa) y la CCSS. Los compromisos de gestión estipulan la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos, el monto de recursos financieros requeridos y el tipo de evaluación aplicada, entre otros. El sistema de pago es capitado y prospectivo, e incluye 10% para incentivos. El pago a los prestadores 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. Sin embargo, según una evaluación realizada por la Contraloría General de la República, en ocasiones se han modificado las metas cuando no se logran los objetivos originalmente establecidos.²⁷ De esta manera se evita la pérdida del 10% de bonificación por buen desempeño, pero también se perjudican los objetivos pactados.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto total en salud como porcentaje del PIB en 2008 ascendió a 8.2%; 76.9% de este total corresponde al gasto público y 23.1% al gasto privado;⁸ 90% del gasto del gobierno en salud corresponde a los fondos de la seguridad social.

El gasto per cápita del sector salud para 2008 fue 225 510 colones, y el gasto per cápita del Ministerio de Salud fue de 11 523 colones.²⁸ Los pagos de bolsillo de los hogares representaron 84.6% del gasto privado en salud en 2007 y 27.3% del gasto total en salud.^{2,29} El resto del gasto privado se concentra en planes de prepago ofrecidos por el INS, así como el gasto realizado por organizaciones de la sociedad civil en beneficio de los hogares.

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los costarricenses?

La prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud oscila entre 0.24 y 0.62% de los hogares, lo cual es notablemente bajo. Los gastos de los hogares por hospitalización son escasos y generalmente no son catastróficos.¹²

Recursos

¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?

La atención de primer nivel en la CCSS está dividida en 105 áreas de salud, cada una de las cuales cuenta con

un establecimiento de atención ambulatoria. Además dispone de 947 EBAIS y alrededor de 1 800 consultorios de visita periódica para zonas alejadas y poco pobladas donde no ha sido posible o no se ha considerado necesario establecer un centro de salud.

El segundo nivel está integrado por 11 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y siete hospitales regionales.

El tercer nivel cuenta con tres hospitales nacionales de concentración y cuatro especializados. Los primeros atienden a la población de un área del país y todos los establecimientos de salud de esa área les remiten los pacientes para intervenciones complejas.²⁹

La CCSS dispone de 5 518 camas entre el segundo y tercer nivel, lo cual arroja una razón de 1.23 camas por 1000 habitantes.³⁰

En 1999 la CCSS contó con 3.7 laboratorios clínicos y 0.7 bancos de sangre por 100 000 habitantes y 0.011 equipos de radiodiagnóstico por 1000 habitantes. El sector privado contaba con 2.4 y 0.1 laboratorios clínicos y bancos de sangre por 1000 habitantes, respectivamente. La inexistencia de un inventario del equipo médico tanto en el sector público como privado limita el análisis de este importante rubro.

El INS cuenta con 337 consultorios para atención médica inmediata a los trabajadores y con una red descentrada de servicios de salud integral compuesta por 34 dispensarios médicos que prestan asistencia médico-quirúrgica básica.³¹ También cuenta con instalaciones para hospitalización y rehabilitación, incluyendo un albergue para quienes reciben tratamientos de rehabilitación y que proceden de sitios alejados del Valle Central.

El sector privado cuenta con gran número de clínicas y hospitales, así como con consultorios, laboratorios, farmacias, clínicas dentales y radiología.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

El país contaba en 2009 con 9 000 profesionales en ciencias médicas, 3 653 en personal de enfermeras y parteras, 1 905 trabajadores odontológicos y 2 101 trabajadores de farmacia.² La razón de recurso humano por 1000 habitantes para el 2008 fue de 1.82 médicos, 0.78 odontólogos y 1.86 enfermeras.²⁹

Cada EBAIS cuenta con un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria, además de un equipo de apoyo compartido con los demás EBAIS del área, compuesto por un trabajador social, una enfermera, un médico, un nutricionista, un farmacéutico, un microbiólogo y un técnico en registros médicos.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

Desde 1989 existe una política institucional de medicamentos esenciales a través de la cual se integra la Lista Oficial de Medicamentos (LOM), que actualmente contiene más de 500 medicamentos para atender los problemas de 95% de la población.³²

La selección de medicamentos para la LOM es competencia del Comité Central de Farmacoterapia, quien informa al MS cualquier cambio. Este Comité basa su trabajo en criterios científico-técnicos, como la evaluación comparativa de la eficacia, seguridad, cumplimiento, disponibilidad y costo de los medicamentos.

El gasto en medicamentos y exámenes de laboratorio ha crecido de manera importante en los últimos años debido al aumento en el número de prescripciones y la incorporación de medicamentos para la atención del cáncer, trasplantes y sida.

Para la atención de patologías de baja incidencia se ha creado la normativa para comprar “medicamentos excepcionales” que aplica para una condición clínica especial que haya desarrollado un paciente, una evolución tórpida de un cuadro patológico dado o bien porque no responden adecuadamente a las alternativas terapéuticas disponibles en la LOM, de manera que la excepcionalidad se reconoce porque la condición clínica se sale de la regla o de la generalidad.³³

En 2004 el gasto total en medicamentos ascendió a 65 197.1 millones de colones (\$123 059 836) lo que representa 12.2% del gasto total en salud. Para 2008, la CCSS presupuestó 68 107.6 millones de colones (\$131 008 907) para la adquisición de los medicamentos de la LOM y 4 875.7 millones de colones (\$9 377 344 424) para la compra de medicamentos necesarios para los tratamientos especiales de pequeños grupos de población.

Del total de gastos de bolsillo, 80% está relacionado con la compra de medicamentos y consultas médicas.¹²

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

Uno de los objetivos de la reforma del sector salud de 1993 fue fortalecer la función rectora del MS. Sin embargo, no es hasta 1998 cuando se concretó en la redefinición de los procesos de trabajo, capacitación y cambios de personal.

Las nuevas funciones del MS se organizaron en cuatro áreas: a) dirección y conducción; b) regulación

del desarrollo de la salud; c) vigilancia de la salud, y d) investigación y desarrollo tecnológico. En regulación se incluyen las normas y reglamentos en medio ambiente, alimentación y medicamentos.

La Ley General de Salud y sus reglamentos establecen las condiciones mínimas de operación para los prestadores médicos y afines públicos y privados en términos de infraestructura y equipo, que incluyen requisitos de calidad y seguridad para los principales insumos (recursos humanos, productos farmacéuticos, servicios de diagnóstico). El MS es quien verifica el cumplimiento de las condiciones, habilitando el permiso de operación según clasificación de riesgo a la salud. En caso de incumplimiento, la única sanción autorizada en la ley es el cierre de los establecimientos.

La profesión médica está regulada por el Colegio de Médicos y Cirujanos, una institución con 150 años de experiencia. Este colegio es responsable de la acreditación y reacreditación de los profesionales médicos nacionales y extranjeros en todas las especialidades, y de establecer las normas deontológicas para el ejercicio de la profesión. Asimismo en el área de salud encontramos el colegio de enfermeras, microbiólogos y cirujanos dentistas, entre otros.

La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados establece que todos los usuarios que paguen directamente los servicios de salud tienen derecho a recibir una cuenta con el detalle y explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento.³⁵ Sin embargo, en términos de protección al consumidor, la regulación es limitada y no hay reglas que determinen las relaciones entre los diferentes agentes que actúan en el mercado de salud.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

El MS cuenta con una dirección especializada en vigilancia en salud apoyada en una red de unidades operativas en los niveles regional y local, concentrado en la vigilancia de eventos en salud. El Instituto de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud apoya la vigilancia epidemiológica con los laboratorios y Centros Nacionales de Referencia.

Desde 2002 el MS publica una lista de indicadores desagregados a nivel cantonal sobre el estado de salud de la población. Predomina el monitoreo de 66 enfermedades de declaración obligatoria, 11 de las cuales se someten a un control más estricto debido a su importancia y transmisibilidad. También desarrolla estrategias para motivar a la población y empresas privadas a participar en el combate contra la malaria en la región Atlántica y contra el dengue a nivel nacional.

¿Quién evalúa?

El MS y la CCSS conjuntamente evalúan las actividades desarrolladas en el sector salud. Algunos programas se autoevalúan anualmente, como los compromisos de gestión. Otros se monitorean con menor frecuencia, como la satisfacción del usuario. Ambas instituciones contratan organizaciones públicas y privadas, incluyendo a agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, para realizar análisis de contexto y evaluaciones de resultados e impacto. Además, diversas instituciones académicas, como las universidades nacionales, la CEPAL, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo implementan estudios de evaluación independientes.

El MS está desarrollando un área específica de evaluación con el fin de fundamentar el diseño de políticas de salud en evidencias científicas.

El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) es la instancia gubernamental encargada de formular, coordinar, dar seguimiento y evaluar las estrategias y prioridades en cada periodo gubernamental. Elabora un Plan Nacional de Desarrollo en donde se traducen las estrategias y metas cuatrienales. Todas las acciones que ahí se detallan son evaluadas en su nivel de cumplimiento de objetivos del sector. Sin embargo, la CCSS ha alegado que su autonomía constitucional impide que MIDEPLAN emita calificaciones sobre su desempeño.

La Contraloría General de la República (CGR) fiscaliza el uso de los fondos públicos para mejorar la gestión de la hacienda pública. Tiene competencia sobre todas las instituciones públicas. La CGR es el órgano encargado de la regulación/evaluación financiera de la CCSS y del sector salud en general y realiza informes de evaluación financieros.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS de 1998 estableció las Juntas de Salud con el fin de promover la participación ciudadana. Están constituidas por dos representantes patronales, tres representantes de los asegurados de la zona de atención del centro de salud y dos representantes de las asociaciones prohospitalares y proclínicas de la zona. Todos son voluntarios y su tarea es ayudar al director del centro de salud a velar por la correcta ejecución del presupuesto, emitir criterios sobre los compromisos de gestión, y participar en la definición de las prioridades y políticas generales

del hospital o la clínica en materia de inversión, contratación administrativa y promoción e incentivos para los trabajadores. Sin embargo, las Juntas de Salud no tienen autoridad y sólo pueden sugerir y, eventualmente, reclamar. Los hospitales y clínicas siguen respondiendo directamente a la Junta Directiva de la CCSS.

El reclamo se puede canalizar por las contralorías de servicios, la Sala Constitucional o la Defensoría de los Habitantes (ombudsman). En las primeras las quejas más comunes son por retrasos en la atención y tiempos de espera. Estas se resuelven en el mismo establecimiento. Respecto a la Sala Constitucional, en 2009 se tramitaron 60 recursos de amparo e inconstitucionalidad por retraso en la atención y/o por medicamentos excluidos de la LOM. En la mayoría de los casos, la Sala acoge y ordena a la institución la atención pronta, privilegiando el derecho a la atención en salud independientemente del costo.³⁵

A la Defensoría de los Habitantes los ciudadanos pueden acudir con sus quejas, la cual realiza un procedimiento para verificar la denuncia y posteriormente realiza una investigación para con ello emitir un informe y recomendaciones al sujeto fiscalizado. Sus recomendaciones no son vinculantes.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

La satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos se mide a través de encuestas de opinión o informes de fiscalización de otras instituciones.

En 1997 se realizó un estudio de los servicios de salud de la CCSS por región del país. En una escala numérica del 1 al 10, los servicios obtuvieron una calificación promedio de 8.2. El mejor calificado fue el servicio de hospitalización, con 8.6. El segundo lugar lo ocuparon los EBAIS, con un promedio de 8.4 Tanto el personal médico como el paramédico fueron bien calificados.

En 2007 la Universidad de Costa Rica (UCR) realizó otra encuesta con la misma escala numérica. La consulta externa en los EBAIS, las clínicas y los hospitales obtuvieron calificaciones promedio de seis. Los largos tiempos de espera fueron el principal problema identificado por los usuarios.

Los resultados de la Encuesta sobre Gastos en Salud de 2006 revelan que la población asegurada tiene un alto grado de preferencia por el sector privado. En ese año, 31.3% de la población utilizó servicios de salud privados por lo menos una vez en los tres meses previos.³⁶ Una encuesta de la UCR encontró que 56% de la población había pagado a un médico privado durante el año previo a la encuesta.³⁷

La encuesta realizada por el Instituto de Estudios Sociales en Población en 2009 mostró que 60% de los entrevistados prefirieron los servicios privados porque ofrecen "mejor atención, calidad y rapidez de los servicios."³⁸

De las quejas que llegan a la Defensoría de los Habitantes, las principales están relacionadas con el suministro de medicamentos, la negación/tardanza en la prestación de los servicios de salud y los incumplimientos de los derechos de las y los pacientes en cuanto a atención en salud.³⁹

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

En 2001 se realizó una medición de las funciones esenciales de salud pública (FESP). Su análisis identificó dos acciones prioritarias en donde había menor nivel de desempeño a nivel nacional: investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública y desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.³⁴ El desempeño en las funciones de prestación de servicios de salud y preparativos para desastres fue bien calificado, mientras que la investigación fue el peor evaluado. Para los participantes en ese estudio fue evidente que el país "cuenta con los instrumentos, leyes, normas, políticas y planes para el desempeño óptimo de las FESP. El desafío es reducir las brechas en el desempeño, su fiscalización y la asignación de recursos suficientes".⁴⁰

En el 2003, con fondos del BID, se llevó a cabo un proyecto que buscaba desarrollar las nuevas capacidades institucionales en el MS para ejercer la rectoría. En él se delimitaron instrumentos para la definición de prioridades en salud y políticas públicas, entre ellos los estudios de carga de la enfermedad y cuentas nacionales, sistema de recursos humanos, así como un componente para fortalecer la regulación en salud con énfasis en calidad de los alimentos y agua potable y la regulación de los establecimientos que prestan servicios de salud de mediana y baja complejidad. Lo novedoso de este préstamo fue que se ejecutó con fondos del proyecto en los 32 cantones más pobres, de acuerdo al Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

La reforma comenzó en las áreas rurales periféricas y de densidad poblacional baja, caracterizadas por un nivel educativo relativamente bajo y una mortalidad infantil relativamente alta. Más tarde se implementó en las

regiones con mejores condiciones. Los EBASIS fueron la punta de lanza para ampliar la cobertura y asegurar la atención integral en salud. Además, la desconcentración y los compromisos de gestión propiciaron un incremento en la producción de unidades de servicio en los hospitales y de servicios alternativos del tipo de los que se prestan en el domicilio de los afiliados.

En términos de mejoramiento de la composición del gasto, entre 1997 y 2001, los recursos para la atención hospitalaria bajaron de 61.6% a 59.8%, mientras que los destinados a la atención ambulatoria aumentaron de 38.4 a 40.2%.³² Sin embargo, en el período 2006-2010 se han hecho inversiones en el nivel hospitalario que podrían estar modificando la distribución del gasto en sentido opuesto a la tendencia mencionada.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

El sistema de salud costarricense tuvo mucho éxito en el periodo 1950-1980 cuando se mejoró significativamente el acceso a los servicios de salud y el nivel de salud poblacional. Sin embargo, a partir de 1980 el sistema entró en una crisis organizacional y financiera que limitó la inversión en salud y que, a pesar de la reforma sectorial, persiste en la actualidad. Hoy existe preocupación sobre la sustentabilidad financiera del sistema a largo plazo. Esto se debe, entre otras cosas, a que la reforma fue implementada parcialmente, por cuestiones de orden político, y al hecho de que se produjeron cambios en el perfil laboral (12.2% de la población no está asegurada y un creciente porcentaje de los trabajadores migrantes están laborando en la economía informal y una alta proporción de población nacional vive en condición de pobreza extrema).

Existen rasgos de inequidad en la universalización geográfica de los servicios. Muestra de ello es el informe de avance del Plan Nacional de Desarrollo del MIDEPLAN 2006-2010, que señala un atraso en la creación de nuevos EBASIS.⁴¹

El país, además, está afrontando una transición epidemiológica que le genera grandes presiones financieras al sistema y que exige nuevas mediciones de carga de la enfermedad.

Por último, las largas listas de espera están provocando deslealtad al sistema. De hecho, 50% de la población opina que podría dejar de cotizar para unirse a los servicios privados, situación que aumentaría el problema de la sostenibilidad.³⁹ Según estimaciones de 2004, "si 18% de los cotizantes con los salarios más altos se retiran del seguro de salud, los recursos de la institución se reducirían en 48%."⁴²

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
2. Centro Centroamericano de Población. Estructura de la población Costa Rica 1950-2050. [Consultado el 18 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/estruc.htm>.
3. INEC. IX Censo Nacional de Población. San José: INEC, 2000. [Consultado el 11 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>.
4. INEC. [Consultado el 4 de junio de 2010]. Disponible en: www.inec.go.cr.
5. Ministerio de Salud. Memoria Institucional 2006-2009. San José: Ministerio de Salud, 2010.
6. Programa Estado de la Nación. Decimocuarto Informe Estado de la Nación. San José: Programa Estado de la Nación, 2008.
7. Centro Centroamericano de Población. [Consultado el 18 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/estruc.htm>.
8. World Health Organization. Indicadores WHOSIS. Washington D.C.: WHO, 2009. [Consultado 2010 julio 5] Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/cr/en/>.
9. CEPAL. [Consultado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.cepal.org/>.
10. UNICEF. [Consultado el 4 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/costarica_statistics.html.
11. WHO. World Health Statistics 2010. Ginebra: WHO, 2010.
12. Zúñiga-Brenes MP, Vargas JR, Vindas A. Rompecabezas del gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud: la experiencia en Costa Rica. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud e International Development Research Centre, 2011.
13. Sáenz R, Ortiz A, Gutiérrez M, Bermúdez J.L. Proceso social del cáncer de mama en Costa Rica. Perspectiva epidemiológica. Universidad Nacional, 2011.
14. Ministerio de Salud. Memoria Institucional 2006-2009. San José: Ministerio de Salud, 2010.
15. Díaz L. Casos de dengue subieron 33% en solo dos semanas. La Nación 2010 julio 2; sección El País:3.
16. Avila ML. Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2009.
17. INEC. Total de defunciones por grupos de edad según causa de muerte y sexo 2009. [Consultado el 4 de junio de 2010]. Disponible en: www.inec.go.cr.
18. SUGESE. Registro de aseguradoras. San José: SUGESE, 2010.
19. República de Costa Rica. Constitución Política de Costa Rica. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 1949.
20. República de Costa Rica. Ley General de Salud. Ley 5395. Art. 3. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 1973.
21. Caja Costarricense del Seguro Social. Memoria institucional 2008. San José: CCSS, 2009.
22. República de Costa Rica. Código de la Niñez y la Adolescencia. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 1998.
23. República de Costa Rica. Ley de Migración y Extranjería. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 2005.
24. República de Costa Rica. Reglamento del Seguro de Salud. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa, 2006.
25. CCSS. Plataforma de servicios: Cargas Sociales recaudada por la institución. Guadalupe: CCSS, 2010.
26. Sáenz MR, Acosta M, Bermúdez, JL. Universal coverage in Costa Rica: Lessons and challenges from a middle income country. World Health Report 2010, Background paper, no. 11.

27. CGR. Informe sobre los resultados del estudio relacionados con la efectividad en la gestión de consulta externa en los hospitales nacionales: Hospital México. San José: CGR, 2009.
28. Banco Mundial. Indicadores en Salud. [Consultado el 7 de julio de 2010]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>.
29. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud. Costa Rica. Washigton D.C.: OPS, 2009.
30. OPS. Indicadores básicos. Situación de la Salud en Costa Rica. Washigton D.C.: OPS, 2009.
31. INS. ¿Dónde puede acudir una persona para recibir los servicios de salud del INS. [Consultado el 5 de julio de 2010.] Disponible en: <http://portal.ins-cr.com/ AccesoCabezal/PregFrec/faq16.htm>.
32. CCSS. Memoria institucional 2007. San José: CCSS, 2009.
33. Tinoco Z. Selección de medicamentos en la CCSS. San José: CCSS, 2007.
34. República de Costa Rica. Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados Ley 8239. San José, Costa Rica: Asamblea legislativa, 2002.
35. Sala Constitucional. Sentencia N.2002-06166. San José, Costa Rica: Sala Constitucional, 2002.
36. ENGAS. Encuesta sobre Gastos en Salud 2006. San José, Costa Rica: INEC, 2006.
37. ENSA. Encuesta Nacional de Salud 2006. San José, Costa Rica: UCR, 2006.
38. Gutiérrez B. El Estado de bienestar costarricense: retos para el nuevo gobierno. Heredia: IDESPO, 2009.
39. Defensoría de los Habitantes. Informe Anual de Labores 2008-2009. San José, Costa Rica: Defensoría de los Habitantes, 2009.
40. Ministerio de Salud. Análisis sectorial de salud: Costa Rica 2002. San José, Costa Rica: MINSAL, 2002.
41. MIDEPLAN. Informe de Evaluación del PND 2008. San José, Costa Rica: MIDEPLAN, 2009.
42. Programa Estado de la Nación. Onceavo Informe Estado de la Nación. San José, Costa Rica: Programa Estado de la Nación, 2009.

Sistema de salud de Cuba

Emma Domínguez-Alonso, MC,⁽¹⁾ Eduardo Zacca, MC, PhD.⁽²⁾

Domínguez-Alonso E, Zacca E.
Sistema de salud de Cuba.
Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S168-S176.

Domínguez-Alonso E, Zacca E.
The health system of Cuba.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S168-S176.

Resumen

En este trabajo se describen las condiciones de salud de Cuba y el sistema cubano de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, su gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, y las actividades de rectoría e investigación que desarrolla. También se discute la importancia de sus instituciones de investigación y se describe el papel de los usuarios de los servicios en la operación y evaluación del sistema, así como las actividades que en este sentido desarrollan la Federación de Mujeres Cubanas y los Comités de Defensa de la Revolución. La parte final de este trabajo se dedica a discutir las innovaciones más recientes dentro de las que destacan las redes de cardiología, la Misión Milagro y la Batalla de Ideas.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Cuba

Abstract

This paper describes the health conditions in Cuba and the general characteristics of the Cuban health system, including its structure and coverage, its financial sources, its health expenditure, its physical, material and human resources, and its stewardship functions. It also discusses the increasing importance of its research institutions and the role played by its users in the operation and evaluation of the system. Salient among the social actors involved in the health sector are the Cuban Women Federation and the Committees for the Defense of the Revolution. The paper concludes with the discussion of the most recent innovations implemented in the Cuban health system, including the cardiology networks, the Miracle Mission (Misión Milagro) and the Battle of Ideas (Batalla de Ideas).

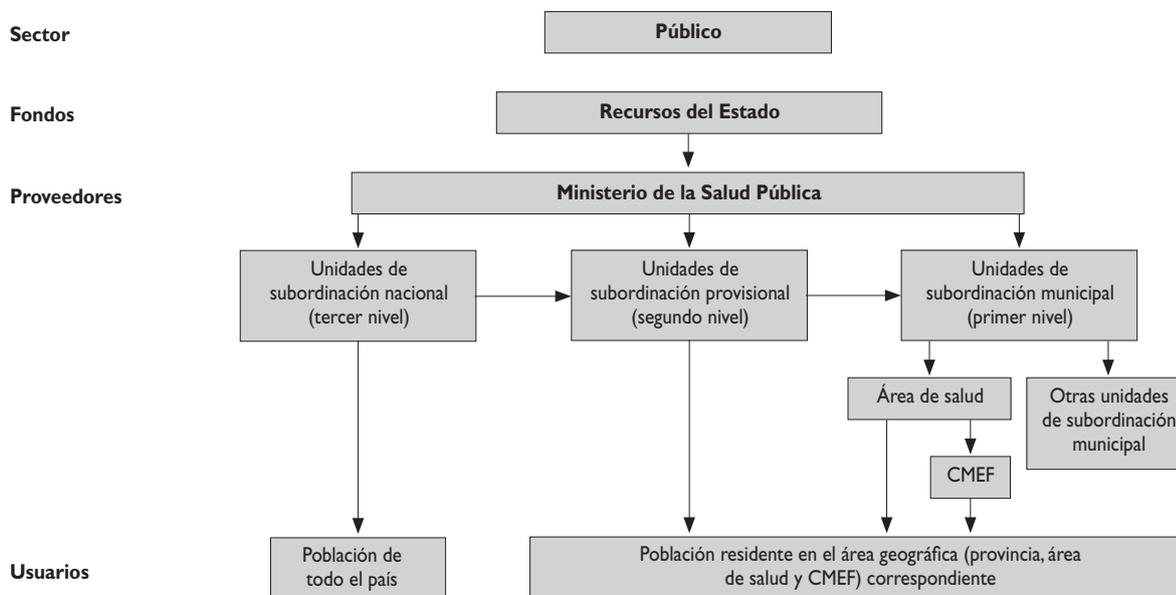
Key words: health system; social security; Cuba

(1) Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana, Cuba.

(2) Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública de Cuba, La Habana, Cuba.

Fecha de aceptado: 24 de abril de 2011

Solicitud de sobretiros: Emma Domínguez Alonso. Instituto Nacional de Endocrinología. Zapata y D.Vedado, La Habana, Cuba 10400.
Correo electrónico: emma@inend.sld.cu



CMEF: Consultorio del médico y la enfermera de la familia

El sistema de salud cubano opera bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, por lo que todos los cubanos tienen derecho a servicios integrales de salud. Estos servicios se financian casi exclusivamente con recursos del gobierno. El Ministerio de Salud Pública es el organismo rector del sistema nacional de salud, concentra los recursos dedicados a la salud y opera los servicios en todos sus niveles. El nivel primario debe dar solución aproximadamente a 80 % de los problemas de salud de la población y sus servicios se prestan fundamentalmente en los policlínicos y los consultorios del médico y la enfermera de la familia. Estas unidades se corresponden, esencialmente, con unidades de subordinación municipal. En el nivel secundario se cubren cerca de 15% de los problemas de salud. Su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial. En el nivel terciario se atienden alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. La atención se brinda fundamentalmente en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional.¹

Contexto

Demografía

Según datos estimados para 2009, Cuba cuenta con 11 238 412 habitantes, de los cuales 50.1% son hombres y 49.7% mujeres.² En 2009 la densidad de población en la isla era de 101.4 habitantes por km², destacándose la capital del país (La Habana) con una densidad muy superior a la del resto de las provincias (2952.3 habitantes por km²). El grueso de la población (75.4%) reside en áreas urbanas.

El país atraviesa por una avanzada transición demográfica que se caracteriza por una muy baja fecundidad (1.5 hijos por mujer), una baja mortalidad (7.3) y el aumento consecuente de la esperanza de vida al nacer, que llegó a 77 años en 2009. En conjunto estos fenómenos demográficos han dado lugar a un descenso del ritmo de crecimiento de la población (de 4.6 en 1997 a -0.2 en 2007) y un envejecimiento poblacional. Poco

más de 16% de la población tiene 60 años y más y sólo 18.4% tiene menos de 15 años. De hecho, Cuba es uno de los siete países latinoamericanos que se encuentran en franco envejecimiento poblacional (poblaciones con una proporción de personas de 65 años y más superior a 8.4%) (cuadro I).^{3,4}

Condiciones de salud

Cuba se ubica junto con Costa Rica y Chile entre los países con mejores niveles de salud infantil de América Latina. Las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años descendieron de 38.7 y 43.7 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 4.8 y 6.1 por 1000 en 2009.² De hecho, la tasa de mortalidad infantil es la más baja de América Latina y muy inferior al promedio para la región, similar a la de Canadá y por debajo de la de Estados Unidos.⁶

Cuba también sobresale en la región por sus niveles de maternidad sin riesgo. Su razón de mortalidad materna es de 46.5 por 100 000 nacidos vivos, muy inferior

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, CUBA, 2009

Población total	11 238 412
Esperanza de vida al nacer	77.9
Esperanza de vida a los 60 años	17.6
Tasa de mortalidad general	7.7
Tasa de mortalidad infantil	4.8
Razón de mortalidad materna	46.9
Prevalencia de diabetes en adultos (2007)	3.3
Prevalencia de hipertensión en adultos (2007) (zonas urbanas)	33.0
Proporción de partos atendidos por personal calificado	99.9
Cobertura de vacunación (%)	
BCG	99.2
Antisarampionosa	99.8
Población cubierta por la seguridad social (%)	100
Población no asegurada (%)	-
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	11.9
Gasto total en salud per cápita*	1132
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	96.2

Fuente: Referencias 5-8

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

al promedio latinoamericano (67.5 en el año 2008), pero superior a la de Chile (16) y Costa Rica (30).⁷ El porcen-

taje de partos atendidos en instituciones de salud se ha mantenido en 99.9 en los últimos años.

La transición demográfica se ha acompañado de la consecuente transición epidemiológica, que se caracteriza por un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como causas de morbilidad. Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular han constituido las tres primeras causas de muerte en las últimas décadas en la población general, concentrando 64 % del total de defunciones en 2009. De las diez primeras causas de muerte, siete son enfermedades crónicas no transmisibles.

No hay diferencias importantes en las principales causas de mortalidad por sexo. En ambos casos las tres primeras causas de mortalidad son las enfermedades del corazón, los tumores y las enfermedades cerebrovasculares (cuadros II y III). La diabetes en los hombres ocupa la novena posición y en las mujeres la octava.

La primera causa de mortalidad infantil en 2009 correspondió a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con un número de defunciones que duplica al de la septicemia, que ocupó la segunda posición.

Por lo que se refiere a la mortalidad preescolar; Cuba se sitúa en una posición privilegiada en el mundo por presentar tasas notablemente bajas. La primera causa de mortalidad en este grupo de edad son los accidentes.

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, CUBA, 2009*

1. Enfermedades del corazón	10 599	188.9	27.97
2. Tumores malignos	9 126	162.6	24.08
3. Enfermedades cerebrovasculares	4 797	85.5	12.66
4. Influenza y neumonía	2 531	45.1	6.68
5. Accidentes	2 183	38.9	5.76
6. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1 340	23.9	3.54
7. Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	1 255	22.4	3.31
8. Diabetes mellitus	1 480	26.4	3.91
9. Lesiones autoinflingidas intencionalmente	330	5.9	0.87
10. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	291	5.2	0.77
Las demás causas	3 962	70.6	10.46
Total	37 894	675.4	100

* Datos preliminares

‡ Por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 9

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, CUBA, 2009*

Causas	Número	Tasa [‡]	%
1. Tumores malignos	12 190	216.6	27.68
2. Enfermedades del corazón	11 626	206.6	26.40
3. Enfermedades cerebrovasculares	4 604	81.8	10.46
4. Influenza y neumonía	2 789	49.6	6.33
5. Accidentes	2 602	46.2	5.91
6. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1 776	31.6	4.03
7. Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	1 318	23.4	2.99
8. Lesiones autoinfligidas intencionalmente	1 142	20.3	2.59
9. Diabetes mellitus	890	15.8	2.02
10. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	796	14.1	1.81
Las demás causas	4300	76.4	9.77
Total	44 033	782	100

* Datos preliminares

[‡] Por 100 000 hombres

Fuente: Referencia 9

Estructura y cobertura

En Cuba el Estado regula, financia y presta los servicios de salud. Estos servicios operan bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, lo que define al sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS).

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el organismo rector del SNS y, por lo tanto, el encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las políticas del Estado y del Gobierno en materia de salud pública, desarrollo de las ciencias médicas e industria médico-farmacéutica.

El sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios.

Los principios rectores del sistema de salud cubano son los siguientes: carácter estatal y social de la medicina; accesibilidad y gratuidad de los servicios; orientación profiláctica; aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica; participación de la comunidad e intersectorialidad; colaboración internacional, centralización normativa y descentralización ejecutiva.

¿Quiénes son los beneficiarios?

El SNS de Cuba cuenta con un conjunto de instituciones que tienen la obligación de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y brindar una cobertura al 100% de la población. Dicho acceso no está determinado por el nivel de ingreso, ocupación en la economía o pertenencia a un sistema de aseguramiento público o privado.

¿En qué consisten los beneficios?

El SNS cubano garantiza el acceso a servicios integrales de salud que se prestan en unidades ambulatorias y hospitalarias. El nivel primario debe dar solución aproximadamente a 80% de los problemas de salud de la población y ofrecer las acciones de promoción y protección de la salud. Aunque estas actividades pueden llevarse a cabo en cualquier unidad del SNS, se prestan fundamentalmente en los policlínicos y los consultorios del médico de la familia. Estas unidades se corresponden, esencialmente, con unidades de subordinación municipal.

En el nivel secundario se cubren cerca de 15% de los problemas de salud. Su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial.

En el nivel terciario se atienden alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas

o complicaciones de determinadas enfermedades. La atención se brinda fundamentalmente en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA CUBANO DE SALUD

1960	Creación de un sistema de salud único, gratuito, de cobertura universal y dirigido centralmente
1961	Cambio de enfoque de la atención en todo el sistema de curativo a preventivo
1970-1980	Desarrollo de la Atención Primaria de Salud que condujo a la formación del Especialista en Medicina General Integral y consolidación de la colaboración internacional en salud
1988	Creación del Centro de Microcirugía Ocular
1991	Creación del primer polo científico de Cuba, que incluye instituciones como el Centro de Inmunoensayos, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, y el Centro Nacional de Biopreparados
1992	Creación de las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud y la Red Electrónica de Información en Salud
1999	Inauguración de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas
2002	Creación del Programa Integral del Adulto Mayor, con un enfoque comunitario e institucional
2003	Creación del programa conocido como Operación Milagro, que ofrece tratamiento oftalmológico-quirúrgico gratuito a ciudadanos pobres de América Latina y el Caribe
2005	Fundación del Contingente internacionalista 'General Henry Reeve', una estructura médica permanente especializada en desastres naturales

Financiamiento

¿Quién paga?

El sistema de salud cubano, que garantiza el acceso universal a servicios de salud, se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno nacional.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, Cuba invirtió en salud en 2008 11.9% del PIB, el porcentaje más alto de América Latina.⁹ El gasto per cápita en salud ese mismo año fue de 1132 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo), uno de los más altos de la región. El grueso del gasto en salud es gasto público (96.2%) y el gasto privado asciende apenas a 3.8%.⁸

El gasto en salud en Cuba se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Pasó de representar 6.3% del PIB en 2001 a la cifra actual de casi 12%.⁹ En ese mismo periodo el gasto per cápita en salud se incrementó más de 300%, lo que refleja la firme decisión del Estado de apoyar al sector salud a pesar de las profundas limitaciones económicas imperantes.

¿Quién reúne el dinero y cómo lo distribuye?

El sistema de salud cubano financia el grueso de la atención a la salud. Los fondos de salud se reúnen en el MINSAP que, a su vez, lo distribuye entre los distintos niveles y unidades de atención a través de las asambleas provinciales y municipales.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

La asistencia médica se brinda a través de una red de 219 hospitales, 13 institutos de investigación, 498 policlínicos y un contingente de médicos de familia ubicados en las comunidades, centros laborales y centros educacionales. Además existen 127 puestos médicos, 26 bancos de sangre y tres balnearios minero-medicinales. Se brinda atención asimismo en 158 clínicas estomatológicas, 156 hogares de ancianos, 338 hogares maternos y 35 hogares de impedidos para diferentes situaciones y edades.²

La prestación se enfoca en la atención primaria de salud (APS) basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia (MEF). Para desarrollar este enfoque se tomaron en cuenta tres elementos: la tendencia a la superespecialización de la práctica médica, los cambios en el patrón de morbimortalidad con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de promover estilos de vida más sanos en la población. El modelo del MEF garantiza una mayor accesibilidad a los servicios de APS y tiene como objetivo general mejorar el estado de salud de la población. Para alcanzar este objetivo aplica un enfoque integral que va desde la promoción hasta la rehabilitación, utilizando como instrumento esencial el análisis de las situaciones de salud. Este análisis demanda la integridad, siendo imprescindible la participación comunitaria e intersectorial.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

Más de 30 mil médicos de la familia trabajan en consultorios, policlínicos y hospitales rurales que componen el nivel primario de atención. En general, un consultorio de MEF sirve a 600-700 habitantes y en determinados centros de trabajo o estudio. Entre 15 y 20 consultorios componen un Grupo Básico de Trabajo (GBT). En estos, además del médico y la enfermera de la familia, participan especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, un psicólogo, un estomatólogo, una supervisora de enfermería, una trabajadora social, un estadístico y un técnico en higiene y epidemiología.

Los GBT constituyen la instancia de coordinación del consultorio con el policlínico. El policlínico le aporta a los MEF los medios y los servicios de complementación a la asistencia médica, así como la posibilidad de interconsultas con un número creciente de especialidades médicas y quirúrgicas.

El total de trabajadores de la salud en 2009 alcanzó la cifra de 582 538 (8.7% de la población en edad laboral). Los médicos y enfermeras aumentaron en los últimos 15 años. En 1995 había 5.2 médicos por 1000 habitantes y en 2009 esta razón aumentó a 6.7. En el caso de las enfermeras pasó de 7 por 1000 habitantes en 1995 a 9.5 en 2009. En 2009 había en Cuba 133 788 técnicos medios (11.9 por 1000 habitantes) y 11 572 estomatólogos (1.03 por 1000 habitantes); las mujeres conformaron 69.1% del total de trabajadores del sector salud.⁵

La enseñanza de la medicina llegó a todas las provincias en 1979. Desde 1976 comenzó la enseñanza de la enfermería a nivel de licenciatura y en 1990 arrancó la licenciatura en tecnología de la salud. Hay en Cuba 24 facultades de medicina y 52 institutos politécnicos de enfermería.²

En 2009 se contaba con 5.9 camas de asistencia médica por 1000 habitantes, cifra muy superior a la recomendada por la OMS (una cama por 1 000 habitantes). El país cuenta además con 35 salas de terapia intensiva de pediatría y 90 de adultos.⁵

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

El análisis de los componentes del gasto por la atención médica resulta complicado debido a la falta de información específica al respecto. El usuario de los servicios incurre en gastos de bolsillo sólo cuando requiere medicamentos indicados en la atención ambulatoria y para la adquisición de algunas prótesis o aparatos, que adquiere a precios subsidiados. Las personas de pocos recursos están exentas de estos pagos. Los pacientes hospitalizados no incurren en gastos por medicamentos y por lo general el acceso a los medicamentos está garantizado.

La importación de insumos para los medicamentos se encuentra regulada, apoyada por organismos internacionales (OPS-OMS) y existe una producción interna suficiente para la atención de los principales problemas de salud.

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

La recolección, procesamiento y disseminación de la información en salud es responsabilidad de la Dirección

Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba (DNE-MINSAP). La información generada abarca áreas tales como demografía, mortalidad, morbilidad, recursos, servicios y formación de personal calificado. Los datos provienen de las salidas del Sistema de Información Estadística del sector de la salud y de los Registros Administrativos de las distintas áreas del MINSAP. La información de población es suministrada a la DNE-MINSAP por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas.

La DNE-MINSAP publica anualmente los llamados Anuarios Estadísticos de Salud, que incluyen indicadores organizados en series de tiempo por territorios, edad, sexo y otras variables. Esta publicación, además de presentarse en forma impresa, está disponible en formato HTML en la dirección URL correspondiente.

El Sistema Estadístico de Salud de Cuba utiliza el método de registro continuo y la aplicación de encuestas por muestreo, posee cobertura nacional, con departamentos de estadísticas y registros médicos en todas las unidades e instituciones de salud, estructuras municipales, provinciales y nación, donde se ubica la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.

La investigación es una actividad prioritaria en todas las instituciones de salud, junto a las labores asistenciales y docentes, y constituye la función fundamental de diferentes centros, dentro de los que destacan los 12 institutos con que cuenta el país, el Polo Científico con sus más de 30 entidades y la Escuela Nacional de Salud Pública, entre otras.

La investigación que se desarrolla en el SNS debe responder a las prioridades y metas de las Áreas Estratégicas de las Proyecciones de la Salud Pública y todos los proyectos de investigación deben ser aprobados por los consejos científicos y los comités de ética de investigación en salud de las instancias correspondientes. Los proyectos de investigación son registrados y controlados por el Área de Ciencia y Técnica de la instancia correspondiente, las que se subordinan a la Dirección de Ciencia y Técnica del MINSAP.

La Dirección de Ciencia y Técnica del MINSAP emite anualmente una convocatoria para la presentación de proyectos a los Programas Ramales Científico-Técnicos (programas priorizados por el sector), dirigida a investigadores, docentes y profesionales que trabajan en el sector salud u otro sector. Los proyectos que por su calidad y pertinencia son seleccionados reciben financiamiento (parcial o total) del MINSAP y los investigadores participantes reciben un incremento salarial cuyo monto depende del nivel de participación (en cantidad y calidad). Dentro de los estímulos a la investigación se

cuentan los Premios Anuales en Salud, los Premios de la Academia de Ciencias y los Fórum de Ciencia y Técnica, en los que se reconocen aquellas investigaciones que se destacan por su calidad y pertinencia del "producto" obtenido.

De gran apoyo a la investigación en el sector resulta la Red Electrónica de Información en Salud, que además de dar acceso a la literatura biomédica de más actualidad, difunde las diferentes convocatorias para proyectos (tanto de instancias nacionales como de instituciones internacionales) y divulga los principales resultados obtenidos en el quehacer científico técnico.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El MINSAP es el organismo rector del SNS. Cumple funciones normativas, de coordinación y de control de la política del Estado y del Gobierno en todos los aspectos relativos a la salud pública.

Dentro de las actividades de rectoría que desarrolla el MINSAP destacan: la regulación del ejercicio de la medicina y las actividades que le son afines; el control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades y sus factores de riesgo; el control y vigilancia sanitaria de todos los productos que pueden tener influencia sobre la salud humana; la regulación, ejecución y evaluación de las investigaciones biomédicas o de cualquier tipo que se realicen directamente en seres humanos; el diseño de las normas de las condiciones higiénicas y el saneamiento del medio ambiente en aquellos aspectos que puedan resultar agresivos a la salud humana; la inspección sanitaria estatal; la organización de los servicios de atención médica preventiva y curativa para toda la población; la organización de los servicios de salud como parte de la asistencia social destinada a los ancianos, impedidos físicos y mentales, y otros tributarios de otro tipo de atención; la operación del sistema de información estadística en materia de salud, y la evaluación, registro, regulación y control de los medicamentos de producción nacional y de importación, equipos médicos y material consumible y otros de uso médico.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La participación de la comunidad en las actividades del sector salud es diversa y está considerada como fundamental en la gestión de ciertos programas. La formación

de personal para el desarrollo de determinadas acciones de salud en el seno de la comunidad está inserta en la organización social básica a través de las Brigadas Sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas, y los auxiliares voluntarios en la vigilancia epidemiológica. Se cuenta con la definición de funciones específicas como "responsable de salud" en los sindicatos, los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC). La comunidad participa activamente en la realización de tareas colectivas de saneamiento, vacunación y promoción del diagnóstico precoz de diversos padecimientos. Existen programas de educación y toma de conciencia de la población en relación con las causas y soluciones de los principales problemas de salud que les afectan (diarreas agudas, parasitismo, cuidados a embarazadas y recién nacidos), y una promoción y participación muy activa en las campañas y programas para donación voluntaria de sangre, por ejemplo. El modelo de atención integral incluye a la comunidad como otro actor importante en la prestación de la atención a la salud.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

Desde la creación del sistema único de salud de Cuba los principios que lo sustentan están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, razón por la cual su evaluación ha constituido una prioridad, así como un punto de partida para la mejoría de la organización y provisión de los servicios.

El informe del Sistema de Vigilancia de la Opinión sobre los Servicios de Salud, en particular del policlínico, presentado por la Unidad de Análisis y Tendencias en Salud en el año 2003, señala que 62.4% de los usuarios encuestados se encontraban insatisfechos, tomando como criterio para esa valoración haber expresado alguna opinión negativa.¹⁰ En orden decreciente, las causas de molestias se relacionaban con condiciones estructurales de las instalaciones, recursos necesarios para la atención, tiempo de espera y maltrato, comportándose de igual manera en los años precedentes (2000-2002). La mayoría de estas insatisfacciones estuvieron relacionadas con la crisis económica que presentó el país en los noventa y la consecuente limitación de recursos materiales, resultado que se tuvo en cuenta tan pronto se produjo una recuperación de la economía del país.

Sin embargo, todavía hay servicios que aún no satisfacen la demanda de la población. Por ejemplo, las ópticas no suplen las necesidades y persisten demoras en la entrega de lentes. También se observan insatisfacciones con algunos servicios estomatológicos debido a que la producción de prótesis dentarias es insuficiente.

Otro aspecto que está afectando la satisfacción de la población con los servicios es que no ha funcionado adecuadamente la reorganización de consultorios médicos para compensar la ausencia de quienes han salido del país a cumplir misiones internacionalistas.

La satisfacción de la población con los servicios de salud, además de que se monitorea por diferentes vías, es una de las líneas del Programa Ramal de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud, cuya finalidad es brindar resultados que permitan fortalecer la gestión en salud.^{11,12}

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

Como respuesta a la escasez de recursos ocasionada por la crisis económica que afectó de manera profunda al país en la década de los noventa, se intensificó el uso de la medicina natural y tradicional, actualmente de amplio empleo.

Atendiendo a la situación demográfica del país, caracterizada por un marcado envejecimiento poblacional, se crearon los Equipos Integrales de Atención al Adulto Mayor. Para esta población se ha dirigido un plan de acción y atención diferenciada con el propósito de cubrir sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, y elevar su calidad de vida. El programa prioriza el perfeccionamiento del trabajo en la atención primaria, y promueve los círculos de abuelos y otras alternativas no institucionales con la participación comunitaria.¹³

Se ha buscado también mejorar la atención de las urgencias médicas en las comunidades. Como parte de este proceso se implantó la red de cardiología, que incluye la asignación a todos los policlínicos (con servicios de urgencia) de un equipo de trombolisis, que utilizando un producto de la biotecnología cubana, permite desintegrar el trombo en las primeras horas de sucedido el infarto, con la consecuente disminución de la mortalidad.

Una gran parte de las innovaciones introducidas en el sector salud durante los últimos años se ha gestado dentro del gran proyecto conocido como *Batalla de Ideas*: acción política de la Revolución Cubana donde se desarrolla un debate de carácter ético en defensa de sus avances en la justicia social, la integridad nacional y el internacionalismo. Se acompaña de un conjunto de programas (más de doscientos) que se llevan a cabo en las diferentes esferas de la sociedad, y ha contribuido a la realización de importantes cambios positivos en la calidad de vida de los cubanos.^{14,15}

Cabe también destacar la *Misión Milagro*, programa de salud cubano que brinda atención oftalmológica de forma gratuita a pacientes latinoamericanos.

La APS en Cuba, en su perfeccionamiento continuo, incorpora la aplicación del método de pesquisa activa de forma permanente y sistemática para la identificación y solución oportuna de los problemas de salud de la población. La pesquisa activa de afecciones oftalmológicas llevada a cabo en el país (dentro del marco de la Misión Milagro) es considerada por muchos un hecho sin precedentes.

Se han introducido también nuevas modalidades en la formación de recursos humanos en salud. Destaca en este sentido la creación de la Licenciatura en Tecnología de la Salud destinada a técnicos que laboran en el sector.

El sistema nacional de salud cubano no tendría los altos resultados que muestra si no contara con la cooperación del más amplio espectro de la sociedad civil cubana. El sistema de organizaciones políticas y sociales está estrechamente vinculado a los programas de salud. Un ejemplo significativo son las actividades que realizan la FMC y los CDR en cada barrio y comunidad del país a favor de una cultura de la prevención y la salud, la vacunación, la fumigación y el saneamiento. Los CDR, además, aportan cada año alrededor de medio millón de donaciones voluntarias de sangre.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Los valores de los principales indicadores de salud en Cuba se encuentran dentro de los mejores de la región y aún así es preciso mejorarlos para enfrentar los nuevos retos epidemiológicos. Lejos de atenderlos de forma individual se propone seguir perfeccionado las labores del policlínico, como base del sistema, de modo que un número cada vez mayor de problemas de salud encuentren solución en ese nivel de atención, así como fortalecer su función en lo relativo a la prevención y promoción. También es necesario instaurar y perfeccionar programas (con un enfoque multisectorial e interdisciplinario) dirigidos a cambios de estilos de vida de la población, fundamentalmente aquéllos asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, que constituyen el mayor reto para el sector en la actualidad. Para ello será necesario ampliar el número de enfermedades en pesquisa activa y continuar la ejecución de las obras planificadas en el marco de la *Batalla de Ideas*.

El sistema de salud de Cuba tiene como limitante fundamental para el cumplimiento de sus retos y perspectivas la compleja situación económica por la que atraviesa el país, que se ve notoriamente agravada por el bloqueo económico y social impuesto por los EUA desde hace varias décadas, y que obliga al país a adquirir equipamiento médico, medicamentos y materias primas

para la industria farmacéutica a precios mucho más altos que al resto de los países. Esta compleja situación es en gran medida contrarrestada por una amplia gama de atributos esenciales que tiene la actividad de salud en Cuba: un sistema de salud gratuito de cobertura universal, con más de 50 años de experiencia de trabajo bien estructurado y de alta calidad; la permanente política del Estado de priorizar el sector de la salud aún en las condiciones más adversas; la amplia oferta de recursos humanos para la salud, tanto de nivel profesional como técnico; la participación activa y destacada de la comunidad en las acciones de salud; el alto nivel educativo de la población cubana, que incluye una elevada educación sanitaria y el vertiginoso desarrollo de la biotecnología, que ha permitido disminuir las importaciones de medicamentos y medios diagnósticos, entre muchas otras.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley No. 41. Ley de la Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba 1983;13 de julio.
2. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico 2009. La Habana, Cuba: MINSAP, 2010.
3. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Indicadores Socio-demográficos. Santiago, Chile [consultado septiembre 24, 2010]. Disponible en: http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm
4. Lence J, Camacho R. Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe. *Rev Cubana Salud Pública* 2006;32(3):140-52.
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Situación en Cuba. Indicadores básicos, 2009. La Habana: MSP, 2009.
6. World Health Organization. World Health Statistics 2010. Ginebra: WHO, 2010.
7. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. Nueva York. UNICEF, 2008:164.
8. World Health Organization. National Health Accounts. Cuba [consultado marzo 15, 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/cub.pdf>
9. Ministerio de Salud de Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2009.
10. Ministerio de Salud Pública, Área de Higiene y Epidemiología, Unidad de Análisis y Tendencias de Salud. Sistema de Vigilancia de la Opinión sobre los servicios de salud [consultado marzo 23, 2011]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/uats/articulos.htm>
11. Ministerio de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública. Programa Ramal "Investigación en Sistemas y Servicios de Salud". Documento Rector [consultado marzo 23, 2011]. Disponible en: http://www.sld.cu/.../revsalud/programa_ramal-investigacion_en_sistemas_y_servicios_de_sa%85.pdf
12. Rojo Pérez N. Investigaciones en sistemas y servicios de Salud en Cuba y su proyección hasta el 2015. *Rev Cubana de Salud Pública* 2010;36(3):209-214.
13. Cuba. Informe de la aplicación de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Presentación en la Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos; Diciembre 2007; Brasilia, Brasil [consultado marzo 15, 2011]. Disponible en: www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/5/32095/Cuba.pdf
14. Luna Morales E, Sierra Pérez D, Gandul Salabarría L. La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2009; 25 (2) [consultado marzo 15, 2011]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200016-&lng=es&nrm=iso
15. Iñiguez Rojas L. Los servicios de Salud en Cuba. Aproximación a la evolución de sus cambios. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano. Universidad de La Habana. s/f pp.28 [consultado marzo 15, 2011]. Disponible en: http://www.american.edu/clals/upload/Rojas_Salud_Cuba.pdf

Sistema de salud de Ecuador

Ruth Lucio, Econ, MSc,⁽¹⁾ Nilhda Villacrés, MD, MSc,⁽²⁾ Rodrigo Henríquez, MD.⁽³⁾

Lucio R,
Villacrés N, Henríquez R.
Sistema de salud de Ecuador.
Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S177-S187.

Resumen

En este trabajo se describen las condiciones de salud en Ecuador y, con mayor detalle, las características del sistema ecuatoriano de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, la generación de información en salud, las tareas de investigación, y la participación de los ciudadanos en la operación y evaluación del sistema. También se discuten las innovaciones más recientes que se han implantado en el sistema ecuatoriano de salud dentro de las que destaca la incorporación de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución que reconoce a la protección de la salud como un derecho humano y la construcción de la Red Pública Integral de Salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Ecuador

Lucio R,
Villacrés N, Henríquez R.
The health system of Ecuador.
Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S177-S187.

Abstract

This paper describes the health conditions in Ecuador and, in more detail, the characteristics of the Ecuadorian health system, including its structure and coverage, its financial sources, the physical, material and human resources available, and the stewardship activities developed by the Ministry of Public Health. It also describes the structure and content of its health information system, and the participation of citizens in the operation and evaluation of the health system. The paper ends with a discussion of the most recent policy innovations implemented in the Ecuadorian system, including the incorporation of a chapter on health into the new Constitution which recognizes the protection of health as a human right, and the construction of the Comprehensive Public Health Network.

Key words: health system; social security; Ecuador

(1) Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Quito, Ecuador.

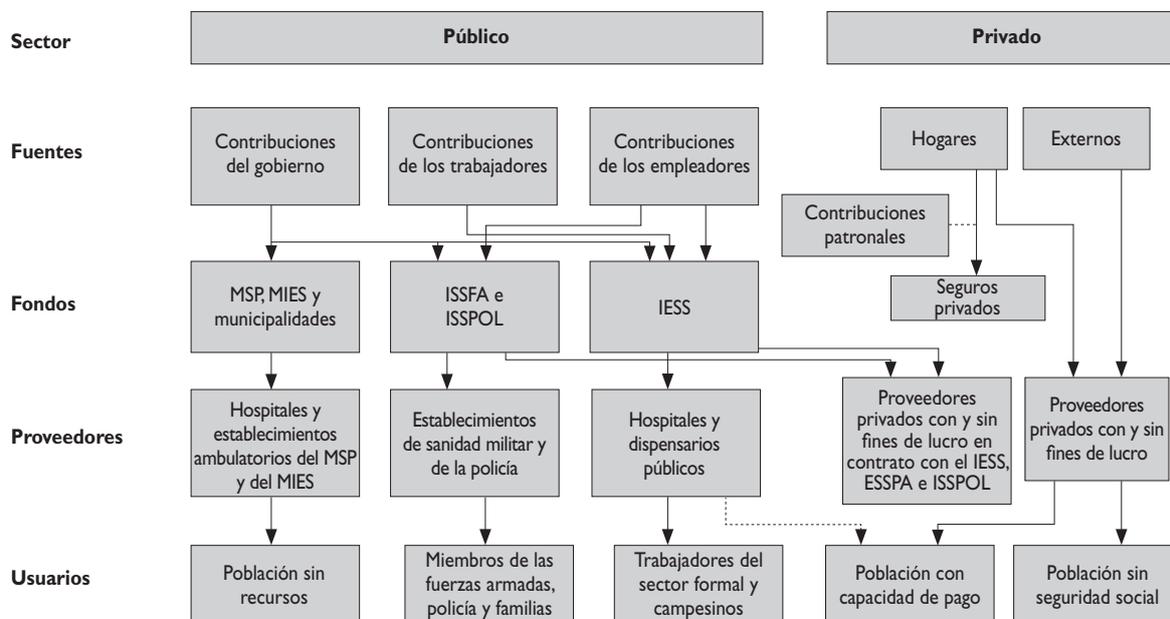
(2) Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito, Ecuador.

(3) Departamento de Atención Primaria y Cuidado Interdisciplinario, Universidad de Amberes. Amberes, Bélgica.

Fecha de aceptado: 6 de junio de 2011

Solicitud de sobretiros: Ruth Lucio. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Av. Amazonas y Santa María, Edificio Tarqui, piso 10. Quito, Ecuador.

Correo electrónico: rluccio@desarrollosocial.gob.ec



MSP: Ministerio de Salud Pública

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención a salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además existen al menos 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

Contexto

Demografía

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ecuador cuenta con 14.2 millones de habitantes, 50.1% son hombres y 49.9% mujeres. Alrededor de 66% de la población total del país es urbana y 33% reside en las cinco ciudades más importantes del país.¹

Las tendencias de crecimiento de población han cambiado debido a factores como la reducción de la tasa bruta de natalidad de 32.4 a 11.4 nacimientos por 1 000 habitantes entre 1981 y 2010, la migración hacia Europa y Estados Unidos, y la disminución de la tasa de mortalidad de 6.7 muertes por 1000 habitantes en 1981 a 4.3 en 2008.²

La estructura de la población por grupos de edad aún tiene la forma característica de los países en desarrollo. Sin embargo, durante la década pasada se registró una disminución de la base de niños y jóvenes, con ensanchamiento de la punta de la pirámide poblacional por envejecimiento de la población. Entre 1990 y 2009 aumentó la población de 15 a 64 años (de 56.9 a 63.1% de la población total) y de 65 años y más (de 4.3 a 6.2%), en detrimento de la población de entre 0 y 14 años de edad (de 38.8 a 30.7%).³

Condiciones de salud

En 2008 las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, cardiopatía isquémica,

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, ECUADOR, 2010

Población total	14 204 900
Esperanza de vida al nacer	75
Tasa de mortalidad general (2008)	4.35
Tasa de mortalidad infantil (2009)	11.4
Razón de mortalidad materna (2008)	80
Prevalencia de hipertensión arterial	28.7
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2005)	80
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (%) (2008)	
Tuberculosis (BCG)	99
Sarampión	97.6
Población con seguridad social	4 036 300
Población sin seguridad social	10 168 600
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2008)	5.9
Gasto per cápita en salud* (2008)	474
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008)	39.5

Fuente: referencias 1-7

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

insuficiencia cardíaca y cirrosis), los accidentes de transporte terrestre y las agresiones fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador. La influenza y la neumonía son las únicas enfermedades

transmisibles que figuraron entre las diez principales causas de muerte.² Esto refleja un proceso de transición epidemiológica donde coexisten los problemas crónicos no transmisibles y las enfermedades transmisibles. El cuadro en mujeres era similar al nacional (cuadro II). Las cuatro primeras causas de mortalidad eran la diabetes mellitus, las enfermedades hipertensivas, las enfermedades cerebro-vasculares y la influenza y neumonía, responsables de 25% de las muertes totales. En el caso de los hombres, las principales causas de muerte fueron los accidentes de transporte terrestre y las agresiones, responsables de 12% de las muertes totales (cuadro III). A estas causas le siguieron las enfermedades isquémicas del corazón, los padecimientos cerebro-vasculares, la influenza y neumonía, las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales.

La tasa de mortalidad infantil en 2009 fue de 20 por 1 000 nacidos vivos.⁶ La primera causa de muerte en menores de un año fueron los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer no clasificados en otra parte, lo que hace pensar en un control deficiente del embarazo, entre otros factores determinantes. Le siguen la neumonía, la sepsis bacteriana, la dificultad respiratoria y la neumonía congénita.²

En cuanto a muertes maternas, la razón de mortalidad fue de 140 por 100 000 nacidos vivos.⁶ La hemorragia posparto es la principal causa de muerte, seguida por los trastornos hipertensivos durante el embarazo (preeclampsia, eclampsia), las anomalías de la

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, ECUADOR, 2008

Enfermedad	Número	Tasa*	%
1. Diabetes mellitus	1 931	28.0	7.6
2. Enfermedades cerebro-vasculares	1 685	24.5	6.6
3. Enfermedades hipertensivas	1 580	22.9	6.2
4. Influenza y neumonía	1 521	22.1	6.0
5. Insuficiencia cardíaca	1 183	17.2	4.6
6. Enfermedades isquémicas del corazón	1 056	15.3	4.1
7. Enfermedades del sistema urinario	933	12.0	3.2
8. Neoplasia maligna del estómago	719	10.4	2.8
9. Neoplasia maligna del útero	708	10.3	2.8
10. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	665	9.7	2.6

*Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 2

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, ECUADOR, 2008

Enfermedad	Número	Tasa*	%
1. Agresiones	2 279	32.9	6.6
2. Accidentes de transporte terrestre	2 188	31.6	6.3
3. Enfermedades cerebrovasculares	1 723	24.9	5.0
4. Enfermedades isquémicas del corazón	1 704	24.6	4.9
5. Enfermedades hipertensivas	1 685	24.4	4.9
6. Influenza y neumonía	1 666	24.1	4.8
7. Diabetes mellitus	1 579	22.8	4.6
8. Insuficiencia cardíaca	1 134	16.4	3.3
9. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1 127	16.3	3.3
10. Neoplasia maligna del estómago	945	13.7	2.7

*Tasa por 100 000 hombres

Fuente: Referencia 2

dinámica del trabajo de parto, la sepsis puerperal, el embarazo ectópico y el aborto no especificado.²

Años de vida saludable perdidos

La mortalidad es un indicador útil, pero tiene el inconveniente de que no incorpora todos los daños a la salud que se producen en una sociedad. Por esta razón se han diseñado indicadores como los años de vida saludable (AVISA) perdidos que contabilizan los años de vida saludable que se pierden tanto por muerte prematura como por discapacidad. El Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social publicó este indicador en 1999 y desagregado por provincias en 2000.^{8,9} Los AVISA perdidos, tanto por muerte prematura como por discapacidad, sumaron 2 143 353; 58.9% se concentraron en hombres y el resto en mujeres. Las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción concentraron 33.7% del total, las enfermedades no transmisibles 42.2% y las lesiones 24.1 por ciento. En 2008, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles concentraron 45% de los AVISA perdidos, 30% las enfermedades no transmisibles y 25% las lesiones.⁶

Estructura y cobertura

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores, público y privado.¹⁰ El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el

Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social [Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)]. El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen cerca de 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

¿Quiénes son los beneficiarios?

La nueva Constitución de 2008 señala que “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el

**DIEZ HITOS EN LA HISTORIA
DEL SISTEMA ECUATORIANO DE SALUD**

1935	Establecimiento del Servicio Médico del Seguro Social como sección del Instituto Nacional de Previsión (actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social)
1951	Creación de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
1967	Creación del Ministerio de Salud Pública
1980	Creación del Consejo Nacional de Salud
1994	Promulgación de la Ley de Maternidad Gratuita
1998	Reforma constitucional: nueva sección específica sobre salud
2001	Promulgación de la Ley sobre Seguridad Social
2006	Creación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud
2008	Incorporación de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución que reconoce a la protección de la salud como un derecho humano
2009	Inicio de la construcción de la propuesta de Red Pública Integral de Salud a partir de su incorporación en la nueva Constitución

derecho al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional¹¹.

El MSP, con la provisión más amplia de servicios del país, 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias, y los hospitales de referencia nacional más grandes del país, cubre alrededor del 51% de la población ecuatoriana.¹²

Los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho a afiliarse al IESS. Este instituto cubre por lo menos a 20% del total de la población ecuatoriana (cuadro IV).¹³

El ISSFA y el ISSPOL cubren a poco más de 5% de la población con seguros públicos, que representan 2% de la PEA.¹⁴ La cobertura de salud de estos sistemas es familiar e incluye a los hijos hasta los 25 años de edad.

En resumen, si bien la ley proclama la cobertura universal en salud, en los hechos todavía existe una limitada cobertura real con servicios cuya calidad no siempre es la óptima.¹⁵

En 1994 se promulgó la Ley de Maternidad Gratuita (LMG), que se reformó en 1998 constituyéndose en un seguro de salud que garantiza a las mujeres atención a la salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como acceso a programas de salud sexual y reproductiva.¹⁷ Esta ley también ampara la atención a la salud a los recién nacidos y los menores de 5 años como una acción de salud pública gratuita responsabilidad del Estado. En 2007 el MSP asumió la LMG como un programa regular.¹⁸

El Bono de Desarrollo Humano (BDH) es una transferencia monetaria mensual que otorga el gobierno a las personas que se encuentran en situación de pobreza.^{19,20} Los beneficiarios son familias que se ubican dentro de los dos quintiles de ingresos más bajos de acuerdo con el índice de bienestar del Sistema de Selección de Beneficiarios.²¹ Este sistema fija el nivel de recursos de las familias tomando en consideración la composición demográfica del hogar, sus activos y otras variables. En familias con hijos en edad escolar el bono está condicionado al cumplimiento de requisitos establecidos por el Programa de Protección Social, que incluyen metas de atención de salud y asistencia a establecimientos

**Cuadro IV
COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, ECUADOR 2010**

Seguro	Cotizantes	Jubilados	Montepío (viudez y orfandad)	Dependientes	Total	%
IESS	1 826 911	187 911	90 060	545 685	2 650 567	65.7
SSC	227 694	34 729	-	689 723	952 146	23.6
ISSFA	37 719	25 379	11 576	148 384	223 058	5.5
ISSPOL	39 286	10 450	6 616	154 179	210 531	5.2
Total	2 131 610	258 469	108 252	1 537 971	4 036 302	100

Fuente: Referencia 16

de educación. El objetivo del programa en salud es contribuir a la disminución de la desnutrición crónica y enfermedades prevenibles en los menores de 5 años.

En 2007 surgió el Programa de Cobertura de Enfermedades Catastróficas, ejecutado mediante la Red de Protección Solidaria integrada por el MIES y MSP. Este programa financia todos los costos relacionados al tratamiento de enfermedades de alto costo en casos seleccionados. En 2010 se destinó a este programa un presupuesto cercano a los 60 millones de dólares.²²

¿En qué consisten los beneficios?

Los ecuatorianos que mayores beneficios en salud reciben son aquellos que están cubiertos por alguno de los institutos de seguridad social. Los beneficiarios del IESS están protegidos contra la contingencia de enfermedad por las siguientes prestaciones: asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral. Estas prestaciones incluyen consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y de rehabilitación mediante la provisión de ortesis y prótesis; atención quirúrgica y hospitalización; atención médica domiciliaria; subsidio en dinero por enfermedad, y atención en unidades médicas ajenas al IESS. Los beneficiarios del IESS también reciben compensación de gastos médicos y atención médica mediante convenios suscritos con diversas clínicas privadas.²³

El ISSFA ofrece a sus miembros servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y medicina ambulatoria para pacientes aquejados por padecimientos crónicos graves. El titular tiene una cobertura de 100%, mientras que sus dependientes, excluyendo a los padres, tienen cobertura sólo para ciertas enfermedades. El ISSPOL otorga servicios de asistencia médica, quirúrgica, obstétrica, odontológica, de hospitalización y farmacéutica, prótesis, ortesis y rehabilitación, así como acciones de medicina preventiva.^{24,25,26}

La LMG, antes de ser un programa regular del MSP, cubría por separado los gastos en medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, los recién nacidos y los menores de 5 años de edad.¹⁸ En la actualidad complementa las prestaciones regulares del MSP.

El BDH brinda, desde agosto de 2009, el subsidio directo más grande que otorga el gobierno a la población pobre (Q1, Q2) dentro del sector social, que asciende a 35 dólares mensuales al jefe de familia. En 2011 el presupuesto estimado para este programa bordea los 500 millones de dólares. El programa de enfermedades catastróficas atiende casos con un tope de hasta 100 000 dólares luego de ser analizados y aprobados por un

comité técnico. El costo promedio por caso en 2009 fue de 9 600 dólares. De mantenerse al 2011 el presupuesto ejecutado durante 2010, el programa podría llegar a atender alrededor de 6 000 casos.

Financiamiento

¿Quién paga?

La Constitución en el artículo 366 estipula lo siguiente: "El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud."¹¹

Según la Ley de Seguridad Social 2001, el Seguro General Obligatorio (SGO) del 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.²⁷ Señala también que los servicios de salud y prestaciones del Seguro Social Campesino (SSC) se financian con recursos provenientes de las siguientes fuentes: el aporte solidario de los empleadores, el aporte de los afiliados al SGO, la contribución obligatoria de seguros públicos y privados, el aporte diferenciado de familias protegidas por el SSC, la contribución del Estado y las asignaciones suplementarias determinadas por el Poder Ejecutivo.

El ISSPOL se financia con un aporte de los miembros de la policía en servicio activo de 2.5% de su salario y un aporte del patrono (Estado) de 3 por ciento. Es el único caso en el país donde también los retirados aportan 2.5% de sus pensiones.²⁵

En el caso del ISSFA, los recursos provienen de los aportes de los militares en servicio activo (equivalente al 3.35% de su haber militar) y los aportes patronales que hace el Ministerio de Defensa (5.85% del haber militar del personal en servicio activo y 0.52% del 2% del haber militar de un soldado en servicio activo, multiplicado por el número de aspirantes a oficiales, tropa y conscriptos).^{24,26}

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto en salud en Ecuador ha crecido consistentemente en los últimos 10 años.⁷ De 4.2% del PIB pasó a 5.9% en 2008. El gasto per cápita en salud aumentó de 202 dólares en 2000 a 474 dólares en 2008. El gasto público se incrementó de 31.2% del gasto total en salud a 39.5 por ciento. El gasto privado en salud en 2008 representó 60.5% del gasto total.⁷ El grueso de este gasto es de bolsillo. El gasto en seguros privados representó sólo 4.8% del gasto privado total en salud.

¿Quién reúne el dinero y cómo lo distribuye?

El gobierno es el encargado de establecer los criterios de distribución de recursos. El organismo ejecutor es el Ministerio de Finanzas (MF), responsable de la recolección y distribución de los recursos fiscales, esto es, impuestos, ingresos del petróleo, préstamos y donaciones de organismos multilaterales y organizaciones no gubernamentales. El MF se encarga de la aprobación final de los presupuestos de las entidades adscritas y empresas del Estado. También es responsable de la planificación de los recursos financieros del gobierno nacional. Además del MSP, las instituciones de seguridad pública regidas por el gobierno (ISSPOL e ISSFA) deben someterse a las disposiciones del MF.

El IESS fija y maneja su presupuesto de manera autónoma, con la aprobación del Consejo Directivo de la institución.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

Ecuador tiene registrados 3 847 establecimientos de atención a la salud, de los cuales 80% pertenecen al sector público.²⁸ El MSP concentra 47% de las unidades y el IESS otro 24 por ciento. Una pequeña proporción (10%) pertenece a municipios, ministerios diferentes al MSP, ISSFA, ISSPOL y otras entidades. El sector privado concentra alrededor del 20% de los establecimientos de salud, 14% en instituciones con fines de lucro y el restante 6% en organismos que ofrecen atención a la salud sin fines de lucro.

La mayor parte de los establecimientos con internación registrados en 2007 (545) eran clínicas particulares, que representan 75% del total.²⁸ Le siguen en importancia los hospitales cantonales, los hospitales generales y, en una mínima proporción, los hospitales de especialidad. La mayor parte de los establecimientos sin internación que se ubican en las áreas urbanas son dispensarios médicos. En las zonas rurales, la mayor proporción corresponde a subcentros de salud, a los que siguen los dispensarios médicos.

El MSP cuenta con 1 674 establecimientos de salud ambulatorios y 125 hospitales: 28 hospitales generales, 79 hospitales cantonales y 18 hospitales de especialidad.²⁸ El IESS brinda atención en 902 unidades ambulatorias entre servicios y anexos en las empresas, además de 18 centros hospitalarios, tres regionales y 15 provinciales. El ISSFA dispone de 72 establecimientos con servicios de atención ambulatoria y 16 de hospitalización. El ISSPOL cuenta con 35 unidades operativas, de las cuales dos son hospitalarias.

La Sociedad de Lucha contra el Cáncer, entidad privada sin fines de lucro que cubre buena parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer, ofrece servicios en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país y cuenta con ocho hospitales especializados y cuatro centros de atención sin internación.

En 2008 el sistema ecuatoriano de salud contaba con 21 575 camas (10 273 privadas y 11 302 públicas), que arrojan una razón de 1.6 camas por 1 000 habitantes.²⁹

De acuerdo con el INEC, en 2005 Ecuador contaba con 53 mamógrafos, 48 tomógrafos y 15 equipos de resonancia magnética, cifras que arrojan razones de 3.9 mamógrafos, 3.5 tomógrafos y 1.1 equipos de resonancia magnética por millón de habitantes, respectivamente. En el periodo 2008-2010 el gobierno ecuatoriano compró 42 mamógrafos y 23 tomógrafos, con lo cual mejoró sustancialmente las razones de estos equipos.³⁰

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

Aunque entre 1996 y 2010 se incrementó la cantidad de recursos humanos empleados dentro del sistema de salud en aproximadamente 21%, en Ecuador todavía prevalece un déficit relativo de médicos y enfermeras, que se agrava por un sistema de contratación laboral en el sector público de cuatro y seis horas.

En 2007 Ecuador contaba con alrededor de 75 mil trabajadores de la salud.²⁸ La razón de médicos por 1000 habitantes era de 1.9, muy inferior a la países como Argentina (3.0) y Uruguay (3.6). La tasa de enfermeras por 1 000 habitantes a nivel nacional era de 0.6, que está por debajo del promedio latinoamericano, que en 2000 era de 0.8. El grueso de los médicos y enfermeras trabajan en el MSP y no se tiene información precisa sobre el número de médicos y enfermeras que trabajan en el sector privado. La tendencia institucional de contratación de recursos humanos para 2010 parecer haber cambiado, ya que el IESS se encuentra realizando contrataciones de manera importante para cubrir el incremento de cobertura aprobado.

Los médicos tienden a concentrarse en las grandes ciudades, lo que genera problemas serios de distribución. En la provincia de Pichincha hay 2 médicos por 1 000 habitantes, mientras que en las provincias de Galápagos y Orellana esta razón es de apenas 0.56 y 0.43, respectivamente.²⁸

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

En 2004 el mercado farmacéutico ecuatoriano alcanzó ventas por un valor aproximado de 556 millones de dóla-

res, lo que representó casi 2% del PIB.³¹ La participación del sector privado fue de 88.2% mientras que el sector público sólo participó con 11.8% del total. El valor del gasto en medicamentos per cápita fue de alrededor de 18 dólares por año. En el año 2007 el ingreso del sector farmacéutico ascendió a 930.3 millones de dólares, que representan 2.03% del PIB.

En 2000 se aprobó la Ley de Medicamentos Genéricos, que obliga a las instituciones públicas a emplear fármacos intercambiables y equivalentes a los patentados. Esta Ley también reduce el margen de beneficios de las farmacias con respecto a los medicamentos patentados y las alienta a dispensar versiones genéricas.³²

La Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos del Consejo Nacional de Salud (CONASA) actualiza, publica y difunde bianualmente el cuadro nacional de medicamentos básicos. Actualmente se acaba de aprobar la octava revisión publicada, que incluye una lista de medicamentos esenciales de acuerdo con la definición de la OMS.^{33,34}

Las medicinas se comercializan en un mercado regulado con un esquema de fijación de precios que incluye diversos rubros que inciden de manera problemática en el costo final del producto.

Desde 2007 Ecuador ha impulsado medidas para dar cumplimiento al derecho a la salud promoviendo activamente acuerdos en foros internacionales y llevando a cabo negociaciones regionales de precios de los medicamentos antirretrovirales empleados para el tratamiento del VIH/SIDA. También ha establecido acuerdos bilaterales con productores de biológicos como Cuba e impulsado la producción nacional de estos insumos a través de una empresa pública recientemente creada (Enfarma) y de laboratorios radicados en el país. A través de la nueva ley de compras públicas ha promovido asimismo subastas voluminosas para abaratar ofertas con miras a un futuro acuerdo de compra global entre las instituciones públicas.

¿Quién genera la información y quien produce la investigación?

La mayor parte de la información oficial la genera el INEC, cuya misión es generar y difundir información estadística (en el caso del sector salud respecto a hechos vitales y servicios de salud) del país con el propósito de facilitar la evaluación del desarrollo de la sociedad y la economía. El Banco Central del Ecuador, como responsable de generar las cifras correspondientes a las cuentas nacionales, genera también información valiosa respecto a los principales índices macroeconómicos sobre gasto en salud.

En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) de 2002 se establece que el MSP, con el apoyo

del CONASA, es responsable de impulsar una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y al desarrollo y transferencia de tecnología, teniendo en cuenta la realidad del país, para lo cual debe mantener un enfoque pluricultural que incluya la promoción y el desarrollo de la medicina tradicional.³⁶

Una referencia estandarizada sobre la situación de la investigación científica es el número de profesionales que obtienen títulos académicos de posgrado. En Ecuador esta cifra llega apenas a 300. FUNDACYT, un organismo privado, presidido por el Secretario Nacional de Ciencia y Tecnología, ha financiado proyectos de muy distinta índole, desde iniciativas de biomedicina hasta el desarrollo de laboratorios para la aplicación de biotecnología. Aunque la mayor parte de los esfuerzos provienen de personas o instituciones aisladas y su objetivo es la satisfacción de una necesidad puntual, en 2007 se financiaron 438 proyectos de investigación, fundamentalmente provenientes de universidades.³⁶

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

La Constitución enfatiza fuertemente la necesidad de recuperar la regulación para el Estado ecuatoriano y señala que al MSP corresponde el ejercicio de la rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la LOSNS y las normas dictadas para su vigencia.

El MSP tiene una Dirección de Salud en cada provincia y en su interior áreas de salud que son circunscripciones geográfico-poblacionales. Estas áreas funcionan como unidades de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de las cuales dependen los servicios básicos de salud.

A partir de 2010, con la emisión de la nueva estructura territorial ecuatoriana, se está produciendo una reorganización que tendría coincidencia territorial al menos para los ámbitos de salud, educación e inclusión social. Se está estructurando el país en regiones, provincias, distritos y circuitos.

El MSP también ejerce la rectoría de las entidades de salud mediante el otorgamiento del permiso de funcionamiento a las empresas de salud tanto públicas como privadas y de medicina prepagada. Además del MSP, varias entidades participan en la supervisión y regulación, de acuerdo con su ámbito de competencia, de la actividad de las diferentes instituciones que componen el sistema de salud de Ecuador. La Contraloría General del Estado se encarga, en el ámbito financiero, de controlar los hospitales y las unidades médicas, y

examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de entidades donde el Estado tiene participación. La Superintendencia de Compañías autoriza la constitución de entidades de medicina prepagada y la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS) ejerce el control sobre las unidades médicas del IESS conforme a la Ley de Seguridad Social. La inclusión de la SBS como organismo de control dentro del sistema de salud es producto de la Ley de Seguridad Social de 2001.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

Una de las funciones del MSP es normar, regular y controlar las actividades realizadas por entidades públicas y privadas que se vinculan con la salud de las personas y el medio ambiente.

En la atención de salud son poco estructurados todavía los controles del MSP. En el caso del IESS se ha emprendido en el último año un interesante proceso de fortalecimiento de auditoría técnica previo a los pagos. ISSFA e ISSPOL, por su parte, cuentan con sistemas de auditoría técnica desde hace varios años, lo cual les ha permitido mantener la calidad del servicio y contener costos.

¿Quién evalúa?

No existe un organismo encargado de llevar a cabo una evaluación coordinada del sistema de salud de Ecuador. Estas funciones las cumplen de manera independiente varias instituciones relacionadas con la salud que se han ido sumando a esta función a partir de cambios en las leyes o la creación de nuevos organismos orientados por los intentos de reformas. Por ejemplo, desde 2001, la SBS ha sido responsable de la supervisión de las instituciones de la seguridad social. Para ello la ley establece que empresas especializadas realicen auditorías médicas a los prestadores de salud bajo la supervisión de la SBS.

No obstante, el MSP es el principal agente de evaluación del sistema, tanto por su carácter de rector del sector salud como por las disposiciones de la Ley de Transparencia de 2004, la cual obliga a todas las instituciones públicas a difundir información sobre sus funciones.³⁷ Dicha ley define mecanismos de rendición de cuentas tales como metas e informes de gestión e indicadores de desempeño. El MSP difunde información en este sentido a través de su página en internet mediante la publicación de una tabla que resume ciertos indicadores de salud. En ella se dan cifras respecto a las metas establecidas para el año y se confrontan con los valores reales y los porcentajes de cumplimiento.

El actual gobierno (2007-2011) creó el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, cuya función es

la de concertar políticas y acciones de los ministerios del área social, entre los que se encuentra el MSP. Uno de los objetivos es realizar un monitoreo regular de los programas prioritarios de dicha área mediante la definición de una línea de base y la evaluación de resultados en indicadores de cobertura, calidad y eficiencia.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

En la Ley Orgánica de Salud de 2006, dentro del capítulo sobre derechos y deberes que las personas y el Estado tienen en relación con la salud, se declara que uno de ellos es "participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida."

Un organismo de control ciudadano es la Comisión de Control Cívico de la Corrupción (CCCC), creada en 1997 e institucionalizada en la reforma constitucional de 1998 como uno de los órganos de control del Estado, con autonomía e independencia económica, política y administrativa. El CCCC se encarga de recibir, tramitar e investigar denuncias ciudadanas sobre posibles actos de corrupción. Cuando se encuentran indicios de responsabilidad, pone sus conclusiones en conocimiento del Ministerio Público, la Contraloría General del Estado o el órgano jurisdiccional competente de conformidad con la Ley.

Un instrumento que coordina este organismo es el de las "veedurías ciudadanas", que son grupos de ciudadanos que participan en acciones de control social. Sus actividades se centran básicamente en la vigilancia de las actividades públicas, en la auditoría a los sectores de la salud, educación, medio ambiente y vivienda, y en la prestación de servicios públicos domiciliarios.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

En 2001 se aprobó la Ley de Seguridad Social, que introdujo nuevos elementos, apartando la provisión de servicios de salud de las prestaciones de seguridad social generales y estableciendo mecanismos de control al sector. Esta ley se encuentra vigente todavía, aunque en la actualidad el gobierno se encuentra trabajando una propuesta para una nueva Ley Orgánica de Seguridad Social.

En 2005 se creó la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio, con rango de Ministerio, institución que impulsó la estrategia del Aseguramiento Universal de Salud en Ecuador.

En 2006 el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó un préstamo de 90 millones de dólares a Ecuador para apoyar el Proyecto de Aseguramiento Universal de Salud (PRO-AUS) que comenzaría por cubrir a la población más pobre del país y en su primera etapa mejoraría la calidad de los servicios de salud. En etapas subsiguientes se incorporaría a otras personas de escasos recursos y a trabajadores independientes. La experiencia arrancó en Quito y Guayaquil. Sin embargo, con el cambio de gobierno en 2007 hubo un alejamiento de la visión propuesta por el PRO-AUS y en 2008, con la definición del gobierno de impulsar otro modelo distinto al de aseguramiento, se dio por concluida esta experiencia.

La actual administración se plantea crear un sistema nacional de salud subsidiado que brindaría acceso universal a la salud sin cobro en el momento de utilización, crearía una Red Pública Integral de Salud, protegería a grupos vulnerables o con necesidades especiales, elevaría a rango constitucional las declaraciones de Doha de 2001 según las cuales el derecho al acceso a medicamentos debe anteponerse al derecho de propiedad intelectual, y fortalecería el papel rector del MSP

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Posiblemente el mayor impacto de las innovaciones recientes sea la ampliación de la coordinación interinstitucional. Hasta 1998 cada institución del sector salud en Ecuador mantenía un esquema de organización, gestión y financiamiento particular sin mecanismo alguno de articulación y coordinación interinstitucional. Con la reforma de 2008, que definió el derecho a la salud, su promoción y protección, y al MSP como rector expreso, se han logrado condiciones favorables para la articulación del sector.

La inclusión de la SBS como parte de los organismos de control en el sector salud, específicamente a lo que se denominó Sistema de Seguridad Social, ha generado ya resultados interesantes que expresan la necesidad de entidades de control tipo superintendencias.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Uno de los principales desafíos en materia de salud es dar cobertura a casi uno de cada cuatro ecuatorianos que actualmente no tienen acceso a ningún servicio de salud. En el gobierno anterior, después de tropiezos presupuestales y políticos, se implantó el proyecto de

aseguramiento universal de salud PRO-AUS. El nuevo gobierno tiende hacia la cobertura universal para todos los ecuatorianos, para lo cual ha incrementado sustancialmente la inversión en este rubro.

Otro desafío del sector es integrar todas las instituciones en un verdadero sistema nacional de salud bajo la rectoría del MSP. Aunque muchas de las leyes y reformas constitucionales han estado encaminadas hacia ello, todavía es mucho lo que falta para concretarlo. Por ejemplo, según una disposición transitoria de la Ley de Seguridad Social, las unidades médicas del IESS tendrían un plazo de dos años para transformarse en empresas prestadoras de servicios de salud para los afiliados y la población en general. Esto no ha sucedido aunque se encuentra en camino.

Lo más relevante tal vez sea la conformación de la Red Pública Integral de Salud, que se encuentra en proceso de concertación y esperando su inicio el segundo semestre del 2011.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Ortiz P, Albán E. Ecuador: estimaciones y proyecciones de población 1950-2025. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2003.
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Indicadores básicos de salud. Ecuador 2009. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2009.
3. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social del Ecuador. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador 2010. [Accesado agosto 15, 2010]. [Consultado agosto 15, 2010]. Disponible en: <http://www.siiise.gob.ec/Principal.aspx>.
4. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Informe final. Quito: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, 2005.
5. Organización Mundial de la Salud. Ecuador. [consultado mayo 31, 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/countries/ecu/es/>.
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Ginebra: OMS, 2011.
7. Organización Mundial de la Salud. Cuentas nacionales de salud. Ecuador [consultado mayo 31, 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/ecu/en>.
8. Lozada P, Aguinaga L, Páez R, Olmedo C, Pozo A. El peso de la enfermedad en el Ecuador. Quito: CEPAR, 1999.
9. Lozada P. El peso de la enfermedad en las provincias del Ecuador. Quito: CEPAR, 2000.
10. Pan American Health Organization. Health system profile. Ecuador. Monitoring and analysis of the change and reform processes. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2008.
11. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 2008 (20 de octubre); 449.
12. Lucio R. Modelo de salud en Ecuador. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2010.
13. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Registros institucionales 2010. Quito: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2010.
14. Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Registros institucionales 2010. Quito: ISSFA, 2010.

15. Lucio R. La salud en Quito: análisis de acceso y calidad. Quito: Cooperación Técnica Belga en Ecuador, 2007.
16. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Registros institucionales del IESS, ISSFA e ISSPOL. Quito: Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, 2010.
17. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Registro Oficial 1994; 9 de septiembre: 523.
18. Hermida J, Romero P, Abarca X, Yaca L, Robalino M, Vieira L. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Ecuador. Informe LACRSS 2005:63.
19. Decreto 347: Cámbiese el Programa Bono Solidario por Programa Bono de Desarrollo Humano. Registro Oficial 2003 (7 de mayo):763.
20. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Programa de Protección Social 2010 [consultado agosto 15, 2010]. Disponible en: <http://www.pps.gov.ec/PPS/PPS/BDH/INF/QuienesSomos.aspx>.
21. Decreto ejecutivo 12: Incrementase el valor del bono de desarrollo humano a la suma de treinta dólares mensuales para las familias que se ubiquen en el primer y segundo quintiles más pobres. Registro Oficial 2007 (25 de enero): 8-10.
22. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Red de Protección Solidaria 2010 [consultado agosto 15, 2010]. Disponible en: <http://www.redsolidaria.gov.ec>
23. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Seguro de Salud [consultado agosto 5, 2010]. Disponible en: <http://www.iess.gov.ec/site.php?category=seguro-de-salud>.
24. Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Registro Oficial 1992 (7 de agosto 7): 995.
25. Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional. Registro Oficial 1995 (1° de junio 1): 707.
26. Superintendencia de Bancos y Seguros del Ecuador. Seguridad Social: Entidades Controladas [consultado agosto 5, 2010]. Disponible en: http://www.superban.gov.ec/practg/sbs_index?vp_art_id=46&vp_tip=2.
27. Ley 55: Ley de Seguridad Social. Registro Oficial 2001 (30 de noviembre 30): 465.
28. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Recursos y Actividades en Salud. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2007.
29. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro de Camas Hospitalarias. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2008.
30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Registros institucionales. Quito: Ministerio de Salud Pública, 2010.
31. Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos. Política Nacional de Medicamentos. Quito: Consejo Nacional de Salud, 2007.
32. Ley 2000-I: Ley de producción, importación, comercialización y expendio de medicamentos genéricos de uso humano. Registro Oficial 2005 (9 de diciembre): 162.
33. Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos. Registro Terapéutico. Quito: Consejo Nacional de Salud, 2009.
34. Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos. Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. Quito: Consejo Nacional de Salud, 2009.
35. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial 2002 (25 de septiembre): 670.
36. Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología. Rendición de cuentas [consultado agosto 15, 2010]. Disponible en: <http://www.senacyt.gob.ec/?q=node/471>.
37. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Registro Oficial 2004 (18 de mayo): 337.

Sistema de salud de El Salvador

Mónica Acosta, L en CP,⁽¹⁾ María del Rocío Sáenz, MC,⁽¹⁾ Blanca Gutiérrez, M en A,⁽²⁾
Juan Luis Bermúdez, L en RI.⁽¹⁾

Acosta M, Sáenz MR,
Gutiérrez B, Bermúdez JL.
Sistema de salud de El Salvador.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S188-S196.

Acosta M, Sáenz MR,
Gutiérrez B, Bermúdez JL.
The health system of El Salvador.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S188-S196.

Resumen

En este artículo se describen las condiciones de salud de la población salvadoreña y, con mayor detalle, el sistema de salud de El Salvador, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta, las actividades de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y la participación de los usuarios de los servicios de salud en la evaluación del sistema. Asimismo se discuten las más recientes innovaciones implantadas por el sistema salvadoreño de salud, dentro de las que destacan la aprobación de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud que busca ampliar la cobertura, disminuir las desigualdades y mejorar la coordinación de las instituciones públicas de salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; El Salvador

Abstract

This paper describes the health conditions in El Salvador and the main characteristics of the Salvadoran health system, including its structure and coverage, its financial sources, the physical, material and human resources available, the stewardship functions developed by the Ministry of Public Health, and the participation of health care users in the evaluation of the system. It also discusses the most recent policy innovations including the approval of the Law for the Creation of the National Health System, which intends to expand coverage, reduce health inequalities and improve the coordination of public health institutions.

Key words: health system; social security; El Salvador

(1) Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración. Costa Rica.

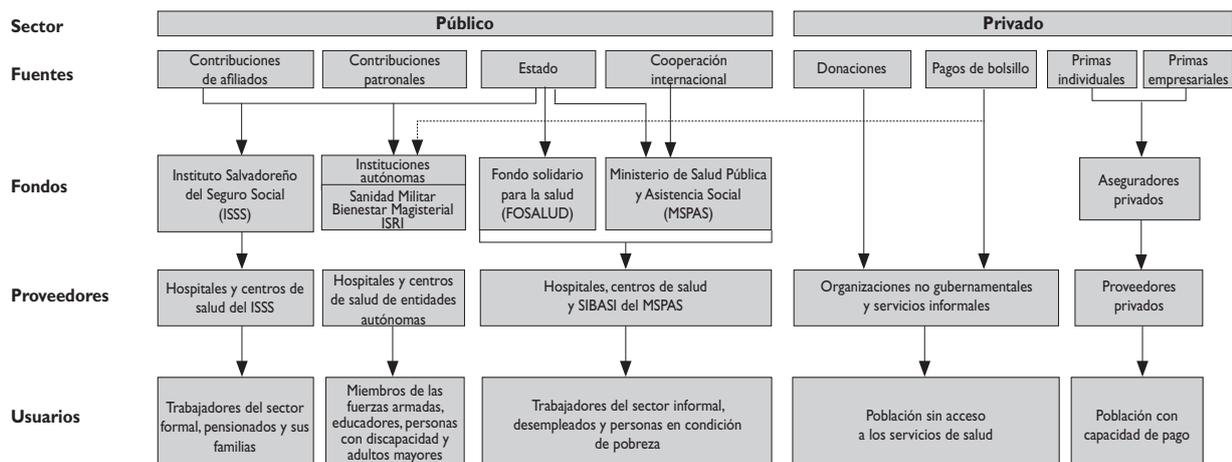
(2) Instituto de Estudios Sociales en Población. Universidad Nacional. Costa Rica.

Fecha de aceptado: 10 de junio de 2011

Solicitud de sobretiros: Mónica Acosta. Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración CONEDSA.

Apartado postal 222-3015, Heredia, Costa Rica, C.A.

Correo electrónico: moniav85@gmail.com



ISRI: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de los Inválidos
SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

El sistema de salud salvadoreño está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público incluye el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación a los Inválidos (ISRI), la Sanidad Militar, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), que guarda una estrecha relación con el MSPAS. Las fuentes de financiamiento del MSPAS son el Estado y la cooperación internacional. El ISSS, el ISRI, Sanidad Militar y el ISBM se financian con contribuciones de los patrones, los trabajadores afiliados y el Estado. Cada una de estas instituciones cuenta con su propia infraestructura (hospitales, centros de salud) y sus propios recursos humanos, excepto el ISBM. El ISSS atiende a los trabajadores del sector formal y a los pensionados, y sus respectivas familias. El ISRI cubre a las personas con discapacidad y a los adultos mayores. El ISBM cubre a los educadores y sus familias. Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y a particulares que pagan por sus servicios. Finalmente el MSPAS cubre a toda la población no asegurada, en su mayoría trabajadores del sector informal, desempleados y personas en condición de pobreza. En el sector privado están las entidades privadas lucrativas y no lucrativas. Las primeras se financian sobre todo con pagos de bolsillo y atienden a las personas con capacidad de pago. Las entidades privadas no lucrativas incluyen a las iglesias y organizaciones no gubernamentales, y se financian principalmente con donaciones. Estas entidades atienden a la población sin acceso a los servicios de salud. El MSPAS es el ente rector del sistema de salud de El Salvador, encargado de dirigir las políticas de salud y normar el sistema.

Contexto

Demografía

La población de El Salvador es de 6 196 000 habitantes; 53% son mujeres y 47% hombres (cuadro I).¹ Es el país con la densidad poblacional más alta de América Latina.² La población urbana concentra 63% de la población total. La población es básicamente joven; 47% de la población total tiene menos de 19 años.¹

La esperanza de vida al nacer de los salvadoreños es de 71.7 años, siendo de 66.8 años para los hombres y 76.3 para las mujeres.³

Existe un alto índice de emigración de la población salvadoreña que busca en otros países, principalmente Estados Unidos, mejores condiciones de vida. Esto se refleja en la estructura poblacional: a partir de los 20 años los hombres empiezan a representar una proporción decreciente de la población total.⁴

Por lo que se refiere al envejecimiento de la población, la proporción de personas de 65 años y más ha crecido a 6% y se espera que alcance 16% en 2050.⁵

Condiciones de salud

En El Salvador sigue habiendo importantes rezagos en materia de vivienda, acceso a agua potable y servicios sanitarios, y nutrición. No sorprende, por lo tanto, que en la población infantil predominen las enfermedades diarreicas, parasitaria y respiratorias, y los padecimientos asociados a la desnutrición. La mortalidad infantil en el país asciende a 17.5 por 1000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna es de 170 por 100 000 nacidos vivos registrados, una de las más altas de la región latinoamericana. En la población adulta, además de las enfermedades no transmisibles, hay una alta incidencia de lesiones intencionales y no intencionales.

La lista de principales causas de mortalidad refleja un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. En las mujeres las primeras causas de muerte son el infarto agudo del miocardio y la diabetes mellitus (cuadro II). Entre los hombres las dos principales causas de muerte son las lesiones con armas y los accidentes de vehículos de motor, que juntas concentran casi 20% de los decesos totales (cuadro III). La tercera causa de muerte es la insuficiencia renal crónica.

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, EL SALVADOR, 2009

Población total	6 196 000
Esperanza de vida	71.7
Esperanza de vida a los 65 años (2000)	17.2
Tasa de mortalidad general	6.3
Tasa de mortalidad infantil	17.5
Razón de mortalidad materna	170
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	91.7
Cobertura de vacunación [2008] (%)	
Tuberculosis (BCG)	99
Difteria, tosferina y tétanos (DTP1)	94
Difteria, tosferina y tétanos (DTP3) - refuerzo	98
Sarampión (MCV)	95
Porcentaje de la población con seguridad social (2005)	17
Porcentaje de la población sin seguridad social (2005)	83
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2008)	6.0
Gasto total per cápita en salud* (2008)	410
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008)	58.0
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008)	42.0
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	ND

Fuente: Referencias 1,2,6,7

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

Estructura y cobertura

El sistema de salud salvadoreño está compuesto por dos sectores, el público y el privado. El sector público incluye el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación a los Inválidos (ISRI), Sanidad Militar, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD). El sector privado comprende las entidades privadas lucrativas y no lucrativas.⁸

El ISSS y el MSPAS cubren a la mayor parte de la población salvadoreña. El ISSS es una entidad autónoma y tiene como fin la seguridad social de los trabajadores del sector formal de la economía, mientras que el MSPAS, además de ofrecer servicios de salud a la población sin seguridad social, es el ente regulador

del sector. El ISRI es una institución autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad. Sanidad Militar ofrece protección social en salud a las fuerzas armadas. Finalmente, el ISBM es una entidad oficial autónoma de derecho público que cubre a la población docente y sus familias.⁹

FOSALUD, es una entidad de derecho público vigente desde 2004 que cuenta con plena autonomía tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario adscrita al MSPAS.⁹ Esta instancia tiene como objetivos: propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura de los servicios de salud; formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerable del país, y fomentar campañas de educación para la salud.¹⁰

El sector privado está integrado sobre todo por organizaciones lucrativas establecidas en las principales ciudades salvadoreñas. Estas organizaciones ofrecen servicios en el mercado privado y venden servicios al ISSS y al ISBM. Las organizaciones no lucrativas (ONG, iglesias y otras), por su parte, operan sobre todo en las zonas rurales de El Salvador.

¿Quiénes son los beneficiarios?

La Constitución Política de El Salvador dispone que la salud de los habitantes es un bien público y que el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y habitantes en general en la prevención de enfermedades transmisibles.¹¹ Sin embargo muchos salvadoreños no tienen acceso regular a servicios de salud, en particular los pobres del campo.

El MSPAS cubre formalmente a 80% de los habitantes del país. Sin embargo, la realidad es que sólo ofrece servicios de manera regular a 40% de la población total.¹²

El ISSS cubre a los trabajadores de la economía formal y sus familiares, que representan alrededor de 24% de la población (cuadro IV). El ISBM cubre a los maestros y sus familias (cónyuges e hijos hasta los 21 años). Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas, sus familiares y pensionados. El ISBM, la Asociación Nacional de Telecomunicaciones, la Compañía de Alumbrado Eléctrico y Sanidad Militar cubren alrededor de 2.3 % de la población. Aunque la población no asegurada legalmente debería tener acceso a unidades públicas de salud, según la Encuesta de Hogares 2008, entre las personas que se enfermaron o accidentaron ese año, 48.1% se automedicó o no recurrió a ninguna unidad de salud. Del total que acudió a consulta (51.9%) 65.7% acudieron a unidades del MSPAS, 12.5% a unidades del ISSS, 16.9% a un hos-

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, EL SALVADOR, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Infarto agudo del miocardio	835	25.5	6.2
2. Diabetes mellitus	763	23.3	5.7
3. Neumonía	758	23.1	5.7
4. Insuficiencia cardiaca	703	21.5	5.2
5. Insuficiencia renal crónica	424	12.9	3.1
6. Accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico	329	10.0	2.4
7. Hipertensión esencial	308	9.4	2.3
8. Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	300	9.1	2.
9. Tumor maligno del estómago	289	8.8	2.1
10. Agresión con disparo de otra arma de fuego y las no especificadas	227	6.9	1.7
Otras causas mal definidas	ND	ND	ND
Las demás	8422	257.0	63.0

* Por 100 000 mujeres
Fuente: Referencia I

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, EL SALVADOR, 2009

	Número	Tasa*	%
1. Agresión con disparo de otra arma de fuego y las no especificadas	2203	75.5	12.1
2. Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	1119	38.3	6.1
3. Insuficiencia renal crónica	951	32.6	5.2
4. Infarto agudo del miocardio	935	32.0	5.1
5. Neumonía	855	29.3	4.7
6. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	840	28.8	4.6
7. Insuficiencia cardiaca	555	19.0	3.0
8. Diabetes mellitus	490	16.8	2.7
9. Hipertensión esencial	269	9.2	1.5
10. Accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico	260	8.9	1.4
Otras causas mal definidas	ND	ND	ND
Las demás	9759	334.3	53.5

* Por 100 000 hombres
Fuente: Referencia I

pital o una clínica particular y 4.9% al Hospital Militar, unidades de las ONG, programas sociales, farmacias o curanderos.¹³

El MSPAS está organizado en tres niveles: superior, regional y local. En el nivel superior se ubica la Secretaría de Estado, entidad rectora a la que le corresponde planificar y ejecutar la política nacional de salud, así como controlar y supervisar su aplicación y la gestión

nacional de los recursos asignados. El nivel regional está conformado por las Direcciones Regionales, que constituyen el nivel técnico y administrativo de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), responsables del control de la gestión de los recursos hospitalarios en una unidad geográfica definida. El nivel local está conformado por la red operativa de los SIBASI y los hospitales.¹⁵

Cuadro IV
PORCENTAJE DE COBERTURA DE OBRA SOCIAL,
EL SALVADOR 2000-2006

Cobertura	2000	2005	2006
Población con cobertura de obra social (%)	16	17	24
Población sin cobertura de obra social (%)	84	83	76

Fuente: Referencia 14

La provisión de servicios del MSPAS se realiza en tres niveles. En el primero se encuentran las unidades de salud, casas de la salud y centros rurales de salud y nutrición. El segundo nivel está compuesto por los hospitales nacionales generales y nacionales regionales. Finalmente, el tercer nivel lo conforman los hospitales nacionales especializados (hospitales de medicina y cirugía, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y neumología).¹⁵ El SIBASI es la estructura organizativa local en donde se delega la provisión de servicios integrales de salud en el primer nivel de atención, en coordinación con el segundo y tercer niveles de atención.

El ISSS ofrece servicios curativos a sus contribuyentes y conforme a una reforma legal de 1998 ha privatizado el fondo de pensiones, vejez, invalidez y muerte. La provisión de servicios de salud se brinda en hospitales de referencia nacional, hospitales de segundo nivel, consultorios de especialidades, unidades médicas, clínicas comunales y clínicas empresariales.¹⁶

El ISBM es una administradora de servicios que contrata servicios del segundo y tercer nivel con un enfoque de medicina familiar, mientras que Sanidad Militar ofrece atención de primero, segundo y tercer nivel en su propia red de servicios. También vende servicios a personas ajenas a la clase militar.

El sector privado lucrativo, como ya se mencionó, presta sus servicios en clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel de atención, concentrados en las cabeceras departamentales.

¿En qué consisten los beneficios?

Los servicios que ofrece el MSPAS no están definidos. Destaca, de hecho, la ausencia de un paquete básico. El ISSS cubre los riesgos de los trabajadores en dos regímenes: régimen de salud (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales) y régimen previsional (invalidez, vejez y muerte).

El ISBM administra el Programa Especial, que brinda servicios de asistencia médico-hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones económicas en favor del docente público y sus beneficiarios.¹⁷ Sanidad Militar ofrece servicios preventivos y curativos, ambulatorios y hospitalarios.¹⁸

FOSALUD se encarga de proveer medicamentos, vacunas, insumos médicos y de laboratorio a la red pública de establecimientos de salud y hospitales nacionales con el fin de extender la cobertura de servicios esenciales.¹⁰

Financiamiento

¿Quién paga?

La mayor parte del financiamiento del MSPAS procede de recursos del gobierno central. Fondos adicionales se obtienen de préstamos que se gestionan ante la banca internacional y recursos provenientes de la cooperación internacional. Otra fuente de financiamiento lo constituye el Programa de Recuperación de Costos, mediante el cual el MSPAS recauda fondos por concepto de "cuotas voluntarias" de los usuarios de los servicios del sistema público. Esta medida encontró fuertes resistencias en la población, por lo que se dejó de cobrar en los establecimientos del primer nivel de atención, no así en los hospitales de segundo y tercer nivel. Sin embargo, esto generó un desfinanciamiento grave, ya que el nivel central del MSPAS no proporcionó los recursos que se dejaron de percibir.

Los recursos de FOSALUD provienen principalmente del presupuesto que gestiona el Ministerio de Hacienda. El presupuesto de este fondo debe representar 35% de los ingresos recaudados por concepto de impuestos contenidos en la Ley Reguladora de la Producción y Comercialización del Alcohol y de las Bebidas Alcohólicas, la Ley de Impuesto sobre Productos del Tabaco y Ley de Gravámenes Relacionados con el Control y Regulación de Armas de Fuego, Municiones, Explosivos y Artículos Similares.¹⁰

El financiamiento del ISSS es tripartito. Recibe contribuciones del Estado, los patronos y los afiliados. El ISSS también obtiene fondos de los intereses devengados por sus depósitos en el sistema bancario privado.

Sanidad Militar obtiene sus recursos del gobierno central y de la venta directa de servicios a la población general.

El sector privado no lucrativo se financia con donativos procedentes del gobiernos e instituciones donantes extranjeras. Estos recursos los reciben las ONG, algunas de las cuales reciben también aportes de empresas privadas locales o de las iglesias. La mayoría

complementa sus ingresos con programas propios de recuperación de costos.

Finalmente, el sector privado lucrativo obtiene su financiamiento de la venta directa de servicios de salud o de seguros privados.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto total en salud como porcentaje del PIB en El Salvador ascendió en 2008 a 6%.⁷ En la última década ha habido un descenso consistente de este gasto. En 2000 representaba 8% del PIB. El gasto per cápita en salud en 2008 fue de 410 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo) (UMN por US\$). El gasto público en salud representó 59.6% del gasto total en salud y el restante 40.4% fue gasto privado, que en su gran mayoría es gasto de bolsillo. Destaca también el hecho de que 3.5% del gasto total en salud provino de fuentes externas.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

El MSPAS cuenta con 619 establecimientos de salud: 30 hospitales, 377 unidades de salud (de los cuales sólo 145 cuentan con laboratorios), tres centros de atención de emergencia, 159 casas de salud, 46 centros especializados de referencia nacional, dos clínicas, 47 centros rurales de nutrición y 11 hogares de espera materna.¹⁹ En las unidades de salud del MSPAS se dispone de 46 692 camas, 1 761 consultorios médicos, 330 consultorios odontológicos, 174 laboratorios clínicos, 122 quirófanos, 114 salas de parto, 48 unidades de rayos X, 37 salas de ultrasonido, 14 unidades de cuidados intensivos y ocho laboratorios de citología.¹⁹

El ISSS cuenta con diez hospitales, 24 unidades médicas, 11 unidades médicas con hospitalización, 37 clínicas comunales, 249 clínicas empresariales, cinco clínicas de revisión del adulto hombre y cinco centros de atención de día. Estas unidades disponen de 1 524 camas, 137 cunas y 56 incubadoras, 43 equipos de rayos X, 19 laboratorios clínicos, 58 salas de cirugía mayor y emergencia, 45 salas de cirugía menor, 19 salas de parto, 90 farmacias y 70 ambulancias.¹⁶

El ISRI cuenta con 11 centros de atención que incluyen el Centro de Invalideces Múltiples, el Centro de Audición y Lenguaje, el Centro de Rehabilitación para Ciegos Eugenia de Dueña, el Centro del Aparato Locomotor, el Centro de Rehabilitación Profesional, el Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldívar, el Centro de Educación Especial, el Centro de Parálisis Cerebral, la Unidad de Consulta Externa y Clínica Geriátrica, el

Centro de Rehabilitación Integral de Oriente y el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.²⁰

El ISBM contrata servicios a 20 hospitales públicos y seis privados 65 laboratorios y 55 farmacias privadas, mientras que Sanidad Militar cuenta con un hospital equipado con unidad de emergencia, hospitalización, radiología, fisioterapia.^{17,18}

El sector privado cuenta con hospitales ubicados principalmente en las grandes ciudades salvadoreñas, sin embargo no se conoce su número exacto.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

En 2005 el MSPAS contaba con 5 816 trabajadores administrativos, 4 318 médicos, 5 639 enfermeras y auxiliares de enfermería, y 2 157 promotores de salud.¹⁹ El ISSS contaba en 2009 con 13 628 trabajadores de los cuales 11 729 se dedicaban a la gestión de la salud y el resto a labores administrativas.¹⁶ El ISBM cuenta con 107 médicos, 64 odontólogos, siete psicólogos y 135 especialistas y subespecialistas.¹⁴ De acuerdo con la OMS, El Salvador presenta razones de 1.2 médicos y 0.8 enfermeras por 1000 habitantes.²⁰

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

En El Salvador el manejo de los medicamentos ha estado a cargo de cada institución, que diseña listas de acuerdo al perfil epidemiológico de su población de responsabilidad, las necesidades de los prescriptores y usuarios, y su capacidad financiera. Estas listas se revisan anualmente.

EL MSPAS cuenta con una lista oficial de medicamentos con 35 grupos terapéuticos (331 principios activos y 521 presentaciones farmacéuticas) y 45 preparados magistrales (pomadas o ungüentos, soluciones, tinturas, colodiones, pastas, lociones y sobres).²³ De la misma manera, el ISSS cuenta con una lista de medicamentos compuesta por más de 500 principios activos.²⁴

Con la aprobación de la Política de Medicamentos de la Subregión en 2007, elaborada por la Comisión Técnica Subregional de Medicamentos en el marco del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, El Salvador decidió iniciar un proceso de consulta pública con el fin de diseñar una Política Nacional de Medicamentos.²⁵

El gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos es el componente más alto del gasto privado en salud. Este gasto asciende a 260 millones de dólares, que representan 62% del gasto de bolsillo en salud. El sector público gastó en 2006 132 millones de dólares.²⁶

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

La Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud confiere la rectoría al MSPAS. Para desarrollar sus actividades rectoras, el MSPAS se sustenta en dos instancias, la Dirección de Regulación y la Dirección General de Salud, encargadas, respectivamente, de la regulación sanitaria y de la regulación de la atención a la salud.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La Constitución de la República establece en su articulado una organización descentralizada encargada de regular y controlar la salud de las personas y el medio ambiente a través de una institución llamada Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). Este Consejo regula, vigila y controla el ejercicio de los profesionales, establecimientos, instituciones formadoras e industria farmacéutica y química relacionados con la salud.²⁷ Para desarrollar sus actividades, el CSSP se apoya en las Juntas de Vigilancia. Estas juntas están conformadas por representantes de los gremios de profesionales electos para estos organismos de apoyo (medicina, odontología, químico-farmacéutica, psicológica, veterinaria y enfermería). En la práctica las Juntas de Vigilancia se limitan a inscribir a los nuevos profesionales y llevar un listado de los profesionales vigentes que mediante una cuota anual son habilitados para continuar ejerciendo profesionalmente. Las organizaciones de salud, por su parte, solo están sujetas a una inspección formal inicial para autorizar su apertura. No existe un sistema de acreditación ni monitoreo organizado ni para los profesionales ni para las instituciones públicas o privadas.

Por lo que se refiere a las instituciones formadoras de personal de salud, aunque están sujetas a la regulación que ejerce el Ministerio de Educación, ésta tiene debilidades serias en la parte técnica que se expresan en programas de enseñanza no unificados.

El control de la calidad de los alimentos y su procesamiento corresponde al MSPAS y a la Dirección de Protección al Consumidor del Ministerio de Economía, que cuentan con el apoyo de otras instancias, como la Fundación Salvadoreña de Desarrollo Económico y Social y las universidades, que mediante investigaciones para tesis estudian aditivos y contaminantes químicos y biológicos.

¿Quién evalúa?

La evaluación de las actividades que se desarrollan en el sector salud se apoya básicamente en dos instancias. La Secretaría Técnica de la Presidencia se encarga de velar por la viabilidad técnica de las principales acciones gubernamentales. Esta secretaría cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación de los programas sociales implementados en el marco del Sistema de Protección Social Universal.²⁸ La Corte de Cuentas de la República, por su parte, fiscaliza la Hacienda Pública en general y la ejecución del presupuesto en particular. La Corte evalúa todas las entidades y organismos del sector público incluidas las del sistema de salud, realizando para tales fines auditorías financieras, operacionales y exámenes especiales sobre temas particulares que interesen al órgano.²⁹

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación el sistema?

En 1999 se conformó el Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS) como entidad encargada de formular la reforma del sector con la participación de diferentes entidades públicas y privadas. El diagnóstico inicial del CRSS señala que el sistema de salud salvadoreño mantiene un modelo centralista, que se distingue por ser excluyente y restrictor del ejercicio democrático en la toma de las decisiones.³⁰

Como ya se mencionó, en 2007 se aprobó la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud que, entre otras cosas, busca fomentar la participación ciudadana mediante un proceso de consulta denominado "Foro Nacional de Salud". Este proceso de consulta ciudadana se ha apoyado en la Alianza Ciudadana Contra la Privatización de la Salud, la cual ha demandado constantemente espacios de participación. A la fecha se han realizado cinco foros regionales y uno nacional para fortalecer la promoción de la salud.³¹ Este primer eje de trabajo se ha declarado concluido, pero el objetivo es mantener el foro como un proceso permanente de consulta que dé respuesta a las problemáticas identificadas. Ahora se trabaja una propuesta organizativa que busca llevar el foro a los niveles comunitarios, municipal, departamental y regional.

La segunda área de trabajo es la consulta sectorial, que está compuesta por cinco mesas especializadas: salud sexual, salud reproductiva, violencia, agua y saneamiento, y prevención y mitigación de desastres.

Finalmente, la tercera área de trabajo está dedicada a discutir las políticas públicas, en particular el gasto público en salud y el abastecimiento de medicamentos.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

Al MSPAS, como ente rector del sector salud, le corresponde monitorear la satisfacción de los usuarios con la atención recibida. Sin embargo, no se cuenta con información sobre este rubro ni para los usuarios de los servicios del MSPAS ni para los usuarios de los servicios que ofrece el ISSS.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

La principal innovación reciente del sistema salvadoreño de salud es la aprobación de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud.³² Esta ley establece la interrelación de seis instituciones que velan por el derecho a la salud de la población salvadoreña, a saber: el MSPAS y sus dependencias, el ISSS, Sanidad Militar, FOSALUD, el ISRI, y el ISBM. El sistema tiene como objetivos principales alcanzar mayor cobertura, reducir las desigualdades en materia de salud y desarrollar un modelo de atención basado en la promoción de la salud con base en una estrategia de atención primaria de salud integral. Como ente rector se coloca al MSPAS.

El MSPAS ha procurado extender los servicios de salud a las zonas rurales donde el acceso es casi inexistente, pero no cuenta con los recursos para atender a toda la población no asegurada. Esto motivó al actual gobierno a prometer un incremento del gasto público en salud a 5% del PIB.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

El sistema salvadoreño de salud ha logrado progresos importantes que se reflejan en aumentos en la esperanza de vida y descensos en la mortalidad infantil. Estas mejoras, sin embargo, no han beneficiado por igual a todos los grupos poblacionales, por lo que siguen existiendo brechas muy importantes en los principales indicadores de salud. Esto sucede al tiempo que se incrementa la prevalencia de enfermedades no transmisibles y aumentan de manera explosiva las lesiones intencionales y no intencionales.

En noviembre de 2005, el MSPAS promovió el "Plan de Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública" como producto de dos talleres de evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP),

que contaron con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).^{33,34} Según el segundo taller, las funciones mejor calificadas fueron las siguientes: el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; la vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; el fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública, y la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud que incluye la prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación.

¿Cuáles son los retos y perspectivas del sistema de salud?

En El Salvador 40% de los hogares viven en pobreza extrema. Esta realidad incide dramáticamente en las condiciones de salud, que se caracterizan por la persistencia de las enfermedades pretransicionales y altos niveles de desigualdad. Por lo mismo, el principal reto del sistema es ampliar la cobertura sobre todo en las zonas rurales.

Otro reto es fortalecer la promoción de la salud en vista de la creciente prevalencia de riesgos asociados a las enfermedades no transmisibles, que ya constituyen las principales causas de muerte y discapacidad.

Es necesario asimismo consolidar la capacidad rectora del MSPAS para así promover una clara definición de prioridades, mejorar el diseño de las políticas nacionales de salud, y fortalecer la regulación y las actividades de evaluación.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Dirección General de Estadística y Censos [consultado 2010 septiembre 25]. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv>
2. CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2009 [consultado 2010 septiembre 25]. Disponible en: http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/pdf/Anuario_2009.pdf
3. WHO. Indicators WHOSIS. Washington D.C.: WHO, 2009 [consultado 2010 septiembre 25]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/slv/en/>
4. Dirección General de Estadística y Censos. VI Censo Nacional de Población. San Salvador: DIGESTYC, 2007.
5. CELADE [consultado 2010 septiembre 25]. Disponible en: <http://celade.cepal.org/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=MADRID&MAIN=VWebServerMain.inl>
6. UNICEF. Immunization Summary 2007 Edition [consultado 2011 mayo 15]. Disponible en: http://www.unicef.org/publications/files/Immunization_Summary_2007.pdf
7. WHO. National health accounts [consultado 2011 mayo 24]. Disponible en: www.who.int/nha/country/slv.pdf

8. Peñate R. Construyendo la esperanza: La transformación del sistema de salud. En: Segunda Reunión de la Red de Investigación, Docencia y Extensión en Salud para América Latina (octubre 4-7 de 2010). Medellín, Colombia: IDESAL, 2010.
9. República de El Salvador. Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. San Salvador: ALRES, 2007.
10. República de El Salvador. Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD). San Salvador: ALRES, 2004.
11. República de El Salvador. Constitución Política de El Salvador. San Salvador: ALRES, 1983.
12. PNUD. Informe de Desarrollo Humano en El Salvador 2007-2008. San Salvador: PNUD, 2009.
13. DIGESTYC. Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 2008. El Salvador: DIGESTYC, 2009.
14. Instituto Salvadoreño del Seguro Social [consultado 2011 mayo 24]. Disponible en: <http://www.isss.gob.sv>
15. República de El Salvador. Ley del Sistema Básico de Salud Integral 2005. San Salvador: ALRES, 2005.
16. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Memoria de Labores 2009. El Salvador: ISSS, 2010.
17. Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial [consultado 2010 septiembre 25]. Disponible en: <http://www.isbm.gob.sv/>
18. Fuerza Armada de El Salvador [consultado 2010 septiembre 25]. Disponible en: http://www.fuerzaarmada.gob.sv:90/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=144
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de Labores 2009-2010. San Salvador: MSPAS, 2010.
20. World Health Organization. World health statistics 2010. Ginebra: WHO, 2010.
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lista oficial de medicamentos 10ª versión. San Salvador: MSPAS, 2009.
24. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Lista oficial de medicamentos: normativa de uso y prescripción. San Salvador: ISSS, 2010.
25. República de El Salvador. Propuesta de Política Nacional de Medicamentos. San Salvador: MSPAS, 2010.
26. Ministerio de Economía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2006. San Salvador: Ministerio de Economía, 2007.
27. Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) [consultado 2010 octubre 8]. Disponible en: http://www.cssp.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=50:filosofia&catid=57:filosofia&Itemid=85
28. Secretaría Técnica, Casa Presidencial El Salvador [consultado 2010 octubre 8]. Disponible en: http://tecnic.presidencia.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=111
29. Corte de Cuentas de la República, El Salvador [consultado 2010 octubre 8]. Disponible en: http://www.cortedecuentas.gob.sv/index.php?option=com_content&view=category&id=17:ambito-de-control-&Itemid=7&layout=default
30. Consejo de Reforma del Sector Salud. Apuntes de mesas de trabajo sobre participación social. El Salvador: Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, 2000.
31. República de El Salvador. Política Nacional de Participación Social en Salud 2009. San Salvador: MSPAS, 2001.
32. República de El Salvador. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. San Salvador: ALRES, 2007.
33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública. San Salvador: MSPAS, 2005.
34. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Washington DC: OPS, 2008.

Sistema de salud de Guatemala

Víctor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc,⁽¹⁾ Luis López-Dávila, MC, M en Soc.⁽²⁾

Becerril-Montekio V, López-Dávila L.
Sistema de salud de Guatemala.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S197-S208.

Resumen

En este trabajo se describen las condiciones de salud y el sistema de salud de Guatemala, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, las actividades de rectoría que en él se desarrollan, así como las tareas de generación de información en salud e investigación. También se discuten los esfuerzos por ampliar la cobertura de servicios básicos, sobre todo a las comunidades rurales pobres. Destacan dentro de las innovaciones recientes del sistema guatemalteco de salud el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos y el Programa de Accesibilidad de Medicamentos, así como los acuerdos del Ministerio de Salud con organizaciones de la sociedad civil para prestar servicios básicos en comunidades rurales.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Guatemala

Becerril-Montekio V, López-Dávila L.
The health system of Guatemala.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S197-S208.

Abstract

This paper describes the health conditions in Guatemala and, in more detail, the characteristics of the Guatemalan health system, including its structure en coverage, its financial sources, the stewardship functions developed by the Ministry of Health, as well as the generation of health information and the development of research activities. It also discusses the recent efforts to extend coverage of essential health services, mostly to poor rural areas. The most recent innovations also discussed in this paper include the Program for the Expansion of Coverage of Essential Services, the Program to Expand Access to Essential Drugs and the agreements between the Ministry of Health and several non-governmental organizations to provide essential services in rural settings.

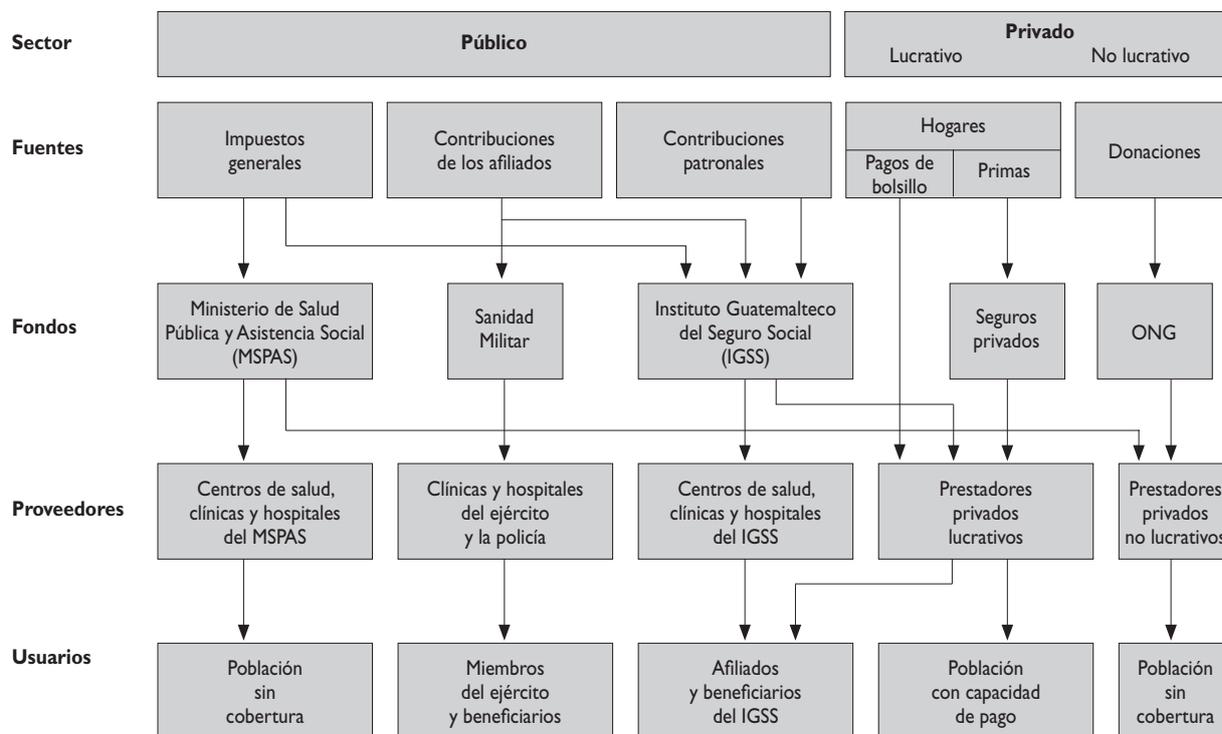
Key words: health system; social security; Guatemala

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México

(2) Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

Fecha de aceptado: 24 de abril de 2011

Solicitud de sobretiros: Víctor Becerril. Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655,
Colonia Santa María, 62100, Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: victorbecerril@gmail.com



ONG: Organizaciones no gubernamentales

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por dos sectores, público y privado. El primero comprende al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que cubre a 70% de la población, y al Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a 18% de la población. Sanidad Militar del Ministerio de Defensa y Gobernación ofrecen servicios de salud a los miembros de las fuerzas armadas y de la policía, respectivamente. El sector privado incluye organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, además de prestadores diversos con fines lucrativos. Estimaciones del MSPAS sitúan la cobertura de estas últimas cerca de 18%. El MSPAS se financia con recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera 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 el Estado. Alrededor de 92% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que sólo la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos tiene acceso a planes privados de salud. El MSPAS y el IGSS brindan atención en sus hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre las unidades de una institución y la otra. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. De igual manera, el sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

Contexto

Demografía

Con una extensión de 108 889 km² dividida en 22 departamentos, Guatemala es el país más poblado de América Central, con una densidad poblacional de 117 habitantes por km². Según estimaciones hechas a partir de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2006, el país cuenta con una población de 14 361 666 habitantes: 51.23% mujeres y 48.76% hombres.¹ El 41% de la población es indí-

gena; 51% del total vive por debajo de la línea de pobreza y 15.2% en pobreza extrema.² El 51.5% de la población habita en áreas rurales y 23% en la región metropolitana.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2009 la esperanza de vida al nacer era de 70.5 años, 67.1 años para los hombres y 74.2 para las mujeres.³

Según el informe preliminar de la Encuesta de Salud Materno-Infantil 2008-2009 (ENSMI 2008-2009), la tasa global de fecundidad es de 3.6 hijos por mujer, la más alta de la región. Dicha tasa es aún más elevada entre las mujeres indígenas: 4.5 hijos por mujer.⁴

Condiciones de salud

Guatemala ha entrado en las primeras etapas de la transición epidemiológica caracterizada por la coexistencia de padecimientos propios del subdesarrollo con enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas.⁹ Esto plantea retos importantes para un país pobre y con un sistema de salud altamente fragmentado. La pobreza se manifiesta en una desnutrición crónica en 43.4% de los menores de cinco años y carencias nutricionales en alrededor de 30% de las mujeres gestantes.

Entre mediados de los años ochenta y 2005 la mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo 62%, al tiempo que la mortalidad atribuible a enfermedades cardiovasculares aumentó 61% y la que se relaciona con tumores creció 100%. En el mismo período, la importancia de las muertes por causas externas originadas en la violencia ha crecido especialmente entre los hombres jóvenes. En la actualidad mueren más mujeres por padecimientos ligados al cáncer, la diabetes y la hipertensión que por problemas ligados a la maternidad (cuadro II).

En 2004 Guatemala tenía la tercera tasa de mortalidad infantil más alta de América Latina: 39 muertes por 1000 nacidos vivos, la cual, de acuerdo con la ENSMI 2008-2009, descendió a 30 muertes por 1000 nacidos vivos. La mortalidad materna es la más alta del istmo centroamericano y la cuarta más alta de América Latina y el Caribe. Entre sus características más importantes destacan la diferenciación tanto geográfica como étnica, con departamentos en donde llega a ser cinco veces más

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, GUATEMALA, 2008

Población total	14 361 666
Esperanza de vida al nacer	70
Esperanza de vida a los 60 años	20.2
Tasa de mortalidad general (2007)	7.43
Tasa de mortalidad infantil	30
Razón de mortalidad materna (2007)	148.88
Prevalencia de diabetes	ND
Prevalencia de hipertensión arterial	ND
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2009)	40.47 %
Cobertura de vacunación (%)	
< 1 año (2009)	
Pentavalente	92.0
OPV	92.0
BCG	93.0
< 5 años (2006)	
tuberculosis	94.8
pentavalente	30.7
DPT	82.7
Pólio	88.9
Sarampión	75.6
Población con seguridad social	17.45 %
Población no asegurada	82.55 %
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7.1
Gasto per cápita en salud*	337
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	36.9%
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	ND

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)
Fuente: Referencias 5-8

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, GUATEMALA, 2009

	Número	Tasa*	%
1. Neumonías y bronconeumonías	3466	50.74	15.37
2. Infarto agudo del miocardio	1536	22.49	6.01
3. Diabetes mellitus	1171	17.14	5.19
4. Paro cardíaco, no especificado	1129	16.52	5.00
5. Senilidad	975	14.27	4.32
6. Accidente cerebrovascular	808	11.82	3.58
7. Diarreas	778	11.39	3.45
8. Desnutrición proteico-calórica	626	9.16	2.78
9. Septicemia no especificada, choque séptico	608	8.90	2.70
10. Hipertensión esencial (primaria), tensión arterial alta	593	8.68	2.63
Otras causas	10 857		100

*Tasa por 100 000 mujeres
Fuente: Referencias 10-11

alta que en otros. Se estima que la razón de mortalidad materna entre las indígenas es tres veces mayor que entre las no indígenas.

De acuerdo con las cifras de los cuadros II y III, las primeras causas de muerte en 2009 fueron la neumonía, predominantemente entre los menores de cinco años y mayores de 65, las infecciones intestinales, las afecciones cardíacas, la diabetes, los tumores malignos y las causas externas ligadas a la violencia infligida o autoinfligida.

Entre 1984 y 2009 se notificó un total de 20 591 casos de VIH/SIDA, predominantemente hombres (62.61%) y se ha constatado el crecimiento en el número de infectados, especialmente entre personas entre 15 y los 49 años de edad, quienes representan más de 81% de los casos.¹²

Estructura y cobertura

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público comprende, en primer lugar, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el cual formalmente brinda atención a 70% de la población.¹³ En segundo lugar está el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a menos de 17.45%¹⁴ de la población vinculada con el empleo formal. Finalmente, la Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos de 0.5% de la población. Otras instituciones gubernamentales

participan de manera marginal en ciertas actividades de salud.

El 12 % de los guatemaltecos recurre al sector privado en busca de atención a su salud.¹⁵ En este sector participan organizaciones de la sociedad civil (OSC) y/o religiosas que operan sin fines de lucro. También existe un poco significativo sector de seguros privados de salud. De acuerdo con estimaciones del MSPAS, las organizaciones no gubernamentales ofrecen cobertura a cerca de 18% de la población. Los seguros privados cubren a menos de 8% de la población, principalmente perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos. De acuerdo con el MSPAS, la ampliación de la cobertura en el periodo de 1990 a 2004 fue de 66%.¹⁶

Los recursos del MSPAS provienen de ingresos fiscales del Estado, de recursos externos en forma de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas por servicios, cuyos aranceles son muy bajos. En 2008 el gobierno impulsó la gratuidad de los servicios en un escenario caracterizado por el déficit de insumos en los servicios hospitalarios y falta de presupuesto para el pago del recurso humano. El IGSS obtiene recursos de las cotizaciones de los asalariados afiliados, de los empleadores y del Estado.

El sector privado, subdividido en lucrativo y no lucrativo, se financia en 86% con pagos de bolsillo. Sólo 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud a empresas de seguros. El sector privado no lucrativo puede subdividirse en una variedad

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, GUATEMALA, 2009

	Número	Tasa*	%
1. Neumonías y bronconeumonías	4132	63.43	13.52
2. Heridas por arma de fuego	2291	35.17	7.5
3. Infarto agudo del miocardio	1811	27.8	5.93
4. Paro cardíaco no especificado	1474	22.63	4.83
5. Senilidad	963	14.78	3.15
6. Diarreas	924	14.19	3.03
7. Diabetes mellitus	896	13.76	2.93
8. Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	793	12.17	2.6
9. Traumatismo craneo-encefálico no especificado	756	11.61	2.48
10. Accidente cerebro-vascular	740	11.36	2.42
Otras causas	15764	63.43	51.6
Total de causas	30 544		100

*Tasa por 100 000 hombres

Fuente: Referencias 10-11

de OSC laicas 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. Desde 1997 las OSC han participado en el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (PECSB) mediante el establecimiento de contratos.¹⁷

La subsistencia de la medicina comunitaria tradicional indígena dentro del sector privado no debe ser soslayada. Es utilizada por más de un tercio de la población y aunque opera en el marco de estructuras comunitarias también funciona con base en 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 ambas instituciones. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. El sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

¿Quiénes son los beneficiarios?

A pesar de que la Constitución establece el derecho de todos los ciudadanos al seguro social, la cobertura real alcanzada por el IGSS es de 17.45%, y aunque el MSPAS formalmente funciona como prestador de servicios gratuitos para todos los guatemaltecos, la cobertura efectiva total que ofrecen el IGSS y el MSPAS sólo llega a 48% de la población.

De acuerdo con el MSPAS, el PECSB ha permitido pasar de 2.42 millones de habitantes cubiertos en 2000 a 4.14 millones en 2006, es decir, una proporción cercana a 32% de la población. Fuentes del ministerio señalan que, tan sólo en 2006, 1 300 000 niños y 500 000 mujeres fueron incorporados a su población beneficiaria.

El IGSS ofrece cobertura a los trabajadores asalariados y sus familias. Tienen derecho a recibir atención a la salud tanto el cónyuge como los hijos menores de cinco años. En caso de maternidad tienen derecho tanto las trabajadoras afiliadas como las esposas o mujeres cuya unión cumpla con las reglamentaciones concernientes. Según la ley, se trata de un "régimen nacional, unitario y obligatorio" destinado a garantizar la participación financiera de empleados y empleadores, así como a evitar duplicación de los esfuerzos. No obstante, salvo por lo que se refiere a la atención de accidentes, las posibilidades reales de acceso se hallan limitadas por los programas existentes en cada departamento. Ciertas barreras de ingreso, como la inexistencia de disponibilidad de los programas del IGSS en algunos departamentos, impiden la afiliación de los empleados de empresas pequeñas o de las personas que trabajan por cuenta

propia. Por ejemplo, la cobertura para maternidad y enfermedad sólo alcanza 19 de los 22 departamentos.

La Sanidad Militar cubre al personal militar a través de acciones de prevención y promoción de la salud, de hospitalización y de rehabilitación. También realiza actividades de docencia e investigación y apoya a la población civil en casos de emergencia y desastres. No obstante, la cobertura efectiva de la Sanidad Militar alcanza a un porcentaje mínimo de la población inferior a 0.5%.

Los beneficiarios de los planes privados de seguros cubren las primas correspondientes, ya sea a título personal, o como parte de las prestaciones que ofrecen sus empleadores. Más de 90% de los asegurados con planes privados pertenecen al decil más alto de ingresos.

El aseguramiento público y el privado, en conjunto, sólo cubren a alrededor de 25% de la población, dejando a más de tres cuartas partes de los guatemaltecos formalmente en manos del MSPAS y de más de 90 ONG que ofrecen servicios a cerca de cuatro millones de habitantes.

De acuerdo al Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009, en 2007 alrededor de 6% de la población no contaba con ningún acceso a servicios formales de atención a la salud.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA GUATEMALTECO DE SALUD

1944	Establecimiento del Seguro Social Obligatorio como garantía constitucional
1946	Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
1977	Reglamento sobre Protección Relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia en beneficio del sector formal de la economía
1985	Establecimiento del Seguro Social Obligatorio como garantía constitucional.
1996	Reforma del MSPAS
1997	Expedición del Código de Salud que establece la cooperación pública-privada y la obligación del Estado de brindar servicios gratuitos a la población sin capacidad de pago y puesta en operación del Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos
2001	Ley de Desarrollo Social
2003	Código de Salud y reestructuración de la Sanidad Militar
2004	Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna
2010	Sistema de Gestión de Calidad

¿En qué consisten los beneficios?

El MSPAS ofrece atención de primero a tercer nivel para la población que tiene acceso a sus establecimientos. Aunque en general estos servicios son gratuitos, el Código de Salud establece la posibilidad de cobrar ciertas

prestaciones. Los principales programas del MSPAS tienen que ver con la atención materno-infantil, las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, la violencia y las adicciones. También tiene a su cargo otros programas complementarios relacionados con el aseguramiento de la nutrición.

El IGSS funciona con base en tres grandes programas: el programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS), el programa de Accidentes, y el programa de Enfermedad y Maternidad. El primero se hace efectivo básicamente mediante el pago de pensiones relacionadas con los riesgos de invalidez, vejez y muerte y exige periodos mínimos de cotización. El segundo se implementa a través de una red de servicios en todos los departamentos del país, mientras que el tercero sólo en 19 de los 22 departamentos. El IGSS ofrece algunos otros programas, principalmente de atención materno-infantil, de atención médica para los pensionados y jubilados del programa IVS y de rehabilitación.

El IGSS ofrece servicios de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación para los afiliados directos y sus beneficiarios. El aseguramiento relacionado con enfermedades, maternidad y accidentes incluye asistencia médica quirúrgica general y especializada, así como asistencia odontológica. Se trata del conjunto de exámenes, investigaciones, tratamientos, prescripciones, intervenciones y actividades "incluidas en los programas del IGSS", aunque los documentos disponibles del IGSS no definen con precisión el contenido de sus programas.

Las prestaciones se proporcionan fundamentalmente en las instalaciones del IGSS y por medio de su personal médico, técnico, auxiliar y administrativo. Algunos aspectos del programa de Enfermedad y Maternidad se otorgan a domicilio. Además, el IGSS ha establecido convenios con el MSPAS y con médicos particulares como proveedores en determinados casos.

En los seguros privados, generalmente los usuarios no pueden elegir al prestador de la atención, a menos de haber pagado un copago suplementario a la prima. Por lo demás, el contenido de cada plan se define de acuerdo con las condiciones contractuales. La limitada cantidad de afiliados genera un costo muy elevado de las primas.

Financiamiento

¿Quién paga?

El MSPAS se financia con recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados.

La seguridad social se financia con contribuciones de los empleadores, los trabajadores afiliados y el Estado. El Estado debería participar en el financiamiento del IGSS en su doble papel de empleador y como Estado financiador del seguro social. Sin embargo, de acuerdo con los reportes, esta participación no se cumple desde 1956. Las contribuciones de empleadores y empleados son establecidas por la Junta Directiva del Instituto, en la cual participan representantes del gobierno, los patronos y los trabajadores. Dado que los programas del IGSS no están accesibles en todo el territorio, las tasas de contribución se establecen en función de los beneficios a los que tiene acceso el asegurado.

Considerando los tres programas fundamentales ofrecidos por el IGSS, se establece una participación porcentual relativa al ingreso de los trabajadores que puede llegar a representar hasta 15.5% del salario, cuando los afiliados tienen acceso a todos los beneficios. Puesto que en todos los departamentos la afiliación garantiza los beneficios de los programas de Accidentes y de Invalidez, Vejez y Supervivencia, la cotización que están obligados a pagar los empleadores va de 6.67% por estos dos programas a 10.67% del salario, cuando se incluye la cobertura del programa de Enfermedad y Maternidad. La cotización de los trabajadores va de 2.83% en los tres departamentos en donde sólo se cubren dos programas, a 4.83% en los otros 19 departamentos (cuadro IV).

El financiamiento de la Sanidad Militar depende de recursos presupuestales del Estado asignados al ministerio correspondiente. Se les suman las cotizaciones de los militares jubilados y sus dependientes, así como de administradores del ejército que deciden afiliarse de manera voluntaria y cuyo monto es determinado por el Ministerio de la Defensa Nacional.

Alrededor de 92% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que sólo la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos tiene acceso a planes privados de salud. En años recientes ha aumentado la participación de las remesas enviadas por los guatemaltecos residentes en el extranjero en el financiamiento de la salud.¹⁹

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto en salud de Guatemala como porcentaje del PIB asciende a 7.1%. Esta cifra representa un incremento de un punto porcentual del PIB en los últimos 10 años. El grueso del gasto es privado (62.1%).⁸ Ningún país de América Latina depende tanto del gasto privado en salud como Guatemala. El 90% del gasto privado es gasto de bolsillo. Las donaciones externas representan 2.3% del gasto total en salud.

Cuadro IV
PARTICIPACIÓN EN EL FINANCIAMIENTO DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL POR AGENTES
Y DISPONIBILIDAD DE PROGRAMAS, GUATEMALA, 2008

Fuentes	Programas			Total
	Enfermedad y Maternidad	Accidentes	Invalidez, Vejez y Sobrevivencia	
Empleadores	4%	3%	3.67%	10.67%
Trabajadores	2%	1%	1.83%	4.83%
Total	6%	4%	5.5%	15.5%

Fuente: Referencia 18

El gasto per cápita en salud es de 337 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo) y ha aumentado de manera consistente toda esta década. En el año 2000 era de 191 dólares PPA.

El gasto público en salud representa poco menos de 37% del gasto total en salud. El MSPAS concentra 40% del gasto público, el IGSS 59% y el resto corresponde al presupuesto de la Sanidad Militar.

¿Quién reúne el dinero y cómo lo distribuye?

Los encargados de reunir y asignar los recursos financieros del sector público son el MSPAS, la Sanidad Militar y el Hospital de la Policía Nacional. La asignación se basa en presupuestos anuales. De acuerdo con la rendición de cuentas del MSPAS en 2006, los principales rubros de gasto fueron los recursos humanos, los medicamentos, el material médico quirúrgico y el equipamiento. En el sector público el gasto en salud se dirige de manera preponderante al pago de salarios y al mantenimiento de la infraestructura.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

De acuerdo con el MSPAS, la institución cuenta con una red de 43 hospitales en los que se brinda atención de segundo y/o tercer nivel, dos de ellos son de referencia nacional, siete especializados, siete nacionales regionales, 14 departamentales y 13 distritales en los cuales se ofrecen servicios a una población de 6.6 millones de personas. Además, el ministerio cuenta con establecimientos de atención primaria (centros, puestos de salud y de extensión de cobertura): 3 301 centros comunitarios, 957 puestos de salud, 20 maternidades

cantonales, siete clínicas periféricas, 26 centros de salud tipo "A" y 264 centros de salud tipo "B" 24 centros de Urgencias 24 horas.²⁰

En un documento de rendición de cuentas del año 2006, el MSPAS informa de la creación y desarrollo de 21 centros de atención permanente (CAP) en diez áreas de salud; 22 centros de atención para pacientes ambulatorios (CENAPS) en seis áreas de salud; 85 puestos de salud fortalecidos (PSF) en nueve áreas de salud y un centro de atención integrado materno-infantil (CAIMI) en el área de salud de Izabal.

El IGSS cuenta con 104 unidades médicas que, según su capacidad de atención, se clasifican en puestos de salud para atención primaria, centros de salud, consultorios y/o enfermerías con servicios de segundo nivel y hospitales y sanatorios para la atención de tercer nivel.²¹

Según datos del MSPAS, además de los establecimientos del sector público, en 2009 existían 2 287 clínicas médicas privadas y 62 hospitales y/o sanatorios pertenecientes al sector privado.

Cifras de la OMS, indican que en 2005 Guatemala contaba con siete camas por 10 000 habitantes, cifra inferior a la de El Salvador (9), Bolivia (10), Perú (11) y Colombia (12).

Como sucede en casi todos los países de la región con problemas de acceso a establecimientos de salud, a pesar de que menos de 25% de la población habita en el departamento de Guatemala, existe una importante concentración de infraestructura y de recursos humanos en el mismo y en otras de las zonas urbanas y con mayor desarrollo económico.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

Según la OMS, en Guatemala hay 0.9 médicos por 1000 habitantes, una de las razones más bajas de América Latina. Bolivia y Paraguay, por ejemplo, cuentan con 1.2

y 1.1 médicos por 1000 habitantes, respectivamente. En 2009, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala tenía registrados poco más de 12 940 profesionistas de la medicina activos, lo cual corrobora la razón registrada por OMS. Destaca el hecho de que 70.9% del personal de salud se concentra en la zona metropolitana, lo que arroja razones de menos de 0.1 médicos por 1000 habitantes en el Quiché.²²

En contraste, en Guatemala hay 4.1 enfermeras y parteras por 1000 habitantes, cifra mucho más elevada que la de Bolivia (2.1) y Paraguay (1.8) e incluso que la de Brasil (3.8). Esta información debe ser tomada con reservas, pues se calcula que sólo hay una enfermera profesional por cada cuatro médicos que laboran en el MSPAS y el IGSS.

Cinco universidades ofrecen programas de formación de médicos y cirujanos. Una de ellas es pública, la Universidad de San Carlos de Guatemala. Además, existen cuatro privadas: la Universidad Francisco Marroquín, Universidad Mariano Gálvez, la Universidad Mesoamericana y la Universidad Rafael Landívar. Varias instituciones tanto públicas como privadas ofrecen carreras técnicas dentro del área de la salud.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

De acuerdo con información del MSPAS, los recursos financieros invertidos en la compra de medicamentos en 2005 representaron 28.7% del gasto total en salud.¹⁶ Alrededor de 70% de esta cantidad es gasto de bolsillo, 21% es gasto del IGSS, 5% corresponde al MSPAS y el restante 4% corresponde a las OSC. Este 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 calidad y a precio accesible a la población. En 2006 los establecimientos afiliados al programa incluían 923 “servicios de ventas sociales de medicamentos”, 1043 “botiquines rurales”, 81 “farmacias municipales” y 41 “farmacias estatales”. Alrededor de 40% de los medicamentos comercializados son genéricos.

La industria farmacéutica de Guatemala se encuentra entre las más grandes de Centroamérica. La Asociación de Industriales Farmacéuticos de Guatemala agrupa a 29 empresas dedicadas a la fabricación de medicamentos y otros productos químicos que producen medicamentos de marca y genéricos. La mayor parte de estos últimos es importada desde México y, en menor medida, de Estados Unidos.

La entrada en vigor en 2004 del Tratado de Libre Comercio de América Central con los Estados Unidos, así como la aprobación de diversos decretos relacionados con la propiedad intelectual, despertaron polémicas sobre la posible limitación del acceso a medicamentos. Por ejemplo, el acceso a antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA debido a que las nuevas regulaciones obligaban a pagar hasta 20 veces más por los medicamentos de marca en ausencia de genéricos autorizados.

¿Quién genera la información y quien produce la investigación?

El Instituto Nacional de Estadística (INE) es el responsable nacional del manejo de la información sobre estadísticas vitales y sobre el estado de salud de la población, en colaboración con las municipalidades y los registros civiles. La codificación se lleva a cabo siguiendo la clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión y la información es transmitida a los diversos ministerios, incluyendo al MSPAS, así como a todas las instituciones nacionales e internacionales que la requieran. A este efecto existen convenios de cooperación para intercambio de información con el propio MSPAS.

En 1996 el MSPAS puso en marcha el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), encargado de recoger y procesar la información sobre salud, financiamiento, planificación, recursos humanos y gestión de los hospitales. A través de la página electrónica del MSPAS, el SIGSA ofrece información sobre mortalidad general, mortalidad materna, morbilidad, coberturas de vacunación, producción de consultas en el MSPAS y avances en ciertos programas del ministerio.

Existe en el seno del INE una Unidad de Estadísticas Hospitalarias encargada de recopilar, analizar y procesar la información proveniente de los servicios privados de salud en concordancia con lo estipulado por las leyes específicamente dedicadas a la regulación de la misma.

La investigación científica en Guatemala es responsabilidad del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYT), el cual coordina las actividades las instituciones en todas las áreas del conocimiento. Hasta años recientes, la investigación en salud ha ocupado un sitio menor dentro de las prioridades de financiamiento del CONCYT.

En 2005 las Universidades de San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Guatemala, el MSPAS y, posteriormente el IGSS, crearon la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud. Además de servir como instancia de coordinación, la comisión se

propuso contribuir a mejorar la salud de la población mediante la formación profesional, el desarrollo de la investigación y la asesoría al MSPAS. Sobre esta base, en 2006, la Subcomisión de Investigación llevó a cabo un Taller de Identificación de Prioridades de Investigación con el apoyo del CONCYT y la OPS del cual surgió una publicación en la que se definen 24 áreas y sus correspondientes líneas de investigación.

Desde 2004 funciona la Biblioteca Virtual en Salud de Guatemala a través de la cual se asegura el acceso a información en salud puesta a disposición en Internet por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud de la OPS.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El MSPAS es responsable de la rectoría del sistema de salud y se encarga de definir las políticas nacionales de salud. No obstante, su actividad está limitada, entre otras cosas, debido a la fragmentación del sistema nacional de salud.

La instancia directamente responsable de la rectoría sectorial es la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS. Sus tareas más importantes son registrar y acreditar los establecimientos de salud, por un lado, y vigilar y controlar los productos farmacéuticos y los alimentos, por el otro.

En 2002, la Ley General de Descentralización y el Código Municipal delegaron en las municipalidades la responsabilidad de velar por el cumplimiento y la observancia de las normas de control sanitario, además de establecer, hacer funcionar y administrar los servicios públicos de salud.

El IGSS es una institución autónoma regida por su Ley Orgánica, dirigida por su Junta Directiva en función de los acuerdos tomados en su seno, y actúa con independencia respecto del MSPAS.

Las instituciones del sector privado que ofrecen aseguramiento en salud sólo están sujetas a inspección y vigilancia por parte de la Superintendencia de Bancos y no están sometidas a ningún tipo de regulación de la atención a la salud.

La acreditación de los recursos humanos en salud está a cargo de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, mientras que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala se encarga de vigilar el ejercicio de la profesión médica, promover el intercambio científico entre sus miembros y con los centros y autoridades científicas nacionales y extranje-

ras, evitar el ejercicio ilegal de la medicina y auspiciar las asociaciones gremiales para proteger el ejercicio de la profesión.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS es una de las cuatro direcciones generales desde las que se coordinan las acciones del MSPAS. El ministerio lleva a cabo el control sanitario de los proyectos habitacionales, de los cementerios, del comercio de productos agrícolas tanto interno como externo, vigila el manejo y la comercialización de los alimentos en general y regula la producción, importación y comercialización de productos farmacéuticos con base en el Código de Salud.²³

¿Quién evalúa?

Como parte de las actividades de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, en 2005 se planteó la necesidad de evaluar el desempeño del sector salud.²⁴ Sin embargo, no existe ninguna instancia encargada de realizar estas evaluaciones de manera regular. Además, la segmentación del sistema y la escasa capacidad rectora del MSPAS dificultan la tarea de evaluar las actividades de las diferentes instituciones prestadoras de servicios con base en criterios comunes.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y la evaluación del sistema?

Aunque los diversos programas de promoción impulsados por el MSPAS mencionan la participación de los ciudadanos, no existen estructuras bien definidas para que esta se vuelva una realidad institucional. En 1999 se creó el Departamento de Promoción y Educación en Salud del MSPAS entre cuyas tareas se encontraba la promoción de la participación social en salud. Más tarde, los actores locales fueron capacitados para integrar los Consejos Municipales de Desarrollo y los Consejos Comunitarios de Desarrollo, en los cuales quedaban contempladas diversas acciones relacionadas con la salud y la seguridad alimentaria y nutricional.

Tal vez los convenios y contratos establecidos con las diversas OSC en el marco del Programa de Extensión de Cobertura sean el ámbito en el que mejor se expresa la participación ciudadana. Recientemente se ha dado un impulso a la creación de comités locales de atención

a emergencias materno-infantiles con base en la participación de parteras capacitadas. En el primer nivel de atención se ha buscado establecer contacto con las comunidades a través de los llamados “guardianes de la salud”, agentes comunitarios encargados de transmitir información desde y hacia las familias, identificar las afecciones de los grupos objetivo y ofrecer atención en el nivel más simple de complejidad y referir a los servicios institucionales los casos que vayan más allá de su capacidad de respuesta.

A nivel local, en la Ciudad de Guatemala, el Programa de promoción de la salud individual, familiar y comunitaria se centra en la participación ciudadana y lleva a cabo actividades de promoción y prevención con base en el voluntariado en salud. Para ello se apoya en los Comités Únicos de Barrio y de Vecinos. Como parte de este programa municipal el Proyecto Comunitario Materno-Infantil de la Dirección de Salud y Bienestar Municipal en coordinación con la Dirección de Salud Guatemala Centro promueve el seguimiento de las mujeres embarazadas realizando visitas periódicas a domicilio.

Existen diversas OSC que tratan de incidir de manera directa tanto en la formulación como en la implementación de las políticas, programas y acciones en salud. Por ejemplo, la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, fundada en 1978, cuenta con 63 programas y organizaciones comunitarias de salud en 19 departamentos. En julio de 2007 llevó a cabo un seminario intitulado “Voces por el derecho a la salud de los pueblos” en el que participaron promotores de salud, parteras, practicantes de medicina tradicional maya, líderes y organizaciones comunitarios de Guatemala y de países vecinos.

Otra importante organización que agrupa a otras es el Movimiento Ciudadano por la Salud de Guatemala (MCS-Guatemala), un colectivo de ciudadanos promotores del derecho a la salud. Esta agrupación participa en diferentes niveles y espacios (local, departamental, nacional, gubernamental y no gubernamental) e incluye a representantes de las ciencias sociales y médicas, así como a trabajadores comunitarios de salud. Su principal objetivo es servir como interlocutores de los grupos de población que no cuentan con representación dentro de los grupos de presión tradicionales. El MCS-Guatemala tiene cuatro líneas de trabajo: fortalecimiento de la participación, investigación operativa, incidencia política y comunicación. Su producto más importante es la propuesta de ley marco de salud llevada ante la Comisión de Salud del Congreso.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

Lamentablemente en Guatemala no se cuenta con estudios sobre satisfacción de los usuarios en ninguno de los sectores del sistema de salud.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

Como parte de las políticas públicas destinadas a conseguir la reconstrucción nacional luego del fin de la guerra civil, en 1997 el gobierno guatemalteco lanzó el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos, que ha sido conservado desde entonces como una de las prioridades en salud de los sucesivos gobiernos. A partir de este programa se echó a andar el Sistema Integral de Atención en Salud, basado en el establecimiento de contratos con OSC que se comprometieron a llevar atención a la salud a la población sin acceso a establecimientos del MSPAS, fundamentalmente a las comunidades indígenas de zonas rurales. En 2001 se habían suscrito 144 convenios de este tipo con alrededor de 90 OSC que ampliaron la cobertura de servicios a más de tres millones de personas de áreas rurales alejadas. Los contratos se centran en la prestación de servicios materno-infantiles y prevención y tratamiento de enfermedades como la malaria.

En 1997 también se puso en marcha el Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM) para apoyar el establecimiento y mantenimiento de farmacias estatales y municipales, las ventas sociales de medicamentos y la creación de botiquines rurales en todo el país. El PROAM permitió realizar importantes economías de escala y financiar parte de la extensión de beneficios a toda la población ampliando la red de distribución de medicamentos.

En 2001 el Congreso promulgó la Ley de Desarrollo Social, sobre cuya base se definió la Política de Desarrollo Social y Población entre cuyas metas más importantes estaba la reducción de la mortalidad materna en 15%. Asimismo, se crearon establecimientos destinados a atender las emergencias obstétricas en los lugares con mayores tasas de mortalidad materna e infantil y se creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva, responsable de la reducción de la mortalidad y la elevación del nivel de salud de la población en general y de los niños en primer lugar. En colaboración con agencias de la ONU y diversas OSC, este realizó el informe Línea Basal de Mortalidad Materna. Este informe debía medir

el impacto de las acciones y coordinar los esfuerzos de instituciones y organizaciones vinculadas con el tema y definir criterios sobre los múltiples determinantes socioculturales del problema.

El Programa Nacional de Salud ha sido el punto de partida para definir estándares en la provisión de los servicios en todos los niveles a través de la publicación de un manual que establece protocolos concretos para procedimientos diagnósticos y de tratamiento con un mínimo de calidad y eficiencia. El manual también establece criterios para la participación de la comunidad y de los usuarios de los servicios de atención a la salud.

Atendiendo a los compromisos de la conferencia de Alma-Ata, el MSPAS ha puesto a la APS entre las prioridades de la política nacional de salud como estrategia central para fortalecer el acceso a servicios básicos de salud.

A partir de 2005, el MSPAS ha dado mayor prioridad al fortalecimiento del segundo nivel de atención dentro de los hospitales departamentales, municipales y los centros de atención materno-infantil. Sin embargo, las carencias de infraestructura y recursos humanos no han hecho posible lograr avances significativos.

En 2010 el MSPAS desarrolló el Sistema de Gestión de Calidad con el propósito de “consolidar una cultura de calidad, eficiencia y transparencia en la prestación de los servicios que ofrece a la población.”²⁵

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Diversos análisis mencionan que la articulación del MSPAS con las OSC proveedoras de atención a la salud, tal vez la innovaciones reciente más importante, ha tenido buenos resultados. Por ejemplo, la cobertura de vacunación contra el sarampión en niños menores de cinco años se incrementó en 22.4% en un periodo de 22 años para alcanzar 77.4% en 2009.²⁶ Efectos similares se han registrado en el programa de atención a la salud materno-infantil. Pero, a pesar de las limitaciones, el mayor éxito ha sido la extensión de cobertura en servicios básicos de salud hacia la población rural e indígena, fundamentalmente pobre.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Actualmente la sociedad guatemalteca discute sobre las posibilidades de cambios en su sistema de salud. La Comisión de Salud del Congreso ha trabajado sobre diversas propuestas para la elaboración de una ley general de salud capaz de resolver los problemas más acuciantes del sector. En ellas se reconoce la necesidad de crear un sistema nacional de salud articulado,

integrando y coordinando las acciones del MSPAS y el IGSS, y asegurando su financiamiento sobre la base de la protección financiera de las familias y la equidad en el acceso y el uso de los recursos.

Desde la perspectiva del propio MSPAS, los principales problemas de salud son la alta mortalidad materna e infantil y la inseguridad alimentaria, la persistencia de enfermedades infecciosas y de enfermedades transmitidas por vectores, y el aumento de las enfermedades crónicas. El principal reto, entonces, sigue siendo alcanzar una mayor cobertura de servicios básicos. Las diversas propuestas coinciden en la necesidad de ampliar y fortalecer la infraestructura, el equipamiento básico y la dotación de insumos para la red de salud e incentivar la formación de recursos humanos, para lo cual es indispensable incrementar el gasto público.

A pesar de que los mayores logros en la extensión de cobertura se han centrado en los pobres del campo, fundamentalmente indígenas, se señala la necesidad de incorporar un enfoque étnico en el sistema. El objetivo incluye tanto adaptar los métodos y mecanismos de atención a la salud a las particularidades culturales de los indígenas como incorporar su medicina tradicional.

Por último, las propuestas insisten en la urgencia de fortalecer el sistema de información en salud, reforzar la capacidad rectora del MSPAS y avanzar en el desarrollo del segundo nivel de atención.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo que las siguientes personas brindaron para la elaboración de este mapa: Jorine Musier, María del Rocío Sáenz y Alberto Vindas.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. INE. Proyecciones del INE al 30 de junio de 2010 [consultado 2010 octubre 28]. Disponible: <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/207-infodemo2010>
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006 [consultado 2010 octubre 28]. Disponible en: http://www.ine.gob.gt/descargas/ENCOVI2006/Resultados_Nacionales.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009 [consultado 2010 octubre 24]. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=view&id=852&Itemid=558
4. Stupp P. Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009 [consultado 2010 abril 22]. Disponible en: www.guatemala.gob.gt/docs/ENSMI.ppt
5. UNICEF. Panorama. Guatemala [consultado 2010 noviembre 3]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/guatemala_statistics.html

6. SIGSA [consultado 2010 noviembre 4]. Disponible en: http://www.sigsamspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=104:nacimientos-por-asistenciarecida&catid=37:informes&Itemid=57http://www.sigsamspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=119
7. ENSMI 2008-2009. Informe Preliminar [consultado 2010 noviembre 8]. Disponible en: http://www.ine.gob.gt/descargas/ENSMI/2008-2009/Informe_ENSMI2008_2009.pdf
8. WHO. National health accounts. Guatemala [consultado 2011 abril 22]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/gtm.pdf>
9. Frenk J, Lozano R, Bobadilla JL. La transición epidemiológica en América Latina. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 1994
10. MSPAS. Plataforma de Información Social Integrada de Guatemala [consultado 2010 septiembre 13]. Disponible en: <http://200.6.193.201/businessobjects/enterprise115/desktoplaunch/InfoView/logon/logon.object>
11. INE. Plataforma de Información Social Integrada de Guatemala [consultado 2010 septiembre 13]. Disponible en: <http://200.6.193.201/businessobjects/enterprise115/desktoplaunch/InfoView/logon/logon.object>
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estadísticas de casos acumulados notificados VIH y SIDA enero 2004 - diciembre 2009. Guatemala: Centro Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010.
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Guatemala [consultado 2009 octubre 9]. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Guatemala%20Spanish.pdf>
14. Instituto Guatemalteco del Seguro Social. Informe de Labores 2007, Guatemala: IGSS 2008.
15. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas Guatemala [consultado 2010 octubre 10]. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Guatemala%20Spanish.pdf>
16. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. Washington D.C.: OPS, 2007.
17. Banco Mundial. Innovaciones en el sistema de salud de América Central: lecciones e impactos de nuevos enfoques. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2006.
18. IGSS. Resumen del Informe Anual de Labores 2008. Guatemala: IGSS, 2009.
19. Flores W. El sistema de salud en Guatemala: ¿Así...funcionamos?. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica 2007. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología, 2008.
21. Instituto Guatemalteco del Seguro Social. Listado de unidades del IGSS. Área metropolitana y departamental 2008 [consultado 2010 octubre 21]. Disponible en: http://www.igssgt.org/servicios_medicos/unidades_del_instituto_ver2.pdf
22. Organización Panamericana de la Salud. Información sobre recursos humanos de salud en Guatemala [consultado 2010 octubre 25]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?gid=5734&option=com_docman&task=doc_download.
23. Congreso de la República de Guatemala. De las Acciones de Salud. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala, 1997.
24. Acuerdo Ministerial No. SP-M- 1814- 2005 de fecha de 10 de mayo 2005, Diario de Centro América 2005;(85).
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [sitio en internet] [consultado 2010 octubre 23]. Disponible en: http://portal.mspas.gob.gt/sistema_de_gestion_de_calidad.html
26. ENSMI 2008-2009, Informe Preliminar [consultado 2010 noviembre 8]. Disponible en: http://www.ine.gob.gt/descargas/ENSMI/2008-2009/Informe_ENSMI2008_2009.pdf

Sistema de salud de Honduras

Juan Luis Bermúdez-Madriz, L en RI,⁽¹⁾ María del Rocío Sáenz, MC, MSP,⁽¹⁾
Jorine Muiser, M en C,⁽²⁾ Mónica Acosta, L en CP.⁽¹⁾

Bermúdez-Madriz JL, Sáenz MR, Muiser J, Acosta M.
Sistema de salud de Honduras.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S209-S219.

Bermúdez-Madriz JL, Sáenz MR, Muiser J, Acosta M.
The health system of Honduras.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S209-S219.

Resumen

En este trabajo se describe el sistema de salud de Honduras, incluyendo los retos que enfrenta, su estructura y cobertura, su financiamiento, los recursos con los que cuenta y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. Este sistema cuenta con un sector público constituido por la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y un sector privado en el que predomina el uso de servicios con pago de bolsillo. El Plan Nacional de Salud 2010-2014 se plantea una ambiciosa reforma del sistema que contempla la universalización del aseguramiento mediante un sistema de salud integrado y plural, en el que la SS funcionaría como una institución rectora y reguladora, y que contaría con un seguro público nacional de salud para la población pobre y un IHSS que funcionaría exclusivamente como aseguradora al contratar servicios para sus afiliados con proveedores públicos y privados, que operarían bajo un modelo de salud familiar y comunitaria.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Honduras

Abstract

This paper describes the health system of Honduras, including its challenges, structure coverage, sources of financing, resources and stewardship activities. This system counts with a public and a private sector. The public sector includes the Ministry of Health (MH) and the Honduran Social Security Institute (HSSI). The private sector is dominated by a set of providers offering services payed mostly out-of-pocket. The National Health Plan 2010-2014 includes a set of reforms oriented towards the creation of an integrated and plural system headed by the MH in its stewardship role. It also anticipates the creation of a public health insurance for the poor population and the transformation of the HSSI into a public insurance agency which contracts services for its affiliates with public and private providers under a family medicine model.

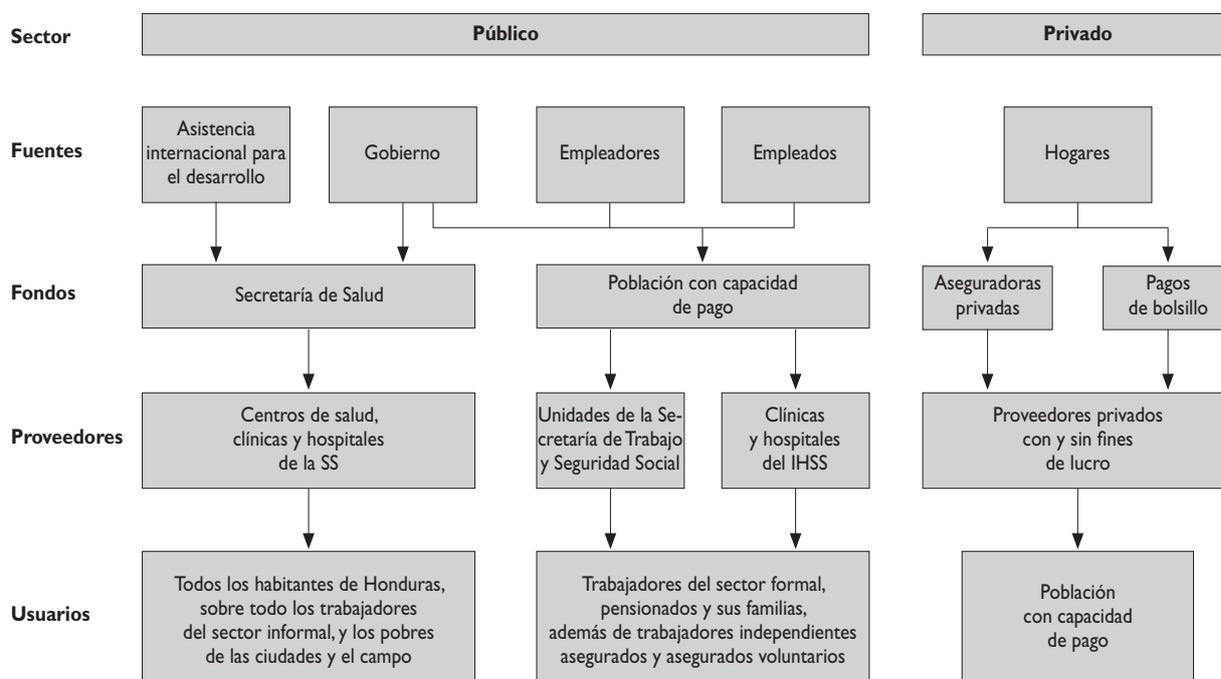
Key words: health system; social security; Honduras

(1) Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración. San José, Costa Rica.

(2) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Fecha de aceptado: 2 de febrero de 2011

Solicitud de sobretiros: Lic. Juan Luis Bermúdez Madriz. Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración CONEDSA.
Apartado postal 222-3015, Heredia, Costa Rica, C.A.
Correo electrónico: juanluisbm@conedsa.com



El sistema de salud de Honduras está compuesto por un sector público y un sector privado. El sector público incluye a la Secretaría de Salud (SS) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), además de otras instituciones públicas que administran regímenes especiales de aseguramiento (Fuerzas Armadas) o atienden a poblaciones específicas. La SS ofrece atención a toda la población en sus propias instalaciones y con sus propios médicos y enfermeras, pero se estima que sólo 60% de los hondureños hacen uso regular de estos servicios. El IHSS cubre a 40% de la población económicamente activa empleada en el sector formal y sus dependientes, es decir, 18% de la población total. Este Instituto presta sus servicios en instalaciones privadas (primer nivel) y en instalaciones propias y de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social. El sector privado atiende alrededor de 5% de la población, en particular, a la población con capacidad de pago. Este sector incluye a las aseguradoras privadas y a los consultorios, clínicas y hospitales privados con y sin fines de lucro. Se calcula que 17% de los hondureños no cuenta con acceso regular a servicios de salud.

Contexto

Demografía

Honduras tiene una superficie territorial de 112 492 km² y cuenta con una población de 8 045 990 habitantes; 50.7% son mujeres y 49.3% hombres.¹ El 55.5% de la población radica en áreas rurales y 44.5% en zonas urbanas.² En su composición étnica predomina una mayoría mestiza a la cual se suman ocho etnias que representan 7% de la población (440 000 personas).³ Algunos documentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hablan de hasta un millón de descendientes de indígenas y negros en el país.⁴

La pirámide poblacional se sustenta en una amplia base joven. Los menores de 18 años representan 47% de la población mientras que los adultos mayores de 60 años concentran a 5.7%.⁵ Este bono demográfico genera una potencial ventaja para el crecimiento económico y para el fortalecimiento de la seguridad social, empero se enfrenta a una alta incidencia de pobreza que alcanza 58.8% de los hogares y 64.5% de la población total.⁶

El crecimiento de la población se ha mantenido a pesar de la reducción de la tasa global de fecundidad y la persistencia de saldos migratorios negativos. La tasa de fecundidad pasó de seis hijos por mujer en 1980 a 3.3 en el momento actual, y alcanzará el umbral de reemplazo entre 2030 y 2035.^{7,8}

La esperanza de vida al nacer, por su parte, aumentó de 61.6 años en el quinquenio 1980-1985 a 72.1 años en el período 2005-2010.^{9,10}

Condiciones de salud

Honduras presenta un proceso de transición epidemiológica caracterizado por un incremento de las enfermedades no transmisibles y lesiones, y la persistencia de enfermedades infecto-contagiosas.

La tasa bruta de mortalidad bajó de 5.2 por 1000 habitantes en 2001 a 4.9 por 1000 en 2009, producto principalmente de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, que hoy es de 27.8 por 1000 nacidos vivos (cuadro I).⁹ 61% de estos decesos se producen en el período neonatal y se deben, sobre todo, a trauma/

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, HONDURAS 2009

Población total	8 045 990
Esperanza de vida	72.1
Esperanza de vida a los 60 años (2008)	13.7
Tasa de mortalidad general	4.9
Tasa de mortalidad infantil	27.8
Razón de mortalidad materna (2005)	280
Prevalencia de diabetes (%) (>19 años en zonas urbanas)	6.2
Prevalencia de hipertensión arterial (%) (>19 años en zonas urbanas)	22.6
Proporción de partos atendidos por personal calificado	69
Cobertura de vacunación (%) en niños de 12 a 23 meses	
Tercera dosis DPT	99
BCG niños de 1 año	99
Sarampión niños de 1 año	95
Población cubierta por la seguridad social (%)	18
Población no asegurada (%)	79
Población con seguro privado (%)	2.9
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2008)	5.7
Gasto en salud per cápita (2008)*	227
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008)	61.4
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud (2004)	8.7

Fuente: Referencias 2,5,6,8,9,11-17

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

asfixia, prematuridad e infecciones propias del período perinatal.^{9,13} Como se puede observar en el cuadro II, los decesos en el período perinatal constituyen la principal causa de muerte en el país.

Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la razón de mortalidad materna en Honduras en 2005 fue de 280 por 100 000 nacidos vivos.¹⁵ La primera causa de muerte materna son las hemorragias (57%), seguidas de los padecimientos ligados a la hipertensión (23%) y las infecciones (10%).¹³ Cabe señalar, sin embargo, que las cifras de mortalidad materna que reportan diversas agencias del gobierno hondureño son mucho menores.

A los decesos durante el período perinatal le siguen como principales causas de muerte la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares, que nos hablan de una presencia creciente de los padecimientos no transmisibles en Honduras.

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, HONDURAS 2004

	% muertes totales
1. Condiciones originadas en el período perinatal	18.8
2. Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	6.3
3. Diabetes mellitus	5.6
4. Enfermedad cerebrovascular	5.0
5. Eventos de origen no determinado	4.6
6. VIH/sida	4.4
7. Influenza y neumonía	4.3
8. Enfermedades pulmonares crónicas	4.0
9. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	3.6
10. Enfermedades isquémicas del corazón	3.1
Las demás causas	40.3

Fuente: Referencia 18

El cáncer también empieza a ocupar un lugar importante. En Honduras se producen al año alrededor de 8 900 casos anuales de cáncer.¹⁹ Los cánceres más frecuentes en mujeres son el cáncer de cérvix, estómago, mama, hígado y cuerpo uterino. En hombres los tipos de cáncer más frecuentes son el cáncer de próstata, estómago, hígado, pulmón y leucemia.

Honduras es uno de los países con mayor incidencia de VIH/sida en América Latina con alrededor de 28 000 personas infectadas, que representan 40% de los casos reportados en Centroamérica.²⁰ En 2009 presentaba una tasa de prevalencia de 0.68 por 100 000 habitantes.^{13,21} La relación entre hombres y mujeres ha pasado de 4:1 a 1:1 en la actualidad. La Secretaría de Salud (SS) informó en febrero de 2010 que del total de infectados, 20 000 son portadores activos, 815 niños y 327 embarazadas, lo que hace del sida la segunda causa de muerte entre los jóvenes después de la violencia.²²

La violencia ocupa una importancia creciente. De 2005 a 2009 el número anual de homicidios aumentó más de 100%, de 2 417 a 5 264, para una tasa por 100 000 habitantes de 66.8, lo que lo ubica en el primer lugar de Centroamérica, que es una de las regiones más violentas del mundo.^{23,24}

A pesar de los avances en el control de los padecimientos pre-transicionales, las enfermedades transmitidas por vectores como el dengue, la malaria y la enfermedad de Chagas, todavía representan una seria amenaza, especialmente para los grupos más pobres.

Después de haber registrado un importante descenso entre 2002 y 2003, el dengue volvió a incrementarse a tasas de 101 por 100 000 habitantes en 2008.

Las diarreas ligadas a infecciones intestinales también siguen flagelando a los niños menores de 5 años que viven en condiciones de pobreza. Se calcula que al año se producen 1 050 muertes por esta causa, vinculadas a la falta de acceso a agua potable.²⁵ En Honduras, sólo 87% de la población tiene acceso regular a agua potable, la segunda cobertura más baja de la región.³

La desnutrición crónica infantil entre los tres meses a cinco años también sigue causando estragos. En 2006 afectó a 24.7% de esta población.²⁶

Finalmente, es importante señalar que Honduras es un país particularmente expuesto a desastres naturales. El 60% de su territorio se clasifica de alto riesgo de deslizamiento y ha enfrentado frecuentes eventos naturales de magnitudes desastrosas, como el huracán Mitch, en 1998, el que mayor impacto humano en salud produjo: 5 657 muertos, 8 058 desaparecidos y 12 275 heridos.²⁷

Estructura y cobertura

El sistema de salud de Honduras está compuesto por un sector público y un sector privado. De acuerdo con el Código de Salud, el primero está constituido por las Secretarías de Salud (SS), Gobernación y Justicia, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública, Recursos Naturales, Planificación, Coordinación y Presupuesto, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, y las municipalidades.²⁸

Destacan dos instituciones en la prestación de servicios de salud, la SS, que ejerce una doble función al ser rector del sistema y proveedor de servicios, y el IHSS. La primera ofrece atención a toda la población. Sin embargo, se estima que únicamente cerca de 60% de los hondureños acceden a estos servicios de manera regular. El segundo cubre a menos de la mitad de la población asalariada del sector formal de la economía, lo cual equivale aproximadamente a 18% de la población hondureña.⁸ Ambas instituciones cuentan con centros de salud y hospitales, y se complementan en el nivel local mediante instalaciones de la Junta Nacional de Bienestar y de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS) o con la contratación de proveedores privados. La Secretaría de Defensa también cuenta con unidades de salud, como el Hospital Militar.

El Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia contribuye al sistema de salud mediante programas de cuidado infantil, atención nutricional y actividades de estimulación temprana, y atención a niños y

adolescentes con discapacidad, así como con el desarrollo de las Consejerías de Familia que promueven la atención psicológica a personas que ejercen violencia intrafamiliar.²⁹

El Programa de Asignaciones Familiares (PRAF) ejecuta el programa Bono Solidario en Salud Materno Infantil, que hace entrega de transferencias monetarias por valor anual de 60 dólares a cambio de controles de salud a los hogares en extrema pobreza que tienen mujeres embarazadas o lactantes, niños y niñas menores de 6 años con riesgo de desnutrición y discapacitados. Durante 2010 se prevé una cobertura de 386 298 beneficiarios.³⁰

El Departamento de Medicina, Higiene y Seguridad Ocupacional de la STSS cuenta con algunos establecimientos de salud, aunque el recurso humano es provisto por la SS. El Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia también brinda servicios preventivos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

El sector privado cuenta con prestadores con y sin fines de lucro. Entre los primeros se encuentran hospitales, clínicas y profesionistas independientes y once empresas que ofrecen seguros de salud. Entre los segundos se incluyen organizaciones de la sociedad civil como CARE, Visión Mundial HOGASA, Médicos Mundi, Aldea Global, Asociaciones de Pastores, AS-HONPLAFA y MOPAWI, entre otros.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA HONDUREÑO DE SALUD

1959	Promulgación del Código del Trabajo y la Ley del Seguro Social que crea el Instituto Hondureño de Seguridad Social
1989	Fundación del Hospital Militar
1990	Inicio de la Reforma del Sector Salud
1991	Promulgación del Código de Salud vigente y la Ley de Municipalidades
1998	Nueva Agenda en Salud. Se faculta por ley al Hospital Militar para vender servicios.
2001	Plan Nacional de Salud 2021
2003	Inicio del programa Sistemas Locales de Seguridad Social
2004	Reorganización de la Secretaría de Salud en 18 regiones sanitarias departamentales y dos regiones metropolitanas
2002-2006	Programa de Modernización Hospitalaria financiado por el Programa de Reforma Integral del Sector Salud (PRIESS) del BID y ProReforma del Banco Mundial
2010	Plan Nacional de Salud 2010-2014 en el marco del Plan de Nación 2010-2022 y la Visión de País 2010-2038

¿Quiénes son los beneficiarios?

La SS tiene la obligación de proveer servicios a toda la población que lo demande, generalmente población en condición de pobreza y pobreza extrema, así como

habitantes de las zonas rurales. Se calcula que 60% de la población de Honduras hace uso regular de los servicios que ofrece la SS.

En 1959 se emitió la Ley de Seguro Social, que creó el IHSS, cuya responsabilidad es garantizar el derecho humano a la salud y a la asistencia médica. La Constitución Política de 1982 reitera el derecho de todas las personas a dicha protección con una implementación gradual y progresiva. Una cobertura especial es asignada a los niños, lo que establece su derecho a disfrutar de todos los servicios de la seguridad social.³¹

El IHSS cuenta con un Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, un Seguro de Seguridad Ocupacional y un Seguro de Salud. Hasta 2003, sólo los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte, y Seguridad Ocupacional eran obligatorios a nivel nacional. El Seguro de Salud sólo era obligatorio para la población empleada en el sector formal de las dos ciudades más grandes, Tegucigalpa y San Pedro Sula. En 2003 se extendió a las capitales de provincia mediante proveedores públicos y privados con base en los Servicios Locales de Seguridad Social (SILOSS).

Los beneficiarios del IHSS son, en primer lugar, los trabajadores del sector formal de la economía afiliados a la seguridad social, el cónyuge y los hijos menores de 11 años. En 2009, con el apoyo de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), se estableció el Régimen Especial de Afiliación Progresiva para los Trabajadores Autónomos (REAPTA) para trabajadores independientes o asegurados voluntarios. Se calcula que el IHSS cubre a 18% de la población total.^{32,33}

Las Fuerzas Armadas brindan servicios a su personal, oficiales retirados, oficiales de la policía nacional y familiares. Los hijos pueden estar cubiertos después de los 18 años si se mantienen en el sistema de educación superior. Desde 1998 el Hospital Militar puede establecer contratos con otras instituciones y vender servicios a particulares, quienes pagan directamente por la atención.

Finalmente, los usuarios directos de los servicios privados son sobre todo las familias de altos ingresos, aunque las personas de escasos recursos también recurren a ellos ante la falta de acceso oportuno a los servicios públicos. Sólo 2.9% de la población está cubierta por seguros privados.

¿En qué consisten los beneficios?

La SS cuenta con servicios de atención ambulatoria y hospitalaria. Si bien no existe un paquete definido de servicios mínimos, los programas de atención primaria incluyen: atención integral de la familia (niños adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores),

control de enfermedades de transmisión vectorial (dengue, Chagas, leishmaniasis, malaria, leptospirosis) y de transmisión sexual, y otros programas dirigidos a atender las necesidades en materia de enfermedades crónico-degenerativas, salud mental y promoción de la salud, entre otras.

El IHSS ofrece para sus afiliados directos cobertura de atención a través de tres seguros: el de enfermedad y maternidad (EM), el de riesgos del trabajo (RT), y el de invalidez, vejez y muerte (IVM). En el nivel primario el IHSS contrata a proveedores privados, y los asegurados deben escoger a proveedores de su área e inscribirse, pudiendo cambiarlo una vez al año. Sólo en caso de urgencias el asegurado puede recurrir a un proveedor distinto al de su elección. Estos proveedores aportan los insumos y medicamentos necesarios según el cuadro básico definido por el IHSS. Los servicios para primer nivel están explícitamente definidos por el IHSS en el marco de su Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, e incluye acciones de promoción, prevención y asistencia, que a su vez se desagregan en medicina familiar, gineco-obstetricia, pediatría, odontología y procedimientos curativos y diagnósticos básicos. El segundo y tercer nivel de atención incluye consultas y cirugías menores; atención hospitalaria en ginecología, obstetricia, partos, cesáreas, cirugías mayores, pediatría y neonatología; cirugía ambulatoria y urgencias hospitalarias.

El Hospital Militar contempla servicios de consulta externa en diversas especialidades médicas, laboratorio y gabinete, servicios de emergencia y hospitalización.

El sector privado concentra sus servicios en la atención primaria, farmacia, diagnóstico por imágenes y laboratorio de alta tecnología, y sus unidades están localizadas en las áreas de mayor desarrollo.

Financiamiento

¿Quién paga?

En 2010 el presupuesto asignado a la SS ascendió a poco más de 530 millones de dólares; 76% proviene del Tesoro Nacional, 11% de créditos externos, 9% de donaciones y 4% del alivio de la deuda nacional.¹³ En el ejercicio presupuestario 2010 el IHSS cuenta con 193.5 millones de dólares para sus acciones.³⁴ El REM del IHSS se financia con recursos que recauda y administra con base en las cotizaciones de los patrones (5% de los salarios) y los empleados del sector formal (2.5%), además de la aportación del Estado (0.5%). En el régimen de IVM, la contribución del empleador es de 2% del salario y la del empleado de 1%, y se mantiene en 0.5% la contribución del Estado.

A partir de 1998, como producto de la reconstrucción posterior al huracán Mitch, los recursos externos cobran un peso importante en el financiamiento de la salud, alrededor de 11% del gasto total en salud en 2008.³⁵ Esta dependencia financiera genera vulnerabilidades como las vividas durante el golpe de estado de 2009, cuando se suspendió la ayuda por 450 millones de dólares provenientes de la cooperación internacional, lo que afectó el abastecimientos en centros de salud.

El sector privado con fines de lucro se financia con pagos de bolsillo y mediante la venta de seguros de salud. Los prestadores privados sin fines de lucro, ONGs y congregaciones religiosas financian sus actividades con donaciones internas y externas.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

En 2000 el gasto total en salud en Honduras superó 5% del PIB. En 2008 alcanzó la cifra de 5.7%.¹⁵ El gasto per cápita en salud ese mismo año ascendió a 227, el segundo más bajo de Centroamérica después de El Salvador. El gasto público en salud representa 61.4% del gasto total en salud.

¿Quién reúne el dinero y cómo lo distribuye?

En la SS la asignación de recursos se realiza con base en presupuestos históricos y se distribuye en los siguientes rubros: salarios, adquisición de materiales y suministros, contrato de servicios, bienes capitalizables, y transferencias y subsidios. La contratación de servicios privados locales por parte de la SS se basa en metas de producción y calidad para un determinado período de tiempo y pagando hasta que los servicios han sido efectivamente entregados, con pagos per cápita que dependen de la cantidad y dispersión de la población con un rango entre 15 y 18 dólares.³⁶

El IHSS separa las funciones de financiamiento y provisión al contratar proveedores públicos y privados. En el nivel primario los proveedores reciben un pago per cápita, mientras que en los niveles superiores el pago se realiza por evento sujeto a órdenes de referencia.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

La estructura sanitaria del país se divide en tres niveles: primero, que incluye centros de salud rurales (CESAR), centros de salud con médico y odontólogo (CESAMO), clínicas materno infantiles (CMI) y clínicas periféricas de

emergencia (CLIPER); segundo, que incluye hospitales departamentales y hospitales regionales de referencia, y tercero, formado por los hospitales nacionales.

La SS está organizada administrativamente en 18 regiones departamentales y dos metropolitanas que se dividen en áreas de salud cuya jurisdicción cubija al nivel primario. Cada área se encuentra asignada a un hospital de referencia. La red de servicios de la SS cuenta con un total de 1 648 unidades prestadoras de servicios: 28 hospitales, 32 CMI, 252 CESAMO, 1 058 CESAR, cuatro CLIPER y 14 Consejerías de Familia.¹³

El IHSS sólo dispone de instalaciones propias para el segundo y tercer nivel: dos hospitales ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, siete clínicas periféricas, un centro odontológico, dos centros de medicina física y rehabilitación, y un centro para atención del adulto mayor. Cuenta además con 32 contratos con igual número de clínicas privadas.

En el sector privado, un censo realizado por la OIT identificó 1 131 establecimientos, dentro de los que se incluyen centros médicos, clínicas, laboratorios, farmacias y consultorios médicos.³⁷

El total nacional de camas disponibles es 6 590: 5 059 camas de la SS, 916 del IHSS y 40 del Hospital Militar.²⁵ En el sector privado se reportan 575 camas.³⁷ Estos datos arrojan una tasa de 0.81 camas por 1 000 habitantes.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

En el período 2006-2008, el sector público de Honduras empleó a más de 20 000 personas, incluyendo 2 794 médicos y 1 242 enfermeras, para una tasa de médicos por 1 000 habitantes de 1.0 y una tasa de 1.1 enfermeros profesionales o auxiliares por 1 000 habitantes (cuadro III).^{25,38}

La formación de recursos humanos está a cargo de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Honduras (UNAH), con la cual la SS firmó en 2007 un acuerdo sobre la integración docente asistencial para la investigación y la formación de estudiantes de ciencias médicas en sus instalaciones, en tanto la universidad faculta a la SS para participar en la definición de perfiles profesionales y programas académicos.³⁹

Desde 1999, la Universidad Católica de Honduras (UNICAH), de naturaleza privada, también imparte carreras de medicina, cirugía dental y psicología en Tegucigalpa y San Pedro Sula.

La Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba beca anualmente a más de 50 hondureños para la formación en medicina.

Cuadro III
PERSONAL EMPLEADO EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD, HONDURAS 2006-2008

Tipo de personal	Secretaría de Salud	Instituto Hondureño de Seguridad Social	Total
1. Médicos	2 323	471	2 794
2. Enfermeras profesionales	1 242	244	1 486
3. Auxiliares de enfermería	5 975	692	6 667
4. Técnicos	882	318	1 200
5. Técnicos en salud ambiental	685	0	685
6. Promotores de salud	394	0	394
7. Administrativos	4 946	588	5 434
8. Otros profesionales de la salud	317	1 539	1 856
Total	16 024	4 121	20 145

Fuente: Referencias 25 y 38

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

La SS, por medio de la Dirección General de Regulación Sanitaria, se encarga de regular la fabricación, importación, comercialización, distribución y consumo de medicamentos y otros productos relacionados con la salud de la población. También le corresponde la definición del porcentaje máximo de utilidad bruta en el precio de venta únicamente para los productos producidos nacionalmente y definir el Cuadro Básico de Medicamentos (CBM) de las instituciones públicas, que hoy incluye 397 principios activos y 365 presentaciones farmacéuticas.^{25,40}

Se ha denunciado que, a pesar de contar con una Política Nacional de Medicamentos desde el 2001, en 2002 circulaban en el mercado hondureño alrededor de 15 000 medicamentos, de los cuales sólo 8 374 estaban registrados.^{25,41}

La adquisición de medicamentos para la SS se gestiona, según el CBM, bajo la figura de la Comisión Interinstitucional de Medicamentos, creada en 2006.

El IHSS realiza compras de medicamentos de forma centralizada y separada de la SS según la lista de medicamentos que la institución ha establecido, y se desconoce la concordancia de la misma con el CBM de la SS.

La producción farmacéutica se encuentra liderada por laboratorios extranjeros, que proveen 100% de las materias primas y 70% de los productos farmacéuticos.⁴²

El gasto en medicamentos representa alrededor de 36% del gasto de bolsillo total.¹⁷

En 1991, la SS puso en marcha los Fondos Comunales de Medicamentos con el fin de facilitar precios más

bajos a poblaciones alejadas, apoyándose en diversas organizaciones de la sociedad civil.

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

Honduras no cuenta con un sistema nacional de información en salud dado que los datos que generan las distintas instituciones se reúnen siguiendo distintos criterios. El Plan Nacional de Salud 2010-2014 (PNS 2010-2014) plantea la creación del sistema de información en salud para la integración de datos que permitan dar seguimiento a las condiciones y servicios de salud, y alimentar los procesos de planeación y evaluación.¹³

La información que maneja la SS proviene del registro rutinario de datos en las unidades de salud y no fue sino hasta el año 2000 cuando se implantó la tecnología informática para un tratamiento estadístico adecuado.

Las 38 encuestas de hogares con propósitos múltiples realizadas hasta 2009 por parte del Instituto Nacional de Estadística ofrecen información sobre algunos aspectos de salud. En 2006 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006, cuyas bases de datos son de libre acceso.⁴³

Varias instituciones llevan a cabo investigación en salud, dentro de las que se incluye la SS, el IHSS, la UNAH, la Escuela Agrícola Panamericana Zamorano, el Colegio Médico de Honduras, el Consejo Hondureño de Ciencia y Tecnología, y algunas ONG. Sin embargo, no se cuenta con una red de trabajo que facilite la interacción de los productores del conocimiento con los tomadores de decisiones.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

La SS es la principal instancia rectora del sistema hondureño de salud. Para apoyarla en esa tarea se han creado diversos órganos colegiados de naturaleza consultiva, estructural y funcional, dentro de los que destacan el Consejo Nacional de la Salud (CONSALUD), el Consejo Consultivo de la Calidad (CONCASS), el Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS), la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA) y la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONASATH).

CONSALUD es un órgano de consulta y asesoría para la reforma y consolidación del sistema de salud y la seguridad social, y coordinación de las instancias del sector. CONCASS es un organismo de asesoría y consulta tripartito entre la autoridad superior de la SS, el Departamento de Garantía de la Calidad y la Dirección General de Regulación Sanitaria. CONARHUS es una instancia política/técnica responsable de dirigir las políticas para la gestión del desarrollo de los recursos humanos en el sector formado por tres niveles: político/normativo, técnico/operativo y de asesoría. CONASIDA es un órgano superior para la formulación de políticas en materia del VIH/sida y su coordinación interinstitucional. Finalmente, la CONASATH coordina las acciones públicas y privadas en materia de salud ocupacional.

Es importante mencionar que el PNS 2010-2014 plantea focalizar el trabajo de la SS en su papel de ente rector, dejando la provisión de servicios bajo un régimen de aseguramiento estatal. Este tema se discute con mayor detalle en el apartado de innovaciones.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La SS vigila y controla la prestación de servicios de salud de los sectores público y privado. También se encarga de vigilar la producción y comercialización de productos relacionados con la salud de la población, particularmente los medicamentos, así como los establecimientos que los expenden.

La Dirección General de Vigilancia de la Salud de la SS cuenta con unidades de análisis epidemiológico encargadas de procesar y analizar la información al elaborar mapas de riesgo con las necesidades y el estado de salud en el nivel municipal.

El sistema de vigilancia para el VIH-SIDA está conformado por los siguientes subsistemas de notificación obligatoria, prevalencia de ITS y VIH, y vigilancia de

comportamiento, vigilancia centinela en trabajadoras del sexo y reporte de pruebas de VIH con consejería.

El Código de Salud establece que la SS, en conjunto con el Colegio Químico Farmacéutico de Honduras, es responsable de la inspección y control de calidad de los medicamentos, y cuenta con un laboratorio oficial para realizar los análisis químicos cuali-cuantitativos.⁴⁰

Desde 1985 existe un reglamento deontológico que obliga a los médicos a inscribirse en el Colegio Médico de Honduras y que establece multas a los médicos infractores.

¿Quién evalúa?

Corresponde a la Secretaría de Finanzas monitorear la eficiencia en el gasto y al Tribunal Superior de Cuentas resguardar la legalidad de la administración financiera. La Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto SECPLAN evalúa el cumplimiento de las metas sectoriales en planes nacionales y regionales. No obstante, a la fecha son escasos los ejercicios de evaluación realizados de forma específica y detallada para el sector salud por parte de estas entidades nacionales.

La SS evalúa el desempeño del sistema de salud, los planes sectoriales y de sus propias dependencias. La medición de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en 2007 alcanzó un desempeño óptimo para 11 de ellas con un valor de 0.78.

Al comparar estos resultados de la última evaluación con la realizada en 2003, la función con mejor desempeño y mayor avance en el período ha sido la "Participación de los ciudadanos en salud", mientras que la de menor avance fue "Desarrollo de políticas y capacidad institucional en planificación y gestión de salud". Las que muestran mayor rezago histórico son "Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos" y "Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización".²⁵

El país mantiene una alta dependencia de la cooperación internacional para el desarrollo de evaluaciones sistemáticas e investigaciones de largo plazo.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

El CONCCASS, como consejo asesor de la SS, es responsable de promover las acciones enfocadas al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud a través del desarrollo del subsistema de Calidad del Desarrollo

y la Legalización de la Política Institucional de Calidad incluida también en el PNS 2010-2014, la incorporación del personal de salud en el proceso de mejora continua y la medición de la satisfacción de clientes internos y externos.

En el marco del PNS 2010-2014 se elaboró una política de auditoría social en salud desarrollada con la Secretaría de Gobernación y Justicia y la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON) para velar por la calidad de los servicios de los proveedores contratados. El IHSS posee su propio Sistema Institucional de Garantía de Calidad.¹³

Otras interesantes experiencias de participación son el programa "Acceso a Servicios de Salud", que alcanzó la definición de diagnósticos y formulación de planes municipales de salud en 86% de los municipios, y la iniciativa de Municipios Saludables impulsada por la SS.²⁴

Con recursos del Banco Mundial (BM) y el PNUD se ha ampliado la cobertura de servicios de salud en zonas con limitado acceso con un modelo de atención participativa, bajo la administración de las mancomunidades, organizado y supervisado por la SS.⁴⁴

Una encuesta realizada a usuarios de 20 centros de la SS indica que aunque 93% de los entrevistados estaban satisfechos con el servicio recibido, sólo 75% regresarían al mismo establecimiento.³⁶

Para efectos de denuncia y reclamos en el sector público, el usuario debe recurrir al Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, en tanto en el sector privado existen Fiscalías del Consumidor y Derechos Humanos.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

El PNS 2006-2010, además de vincular por primera vez la política sanitaria con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), planteó la necesidad de una reforma gradual y progresiva del sistema nacional de salud. Es así que en el Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud de 2009 se plantea el diseño de un Plan de Descentralización de los Servicios de Salud que trasladaría competencias de la administración central hacia los municipios; adoptaría modalidades público-público o público-social de acuerdo con las circunstancias del nivel local, focalizándose en la promoción, prevención y atención familiar comunitaria; diseñaría servicios adecuados a las necesidades locales de la población, financiados mediante una tasación per cápita; establecería un registro de aseguramiento individual o de conglomerados comunitarios; crearía redes de

servicios municipales e intermunicipales y promovería la gestión descentralizada de los recursos.

Como preparación de la gestión autónoma de los hospitales, con el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo y el BM, se puso en marcha el Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria que moderniza los instrumentos de planificación para la transferencia de responsabilidades desde el nivel central.²⁵

El PNS 2010-2014 establece un nuevo horizonte al proceso de reforma con la modificación de la estructura y funcionamiento del sistema de salud actual. Este plan se plantea la reducción de la demanda insatisfecha de servicios de salud, el incremento del acceso a servicios de salud de calidad y la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna. El objetivo detrás de esta propuesta es la universalización del aseguramiento mediante un sistema de salud integrado y plural que delimite a la SS como una institución rectora y reguladora, defina instituciones exclusivamente financiadoras/aseguradoras y desarrolle un Seguro Nacional de Salud como régimen subsidiado por el Estado para la población en pobreza. En este marco, el IHSS pasa a ser una institución puramente aseguradora que contrata servicios con proveedores públicos y privados, que operarían bajo un modelo de salud familiar y comunitaria con una red de servicios con clínicas ambulatorias de especialidades.

Organizaciones internacionales apoyan el proyecto de Fortalecimiento de los Registros Civiles en Honduras para modernizar y extender su cobertura. Mediante brigadas móviles se inscriben nacimientos y defunciones lo cual, sin duda, impactará en los datos de morbimortalidad del país.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

A partir de 2007 se fortaleció la Unidad de Modernización del Sector Salud de la SS que ha permitido direccionar los procesos de reforma y avanzar en la modernización hospitalaria; sin embargo, las compras y la administración de los RRHH todavía se encuentran concentrados en la SS.

El logro más importante ha sido el incremento de la cobertura de la SS en 10% entre 2005-2010. Igualmente, el IHSS aumentó su cobertura de 11% en el quinquenio 1990-1994 a 13.7% en el periodo 2000-2005 y 18% para el año 2009. Esto se refleja en el mejoramiento de los indicadores más sensibles como la mortalidad materna e infantil.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Distintas entidades hondureñas e internacionales han identificado como el mayor reto sistémico la integración

de los servicios públicos de salud para eliminar las duplicidades organizacionales; estandarizar la oferta laboral pública; maximizar los recursos destinados a la extensión de cobertura; aprovechar las economías de escala en la gestión financiera del sector; mejorar la gobernanza y la especialización institucional; eliminar brechas de equidad entre la población con acceso a los servicios, y unificar los sistemas e instrumentos de generación de información en salud.

Sobre este último punto es importante señalar que la carencia de sistemas de información en salud integrados, tecnificados y accesibles ha dificultado el análisis de las condiciones y servicios de salud. Este es un reto que debe atenderse de inmediato.

El PN 2010-2022 y el PNS 2010-2014 priorizan la reducción de la mortalidad materna e infantil con nuevas metas sectoriales, dentro de las que destacan las siguientes:¹³

- reducir la mortalidad infantil a 15 por 1 000 nacidos vivos;
- reducir la mortalidad en menores de 5 años a 19 por 1 000 nacidos vivos;
- cumplir al 100 % las normas de la atención materna infantil;
- aumentar el parto institucional de 65% a 85%;
- cubrir a 100% de mujeres en edad fértil con micronutrientes básicos (sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina A)
- reducir la mortalidad materna a 60 por 100 000 nacidos vivos;
- reducir la desnutrición a 20% en menores de 5 años;
- reducir la prevalencia de VIH/sida en población general a 0.5% y en poblaciones de alto riesgo a 8%, y
- alcanzar y mantener un mínimo de 90% de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Con respecto al cumplimiento de los ODM para el año 2015, deben reforzarse o replantearse las estrategias para cumplir algunas de las metas nacionales, pues de mantenerse las tendencias en los indicadores de mortalidad materno-infantil, aquellas no habrán de alcanzarse. En la prevalencia y mortalidad vinculadas a enfermedades infectocontagiosas como malaria, tuberculosis y VIH-sida, y el acceso a servicios de agua y saneamiento, se muestran avances que deben intensificarse.⁶

El sistema, además, debe diseñar estrategias que cuantifiquen las listas de espera para recibir atención de especialidad y reducir el tiempo que transcurre entre el diagnóstico y la atención.¹³

En 2007 el BM emitió recomendaciones para el mejoramiento en la gestión del recurso humano en salud

que a la fecha mantienen su pertinencia:⁴⁵ mejorar la asignación regional de médicos en todo el país; capacitar y retener a más enfermeras y garantizar mejor distribución en las regiones; proveer incentivos al personal de salud para que trabaje en áreas rurales y remotas, y explorar la posibilidad de contratar futuro personal basado en desempeño, lo que facilita la aplicación de sanciones ante un mal rendimiento de funciones.

Finalmente, la cooperación internacional en salud, en seguimiento a la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y la Declaración del Milenio, debe alinear sus áreas de trabajo con el nuevo PNS 2010-2014 y priorizar las acciones encaminadas al logro de los ODM y la reducción de la desigualdades.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Comunicado de proyecciones poblacionales [consultado 2010 agosto 30]. Disponible en: <http://www.ine-hn.org/>
2. Instituto Nacional de Estadísticas. Trigésima Octava Encuesta de Hogares. Tegucigalpa: Instituto Nacional de Estadísticas, 2009.
3. PER. Tercer Informe del Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible: Un Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. San José, Costa Rica : Programa Estado de la Nación / Estado de la Región, 2008.
4. OPS. Resumen de la Estrategia de Cooperación con Honduras [consultado 2010 julio 15]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/d/csu/BriefHONEsp.pdf>
5. CEPAL. CEPALSTAT: Estadísticas e indicadores demográficos y sociales. Honduras: indicadores de la estructura por sexo y edad de la población, estimados y proyectados 1950-2050 [consultado 2010 junio 15]. Disponible en: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>
6. NNUU - Honduras. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Honduras 2007: segundo informe de país. Tegucigalpa: Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, 2007.
7. CEPAL. CEPALSTAT: Estadísticas e Indicadores Demográficos y Sociales. América Latina: tasas globales de fecundidad estimadas según quinquenios por países [consultado 2010 junio 15]. Disponible en: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>
8. Secretaría de Salud. Atención primaria en salud como puerta de entrada al sistema de salud; posibilidades y límites. Tegucigalpa, Honduras : Secretaría de Salud, 2009.
9. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano para América Central 2009-2010. Bogotá : Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009.
10. RNPH. Registro Nacional de Personas de Honduras [consultado 2010 junio 15 2010]. Disponible en: http://www.rnp.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=279:brigadas-moviles-en-region-nororiental-del-pais&catid=3:destacamos
11. CEPAL, CEPALSTAT: Estadísticas e indicadores demográficos y sociales. América Latina: tasas brutas de mortalidad estimadas según quinquenios por países [consultado 2010 agosto 2]. Disponible en: http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm
12. OPS. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Tegucigalpa : Organización Panamericana de la

- Salud (OPS), Fundación Hondureña de Diabetes y la Secretaría de Salud, 2009.
13. Secretaría de Salud. Plan Nacional De Salud 2010-2014. Tegucigalpa : Secretaría de Salud, 2010.
14. UNICEF. Estadísticas. [En línea] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Honduras, 2008 [consultado 2010 agosto 30] Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/honduras_statistics.html
15. World Health Organization. World Health Statistics 2010. Ginebra: WHO, 2010.
16. World health Organization. National health accounts. Honduras [consultado 2011 enero 11]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/hnd/en>
17. Briceño R. Gasto privado en salud en Centroamérica. Managua, Nicaragua.
18. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Honduras. Washington, DC: OPS, 2007.
19. IARC. GLOBOCAN 2008: Country Fast Stat. Honduras [consultado 2010 agosto 25]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=340>
20. ONUSIDA. Informe Global de la Epidemia de SIDA 2008. Ginebra : Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA), 2008.
21. Secretaría de Salud. Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados en la Aplicación de 20. UNGASS. Tegucigalpa, Honduras : Secretaria de Salud, Comisión Nacional de SIDA de Honduras, 2009.
22. El Heraldo. Salud: aumentan casos de sida en Honduras. Fecha de consultado Disponible en: <http://www.elheraldo.hn/Ediciones/2010/02/25/Noticias/Salud-Aumentan-casos-de-sida-en-Honduras>
23. CONADEH. Informe Anual 2009. Tegucigalpa : Comisionado Nacional de Derechos Humanos, 2010.
24. OMS. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
25. OPS. Perfil del sistema nacional de salud Honduras. Monitoreo y análisis de los procesos de reforma. Washington : Organización Panamericana de la Salud, 2009.
26. OEI. Panorama actual de la primera infancia en América Latina [consultado 2010 agosto 30]. Disponible en: http://www.oei.es/pdf2/panorama_actual_primera_infancia_honduras.pdf
27. PNUD. Prevención y recuperación de crisis . [En línea] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) [consultado 2010 agosto 26] Disponible en: http://www.undp.un.hn/prevencion_y_recuperacion_de_crisis.htm
28. República de Honduras. Código de Salud [consultado 2010 agosto 8]. Disponible en: [http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/Codigo%20de%20Salud%20\(actualizada-07\).pdf](http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/Codigo%20de%20Salud%20(actualizada-07).pdf)
29. Ley del Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (INHFA). Tegucigalpa, Honduras: Gobierno de la República de Honduras, 1997.
30. SEGFINH. Ficha de Ejecución de Proyecto. Bonos del Programa de Asignación Familiar (PRAF) 2010 [consultado 2010 agosto 20] Disponible [http://www.sefin.gob.hn/portal_prod/data/2010/DGIP/Informes%20Trimestrales/1%20Trimestre%202010/PRAF\(Fondos%20Nacionales\).pdf](http://www.sefin.gob.hn/portal_prod/data/2010/DGIP/Informes%20Trimestrales/1%20Trimestre%202010/PRAF(Fondos%20Nacionales).pdf)
31. República de Honduras. Constitución de la República de Honduras. Tegucigalpa, Honduras : Asamblea Nacional Constituyente, 1982 .
32. OIT. Lanzamiento de regimen especial y de afiliación progresiva del IHSS [consultado el 11 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://portal.oit.or.cr/dmdocuments/segocialhn21vl.pdf>
33. OPS, Secretaría de Salud. Exclusión social en salud en mancomunidades de municipios de Honduras. Tegucigalpa, Honduras: Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud, 2006.
34. IHSS. Ejecución presupuestaria de gastos al mes de marzo de 2010 [consultado el 31 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.ihss.hn/transparencia/finanzas/liquidacionespresupuestarias/Documents/ejecucion%20primer%20trimestre%202010%20general.pdf>
35. OMS. Estimates for country NHA data [consultado 2010 agosto 28]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/hnd/en/>
36. World Bank. Contracting and providing basic health care services in Honduras: a comparison of traditional and alternative service delivery models. Washington, DC : World Bank, Health Nutrition and Population, 2010.
37. OIT. Red de servicios. Proyecto de extensión de cobertura de la seguridad social a los excluidos. Tegucigalpa, Honduras: Organización Internacional del Trabajo, 2004.
38. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2011. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud de Honduras, 2001.
39. Secretaría de Salud. Convenio Marco de Integación Docente Asistencial. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud, 2007.
40. República de Honduras. Código de Salud [consultado 2010 agosto 8]. Disponible en: [http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/Codigo%20de%20Salud%20\(actualizada-07\).pdf](http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/Codigo%20de%20Salud%20(actualizada-07).pdf)
41. CONADEH. Investigación sobre los servicios hospitalario en el sector público de Honduras. Tegucigalpa, Honduras: Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, 2002.
42. PROEXPORT-BID. Análisis del sector farmacéutico. Bogotá, Colombia: Proexport Colombia, Banco Interamericano de Desarrollo, Fondo Multilateral de Inversión, 2004.
43. INE. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tegucigalpa, Honduras: Instituto Nacional de Estadísticas, 2005-2006.
44. PNUD. Informe Anual de Actividades 2008. Construyendo alianzas, cosechando resultados. Tegucigalpa, Honduras: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009.
45. Banco Mundial. Informe sobre el gasto público. Tegucigalpa : Banco Mundial, Departamento de América Central, 2007.

Sistema de salud de México

Octavio Gómez Dantés, MC, MSP,⁽¹⁾ Sergio Sesma, Lic en Ec, M en Ec,⁽²⁾
 Victor M. Becerril, Lic en Ec, M en Soc,⁽¹⁾ Felicia M. Knaul, PhD,⁽³⁾
 Héctor Arreola, Lic en Ec, M en Ec,⁽⁴⁾ Julio Frenk, MC, PhD.⁽³⁾

Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM,
 Knaul FM, Arreola H, Frenk J.
 Sistema de salud de México.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S220-S232.

Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM,
 Knaul FM, Arreola H, Frenk J.
 The health system of Mexico.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S220-S232.

Resumen

En este trabajo se describe el sistema mexicano de salud. En la primera parte se discuten las condiciones de salud de la población mexicana, con énfasis en los padecimientos emergentes que constituyen las principales causas de muerte: diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, padecimientos cerebrovasculares y cáncer. En la segunda parte se describe la estructura básica del sistema: las instituciones que lo conforman, la población a la que cubre, los beneficios que reciben los afiliados de las distintas instituciones, las fuentes de financiamiento del sistema, los niveles de protección financiera alcanzados, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta y las principales tareas de rectoría que desarrollan la Secretaría de Salud y otros actores. También se describen los mecanismos de participación de los ciudadanos en la vigilancia y evaluación del desempeño del sistema y su nivel de satisfacción con los servicios recibidos. La tercera parte se dedica a discutir las innovaciones más recientes y su impacto en la operación del sistema. Destaca la discusión del recién creado Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud. El trabajo concluye con un análisis de los principales retos que enfrenta en el corto y mediano plazo el sistema mexicano de salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; México

Abstract

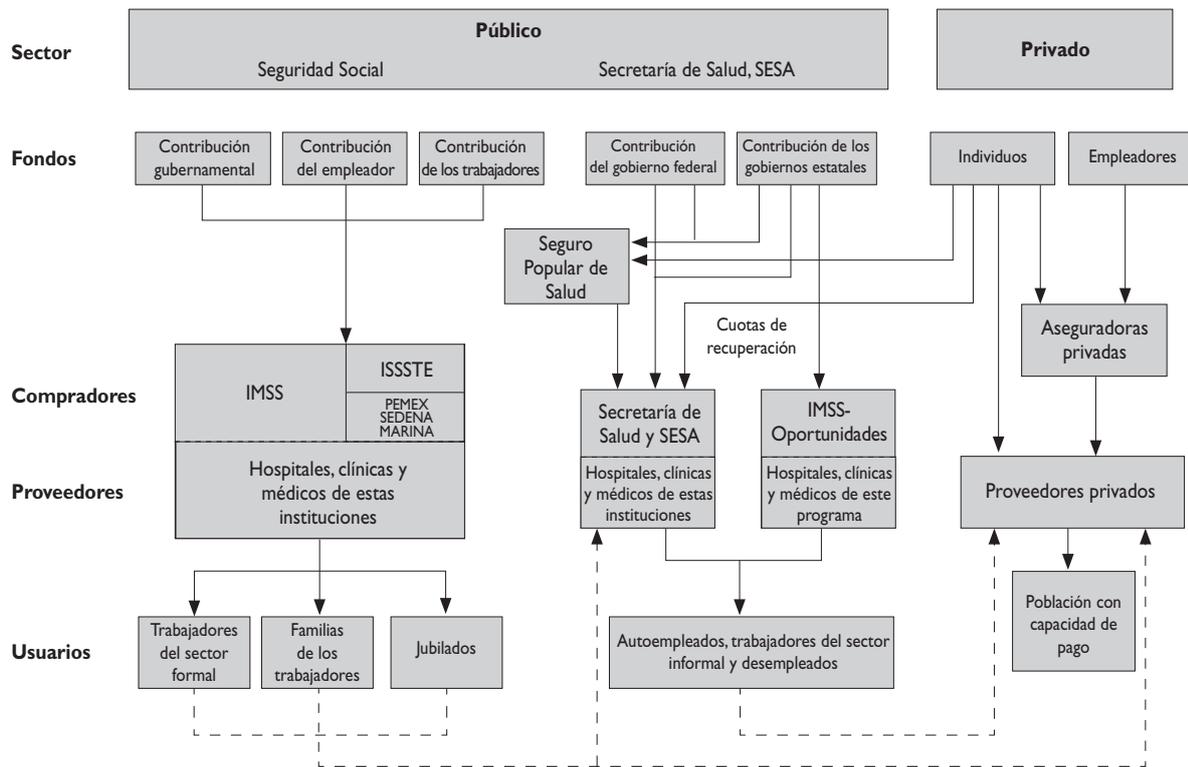
This paper describes the Mexican health system. In part one, the health conditions of the Mexican population are discussed, with emphasis in those emerging diseases that are now the main causes of death, both in men and women: diabetes, ischaemic heart disease, cerebrovascular diseases and cancer. Part two is devoted to the description of the basic structure of the system: its main institutions, the population coverage, the health benefits of those affiliated to the different health institutions, its financial sources, the levels of financial protection in health, the availability of physical, material and human resources for health, and the stewardship functions displayed by the Ministry of Health and other actors. This part also discusses the role of citizens in the monitorization and evaluation of the health system, as well as the levels of satisfaction with the rendered health services. In part three the most recent innovations and its impact on the performance of the health system are discussed. Salient among them are the System of Social Protection in Health and the Popular Health Insurance. The paper concludes with a brief analysis of the short- and middle-term challenges faced by the Mexican health system.

Key words: health system; social security; Mexico

- (1) Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- (2) Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México.
- (3) Escuela de Salud Pública de Harvard, EUA.
- (4) Fundación Mexicana para la Salud, México.

Fecha de aceptado: 31 de octubre de 2010

Solicitud de sobretiros: Dr. Octavio Gómez Dantés. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
 Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlan. 62100 Cuernavaca, Morelos
 Correo electrónico: oco Gomez@yahoo.com, octavio.gomez@insp.mx



El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados

Contexto

Demografía

México cuenta con una población de 106.6 millones de habitantes (2008). La proporción de hombres (48.8%) y mujeres (51.2%) prácticamente no ha variado en los últimos años.¹ Las proyecciones para 2030 estiman una población de 120.9 millones con una tasa de crecimiento anual de 0.69%.

El desarrollo demográfico reciente de México se caracteriza por un descenso de la mortalidad general (de 27 defunciones por 1000 habitantes en 1930 a 4.9 por 1000 en 2008), un incremento en la esperanza de vida (de 34 años en 1930 a 75.1 años en 2008) y una disminución de la fecundidad (de siete hijos por mujer en edad reproductiva en los años sesenta a 2.1 en 2008).¹

Estos tres fenómenos han dado lugar a un envejecimiento poblacional, que supone una participación creciente de los adultos mayores en la estructura de la

población. La base de esta estructura se está adelgazando por el descenso de la participación de la población de 0 a 5 años de edad, que en 2008 concentró al 9.19% de la población y en 2050 concentrará sólo 6%.² En contraste, la población de adultos mayores muestra una tasa de crecimiento superior a 4% anual que la llevará a concentrar poco más de la cuarta parte de la población nacional en 2050.³

México también experimentó un proceso de urbanización en el que se ha visto involucrado prácticamente todo el país. Más de 70% de la población es urbana y 35% (más de 37 millones de personas) habita en las nueve zonas metropolitanas con más de un millón de habitantes.² La urbanización se asoció además a una dispersión de la población que habita en comunidades rurales. De poco menos de 55 000 localidades con menos de 100 habitantes en 1970 se pasó a casi 140 000 en 2000, en donde habita poco más de 2% de la población nacional.⁴

Condiciones de salud

El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. A mitad del siglo pasado, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición. Hoy estas enfermedades concentran menos del 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones son responsables de poco menos de 75% y 11% de las muertes en el país, respectivamente.⁵

En 1940 la principal causa de muerte en México eran las infecciones gastrointestinales.¹⁵ Hoy ya no constituyen una causa importante de defunción en la población general. En contraste, la diabetes mellitus no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990, pero hoy es la principal causa de defunción en hombres y mujeres en todo el país (cuadros II y III), y su prevalencia en adultos es de 14.4%, una de las más altas del mundo.⁹

A diferencia de lo que sucedió en los países desarrollados, en donde se produjo una clara sustitución de las infecciones comunes y los problemas reproductivos por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, en México hay un traslape de las enfermedades pre y postransicionales. Las enfermedades no transmisibles y las lesiones dominan el perfil de salud del país, pero

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, MÉXICO, 2008

Población total	106 682 518
Esperanza de vida al nacer (años)	75.1
Esperanza de vida a los 60 años	21.2
Tasa de mortalidad general	4.9
Tasa de mortalidad infantil	15.2
Razón de mortalidad materna	57.0
Prevalencia de diabetes en adultos (2006)(%)	14.4
Prevalencia de hipertensión arterial en adultos (2006)(%)	43.2
Proporción de partos atendidos por personal calificado	94.0
Cobertura de vacunación del esquema básico (%)	
En menores de 1 año	94.5
Entre 1 y 4 años	97.9
Población cubierta por la seguridad social	48 368 414
Población cubierta por el Seguro Popular de Salud	27 176 914
Población no asegurada	31 137 190
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.9
Gasto total en salud per cápita*	890
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	46.7
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	2.4
Fuente: Referencias 6-14	
*Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)	

las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición siguen estando presentes en las comunidades con mayor marginación. En Guerrero, por ejemplo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 25.3 por 1000 menores de 5 años, mientras que en Nuevo León es de sólo 13.1.⁸ La razón de mortalidad materna en Oaxaca (100.2 muertes maternas por 100 000 nacimientos) es cuatro veces mayor que la registrada en Tlaxcala (27.2).⁸ Finalmente, la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años es 24 veces mayor en Oaxaca (19.6 por 100 000 niños menores de 5 años) que en Nuevo León (0.8).⁸

Años de vida saludable perdidos

Con el propósito de medir todos los daños a la salud que se producen en una sociedad, se han diseñado indicadores que toman en consideración tanto las pérdidas en salud producidas por muerte prematura como las

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, MÉXICO, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Diabetes mellitus	39 939	73.67	16.74
2. Enfermedades isquémicas del corazón	25 994	47.95	10.90
3. Enfermedad cerebrovascular	15 857	29.25	6.65
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8 994	16.59	3.77
5. Enfermedades hipertensivas	8 902	16.42	3.73
6. Infecciones respiratorias agudas bajas	7 024	12.96	2.94
7. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6 972	12.86	2.92
8. Nefritis y nefrosis	5 814	10.72	2.44
9. Tumor maligno de la mama	4 835	8.92	2.03
10. Desnutrición calórico protéica	4 241	7.82	1.78
Causas mal definidas	5 185	9.56	2.17
Las demás causas	104 766	193.24	43.92
Total	238 523	439.95	100.0

No se incluyen las defunciones de sexo no especificado

*Tasas por 100 000 mujeres

Fuente: Referencias 16 y 17

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, MÉXICO, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Diabetes mellitus	35 697	68.04	11.87
2. Enfermedades isquémicas del corazón	33 804	64.43	11.24
3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	21 464	40.91	7.13
4. Enfermedad cerebrovascular	14 388	27.42	4.78
5. Agresiones (homicidios)	12 575	23.97	4.18
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11 590	22.09	3.85
7. Accidente de vehículo de motor (tránsito)	9 643	18.38	3.21
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	8 088	15.42	2.69
9. Enfermedades hipertensivas	6 806	12.97	2.26
10. Nefritis y nefrosis	6 786	12.93	2.26
Causas mal definidas	5 319	10.14	1.77
Las demás causas	134 677	256.69	44.77
Total	300 837	573.39	100.0

No se incluyen las defunciones de sexo no especificado

*Tasas por 100 000 hombres

Fuente: Referencias 16 y 17

pérdidas por discapacidad. Uno de estos indicadores es el de años de vida saludable (AVISA) perdidos.

En México los padecimientos que mayores pérdidas de AVISA producen en mujeres son la depresión unipolar mayor, la diabetes mellitus, las afecciones originadas en el período perinatal, las anomalías congénitas, las

enfermedades isquémicas del corazón, la osteoartritis y las cataratas. En hombres las afecciones que mayores pérdidas de AVISA producen son las originadas en el período perinatal, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, el consumo de alcohol, las agresiones y homicidios, y los accidentes de tránsito.

Estructura y cobertura

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

¿Quiénes son los beneficiarios?

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y
- la población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios.

El segundo grupo de usuarios incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA MEXICANO DE SALUD

1905	Inauguración del Hospital General de México
1917	Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública
1937	Creación de la Secretaría de Asistencia Pública
1943	Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, y creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México
1953	Creación de la Asociación Mexicana de Hospitales
1960	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
1979	Creación del Programa IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-Oportunidades
1985	Inicio de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, que concluye en 2000
1987	Creación del Instituto Nacional de Salud Pública
2003	Creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular

familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es sólo una parte de aquel universo. Tradicionalmente, este sector de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial. En la primavera de 2003, el congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el SPS. Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 y cubrirá en un lapso de siete años a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. Junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente a la mitad de la población del país. En 2008, el SPS contaba con más de 27 millones de afiliados.²⁰

Estas cifras nos indican que en México todavía hay más de 30 millones de personas sin protección social en salud. Esta población recurre, para atender sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA e IMSS-O. Alrededor de 24 millones se consideran responsabilidad de la SSa y los SESA, y alrededor de siete millones se atienden en las unidades del programa IMSS-O.

Finalmente está la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo. Cabe destacar que tanto las personas con seguridad social como los pobres del campo y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de la SSa, los SESA o IMSS-O, utilizan también los servicios de salud del sector privado, en particular los servicios ambulatorios.

Cuadro IV
COBERTURA EN SALUD, MÉXICO, 2000 Y 2008

	2000		2008	
	Número	%	Número	%
Población con seguridad social ¹	48 361 713	49.1	48 368 414	45.3
Población con Seguro Popular ²	-	-	27 176 914	25.5
Población no asegurada	50 076 844	50.9	31 137 190	29.2
Población total ¹	98 438 557	100	106 682 518	100

Fuente: Referencias 18 y 19

¿En qué consisten los beneficios?

El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería y otros. El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Las personas no asalariadas pueden establecer un convenio voluntario con el IMSS a fin de obtener parte de los beneficios médicos del seguro de enfermedades y maternidad.

Los afiliados al ISSSTE, que son todos empleados del gobierno y sus familias, y los pensionados y jubilados, cuentan con un conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS. Su seguro de salud garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental.

Los asegurados de PEMEX, SEDENA y SEMAR cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE, incluyendo atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.

El SPS garantiza el acceso a un paquete con alrededor de 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades de los SESA. También ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/Sida y cataratas.

La población no asegurada recibe en las unidades de los SESA beneficios muy heterogéneos: servicios

ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades.

Por último, el IMSS-O ofrece servicios sobre todo en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se concentra en servicios de medicina general ambulatoria y servicios hospitalarios materno-infantiles.

Financiamiento

¿Quién paga?

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del obrero o empleado y contribuciones del gobierno. La SSA y los SESA se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El SPS se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. Los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos. Con estos recursos, el SPS le compra servicios para sus afiliados a los SESA.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó de 5.1% en 2000 a 5.9% en 2008.²¹ Sucedió lo mismo con el gasto per cápita en salud, que pasó de US\$_{PPP} 508 en 2000 a US\$_{PPP} 890 en 2008. El gasto en salud como porcentaje del PIB está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo de lo que dedican a la salud países como Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8.2%).¹⁴

En 2008 el gasto público en salud representó 46.7% del gasto total en salud.¹⁴ Aunque lentamente, este porcentaje se ha venido incrementando. En 1990 el gasto público concentraba 40.4% del gasto total en salud.

En 2008 el gasto público en salud ascendió a 330 339 millones de pesos (alrededor de 30 mil millones de dólares).²⁰ La mayor parte de este gasto correspondió a la SSa (45.2%), seguida del IMSS (42%) y el ISSSTE (9.7%).

El gasto público per cápita en salud ascendió en 2007 a US\$_{PPP} 415.¹⁴ Existen, sin embargo, diferencias importantes entre poblaciones. El gasto público per cápita en salud en población con seguridad social es todavía mayor que el gasto público per cápita en población sin seguridad social.

En 2007, el gasto privado en salud concentró 54.6% del gasto total en salud.¹⁴ Alrededor de 93% de este gasto son pagos de bolsillo y 7% corresponde al pago de primas de seguros médicos privados. En Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay el gasto de bolsillo concentra 41, 64, 42 y 31% del gasto privado. México presenta, por lo tanto una de las cifras más altas de gasto de bolsillo

de la región. Este gasto expone a las familias a gastos catastróficos y/o empobrecedores.

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los mexicanos?

Como ya se mencionó, el alto porcentaje de gasto de bolsillo de México expone a su población a gastos excesivos por motivos de salud. En 2000 más de tres millones de hogares mexicanos presentaron gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud. En 2006 esta cifra se había reducido gracias a la implantación de diversos programas sociales. Estudios recientes muestran que los gastos excesivos (catastróficos y empobrecedores) por motivos de salud disminuyeron de 4.1% (alrededor de 2.6 millones de hogares) a 2.7% (alrededor de 1.8 millones de hogares) entre 2004 y 2008.^{8,21,22} Estos mismos estudios indican que hay gran variación en la prevalencia de estos gastos. En la población urbana, 3.92% de los hogares presentaron gastos catastróficos por motivos de salud en 2008 contra sólo 2.05% en los hogares urbanos. Los hogares que cuentan con seguro

Cuadro V
ARQUITECTURA FINANCIERA DE LOS SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD DE MÉXICO

Seguro público	Aportadores		
	Estado (cuota social)	Patrón (cuota patronal)	Obrero / Empleado (cuota obrera)
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS	<ul style="list-style-type: none"> 13.9% de un salario mínimo del DF 	<ul style="list-style-type: none"> 13.9% de un salario mínimo del DF 6% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo del DF 	<ul style="list-style-type: none"> 13.9% de un salario mínimo del DF 2% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo del DF
Seguro de salud del ISSSTE	Gobierno federal (cuota social) <ul style="list-style-type: none"> 13.9% de un salario mínimo del DF 	Dependencias y entidades (cuota patronal) <ul style="list-style-type: none"> 7.375% del salario base 	Empleado (cuota obrera) <ul style="list-style-type: none"> 2.75% del salario base
Seguro Popular de Salud (Sistema de Protección Social en Salud)*	Estado (cuota social) <ul style="list-style-type: none"> 3.92% de un salario mínimo del DF[‡] 	Gobierno estatal / Gobierno federal <ul style="list-style-type: none"> Aportación solidaria federal (1.5 veces la cuota social) Aportación solidaria estatal (0.5 veces la cuota social) 	Individuo (cuota por individuo, proporcional a la condición socioeconómica del individuo, siendo de cero para las personas que se ubican en los deciles I y II)

* Los recursos financieros del SPS se calculan por persona, no por familia, a diferencia de lo que sucede con las instituciones de seguridad social

‡ Hasta 2009 el SPS se financiaba con una cuota social, la contribución solidaria y la contribución familiar. La cuota social era equivalente a 15% de un salario mínimo del Distrito Federal. Con la reforma a la Ley General de Salud de diciembre de 2009, la tercera contribución ya no es familiar sino individual, y la cuota social por persona es equivalente a 3.92% de un salario mínimo del Distrito Federal

de salud presentaron una prevalencia de 2.67% contra 3.53% en los hogares que no cuentan con seguro de salud. Finalmente, los hogares con adultos mayores presentan una prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud de 6.02%, que contrasta con la prevalencia de los hogares que no cuentan ni con niños ni con adultos mayores, que es de 1.36%.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

En México hay 23 858 unidades de salud (2007), sin considerar a los consultorios del sector privado; 4 354 son hospitales y el resto unidades de atención ambulatoria.²³

Del total de hospitales, 1 182 son públicos y 3 172 privados. Del total de hospitales públicos, 718 atienden a la población sin seguridad social y el resto a la población con seguridad social. Alrededor de 86% son hospitales generales y el resto, hospitales de especialidad.

En el sector privado la gran mayoría de los hospitales son maternidades muy pequeñas. Se calcula que alrededor de 70% de las unidades privadas con servicios de hospitalización tienen menos de 10 camas y apenas 6% cuentan con más de 25 camas.

Por lo que se refiere a las camas, el sector público cuenta con 79 643 camas (2007).²³ Esto arroja una razón de 0.75 camas por 1000 habitantes, inferior a la recomendada por la OMS, que es una cama por 1000 habitantes.

En el país existen más de 19 000 unidades públicas de atención ambulatoria. La gran mayoría pertenece a los SESA (67%) y el IMSS-O (21%).²⁴ Las instituciones públicas de México cuentan con poco más de 3000 quirófanos (2008), para una razón de 2.7 por 1000 habitantes.²⁵

En el rubro de equipo de alta especialidad se hará mención a los tomógrafos, los equipos de resonancia magnética y los mastógrafos. Respecto a los tomógrafos, México cuenta con 3.4 por millón de habitantes.²⁶ La razón promedio en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es de 20.6 tomógrafos por millón de habitantes.²⁶

El país cuenta además con 1.5 equipos de resonancia magnética por millón de habitantes, cifra considerablemente menor a la cifra promedio de los países de la OCDE, que es de 9.8 por millón de habitantes.^{25,26}

Por último, México cuenta con 267 mastógrafos en el sector público, lo que arroja una disponibilidad de 9.3 mastógrafos por millón de mujeres de 25 años y más.²⁶ Estos mastógrafos generan un promedio de 4.5 mamografías por millón de habitantes. La cifra promedio de mamografías en los países de la OCDE es de 19.9 por millón de habitantes.²⁶

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

A pesar de que en los últimos diez años se ha incrementado la cantidad de recursos humanos empleados dentro del sistema de salud, México todavía enfrenta un déficit relativo de médicos y enfermeras.

La tasa de médicos por 1000 habitantes a nivel nacional es de 1.85, inferior al promedio de los países miembros de la OCDE, que es de 3.0, y al de Argentina (3.0) y Uruguay (3.7).^{26,27}

El caso de las enfermeras es muy parecido. La tasa de enfermeras por 1000 habitantes a nivel nacional es de 2.2, inferior a la cifra promedio de los países de la OCDE, y a la tasa de Uruguay, que es de 3.5.^{26,27}

Las instituciones públicas cuentan con más de 650 000 trabajadores de la salud (2007). Alrededor de 171 000 son médicos en contacto con pacientes; 223 000 son enfermeras, y 85 000 son personal paramédico y personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y 182 000 son personal de salud clasificado como de "otro tipo".²⁸ No hay información actualizada sobre el número de médicos y enfermeras que trabajan en el sector privado.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

En 2007 el gasto en medicamentos en México representó 24% del gasto total en salud, es decir, 1.4% del PIB.²⁹ La mayor parte de este gasto (75%) es gasto de bolsillo. El IMSS concentra 47.9% del gasto público en medicamentos. Le siguen las instituciones que atienden a la población no asegurada (SSa, SESA e IMSS-O), con 26.8%. Finalmente, el ISSSTE y PEMEX concentran 18.2 y 7% del gasto público en medicamentos, respectivamente.

El volumen de medicamentos se encuentra dividido casi en partes iguales entre el sector público y el privado. Sin embargo el mercado privado está dominado por las medicinas de patente, mientras que en el público predominan los medicamentos genéricos. Esto explica la gran diferencia en el gasto en ambos sectores. En 2008, alrededor de 86% de los medicamentos que se consumieron en el país se produjeron localmente y el resto se importó.

En 1998 se inició en el país un esfuerzo por promover el uso de medicamentos genéricos intercambiables. Esta iniciativa culmina con la aprobación de un acuerdo que obliga a las instituciones públicas a comprar medicamentos genéricos intercambiables siempre que estén disponibles. En años recientes se aprobó una disposición que obliga, en un lapso de cinco años, a todos los productores de medicamentos a llevar a cabo pruebas de bioequivalencias de sus productos.³⁰ En el

mercado mexicano todavía circulan medicamentos que no han demostrado dicha bioequivalencia. Se trata de los llamados *similares*, que concentran 12% de las ventas al menudeo.

El abasto de medicamentos en el sector público ha mejorado sobre todo en las unidades de atención ambulatoria. Existen, sin embargo, diferencias entre instituciones y regiones. En 2006 las instituciones de seguridad social presentaron porcentajes de surtimiento completo de recetas en unidades ambulatorias superiores a 90%.³¹ Las unidades de los SESA que atienden a los afiliados al Seguro Popular presentaron porcentajes de 89%. Los SESA en general presentaron porcentajes de 79%. En los SESA hay entidades que presentan porcentajes de surtimiento completo de recetas superiores a 95% y entidades que presentan porcentajes inferiores a 70%.

A nivel hospitalario, una encuesta nacional realizada en 2009 mostró niveles de abasto de medicamentos esenciales en farmacias y almacenes hospitalarios para todo el sector público de 82%.⁸

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

La concentración de la información en salud en México es responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud de la SSA.³² A través del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), publica información sobre nacimientos, muertes, casos de enfermedad, recursos financieros, recursos humanos, recursos materiales, infraestructura y servicios. El SINAIS incluye varios subsistemas. Destacan dentro de ellos el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud (SICUENTAS)

Por lo que toca a la investigación, el sistema de salud mexicano cuenta con 12 Institutos Nacionales de Salud y diversos centros de investigación del IMSS en donde trabajan alrededor de 1 200 investigadores de tiempo completo. En estos centros se hace investigación en biomedicina, medicina clínica y salud pública.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El gobierno federal, a través de la SSA, tiene como principal tarea la rectoría del sistema, que incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sani-

taria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. Algunas de estas tareas, como la regulación de la atención a la salud, las desarrolla en colaboración con diversos cuerpos profesionales e instituciones de la sociedad civil.

Por lo que se refiere a la regulación de la atención a la salud, México cuenta con mecanismos para la acreditación de escuelas y facultades de medicina y enfermería; la titulación y certificación de médicos y enfermeras; la acreditación y certificación de unidades de atención, e instancias de conciliación y arbitraje, y judiciales, para lidiar con las controversias que pudieran surgir entre los usuarios y los proveedores de atención a la salud.

En México hay alrededor de 80 escuelas y facultades de medicina, de las cuales 74 están afiliadas a la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina (ANFEM). De estas últimas, 44 están acreditadas ante el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, reconocido por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES).^{33,34}

La acreditación de la enseñanza de enfermería está en manos del Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de la Enfermería (COMACE), también reconocido por el COPAES. En México existen alrededor de 600 programas de capacitación de enfermería, muy pocos de los cuales están acreditados.

La certificación de los recursos humanos para la salud ha sido tradicionalmente una responsabilidad de las instituciones de educación superior y la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. Para ejercer su profesión, los médicos deben contar con un título expedido por una institución educativa y una cédula que emite la Dirección General de Profesiones.

La certificación de los especialistas es responsabilidad de los consejos de las diversas especialidades médicas, coordinados por la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía.

La certificación de enfermeras todavía no está completamente instaurada, pero el Colegio Nacional de Enfermeras, la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería y el Colegio de Enfermeros Militares están diseñando un sistema para la certificación de estos profesionales.

La acreditación de los hospitales, que está a cargo del Consejo de Salubridad General desde 1999, ha avanzado con cierta lentitud.³⁵ A fines de 2009 sólo había en el país 256 establecimientos de atención a la salud con certificado vigente.

Lo que sí ha avanzado con cierta celeridad ha sido la acreditación de las unidades que atienden a los afiliados al SPS.³⁶ La Ley General de Salud establece que todas

las unidades que prestan atención a los afiliados a este seguro deben acreditarse de acuerdo con ciertos criterios de calidad, capacidad y seguridad. En el momento actual hay 265 hospitales y 6 612 unidades de atención ambulatoria acreditadas, que representan 37 y 38% de los hospitales y unidades ambulatorias que atienden a la población sin seguridad social, respectivamente.

En 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), su objetivo es resolver las controversias entre los proveedores de atención y los pacientes a través de la conciliación y el arbitraje.³⁷ En caso de que los procesos de conciliación y arbitraje no resuelvan las diferencias entre proveedores y usuarios, estos pueden recurrir a los tribunales civiles y penales.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), es la encargada de proteger a la población de los eventos exógenos que ponen en riesgo la salud o la vida humana como resultado de la exposición a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente o en los productos o servicios que se consumen.³⁸ La COFEPRIS es una agencia de la SSA con autonomía técnica, administrativa y operativa encargada de realizar tareas de regulación, control y fomento sanitario. Es responsable, entre otras actividades, de controlar y vigilar los establecimientos de salud; prevenir y controlar los factores ambientales; promover el saneamiento básico y la salud ocupacional; controlar los riesgos sanitarios de productos y servicios; realizar el control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos e insumos médicos; regular desde el punto de vista sanitario la publicidad de actividades, productos y servicios; controlar la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, y las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos. También vigila la inocuidad de los alimentos y la calidad bacteriológica y fisicoquímica del agua para consumo humano, y garantiza la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se producen y venden en el mercado.

¿Quién evalúa?

La Dirección General de Evaluación del Desempeño de la SSA es la encargada de evaluar el desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud, los programas prioritarios, y los servicios personales y de salud pública.³⁹ Los resultados de sus actividades los publica en *Rendición de Cuentas*, un informe anual que da seguimiento a los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y una serie de informes

en los que se presentan los productos de evaluaciones comparativas de los sistemas estatales de salud y de las diferentes instituciones de salud.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

En 2001 se lanzó en México la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos eran promover un trato digno de los usuarios de los servicios de salud, mejorar los aspectos técnicos de la atención y garantizar el abasto oportuno de medicamentos. La Cruzada también se propuso recuperar la confianza de la población en las instituciones. Fue así que se diseñó un mecanismo que faculta a ciertos grupos y organizaciones de la sociedad civil que gozan de prestigio y credibilidad para visitar las unidades de atención a la salud y avalar las acciones a favor del trato digno y la mejora de la calidad de la atención que en ellas se llevan a cabo. El llamado "aval ciudadano" puede además exigir resultados, dado el conocimiento que tiene de la realidad institucional, hacer recomendaciones factibles y, cuando procede, destacar los aspectos positivos del funcionamiento de las instituciones del sector salud.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

La satisfacción de los usuarios con los servicios ambulatorios y hospitalarios se ha podido medir a través de diversas encuestas recientes (ENSA 2000, ENSANUT 2006, ENSATA 2004, 2005 y 2009).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 indica que 81% de los usuarios de los servicios de salud en México califican la calidad de la atención como "buena" o "muy buena".⁴⁰ PEMEX y SEDENA presentan los porcentajes de aprobación más altos: 96.6%, seguidas por las instituciones privadas, con 91%. Una encuesta llevada a cabo en 2009 por el IMSS indica que 77% de sus afiliados se manifiestan "satisfechos" o "muy satisfechos" con los servicios que reciben y 85% recomendaría su unidad regular de atención.⁴¹

Los tiempos de espera en instituciones públicas tienden a ser muy largos. Para recibir atención ambulatoria el IMSS presenta un tiempo promedio de espera de 91 minutos contra 63 minutos en el IMSS-O. En las instituciones privadas el tiempo promedio de espera es de 30 minutos. Los tiempos de espera en servicios de urgencias son mejores. Alrededor de 70% de los usuarios esperan menos de 15 minutos para recibir atención, aunque 13% esperan más de una hora. Una queja común entre los

usuarios de los servicios públicos se relaciona con los largos periodos de espera para cirugías electivas.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

La innovación más reciente del sistema mexicano de salud es la creación del SPSS, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud. Este seguro cubrirá en un lapso de siete años a todos los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. El SPS garantiza el acceso a alrededor de 260 intervenciones esenciales y 18 intervenciones de alto costo.

La SSA ha señalado que la segmentación del sistema mexicano de salud y las transiciones epidemiológica y demográfica por las que atraviesa el país dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros que demandaban una reforma estructural: a) de nivel; b) de origen; c) de distribución; d) de esfuerzo estatal, y e) de destino de los recursos.

La inversión en salud era insuficiente para atender los retos que planteaban las transiciones demográfica y epidemiológica, que suponen un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles.

El desequilibrio en el origen se refiere al peso relativo del gasto público en el gasto total en salud. En México, más de la mitad de los recursos para la salud en 2001 eran privados y, en su mayoría, gasto de bolsillo.

La segmentación del sistema también había favorecido la concentración de los recursos para la salud en las instituciones de seguridad social. El gobierno federal asignaba 2.5 veces más recursos per cápita a la población asegurada que a la población no asegurada.

La descentralización de los servicios de salud representó un avance, pero no se acompañó de reglas financieras claras que estipularan la corresponsabilidad de los distintos niveles de gobierno. Esto se reflejó en las abismales diferencias que se registraban entre los estados en materia de contribución estatal a la salud.

Por último está el desequilibrio en el destino de los recursos. El sector salud dedicaba cada vez más recursos al pago de la nómina y cada vez menos recursos al gasto de inversión.

De acuerdo con la SSA, la creación del SPSS permitiría eliminar los desequilibrios que le dieron origen al incrementar la inversión en salud por lo menos al promedio latinoamericano; modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud; mejorar la equidad en la distribución de los recursos públicos; incrementar el compromiso de los gobiernos estatales con el financiamiento de la atención a la salud de las

familias afiliadas al SPS, y asignar recursos crecientes a la construcción de infraestructura.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

El SPS está produciendo resultados positivos.⁴² En primer lugar el gasto en salud, como porcentaje del PIB, creció de 5.1 % en 2000 a 5.9% en 2008. La mayor parte de este aumento fue consecuencia directa de la movilización de recursos públicos adicionales vinculados con la reforma. El fortalecimiento del financiamiento público también está cerrando la brecha en términos de las asignaciones per cápita entre la población sin seguridad social (incluidos los afiliados al SPS) y la población cubierta por la seguridad social. Las inequidades en la distribución de los recursos públicos entre los estados también se han reducido. Lo mismo sucedió con la desigualdad en las contribuciones estatales para financiar la salud. Finalmente, la proporción de recursos públicos asignados a la inversión en infraestructura está aumentando.

La movilización de recursos públicos adicionales se ha reflejado en una considerable ampliación de la protección social en salud, de los recursos humanos para la salud, de los insumos disponibles, incluyendo los medicamentos, y de la infraestructura en salud. Entre 2001 y 2006 se construyeron en el sector público 1 054 clínicas, 124 hospitales generales y 10 hospitales de alta especialidad.

Las evaluaciones externas que se han hecho del SPS indican que son las familias más pobres las que se han afiliado preferentemente a este seguro; la utilización de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios es mayor entre la población afiliada al SPS que entre la población no asegurada, y se ha extendido la cobertura efectiva de diversas intervenciones, incluidas la vacunación, la atención del parto por personal calificado, la detección del cáncer cervicouterino y el tratamiento de la hipertensión, entre otras.^{43,44} La evaluación de impacto de este mismo seguro, realizada por un equipo de la Universidad de Harvard y el Instituto Nacional de Salud Pública de México, haciendo uso de un diseño experimental, mostró mejoras en los niveles de protección financiera en las familias que cuentan con el Seguro Popular.⁴⁵

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Las reformas recientes han generado avances importantes, pero todavía persisten diversos retos. En primer lugar, se requieren recursos públicos adicionales –cuya disponibilidad dependerá básicamente de una reforma fiscal– tanto para seguir reemplazando el gasto de bolsillo como para satisfacer la costosa demanda asociada

con la transición epidemiológica, especialmente de intervenciones hospitalarias de alta complejidad. Esto último es particularmente cierto para la población afiliada al SPS, que cubre un número todavía reducido de intervenciones de alto costo.

También será necesario seguir mejorando la distribución de los recursos públicos entre poblaciones y estados, y garantizar un mayor compromiso presupuestal por parte de las autoridades locales.

Otro desafío en materia financiera será alcanzar el equilibrio correcto entre las inversiones adicionales en promoción de la salud y prevención de enfermedades, por un lado, y los servicios curativos, por el otro.

Es necesario asimismo aumentar la orientación al cliente y la capacidad de respuesta del sistema de salud sobre todo considerando las crecientes expectativas, tanto de pacientes como de prestadores de servicios, generadas por el proceso de democratización del país y por la reforma misma.

Finalmente, es urgente fortalecer la oferta de servicios en las zonas más marginadas del país para ampliar el acceso regular a una atención integral de la salud de las poblaciones más pobres, en particular de las comunidades indígenas.

En términos más generales, el mayor reto del actual sistema mexicano de salud es buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. [Consultado el 10 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193.
2. Consejo Nacional de Población. Pronuario demográfico de México 2008. México, D.F.: CONAPO; 81.
3. Villagómez-Ornelas P. Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2009. México, D.F.: CONAPO, 2009:14.
4. Garza G. Evolución de las ciudades mexicanas en el siglo XX. Revista de Información y Análisis 2002;(19):7-16
5. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2007:25.
6. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005 - 2030, CONAPO. México, D.F.: Secretaría de Salud 2006.
7. Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. [Consultado el 22 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193.
8. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2008. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2009.
9. Villalpando S, de la Cruz V, Rojas R et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population. Salud Publica Mex 2010;52(supplement 1):S19-26.
10. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex 2010;52(supplement 1):S63-71.
11. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex 2010;52(supplement 1):S63-71.
12. Presidencia de la República. Tercer Informe de Gobierno. Anexo Estadístico. México D.F.: Presidencia de la República, 2009.
13. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2008. México, D.F.: Sistema de Protección Social en Salud 2008.
14. World Health Organization. National Health Accounts (NHA). [Consultado el 15 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>.
15. Partida V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2004. México, D.F.: CONAPO, 2005:23-29.
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Base de datos de las defunciones 2008. México, D.F.: INEGI/SSA, 2008.
17. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 2005-2030. México, D.F.: CONAPO, 2008.
18. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005 - 2030, CONAPO. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2009.
19. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2008. México, D.F.: Sistema de Protección Social en Salud, 2008.
20. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. [Consultado el 4 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>
21. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Lafontaine L, Wong R. Prevalencia de gasto catastrófico y empobrecedores por motivos de salud en México. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, Documento de Trabajo, 2010.
22. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Lafontaine L, Wong R. Gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. Las remesas como un mecanismo de protección financiera. Un análisis de pareo por puntaje de propensión. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, Documento de Trabajo, 2010.
23. Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos físicos y materiales. [Consultado el 18 de marzo de 2010]. Disponible en: www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/directorio.html.
24. Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los SESA. Reporte situacional 2008. México, D.F.: DGED, Secretaría de Salud, 2008.
25. Frenk J, Gómez-Dantés O. Para entender el sistema de salud de México. México, D.F.: Nostra Ediciones, 2008:60.
26. OECD: Health at a glance 2007. OECD indicators. Paris: OECD, 2007.
27. World Health Organization. World Health Statistics 2009. Ginebra: WHO, 2009.
28. Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos humanos. [Consultado el 18 de marzo de 2010]. Disponible en: www.sinais.salud.gob.mx/recursos-humanos/index.html.
29. OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Datos en salud. [Consultado el 22 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>.
30. Moise P, Docteur E. Pharmaceutical pricing and reimbursements policies in Mexico. Paris: OECD, 2007.

31. Garrido-Latorre F, Hernández-Llamas H, Gómez-Dantés O. Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. *Salud Pública Mex* 2008;50(suplemento 1):S429-S436.
32. Sistema Nacional de Información en Salud. [Consultado el 4 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>.
33. Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica. [Consultado el 4 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.comaem.org.mx/vision.html>.
34. Consejo para la Acreditación de la Educación Superior. [Consultado el 4 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.copaes.org.mx>.
35. Consejo de Salubridad General. [Consultado el 4 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.csg.salud.gob.mx>.
36. Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud. [Consultado el 5 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/acred.html>.
37. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Consultado el 4 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx>.
38. Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios. [Consultado el 4 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/wb/>.
39. Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. [Consultado el 4 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/>.
40. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2006.
41. Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta Nacional de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos en Primer y Segundo Nivel de Atención del IMSS. México, D.F.: IMSS, 2010.
42. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knauth FM. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull WHO* 2009;87:542-48.
43. Lozano R, Soliz P, Gakidou E et al. Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *Lancet* 2006;368:1729-41.
44. Gakidou E, Lozano R, González-Pier et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet* 2006;368:1920-35.
45. King G, Gakidou E, Imai K et al. Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet* 2009;373:1447-54.

Sistema de salud de Nicaragua

Jorine Muiser, MC en SS,⁽¹⁾ María del Rocío Sáenz, MC,⁽²⁾ Juan Luis Bermúdez, L en RI.⁽²⁾

Muiser J, Sáenz MR, Bermúdez JL.
Sistema de salud de Nicaragua.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S233-S242.

Resumen

En este artículo se describen las condiciones de salud de Nicaragua y las características de su sistema de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta, las actividades de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud, los mecanismos de participación ciudadana en la gestión y evaluación de los sistemas de salud, y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. También se discuten las innovaciones más recientes, dentro de las que destacan la promulgación de una nueva Ley General de Salud, la descentralización de la regulación de los establecimientos de salud y el diseño de un nuevo modelo de atención a la salud denominado Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Nicaragua

Muiser J, Sáenz MR, Bermúdez JL.
The health system of Nicaragua.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S233-S242.

Abstract

This paper describes the health conditions in Nicaragua and discusses the characteristics of its national health system including its structure and coverage, its financial sources its physical, material and human resources the stewardship functions developed by the Ministry of Health the participation of citizens in the operation and evaluation of the system and the level of satisfaction of health care users. It also discusses the most recent policy innovations, including the new General Health Law, the decentralization of the regulation of health facilities and the design and implementation of a new health care model known as Family and Community Health Model.

Key words: health system; social security; Nicaragua

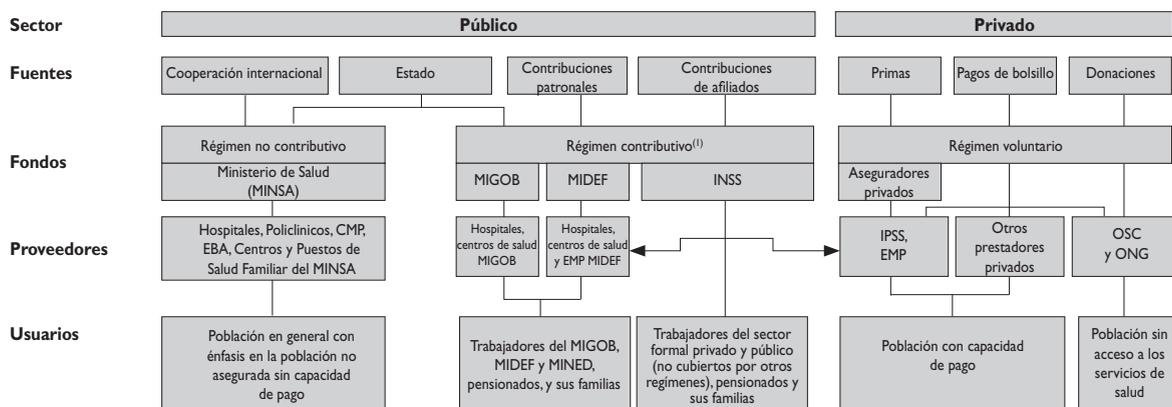
(1) Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

(2) Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración. San José, Costa Rica.

Fecha de aceptado: 18 de mayo de 2011

Solicitud de sobretiros: Jorine Muiser. Apartado postal 12, FECOSA, 1009, San José, Costa Rica.

Correo electrónico: jorine.muiser@gmail.com



CMP: Clínicas Médicas Previsionales
 EBA: Equipo Básico de Atención
 EMP: Empresas Médicas Previsionales
 INSS: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
 IPSS: Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud
 MIDEF: Ministerio de Defensa

MINED: Ministerio de Educación
 MIGOB: Ministerio de Gobernación
 MINSa: Ministerio de Salud
 OSC: Organizaciones de la Sociedad Civil
 ONG: Organizaciones no gubernamentales
 SILAIS: Sistemas Locales de Atención Integral en Salud

La Ley General de Salud en Nicaragua establece tres regímenes pilares del Sistema Nacional Único de Salud, el contributivo, el no contributivo y el voluntario. Sus servicios los ofrecen prestadores de los sectores público y privado. El régimen contributivo incluye al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que administra, entre otros, los seguros de salud obligatorio y facultativo para los trabajadores del sector formal y sus familiares, y a los Ministerios de Gobernación (MIGOB) y Defensa (MIDEF) que cubren a sus respectivos trabajadores y sus familias. El régimen no contributivo está a cargo del Ministerio de Salud (MINSa) y cubre a los grupos poblacionales sin capacidad de pago. El régimen voluntario sirve a los grupos con capacidad de pago que compran servicios con pago directo y a la población sin capacidad de pago dentro del sector privado sin fines de lucro, que incluye a organizaciones de la sociedad civil (OSC) y no gubernamentales (ONG). En 2008 el INSS cubría 16.5% de la población; el MIGOB y el MIDEF a 6%, y el MINSa a 61.2%. Siguen existiendo grupos importantes de población sin acceso regular a servicios básicos de salud. El MINSa, el MIDEF y el MIGOB cuentan con clínicas y hospitales propios. A través de sus Empresas Médicas Previsionales (EMP), el MIGOB vende servicios al público en general. A partir de 2007 se eliminó esta figura para el MINSa con lo que sus EMP se convirtieron en Clínicas Médicas Previsionales (CMP) que ofrecen todos sus servicios de manera gratuita. El INSS no cuenta con instalaciones propias por lo que compra servicios a las diferentes Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS), incluyendo a las CMP, las EMP y organizaciones con y sin fines de lucro. Las CMP y las EMP venden sus servicios al INSS por un pago per cápita. Formalmente todas las IPSS recaen bajo la rectoría del MINSa a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, que son entes descentralizados que operan en los 15 departamentos y dos regiones atlánticas.

Contexto

Demografía

De acuerdo con el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), la población de Nicaragua asciende a 5 668 879 habitantes. Un poco más de la mitad (51%) son mujeres.^{1,2}

Nicaragua está dividida en 15 departamentos que en conjunto componen las regiones del Pacífico y Centro-Norte, y dos Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur. 54% de la población habita en la región del Pacífico, 32% en la Centro-Norte y 14% en la del Atlántico.¹ 56.8% de la población habita en áreas urbanas.³ 69% es mestiza (amerindígena y blanca mezclada), 17% blanca, 9% negra y 5% amerindígena.⁴ La pobreza extrema es mayor en las poblaciones indígenas y en los municipios del Atlántico y fronterizos.¹

Entre 1998 y 2007 la tasa global de fecundidad bajó de 3.9 a 2.7 hijos por mujer en edad reproductiva

con diferencias importantes entre las zonas rurales (3.5) y urbanas (2.2).¹ La tasa de crecimiento de la población es de 1.3%.^{3,5} La esperanza de vida al nacer es de 73.9 años.⁶

La población nicaragüense es relativamente joven. Los menores de 15 años representan 35.8% de la población total mientras que las personas de 65 años y más representan 4.4%.⁵ Para 2050 se proyectan cifras de 20.1 y 14% para estos dos mismos grupos de edad.⁷

Condiciones de salud

La mortalidad general de Nicaragua es de 4.8 por 1000 habitantes.¹ La mortalidad infantil bajó de 42 por 1000 nacidos vivos en 1998 a 29 en 2008, oscilando entre 34 en las áreas rurales y 24 en las urbanas; y entre 26 en la Región del Pacífico y 43 en la del Atlántico.¹ En los quintiles más pobres la mortalidad infantil llega a ser de 35, mientras que los quintiles más ricos es de 19. La razón de mortalidad materna en Nicaragua es de 170.¹¹

La cobertura de atención al parto por personal calificado en el periodo 2001 -2006/2007 fue de 74% a nivel nacional.¹ La variación regional es alta, con una cobertura de 56% en las áreas rurales y de 92% en las urbanas.

La tasa de incidencia de tuberculosis fue 41.1 por 100 000 habitantes en 2007.⁹ La tasa de prevalencia acumulada de VIH/SIDA fue de 43 por 100 000 habitantes en ese mismo año.⁹ La tasa de dengue clásico fue de 2.5 por 10 000 habitantes y de la de dengue hemorrágico fue de 0.4.⁹ La tasa de malaria fue de 2.4 por 10 000 habitantes.⁹

La prevalencia de diabetes e hipertensión en adultos en Managua se estima en 9 y 25%, respectivamente, mientras que la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad es de 68% en las mujeres adultas y 52.9% en los hombres adultos.¹¹

En los últimos años ha habido en Nicaragua un incremento muy importante de las muertes por enfermedades no transmisibles. En 2004 la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres fueron las enfermedades circulatorias (cuadros II y III). En las mujeres destacan también las muertes por tumores. En los hombres llaman la atención las muertes por causas externas, que concentran 18.8% de las muertes totales.

Estructura y cobertura

El Ministerio de Salud (MINSa) es responsable de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población según la Ley General de Salud 2002. Con el fin de lograr la cobertura universal, se establecieron tres regímenes: contributivo, no contributivo y voluntario. El régimen contributivo lo implementan el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que administra, entre otros, los seguros de salud obligatorio y facultativo para los trabajadores del sector formal, los Ministerios de Gobernanza (MIGOB) y Defensa (MIDDEF), que cubren a los miembros de las fuerzas armadas y la administración pública, y, desde 2007, el Ministerio de Educación. El régimen no contributivo está a cargo del MINSa. Los servicios del régimen voluntario los presta el sector privado.

El MINSa, MIGOB y MIDEF cuentan con instalaciones propias. Con el fin de extender su cobertura de servicios, el MINSa inició un proceso de sectorialización del país en 2008. En principio, cada uno de los 2 225 sectores debe contar, en el futuro, con un Equipo Básico de Atención (EBA) que implementa las acciones e intervenciones definidas en el Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS) en colaboración con otros actores sociales, incluyendo los municipios, según el plan local de salud.¹⁵ Un EBA está formado por un médico general y dos recursos de

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, NICARAGUA, 2008

Población total	5 668 579
Esperanza de vida al nacer	73.9
Esperanza de vida a los 60 años	22.0
Tasa de mortalidad general	4.8
Tasa de mortalidad infantil ³	29
Razón de mortalidad materna	170
Prevalencia de diabetes en adultos	ND
Prevalencia de hipertensión en adultos	ND
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	74
Cobertura de vacunación (%)	
BCG (menores 29 meses)	98
Pentavalente (menores 29 meses)	95
MMR (menores 35 meses)	92
OPV3 (menores 29 meses)	95
Esquema completo (menores 29 meses)	85
Población con seguro social de salud	1 073 658
Asegurados activos Régimen Integral Obligatorio	430 633
Asegurados activos Régimen Integral Facultativo	2 253
Beneficiarios de los dos regímenes (cónyuges e hijos)	640 772
Población no asegurada	4 594 921
Población sin acceso a servicios públicos de salud	923 978
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	9.4
Gasto per cápita en salud*	251
Gasto público en salud como % del gasto total en salud	54.6%
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	10.3

Fuente: Referencias 1,2,5,6,8-13

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

enfermería. Sin embargo, actualmente los recursos no dan para cumplir con esta normativa. Cada EBA sirve a una comunidad de 4 500 a 5 000 habitantes en zonas urbanas y a 2 500 a 3 000 habitantes en zonas rurales. El EBA refiere a sus beneficiarios a las instituciones comunitarias y del sector salud, incluyendo la casa base, la casa materna y los establecimientos de la red de MINSa. Una casa base es una institución comunitaria que promueve el autocuidado de la salud e implementa acciones de prevención y asistencia básica de los principales problemas de salud. Una casa materna atiende con personal calificado el embarazo, el parto, al recién nacido y el puerperio de bajo riesgo en mujeres que viven en zonas alejadas de los servicios de salud. También impulsa el autocuidado de la salud. El trabajo de las casas base y materna se desarrolla a través de voluntarios y en coordinación estrecha con las redes de agentes comunitarios, los Puestos de Salud Familiar y Comunitaria, los Centros de Salud Familiar y los hospitales.

Cuadro II
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, NICARAGUA, 2004

<i>Causa</i>	<i>Número</i>	<i>Tasa*</i>	<i>%</i>
1. Enfermedades del sistema circulatorio	1 922	68.1	29.0
2. Tumores	1 085	38.4	16.3
3. Enfermedades transmisibles	538	19.1	8.1
4. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	389	13.8	5.8
5. Causas externas	382	13.5	5.7
6. Signos, síntomas y afecciones mal definidas	295	10.4	4.4
7. Todas las demás enfermedades	2 015	71.4	30.4
Total	6 626	234.7	100

*Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 14

Cuadro III
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, NICARAGUA, 2004

<i>Causa</i>	<i>Número</i>	<i>Tasa*</i>	<i>%</i>
1. Enfermedades del sistema circulatorio	2 093	74.7	23.3
2. Causas externas	1 685	60.1	18.8
3. Tumores	851	30.4	9.5
4. Enfermedades transmisibles	710	25.3	7.9
5. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	596	21.3	6.6
6. Signos, síntomas y afecciones mal definidas	285	10.2	3.1
7. Todas las demás enfermedades	2 733	97.5	30.5
Total	8 953	319.4	100

*Tasa por 100 000 hombres

Fuente: Referencia 14

Los establecimientos del MINSA se organizan en forma de red de referencia y se distinguen de la siguiente manera: Puesto de Salud Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Familiar, Hospitales Primarios, Policlínicos, Hospitales Departamentales, Hospitales Regionales (con sus Centros de Diagnóstico de Alta Tecnología), Hospitales con Servicios de Referencia Nacional y Servicios Nacionales de Tercer Nivel de Atención.

El INSS contrata servicios de Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS), tanto del sector público como del privado, certificadas por el MINSA.

En 2007 el gobierno de Nicaragua adoptó un nuevo modelo de atención en salud llamado Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Los objetivos de este modelo son los siguientes: 1) construir servicios de

salud eficaces, efectivos y eficientes que generen una mejora equitativa de la situación de salud de la población; 2) alcanzar mayores niveles de satisfacción de los usuarios y 3) alcanzar mejoras en el nivel de protección financiera en salud.¹⁶ Los pilares del modelo son la prestación de servicios integrales de salud; la gestión descentralizada y desconcentrada a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y otras modificaciones que incluyen la eliminación del anterior Modelo Previsional de la Salud, la reinstalación de la gratuidad de los servicios del MINSA y el cambio de nombre de las Empresas de Medicina Previsional (EMP) del MINSA por Clínicas de Medicina Previsional (CMP). Diversos documentos señalan la necesidad de buscar fuentes financieras alternativas¹¹ y atraer nuevos recursos ex-

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA NICARAGÜENSE DE SALUD

1955	Promulgación de la Ley de Seguridad Social
1979	Creación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS)
1982	Expedición de la Segunda Ley de Seguridad Social
1987	Promulgación de la Nueva Constitución Política
1991	Creación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS)
1995	Reforma a la Constitución de 1987 que introduce el Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez
1998	Implantación del Programa de Modernización del Sector Salud 1998 – 2002
2002	Promulgación de la Ley General de Salud
2004	Descentralización de la regulación de establecimientos de salud en los SILAIS y Modelo de Atención Integral de Salud
2008	Diseño de la Política Nacional de Salud

ternos a través del Fondo Nicaragüense para la Salud (FONSALUD) que se creó en 2005 con ese fin.^{17,18} De esta manera se pretende restituir el derecho a la protección de la salud, y reorientar la participación ciudadana de un enfoque 'utilitario' hacia uno de gestión ciudadana de la salud.¹⁰

¿Quiénes son los beneficiarios?

Los beneficiarios del régimen contributivo son todos los trabajadores del sector formal, privado y público, además de sus beneficiarios. En el caso del INSS éstos son el cónyuge en estado de pre y postparto e hijos de hasta 12 años. En la práctica la afiliación obligatoria al INSS se limita a los trabajadores formales que habitan en zonas donde la institución ofrece servicios, particularmente la región del Pacífico. En 2008 más de la mitad de los afiliados del INSS (54.2%) se encontraba en Managua, 7.1% en Chinandega, 5.7% en León, 4.6% en Matagalpa y 4.3% en Masaya.⁸

Los beneficiarios del régimen no contributivo son primeramente los grupos poblacionales sin capacidad de pago y no asegurados. El régimen también implementa acciones de salud pública para toda la población.

El régimen voluntario sirve a la población con capacidad de pago que elige comprar sus servicios de salud directamente al proveedor. También incluye a las ONG y OSC que ofrecen servicios subsidiados a grupos sin capacidad de pago.

El MINSa cubre a 61.2% de la población, el INSS a 16.5%, y el MIGOB y el MIDEF a 6%. Muchos beneficiarios del MINSa complementan los servicios ofrecidos por la institución con los del régimen voluntario. Según la Política Nacional de Salud 2008 (PNS), 35 a 40% de la población aún no tiene acceso a ningún servicio público,

particularmente quienes habitan en la Región Autónoma Atlántico Norte, la Región Autónoma Atlántico Sur, Río San Juan, Jinotega y Matagalpa. La meta del MINSa es cubrir con el régimen no contributivo las necesidades curativas de 65% de la población y ofrecer a toda la población nicaragüense servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.¹⁰

¿En qué consisten los beneficios?

Entre 2002 y 2007 el Sistema Nacional Único de Salud operó con base en el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS).¹⁹ Sin embargo, este paquete nunca pudo implementarse. Ahora al PBSS se le llama Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS) y se describe detalladamente en el Manual de Organización y Funcionamiento del Sector 2008.²⁰ Este paquete debe estar al acceso de todos los ciudadanos e incluye acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación. Los beneficios se distinguen en tres grupos: a) servicios públicos en salud (acciones de salud pública, vigilancia, fomento y promoción de la salud); b) servicios de protección y prevención en salud y c) servicios para la atención oportuna del daño (recuperación y rehabilitación de la salud).

El Seguro de Enfermedad y Maternidad del INSS garantiza asistencia médica preventiva, curativa y hospitalaria. Para los asegurados activos, el paquete también incluye prestaciones económicas como subsidios de maternidad y lactancia. Para los dependientes se enfoca en servicios dirigidos a la niñez y la salud reproductiva, incluyendo el tratamiento de cáncer de cérvix y mama.²¹ Para estar cubiertos efectivamente, los asegurados activos deben de haber cotizado por lo menos ocho semanas.²² Los MIGOB y MIDEF cubren atención en medicina general, cirugía, ginecoobstetricia y pediatría.

El MINSa y el INSS también cubren enfermedades de alto costo en función de la disponibilidad de recursos financieros y tecnológicos.

Financiamiento

¿Quién paga?

Desde el punto de vista financiero, el sistema nicaragüense de salud está fragmentado entre sector público y privado, y al interior del sector público, entre el MINSa, el MIGOB, el MIDEF y el INSS. No existen mecanismos de *risk pooling* entre estas instituciones, lo que afecta la capacidad redistributiva del sistema y por ende, la equidad y eficiencia del sistema de salud.

El INSS ofrece el Régimen Integral que comprende los Seguros de Enfermedad y Maternidad (EM), Invali-

dez, Vejez y Muerte (IVM) y Riesgos Profesionales (RP). También ofrece el Régimen IVM que excluye el EM. Los regímenes son obligatorios para los trabajadores asalariados y los que forman parte de colectivos, y facultativo para trabajadores independientes. La obligatoriedad se restringe a personas que viven en zonas donde el INSS ofrece servicios.

El INSS se financia de manera tripartita: el Estado paga 0.25% del salario de los asegurados activos de los Regímenes Integrales. Los empleadores pagan 16 y 10% del salario del trabajador, en los Regímenes Integrales y el IVM/RP, respectivamente. Finalmente, los asegurados activos contribuyen con 6.25% y 4.25% de sus ingresos respectivamente (cuadro IV).

El régimen no contributivo del MINSA se financia con impuestos generales, la venta de servicios al INSS y con recursos de cooperación internacional canalizados principalmente a través de FONSALUD. La asignación de los fondos del MINSA hacia los departamentos y regiones atlánticas se hace a través de 17 SILAIS. Los mismos identifican, en colaboración con los municipios y EBA, las necesidades en recursos financieros en base del perfil epidemiológico, demográfico, socioeconómico y cultural de la población. La asignación de recursos se realiza en base de compromisos de gestión entre el MINSA y el director de cada SILAIS, entre directores de hospital y el MINSA, y entre directores de hospital y directores de SILAIS. Con los contratos los respectivos directores adquieren la obligación de cumplir los

compromisos de producción de servicios, impacto en la salud y satisfacción de usuarios expresados en el Plan Local. El MINSA y SILAIS respectivamente se comprometen a asignar recursos y brindar la asistencia técnica necesaria para lograr las metas.

El INSS compra servicios a las IPSS en forma de un paquete de beneficios establecido por un pago per cápita de US\$ 14 o 300 CO en 2010.²³ El monto per cápita se basa en el número de afiliados que está asignado a cada IPSS y no toma en cuenta el perfil socioeconómico o de salud de los beneficiarios.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto en salud de Nicaragua ascendió en 2008 a 9.5% del PIB mientras que el gasto en salud per cápita fue, ese mismo año, de 251 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo).¹² El gasto en salud se ha venido incrementando de manera consistente desde el año 2000 cuando representaba 7% del PIB. El gasto público representa 54.6% del gasto total y el gasto privado el 45.4%. Más del 90% del gasto privado es gasto de bolsillo. Los recursos externos representan 10.3% del gasto total en salud.

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los nicaragüenses?

Se calcula que 10.3% de los hogares nicaragüenses incurren anualmente en gastos catastróficos por atender sus

CUADRO IV
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL INSTITUTO NICARAGÜENSE DE SEGURIDAD SOCIAL
POR RÉGIMENES DE ASEGURAMIENTO

	IVM	IVM	RP	Víctimas de guerra	Total	
Empleador		7,00	1,50	1,50	10,00	
Trabajador		4,00	-	0,25	4,25	
Total		11,00	1,50	1,75	14,25	
	Régimen Integral	IVM	RP	EM	Víctimas de guerra	Total
Empleador		7,00	1,50	6,00	1,50	16,00
Trabajador		4,00	-	2,25	-	6,25
Estado		-	-	0,25	-	0,25
Total		11,00	1,50	8,50	1,50	22,50

IVM= Invalidez, vejez y muerte
RP= Riesgos profesionales

necesidades en salud. Otro 1.6% de los hogares incurren en gastos empobrecedores por las mismas razones.²³ La prevalencia de hogares con gastos catastróficos y empobrecedores en las zonas rurales son de 15.1 y 2.7%, respectivamente, contra 7 y 0.8% en las zonas urbanas. En el quintil más pobre, las prevalencias de gastos catastróficos y empobrecedores son de 10.3 y 6.8%, respectivamente, contra 6.8 y 0% en el quintil más rico, respectivamente.

Recursos

¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?

En 2007 el sistema público de salud de Nicaragua contaba con 32 hospitales, 11 de los cuales se encontraban en Managua. De las 4 923 camas hospitalarias con las que contaba Nicaragua en ese mismo año, 1 596 se encontraban en la capital.² El número de camas hospitalarias por 10 000 habitantes en 2007 era de 10.⁶

La red del MIGOB cuenta con 20 puestos de salud: 17 establecimientos para atención especializada que ofrecen consulta general, odontología, atención prenatal y exámenes rutinarios de salud, y 3 hospitales para diagnósticos, cirugías y rehabilitación, todos dispersos sobre los 17 departamentos y regiones autónomas.²¹

La red del MIDEF cuenta con nueve puestos médicos, 11 puestos de salud y un hospital, incluyendo una EMP que vende servicios al INSS y a la población en general.²¹

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

En 2007 había en Nicaragua 2 404 médicos, 854 de los cuales trabajaban en Managua.² Esto arroja una razón de 0.4 médicos por 1000 habitantes. De las 2 440 enfermeras profesionales con las que cuenta el país, 709 trabajan en Managua.² Esto arroja una razón de 1.1 enfermeras por 1 000 habitantes.

Nicaragua cuenta con varias escuelas y facultades de medicina vinculadas a la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de Managua y León, la Universidad Americana, la Universidad Cristiana Autónoma de Nicaragua, la Universidad Católica y la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. Nueve escuelas ofrecen estudios de enfermería, incluyendo la Universidad Politécnica de Nicaragua, la UNAN-León y el Instituto Politécnico de la Salud Manuel Piti Fajardo. La Universidad Iberoamericana de Ciencia y Tecnología ofrece formación en disciplinas como óptica y optometría y farmacia.

En 1995 se creó el Colegio de Médicos y Cirujanos de Nicaragua, que desarrolla el código de ética de la pro-

fesión médica, promueve el desarrollo científico-técnico de los médicos, y defiende los derechos profesionales del gremio médico.²³ El Colegio de Enfermeras nació en 1972 cuando se renombra la Asociación de Enfermeras de Nicaragua establecida en 1949.²⁴

¿Cuál es el nivel de acceso a los medicamentos?

En el sector público nicaragüense los medicamentos son gratuitos. De hecho, el CPS incluye una lista básica de medicamentos para el primer nivel de atención, así como un listado de métodos anticonceptivos y vacunas. Debido a la falta de recursos estos insumos no están disponibles en todos los establecimientos del MINSa. El INSS también cuenta con un listado básico obligatorio de medicamentos que las EMP y CMP deben proveer a los asegurados.

Rectoría

¿Quién pone en orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

Según la Ley General de Salud de 2002, el MINSa es el rector del sector salud y responsable de elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas y formular las políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos. El sector salud abarca a todas las instituciones, organizaciones, personas, establecimientos, tanto públicos como privados, cuyo objetivo principal es la atención de la salud. Todas las IPSS públicas y privadas deben ser certificadas por el MINSa y están obligadas a prestar servicios de atención de emergencia a quien lo necesite de manera inmediata e incondicional. Los principios básicos que rigen el sector salud y por tanto la rectoría del MINSa son la gratuidad, universalidad, solidaridad, integralidad, participación social, eficiencia, calidad, equidad, sostenibilidad, responsabilidad de los ciudadanos.

El MINSa como regulador se enfoca en acciones relacionadas a la emisión de normas y criterios, la habilitación de establecimientos, la regulación de alimentación y farmacéuticas, la formulación de requisitos para donaciones y brigadas médicas internacionales, y el registro de profesionales y dispositivos médicos, entre otras cosas. A través de los 17 SILAIS implementa una gestión descentralizada. Las principales funciones de los SILAIS son organizar y articular a las unidades de primer y segundo nivel en su territorio; aplicar el marco regulador; vigilar la salud pública; gestionar los recursos y establecimientos; controlar el aseguramiento de la atención; y fomentar la participación ciudadana en salud.¹⁰

Desde 2000, la OPS, en conjunto con diferentes actores nacionales, monitorea en todos los países de la

región el comportamiento de las autoridades sanitarias utilizando 11 indicadores de desempeño llamados Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Según las evaluaciones de 2001 y 2008, la aplicación del marco regulatorio en Nicaragua es débil.^{21,25}

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

El MINSA y sus respectivos SILAIS, a través del Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica Nacional (SISNIVEN), son responsables de la vigilancia de las actividades que impactan la salud. Las fuentes de información para la vigilancia epidemiológica en cuya base opera el SISNIVEN son varias y de multinivel. Los datos fluyen desde las comunidades, Casas Base y Puestos de Salud hacia los centros de salud y hospitales, para, a través de los SILAIS, llegar a los programas de la Dirección General de la Vigilancia del MINSA. El tipo de información que se usa incluye el registro de las IPSS, los resultados de laboratorios de microbiología y análisis clínico-patológico y la información producida por agentes comunitarios. El SISNIVEN está en un proceso de automatización de los procesos de análisis de información y transmisión de datos y de capacitación con el fin de ganar oportunidad y calidad en la información.²⁶ El MINSA, con esta información produce, entre otros informes, boletines epidemiológicos semanales.

¿Quién evalúa?

Dentro del MINSA, la Dirección Superior y la Dirección General de Planificación y Desarrollo son responsables de la evaluación de las acciones en salud. La PNS 2008 enfatiza la importancia de la participación de los municipios y comunidades en los procesos de evaluación. Según la PNS 2008, el MINSA debe implementar dos evaluaciones extensas en el actual periodo de gobierno, una en el tercer año y otra antes de finalizar.¹⁰

El MINSA a través de sus SILAIS regula y supervisa la implementación de auditorías de calidad de la atención médica. Se trata de auditorías internas que complementan las actividades de evaluación de la PNS 2008. Se definen como evaluaciones sistemáticas y retrospectivas, y se realizan a través del análisis del expediente clínico, inspección in situ, entrevistas y otros mecanismos legalmente aceptados.²⁷ En 2008, se realizaron 88 auditorías de 176 solicitadas. Las debilidades encontradas incluyen problemas de comunicación en los diferentes niveles de atención con la familia y los pacientes; incumplimiento de las normas y protocolos establecidos para la atención de los diferentes padecimientos, y problemas de actitud de los profesionales de la medicina en las diferentes

categorías (médicos generales, residentes, especialistas) que genera mal trato a los pacientes y sus familiares.²⁸

El desempeño del sistema de salud nicaragüense también se ha evaluado midiendo las FESP. Entre 2001 y 2008 todas estas funciones mostraron mejorías, excepto el monitoreo, análisis y evaluación de la salud de la población y la vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública (cuadro V).²⁵

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La participación ciudadana es constitucional en Nicaragua. Para el actual gobierno la participación ciudadana en los sectores salud, educación, agua, producción, energía e infraestructura es una prioridad.¹⁰ Esta participación se implementa a través de los Consejos del Poder Ciudadano en la Gestión Pública. En 2007 se adoptó también la Ley de Acceso a la Información Pública que, de manera formal, promueve el acceso público a la información y exige transparencia en sus operaciones a las instituciones públicas y privadas.²⁹

Con respecto específicamente al sector salud, la participación ciudadana se define en la Ley General de Salud y en la PNS 2008. Se organiza a nivel municipal y comunitario a través de los Consejos de Salud y los Comités de Desarrollo Comunitario, entre otros, y se realiza mediante acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en conjunto con las municipalidades y los EBA. Además se promueve por vía de las Jornadas de Análisis y Balance (JABA), cuyo objetivo es rendir cuentas ante la ciudadanía y planificar e identificar prioridades en salud y necesidades financieras. Las primeras JABA se desarrollaron en julio 2008 en todos los departamentos y regiones autónomas, y en ellas participaron, según informes, más de 10 000 personas representantes del sector salud y la sociedad civil.³⁰

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

La satisfacción de los usuarios se expresa en los espacios de participación ciudadana en la gestión de salud y en los niveles locales. Se mide a través de las evaluaciones del MINSA. En los contratos entre MINSA y las EMP y en los compromisos de gestión entre MINSA y sus hospitales, el número de reclamos presentados por los usuarios de esas IPSS es uno de los indicadores de evaluación. La satisfacción de usuarios también puede expresarse en las auditorías de calidad de las IPSS.

Cuadro V
RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA, NICARAGUA, 2001 Y 2008

	2001	2008
1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud de la población	0.62	0.47
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	0.73	0.62
3. Promoción de la salud	0.50	0.70
4. Participación de los ciudadanos en salud	0.53	0.71
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	0.49	0.83
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	0.44	0.74
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios	0.60	0.79
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	0.36	0.65
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva	0.14	0.25
10. Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública	0.36	0.33
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	0.67	0.99

Fuente: Referencia 25

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implementado?

Las innovaciones recientes del sistema nicaragüense de salud más importantes son la Promulgación en 2002 de la Ley General de Salud; la puesta en marcha del proceso de descentralización de la regulación de los establecimientos de salud, y el diseño de un nuevo modelo de atención en salud que busca ofrecer servicios de salud efectivos y eficientes, mayores niveles de satisfacción de los usuarios y un mejor nivel de protección financiera en salud.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Aún es temprano para evaluar el impacto de las más recientes innovaciones. Sin embargo, el Informe de Gestión Institucional 2008 del MINSA reporta avances en la sectorialización del país y la instalación de 849 equipos de salud familiar y comunitaria; incrementos en la utilización de los servicios, debidos, entre otras cosas, a su gratuidad, y el inicio del proceso de visitas domiciliarias y de 'dispensarización' de la población con el fin de identificar grupos aparentemente sanos, en riesgo, enfermos y con discapacidades para la programación de los servicios. Estas innovaciones, además, se han asociado a un incremento relativo del gasto público en salud.³⁰

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Los retos más grandes que enfrenta el sistema de salud nicaragüense son la pobreza, la inequidad social y geográfica y la relacionada inequidad en salud, además de la falta de recursos públicos para lograr la cobertura universal en salud de manera equitativa y la implementación de la nueva normativa. La promulgación de la Ley General de Salud y el restablecimiento del régimen no contributivo constituyen avances importantes. Sin embargo, siguen faltando recursos asignados al sector salud que se requieren para efectivamente implementar la nueva normativa.

Otros de los retos que deberá enfrentar el sistema de salud de Nicaragua son el fortalecimiento de su sistema de información, la participación ciudadana, la rendición de cuentas y la transparencia.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni/endesa/InformeFinal07.pdf>
2. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Anuario 2007 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni/index.htm>
3. Pan American Health Organization. Regional Core Health Data Initiative. Technical Health Information System [consultado 2010 octubre

- 11]. Disponible en: <http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
4. Central Intelligence Agency. World Factbook [consultado 2010 mayo 7]. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/nu.html>
5. World Bank. Data countries. Nicaragua [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/country/nicaragua>
6. WHO. Global Health Observatory [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.who.int/gho/en/>
7. US Census bureau [consultado 2011 octubre 11]. Disponible en: <http://www.census.gov/ipc/www/idb/country.php>
8. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Anuario Estadístico 2008 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.inss.gob.ni/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=8&Itemid=37
9. Ministerio de Salud. Compendio Estadístico 2006 – 2007 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/estadisticas/compendio/index.html>
10. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2008 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/politica.htm>
11. WHO. WHO Global InfoBase: Data for Saving Lives. Country Page, Nicaragua [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <https://apps.who.int/infobase/report.aspx?iso=NIC&rid=111&goButton=Go>
12. WHO. National health accounts. Nicaragua [consultado 2011 mayo 17]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/nic.pdf>
13. Mendéz O, Arreola-Ornelas H, Aguilar AM. Gastos catastróficos por motivos de salud en Nicaragua con base en datos de la Encuesta de Medición de Nivel de Vida 2005. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, International Development Research Centre, 2010.
14. Ministerio de Salud. Principales causas de muerte 2004 por grandes grupos, total y según sexo [consultado 2011 mayo 17]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/estadisticas/ind2005/images/muertes_big.gif
15. Ministerio de Salud. Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios [consultado 2010 el 11 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/mosaf/Ministerio%20de%20Salud%20Desarrollo%20Prospectivo%20de%20la%20Red%20de%20Servicios.pdf>
16. Ministerio de Salud. Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/mosaf/Marco_Conceptual_Modelo_SaludFamiliar_Comunitario.pdf
17. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud. Guía de Implementación del MAIS [consultado 2010 mayo 7]. Disponible en: <http://mshnic.org.ni/home/biblioext/mais/2007/guiamais.pdf>
18. Ministerio de Salud. Manual del Funcionamiento del Fondo Nicaragüense para la Salud [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/coop/2010/archivos/Manual_Funcionamiento_fondo_nic.pdf
19. Ministerio de Salud. La Ley No. 423. La Ley General de Salud [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/lgs_423.pdf
20. Ministerio de Salud. Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Manual de Organización y Funcionamiento del Sector [consultado 2010 octubre de 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/mosaf.html>
21. OPS. Perfil de los sistemas de salud. Nicaragua. Monitoreo y evaluación de los procesos de cambio y reforma [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://new.paho.org/hss/index.php?option=com_content&task=view&id=3263&Itemid=3317&lang=es
22. Instituto Nicaragüense del Seguro Social. Seguro de Enfermedad y Maternidad [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.inss.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=7:enfermedad-y-maternidad&catid=2:seguros&Itemid=34
23. El Nuevo Diario. Sólo las EMP del MINSa remiten a Salud Pública [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/71767>
23. Ley de Creación del Colegio de Médicos y Cirujanos [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.euram.com.ni/pverdes/articulos/Ley_de_colegio_medicos_cirujanos_ed121.htm
24. Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Enfermería. Historia de la enfermería en Nicaragua [consultado el 11 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc/04.pdf>
25. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Resultados del II Taller Nacional de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Nicaragua [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Mae7TGX4e8cJ:new.paho.org/hss/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc-%20Nicaragua%20Vigilancia.pdf
26. Proyecto Mesoamericano de la Salud [consultado 2010 julio 18]. Disponible en: <http://www.proyctomesoamerica.org/documentos/07.1%20-%20Nicaragua%20Vigilancia.pdf>
27. Ministerio de Salud. Norma de la Auditoría de la Calidad de la Atención Médica [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/regulacion/normas/N-005-AuditoriaCalidadAtencion.pdf>
28. Ministerio de Salud. Informe de Gestión Institucional 2008 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/Infgest/InfGestInstl2008.pdf>
29. Asamblea Nacional. Ley de Acceso a la información pública, Ley No. 621, Aprobada el 16 de Mayo del 2007 y publicada en La Gaceta No. 118 del 22 de junio del 2007 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://oaip.cancilleria.gob.ni/documentos/alegal/ley621.pdf>
30. Ministerio de Salud. Informe de Gestión Institucional 2008 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/Infgest/InfGestInstl2008.pdf>

Sistema de salud de Perú

Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, MSP,⁽¹⁾ Oswaldo Lazo-González, PhD,⁽²⁾ Gustavo Nigenda, PhD.⁽¹⁾

Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G.
Sistema de salud de Perú.
Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S243-S254.

Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G.
The health system of Peru.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S243-S254.

Resumen

En este trabajo se describen las condiciones generales de salud de la población peruana y, con mayor detalle, el sistema peruano de salud: su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta, y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. Asimismo se discute el estado en el que se encuentran la generación de información y la investigación, y la participación de los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema. El artículo concluye con una discusión de las innovaciones más recientes, dentro de las que destacan el Seguro Integral de Salud, el sistema de Empresas Prestadoras de Salud, el proceso de descentralización y los Comités Locales de Administración de Salud. El reto principal que enfrenta este sistema es ampliar la atención a la salud a poco más de 10% de la población que todavía no recibe servicios básicos.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Perú

Abstract

This paper describes the health conditions in Peru and, with greater detail, the Peruvian health system, including its structure and coverage, its financial sources, its physical, material and human resources, and its stewardship functions. It also discusses the activities developed in the information and research areas, as well as the participation of citizens in the operation and evaluation of the health system. The article concludes with a discussion of the most recent innovations, including the Comprehensive Health Insurance, the Health Care Enterprises system, the decentralization process and the Local Committees for Health Administration. The main challenge confronted by the Peruvian health system is the extension of coverage to more than 10% of the population presently lacking access to basic health care.

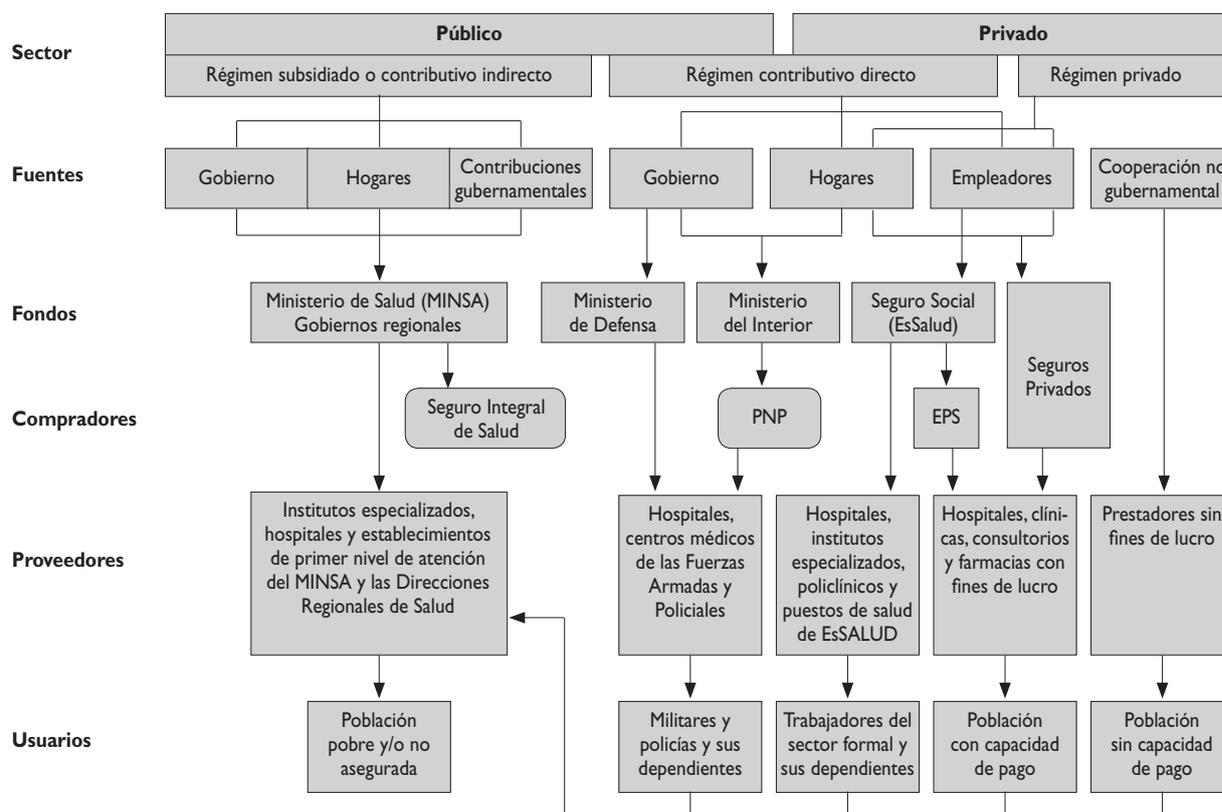
Key words: health system; social security; Peru

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(2) Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.

Fecha de aceptado: 28 de marzo de 2011

Solicitud de sobretiros: Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: jackeline.alcalde@gmail.com; jackeline.alcalde@yahoo.com



PNP: Policía Nacional del Perú
EPS: Entidades Prestadoras de Salud

Fuente: Referencia 24

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS). La prestación de servicios tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república. El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSALUD ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a EsSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP). En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional. El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares.

Contexto

Demografía

Perú tiene una población de 28 807 034 millones de habitantes. Poco menos de la mitad (49.7%) son hombres y poco más de la mitad (50.3%) son mujeres.¹

A nivel demográfico, los siguientes hechos han marcado el crecimiento de la población en Perú:²

- la disminución de la tasa de mortalidad infantil, que pasó de 159 por 1000 nacidos vivos en 1950 a 21 por 1000 nacidos vivos en 2008;
- el descenso en la tasa bruta de mortalidad, que pasó de 22.5 defunciones por 1000 habitantes en 1950 a 5.5 en 2008;
- el incremento en la esperanza de vida, que pasó de 45 años en las mujeres y 43 en los hombres en 1950 a 75 años en las mujeres y 70 en los hombres en 2008, y

- el descenso de la tasa global de fecundidad, que pasó de 6.8 hijos por mujer en 1950 a 2.41 en el 2008.

La proporción de la población que se ubica entre los 5 y los 15 años es cada vez menor. La población de menores de 15 años ha disminuido de 42% en 1972 a 31% en 2005, mientras que la proporción de la población de adultos mayores aumentó casi tres puntos porcentuales (6.4 a 9.1%) en los últimos 50 años y se estima que en los siguientes 20 años aumentará al menos cinco puntos porcentuales más para alcanzar cerca de 14% en 2025.^{3,4}

Perú ha experimentado también un acelerado proceso de urbanización. En 2007 la población urbana del país alcanzó 76% y la rural 24%.⁵ Lima continúa siendo el centro económico del país y concentra 54% del PIB.⁶ Los bolsones de pobreza se localizan en la periferia de las ciudades, en las zonas rurales de la sierra y en la selva.^{7,8} El rostro social del Perú de hoy es el de una población básicamente urbana, joven, subempleada y pobre.

Perú es además un país multilingüe y pluricultural, con cerca de 70 grupos etno-lingüísticos agrupados en 16 zonas culturales, 5 666 comunidades campesinas y 1 450 comunidades indígenas reconocidas por la Constitución.⁹ La población indígena asciende a 8 793 295 personas, de los cuales ocho millones son quechua-andinos, 603 mil aymaras y 190 295 indígenas amazónicos que se encuentran distribuidos en todo el territorio nacional.

Condiciones de salud

En las últimas décadas se ha producido una mejora importante en la salud de la población peruana que se ha atribuido al proceso de urbanización, al incremento del nivel de instrucción, a mejoras en el acceso a servicios de saneamiento básico, a cambios en los estilos de vida, a cambios demográficos y a la expansión de servicios de salud de primer nivel de atención.¹⁰ Los niños que nacieron en el país en el periodo 1950-1955, por ejemplo, presentaban una esperanza de vida de 44 años. La esperanza de vida promedio hoy en Perú es de 73 años.¹¹

La mortalidad también sufrió cambios en las causas de defunción y en la composición etaria. A comienzos de los años cincuenta, las muertes en menores de 5 años representaron 56% del total. A fines de los ochenta representaban 45% del total de las defunciones, siendo las principales causas de muerte las enfermedades respiratorias agudas y las infecciones digestivas.¹² En 2004 la primera causa de muerte seguían siendo las infecciones respiratorias agudas, pero ocupaban el segundo y tercer

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, PERÚ, 2008

Población total	28 807 034
Esperanza de vida al nacer	73.1
Esperanza de vida a los 60 años	ND
Tasa de mortalidad general	5.5
Tasa de mortalidad infantil	20
Razón de mortalidad materna	185
Prevalencia de diabetes	ND
Prevalencia de hipertensión arterial	ND
Proporción de partos atendidos por personal calificado	72.6
Cobertura de vacunación	
DPT en menores de 1 año	99%
DPT en niños de entre 1 y 4 años	90%
Población con protección social en salud	12 098 954
Población sin protección social en salud	16 708 080
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	4.5
Gasto total en salud per cápita*	385
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	59.4
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	3.2

Fuente: Referencias 13-20

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

lugar las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares.

Las principales causas de muerte entre las mujeres peruanas son las infecciones respiratorias agudas, pero las enfermedades no transmisibles ya empiezan a tener una presencia creciente. De hecho, las enfermedades isquémicas del corazón y la enfermedad cerebrovascular son la segunda y tercera causa de muerte en este grupo poblacional (cuadro II).

La misma situación se observa en los hombres, que fallecen sobre todo de infecciones respiratorias agudas, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y enfermedad cerebrovascular (cuadro III).

En la capital de la república se registran las más altas tasas de muertes por accidentes de tránsito.²¹ De hecho, los perfiles de mortalidad al interior del país son muy heterogéneos. Los departamentos ubicados en la Sierra Sur presentan tasas más altas de mortalidad por enfermedades transmisibles, ciertas afecciones originadas en el período perinatal y causas externas que Lima y Callao.

La tasa de mortalidad infantil ha mostrado una tendencia al descenso pero se mantienen brechas al interior del país. Según la Encuesta Demográfica y de

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, PERÚ, 2004

	Número	Tasa*	%
1. Infecciones respiratorias agudas	5 455	39.8	12.4
2. Enfermedades isquémicas del corazón	2 109	15.4	4.8
3. Enfermedad cerebrovascular	2 046	14.9	4.6
4. Septicemia, excepto neonatal	1 577	11.5	3.6
5. Enfermedades hipertensivas	1 536	11.2	3.5
6. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1 490	10.9	3.4
7. Ciertas afecciones del periodo perinatal	1 431	10.4	3.2
8. Tumor del estómago	1 279	9.3	2.9
9. Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1 141	8.3	2.6
10. Diabetes mellitus	1 008	7.4	2.3
Las demás causas	24 961	182	57
Total	44 033	-	100

*Tasa por 100 000 mujeres
Fuente: Referencia 12

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, PERÚ, 2004

	Número	Tasa*	%
1. Infecciones respiratorias agudas	5 604	40.5	11.2
2. Enfermedades isquémicas del corazón	2 507	18.1	5.0
3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2 001	14.4	4.0
4. Enfermedad cerebrovascular	1 967	14.2	3.9
5. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1 845	13.3	3.7
6. Septicemia, excepto neonatal	1 541	11.1	3.1
7. Enfermedades hipertensivas	1 402	10.1	2.8
8. Tumor de estómago	1 324	9.6	2.6
9. Tuberculosis	1 193	8.6	2.4
10. Tumor de próstata	1 100	7.9	2.2
Las demás causas	29 645	214.0	59.1
Total	50 129	-	100

*Tasa por 100 000 hombres
Fuente: Referencia 12

Salud 2000, la tasa de mortalidad infantil en el área rural fue de 45 defunciones por 1000 nacidos vivos en el área rural contra 24 en el área urbana.²¹ En 2009 la mortalidad infantil en las zonas rurales fue de 27 contra 17 en las zonas urbanas. Estos datos muestran un descenso del 40% de las defunciones infantiles en el área rural y de 29.2% en el área urbana.

La razón de mortalidad materna también ha disminuido de 318 por 100 000 nacidos vivos en el periodo 1980-1985 a 185 en 2008.

Años de vida saludable perdidos

Se estima que en 2004 se perdieron más de cinco millones de años de vida saludables (AVISA).²² Del total de AVISAS perdidos, 43.2% se deben a muertes prematuras y 56.8% a discapacidad. La razón de AVISA obtenido fue de 183.4 por 1000 habitantes. Del total de AVISAS perdidos, 52.6% correspondieron a hombres y 47.4% a mujeres.

La mayor carga de enfermedad se atribuyó a enfermedades no transmisibles (58.5%) y el segundo lugar

a enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (27.6%). Los accidentes y lesiones contribuyeron con 14.7% a la carga total de enfermedad.

La principal causa de la pérdida AVISAS por enfermedades no transmisibles correspondió a las enfermedades neuro-psiquiátricas (depresión, dependencia del alcohol y esquizofrenia). Se ha calculado que por estas causas se pierden 36 años de vida saludable por cada 1000 habitantes. Los hombres pierden más AVISAS por esta causa que las mujeres (40 versus 31).

Estructura y cobertura

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social.

En el sector público el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), que subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. La prestación de servicios para el régimen subsidiado de población abierta o asegurada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república.²³

El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSALUD ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a EsSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP).²⁴ Adicionalmente se creó un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que cubre la atención por accidentes.¹

En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras.⁶ Como prestadores informales están los proveedores de medicina

tradicional: shamanes, curanderos, hueseros y parteras, entre otros.

El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro dentro de las que destacan los organismos no gubernamentales (ONG), la Cruz Roja Peruana, las Compañías de Bomberos Voluntarios, las organizaciones de acción social de algunas iglesias (CARITAS, ADRA), los servicios de salud de parroquias de la Iglesia Católica y las comunidades terapéuticas, entre otras. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares.

¿Quiénes son los beneficiarios?

En 2009 se promulgó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. La Ley tiene como objeto establecer el marco normativo para el aseguramiento universal en salud a fin de garantizar el derecho progresivo de toda persona a un conjunto de intervenciones para diversas condiciones de salud y enfermedad con independencia de su inserción laboral.²⁵

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA PERUANO DE SALUD

1903	Creación de la Dirección General de Salubridad Pública
1935	Creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, hoy Ministerio de Salud
1936	Creación de la Caja Nacional de Seguro Social Obrero
1948	Creación del Seguro Social del Empleado
1979	Establecimiento en la Constitución Política de la responsabilidad del Poder Ejecutivo de organizar un sistema nacional de salud descentralizado y desconcentrado
1980	Creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS)
1997	Promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, que incorpora al sector privado y cambia de nombre a la institución pública (IPSS por ESALUD) y promulgación de la Ley General de Salud
2001	Creación del Seguro Integral de Salud sobre la base del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil
2002	Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales que define las competencias y funciones del sector salud a ser transferidas desde el Gobierno Nacional
2006	Culminación de la transferencia de competencias y funciones en salud a los gobiernos regionales según lo establecido por las leyes descentralizadoras

Fuente: Referencia 26

Los trabajadores del sector informal, los autoempleados de zonas rurales (sector agrícola) y los desempleados y sus familias, que representan alrededor de 58% de la población total, son los beneficiarios de los servicios del MINSA (cuadro IV).²⁷

Cuadro IV
COBERTURA DE ATENCIÓN A LA SALUD, PERÚ,
2000 Y 2008

	2000 %	2008 %
Población con protección social en salud	32.33	42.0
Población con EsSALUD	19.7	20.0
Población con SIS *	-	18.0
Población con otro tipo de seguro [‡]	12.6	4.0
Población sin protección social en salud	67.7	58.0
Población total	100	100

Fuente: Referencias 3 y 32

* En el año 2000 se incluye al Seguro Escolar Gratuito que se transforma en SIS

‡ En los años 2003-2005, la categoría "otro tipo de seguro" incluye a las EPS, seguros universitarios, seguro escolar privado y las Fuerzas Armadas y Policiales

Los beneficiarios del SIS, alrededor de 18% de la población, provienen en su mayoría de zonas rurales y urbanas marginales, donde el nivel de pobreza es mayor.²⁸ Adicionalmente el SIS beneficia a mujeres no gestantes y varones mayores de 17 años que viven en situación de extrema pobreza y pobreza, tanto en provincias rurales como urbanas, a condición que no tengan cobertura de EsSALUD u otros regímenes de seguridad social.²⁹ Se han incorporado a este seguro líderes de comedores populares, madres de menores beneficiarios del Programa de Alimentación Suplementaria "El Vaso de Leche", madres que trabajan en guarderías infantiles públicas (Wawa wasi), mujeres miembros de los Comités Locales de Administración de Salud (comités de gestión) y limpiabotas.

EsSALUD cubre aproximadamente a 20% de la población, los trabajadores del sector formal, los jubilados y sus familias. Presta servicios de salud en sus propias unidades de salud que están localizadas principalmente en zonas urbanas.

Los miembros de las fuerzas armadas y policiales, y sus familiares directos cuentan también con una red propia de establecimientos de salud y un equipo de profesionales.

Los seguros privados y los servicios prepagados ofrecen cobertura a poco menos de 2% de la población.

Entre 10 y 20% de la población se encuentra totalmente excluida del sistema de salud a pesar de que el Gobierno ha intentando, a través del MINSA y los gobiernos regionales, llegar a los más pobres.^{30,31}

Como puede observarse en el cuadro IV, la ampliación de la cobertura de protección social en salud se debe sobre todo a la creación del Seguro Escolar Gratuito

(SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), unificados en el actual SIS.

¿En qué consisten los beneficios?

Los beneficiarios de EsSalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional tienen un plan de beneficios denominado plan específico de salud con cobertura de todas las necesidades de salud. Sin embargo, debido a la oferta insuficiente y largas listas de espera para la atención, una parte importante de los asegurados acude al sector privado lucrativo en zonas urbanas y a los servicios estatales en zonas rurales.

Por otro lado, EsSalud, dado su mayor desarrollo tecnológico, concentra la atención del mayor volumen de enfermedades crónicas de alto costo, ya que a él tienden a afiliarse las personas con los problemas de salud más serios. Se estima que de 100% de los pacientes en diálisis, 95% se atienden en EsSalud. Lo mismo ocurre con 65% de los pacientes con sida bajo tratamiento y casi 100% de los trasplantados de corazón, hígado y médula ósea.³³

El impacto del SIS se refleja en el incremento del uso de servicios de salud por los pobres y el parto institucional, que ha ascendido de 57.9% en 2000 a 70.4% en 2004.³⁴

Recientemente se aprobó el plan de beneficios de aseguramiento universal bajo la denominación de Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que consiste en una "lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados." El plan cubre 75% de la carga de morbilidad y debe ser provisto obligatoriamente, pero de manera diferenciada, por las organizaciones de salud públicas y privadas.³⁵ La regulación y fiscalización del aseguramiento está a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).

Financiamiento

¿Quién paga?

El gasto de bolsillo sigue siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud. Sin embargo, en los últimos años se observa un importante incremento del financiamiento de parte del gobierno.

El 79% del financiamiento del MINSA en 2007 provino de impuestos generales, 15% de las cuotas de recuperación y 6% de donaciones y transferencias.

El SIS se financia casi en su totalidad (94%) con recursos ordinarios provenientes del presupuesto general. El 6% restante de sus recursos proviene de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos regiona-

les, organismos de cooperación internacional, aportes de personas naturales, instituciones públicas y privadas, y transferencias del Fondo Intangible Solidario de Salud y recursos directamente recaudados en su operación.

Las prestaciones de EsSalud se financian con aportaciones de los empleadores, que equivalen a 9% del salario de los trabajadores activos. En el caso de los jubilados, el aporte proviene de los asegurados y equivale a 4% de la remuneración asegurable. Cuando el asegurado elige acceder únicamente a los servicios de EsSalud, la totalidad del financiamiento se asigna a esta institución, pero cuando decide acceder a servicios mixtos (EsSalud y EPS), el financiamiento se distribuye: 6.75% para EsSalud y 2.25% para las EPS.

En el subsector privado lucrativo el financiamiento está a cargo del usuario a través del pago de seguros (primas, copagos deducibles) y pagos de bolsillo. En el subsector privado no lucrativo, los cooperantes externos canalizan recursos en calidad de donaciones de los distintos cooperantes internacionales y otros agentes que realizan donaciones internas para financiar servicios de salud en unidades públicas o privadas a la población sin seguridad social y en condiciones de pobreza.³⁶

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

En 2008 el gasto en salud de Perú como porcentaje de su PIB fue de apenas 4.5%, porcentaje que se mantiene casi invariable desde 1995.¹⁵ El gasto per cápita en salud es de 385 dólares paridad de poder adquisitivo.

El gasto público asciende a 59.4% del gasto total y el gasto privado concentra el 40.6% restante.¹⁵ Esta relación entre gasto público y privado poco se ha modificado desde el año 2000.

El grueso del gasto privado (75.4%) es gasto de bolsillo y sólo 20.8% es gasto en seguros privados.¹⁵

¿Cómo se distribuyen estos recursos?

En 2007 alrededor de 37% del presupuesto del MINSA se dedicó a gasto de personal y obligaciones sociales (vacaciones, compensaciones, gratificaciones y asignación familiar, entre otras), 6.2% a gasto de obligaciones previsionales (pagos de seguridad social de salud a cargo de los empleadores y de pensiones a cargo de los trabajadores) y 46% a gasto en bienes y servicios. Los gastos de inversión y otros gastos de capital estuvieron por debajo de 11%.

En 2006 el gasto de EsSalud se distribuyó de la siguiente manera: 21% a la compra de bienes, 55% a sueldos y salarios, 6.8% a gastos diversos de gestión, 1.3% a servicios a terceros y 2.3% a otros.

Los principales rubros de gasto de los hogares son medicamentos, servicios de salud privados y servicios de salud públicos.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

En Perú se han realizado tres censos de infraestructura sanitaria y recursos humanos del sector salud (1992, 1996 y 2005). En 2005 se registraron 8 055 establecimientos de salud, de los cuales 93% pertenecían al sector público (cuadro V).³⁷ 60% (146) de los hospitales, 84% (1 203) de los centros de salud y la totalidad de los puestos de salud del sector público eran del MINSA. En el sector privado había 564 unidades, de las cuales 37% eran hospitales y 63%, centros de salud.

Por lo que se refiere a la localización de las unidades de salud, alrededor de 90% de hospitales e institutos de salud del MINSA se ubican en zonas urbanas, 7% en zonas urbanas marginales y 3% en zonas rurales.³⁸ En las zonas rurales, la infraestructura de servicios de salud consiste básicamente en centros y puestos de salud que brindan atención primaria. Los casos de mayor complejidad se refieren a los establecimientos hospitalarios.

En 2005 había en Perú 31 431 camas disponibles, para una razón de 1.12 camas por 1 000 habitantes. Del total de camas hospitalarias en funcionamiento, 50% correspondían a hospitales del MINSA, 20.7% a las fuerzas armadas y 21.6% al sector privado.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

En el sistema de salud peruano laboran alrededor de 180 000 trabajadores, de los cuales 123 663 pertenecen

Cuadro V
ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD, PERÚ,
2004-2009

Año	Hospitales	Centros de salud	Puestos de salud	Total
2004	441	1926	5591	7958
2005	453	1932	5670	8055
2006	463	1972	5802	8237
2007	470	1990	5835	8295
2008	485	2049	6010	8544
2009	469	2321	6165	8955

Fuente: Referencia 36

al MINSA y 36 063 a EsSalud.³⁹ Las EPS cuentan con un total de 7 230 personas y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional 14 587, entre profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería.

Del total de profesionales de salud, 13% son médicos, 13% enfermeras, 6% trabajadoras obstétricas, 42% técnicos y auxiliares de enfermería y 18% personal administrativo. El 8% restante lo concentran diversas categorías ocupacionales.⁴⁰

En la distribución de los recursos humanos en salud se refleja la persistencia del centralismo en la capital de la república y en la costa urbana. En 2009 la densidad promedio de profesionales por 1 000 habitantes fue de 9.2 para médicos, 9.5 para enfermeras y 3.3 trabajadoras obstétricas.⁴¹ Sin embargo, Lima concentra 53.19% de los médicos, 40.23% de las enfermeras, 44.25% de los odontólogos y 41.47% de los técnicos y auxiliares de enfermería.⁴²

Las facultades de medicina se incrementaron de 13 en 1960 a 28 en 2002; las escuelas de enfermería de 8 a 42 en el mismo periodo.⁴³ En consecuencia, se ha incrementado el número de egresados de medicina de 951 a 1 238 entre 1993 y 2003, y de enfermería de 1 402 a 1 760. En este periodo se observa una tasa de crecimiento de médicos de 4% anual que no corresponde con la tasa de crecimiento demográfico, que fue de 1.77% por año.⁴⁴ A pesar del déficit de profesionales de salud en la mayoría de departamentos del país, existe una baja oferta de puestos de trabajo en las instituciones de salud, lo cual provoca desempleo, subempleo y migración. Entre 1996 y 2004, luego de un mínimo de dos años de haber salido del país, no habían retornado al Perú 13 711 médicos, 7 340 enfermeras y 2 112 odontólogos.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

Según la Dirección Ejecutiva de Registros y Drogas, en 2005 había en el mercado peruano 15 257 productos farmacéuticos, de los cuales 65% eran medicamentos de especialidad farmacéutica, 33% agentes de diagnóstico, 2% productos de origen biológico y 1% genéricos.⁴⁵ Para 2007 el porcentaje correspondiente a genéricos se había incrementado a 20%.⁴⁶

Formalmente, el gasto en medicamentos en 2005 fue de 889 millones de dólares, de los cuales 5.4% correspondió a insumos médicos y 94.6% a medicamentos.

El grueso de los medicamentos lo siguen distribuyendo las farmacias y boticas, aunque su participación en la distribución de estos insumos disminuyó de 83 a 70% entre 1995 y 2005. Esto se debe a la mayor participación de EsSalud y del MINSA, que han duplicado el valor en dólares americanos de sus adquisiciones de me-

dicamentos e insumos médicos, llegando a concentrar 14 y 10% del gasto en salud para el rubro medicamentos, respectivamente.

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

Existen varias instancias que generan información en salud, dentro de las que destacan el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la red pública de información (MINSA, EsSalud, FFAA) y los privados que tienen su propio sistema de información.

El INEI es el órgano rector de los Sistemas Nacionales de Estadística e Informática del país. Es responsable de los censos de población, las proyecciones de población, la información sobre estadísticas vitales, las Encuestas de Demografía y Salud Familiar, la Encuesta Continua de Hogares y la Encuesta Nacional de Hogares con Propósitos Múltiples.

La red pública de información se administra desde varias dependencias del MINSA: la Oficina General Estadística e Informática (OGEI), la Dirección General de Epidemiología y los programas o estrategias nacionales.

La OGEI es la encargada de generar información en salud del MINSA, así como de gestionar y normar el proceso de recolección, análisis, publicación y uso de la misma. El sistema de información almacena datos desde las unidades de salud del MINSA y sus contrapartes regionales.⁴⁷

El Instituto Nacional de Salud (INS) tiene como misión la promoción, desarrollo y difusión de la investigación científica. Sin embargo, no existe un registro confiable de los investigadores dedicados al área de la salud ni sobre la calidad de sus investigaciones, mucho menos de las publicaciones en revistas internacionales indexadas.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

Según el Decreto Legislativo 584 (Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud), el MINSA es la máxima autoridad sanitaria y el ente rector del Sistema Nacional de Salud.⁴⁸ La Ley General de Salud (LGS) asigna al MINSA la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como la supervisión de su cumplimiento de conformidad con la política general del gobierno. También establece que el gobierno es responsable de proveer los servicios de salud pública a toda la población y que la salud individual es una responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.⁴⁹

A pesar de la normatividad existente y la creación de múltiples instancias para fortalecer la regulación, la capacidad rectora del gobierno es aún débil.

La Dirección General de Salud de las Personas del MINSA es responsable de normar los procesos relacionados con la conducción, regulación, armonización de la provisión, aseguramiento y desarrollo de funciones esenciales de salud pública.⁵⁰ La regulación de la salud ambiental corresponde a la Dirección General de Salud Ambiental. La regulación de los productos farmacéuticos corresponde a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

Entre los órganos desconcentrados para la regulación sanitaria destaca la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Servicios, que, a partir de los cambios legales establecidos por la Ley de Aseguramiento Universal, deberá convertirse en la SUNASA.

Con la finalidad de fortalecer la rectoría en recursos humanos en salud, en 2006 se aprobó la Ley del Sistema de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, que pretende normar un conjunto de procesos para asegurar la calidad educativa en todos sus niveles. Este dispositivo legal crea el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Educación Superior (CONEAU), y al mismo tiempo define la obligatoriedad de la acreditación y certificación en las profesiones de las ciencias de la salud y educación.

Finalmente, la LGS faculta al MINSA para efectuar el control e inspección de los establecimientos y servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza o modalidad de gestión. Sin embargo, esta función no se desempeña regularmente, y la supervisión y control a los establecimientos del MINSA es sobre todo de orden presupuestal/contable.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La LGS estipula el derecho de los ciudadanos a decidir libremente sobre las intervenciones que se les indique previa información: “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo” y “a que se le brinde información veraz, oportuna y completa.”⁴⁹

Igualmente es un derecho ciudadano participar en la gestión de la atención de salud. Desde 1994 se impulsó un modelo de cogestión para unidades de primer nivel

de atención denominado Programa de Administración Compartida. En este modelo, el gobierno cede la administración de los establecimientos a la comunidad organizada bajo el Comité Local de Administración de Salud (CLAS). En 2000 más de 1 242 establecimientos bajo esta modalidad atendieron aproximadamente seis millones de habitantes y actualmente se ha implementado en 35% de los establecimientos del primer nivel atención del MINSA.⁵¹ En 2007 se aprobó además la Ley de Participación y Cogestión Ciudadana para el primer nivel de atención con la finalidad de fortalecer e institucionalizar la cogestión en salud.⁵²

Como parte de la inclusión de los usuarios en la vigilancia de los servicios de salud, en 2007 el MINSA organizó los Módulos del Buen Trato en Salud para recibir solicitudes de los usuarios y buscar soluciones a sus inquietudes. Este mecanismo contribuye a abrir un espacio de participación eficiente entre los usuarios y el prestador a través de un equipo de Promotores del Buen Trato. Frente al reclamo de los usuarios, se han contemplado algunas líneas de acción para el corto plazo, como la puesta en marcha del voluntariado para los institutos y hospitales de Lima y Callao.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

El documento de Política Nacional de Calidad en Salud señala que “pese a no contarse en el país con estudios de evaluación de la calidad de atención suficientemente integrales y rigurosos, a la luz de resultados parciales del proceso de autoevaluación de la atención materno-perinatal y en menor grado de otros tipos de atenciones, es posible colegir que, no obstante los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud y las demás organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad dista mucho de ser satisfactorio. Complementariamente, la población percibe baja calidad en la atención que recibe según se concluye de los estudios realizados anualmente por la Universidad de Lima donde se aprecia no sólo un bajo nivel en la percepción de calidad, sino también una tendencia a seguir descendiendo, tanto para los hospitales del MINSA, como para los de EsSalud.”⁵³

En 2004 poco más de 80% de los usuarios declaró estar “satisfecho” o “muy satisfecho” con los servicios recibidos por la seguridad social, cifra que aumentó a 93.6% en 2007. Este último año, 88.5% de los encuestados declaró como “mejores” los servicios ofertados por EPS que los de EsSalud porque ofrecen una buena y rápida atención y medicinas de calidad.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

En el sistema de salud de Perú destacan propuestas como los CLAS, el SIS, el sistema de EPS, el SOAT y la nueva Ley de Medicamentos con avances regulatorios importantes.⁵⁴ Cabe destacar también el proceso de descentralización.

Las mayores expectativas sociales están puestas en la implementación de la Ley de Aseguramiento Universal, aunque su adecuada ejecución supone niveles de inversión pública que al parecer el actual gobierno no está dispuesto alcanzar. Una ampliación de la cobertura de protección al amparo de esta ley que no esté acompañada de un incremento y un fortalecimiento de la oferta corre el riesgo de ser percibida como una medida demagógica que a la postre puede generar frustración y descontento en la población.

Finalmente, cabe mencionar el Programa de Apoyo a los Más Pobres (JUNTOS) dirigido a la población de mayor vulnerabilidad. Su finalidad es contribuir a la reducción de la pobreza y romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema. Este programa tiene componentes de salud muy importantes. Se inició a fines del 2005 en 70 distritos con una cobertura de 22 299 hogares. Actualmente abarca 14 departamentos, 115 provincias y 638 distritos, y beneficia a 450 110 hogares pobres.⁵⁵

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

En Perú no ha sido posible evaluar el impacto de las más recientes innovaciones, entre otras razones porque se trata de un conjunto de reformas parciales y fragmentadas que no cuentan con un marco definido ni una orientación clara.

Se sabe, sin embargo, que el seguro materno-infantil ha tenido un impacto positivo sobre el acceso al parto institucional de los segmentos más pobres de la población y que el SIS amplió la cobertura del componente materno a los 24 departamentos del territorio nacional. A diciembre de 2006, los servicios de este seguro habían atendido más de un millón y medio de partos. El SIS tiene registrados, además, a 2.7 millones de niñas y niños menores de 4 años y a más de 196 000 madres pobres, y atiende a más de siete millones de niños y jóvenes en edad escolar. A pesar de los serios cuestionamientos que rodean estas cifras, uno de los más grandes logros del SIS es el incremento de la cobertura de atención de personas de escasos recursos.

La reforma del sistema de finanzas impulsada por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) ha tenido

un impacto importante en la gestión de recursos al introducir metodologías de programación, ejecución y seguimiento presupuestal por resultados, para los denominados programas estratégicos (Materno Perinatal y Articulado Nutricional). Adicionalmente, se ha dado énfasis a la descentralización, y se han producido avances en la estandarización de procedimientos de gestión y en el equipamiento de los establecimientos de salud.

El programa JUNTOS se ha asociado a un aumento significativo en la utilización de servicios de salud entre los más pobres y mejoras en gastos de alimentación, orientados hacia productos de mayor calidad nutricional.⁵⁶

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Uno de los retos más importantes para el país es erradicar la exclusión sanitaria, que afecta a entre 10 y 20% de la población nacional.

Asimismo, el sistema de salud debe prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional. Para ello es indispensable rediseñar su modelo de atención con base en la atención primaria, haciendo énfasis en el incremento de la capacidad resolutive de las unidades.

El combate al rezago obliga también a fortalecer el saneamiento básico en las zonas rurales. Es indispensable también sentar las bases de un nuevo contrato social entre los servicios de atención y la población, basado en la corresponsabilidad individual y colectiva sobre la salud. Esto requiere, entre otras cosas, del fortalecimiento de la descentralización y los CLAS.

Perú también requiere de una sólida política de formación y desarrollo de recursos humanos que permita responder a las nuevas necesidades.

Finalmente, con la finalidad de materializar la política del SIS, es indispensable ampliar el gasto en salud para llevarlo, por lo menos, a los niveles promedio de la región.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores demográficos Perú 1950-2050. [consultado 2010 junio 5]. Disponible en : <http://www1.inei.gov.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3643&name=po03&ext=gif>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores demográficos estimados por quinquenios 1950-2025. [consultado 2010 junio 15]. Disponible en : <http://www1.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0006/ANEX002.htm>

3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. [consultado 2010 julio 5] http://www.unfpa.org.pe/infosd/adultomayor/adultomayor_01.htm
4. Chávez L. La evolución de las estructuras de edad de las poblaciones y sus consecuencias para el desarrollo. [consultado 2010 junio 10]. Disponible en: http://unclef.com/esa/population/cpd/cpd2007/Country_Statements/Peru.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VII de Vivienda. Primeros Resultados. Crecimiento y Distribución de la Población. Lima: INEI, 2007
6. Gonzales E. Crecimiento, desigualdad e ingobernabilidad en el Perú, 2002. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/peru/iep/estado/gonza.pdf>
7. Bardales C. La salud en el Perú. [consultado 2010 julio 15]. Disponible en: <http://www.comunidadesaludable.org/doc/ESTUDIOS/saludenelperu.pdf>
8. Claverías R. Desarrollo territorial y la nueva ruralidad en el Perú. Lima: Centro de Investigación y Desarrollo, 2008.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo de Comunidades Indígenas de 1992. Lima: INEI, 1992
10. Bardales C. Proyecto observatorio de la salud: La salud en el Perú. [consultado 2010 julio 15]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>
11. Vallen G. La mortalidad en el Perú 2009. [consultado 2010 junio 12]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/047992.pdf>
12. OPS Perú. Indicadores básicos de salud OPS. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-dem/cuadro.asp?cod=3643&name=po03&ext=gif>
13. Indicadores demográficos Perú 1950-2050. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-dem/cuadro.asp?cod=3643&name=po03&ext=gif>
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores sociales Perú 2004-2008. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-soc/cuadro.asp?cod=8215&name=sal15&ext=gif>
15. Ministerio de Salud. Información estadística maternidad segura y saludable. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/maternidad/estadistica.asp>
16. Organización Mundial de la Salud: Estadísticas mundiales 2010. Ginebra: OMS, 2010.
17. World Health Organization. National health accounts. Peru. [consultado 2011 marzo 21]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/per.pdf>
18. Wong R, Knaul F, Arreola-Ornelas H, Mendez O, Lafontaine L. Health financing and social protection in Latin America and the Caribbean. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: http://www.observatoriodelasalud.net/images/stories/iatros/11/estudio_regional_pf_en_8_pases.pdf
19. Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: Basic indicators 2009. Washington, DC: PAHO, 2010.
20. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas: La mortalidad y sus causas 1990. Washington, DC: PAHO, 1991.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009. Lima: INEI, 2010.
22. Dirección General de Epidemiología, MINSA. Estudio de carga de enfermedad en el Perú 2004. Lima: Ministerio de Salud, 2006.
23. Becerril-Montekio V, Valenzuela A, Velázquez A. Mapa del sistema de salud de Perú 2008. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, 2008.
24. Lazo-Gonzales O. Sistema de salud del Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia (sf).
25. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2009;26(2):207-217.
26. Ministerio de Salud del Perú. Reseña histórica. [consultado 2010 junio 10]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/institucional.asp>
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en el Perú: evolución 1997-2004. Lima: INEI, 2006.
28. Parodi S. Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo, 2007.
29. Ley 28588. Ley que incorpora al seguro integral de salud a la población mayor de 17 años en situación de pobreza extrema y pobreza. [consultado 2010 julio 18]. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/PDF/Resol_Direc/ley_28588_050721.pdf
30. Francke P, Arroyo J, Guzmán A. Salud en el Perú: diagnóstico y propuestas para el período 2006-2011. Lima: CIES, 2006.
31. Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS, 2003.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares 2009. [consultado junio 20]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/BoletinesInformeTecnicoENHAO.asp>
33. Organización Panamericana de la Salud. Esquemas de protección social para la población maternal, neonatal e infantil: Lecciones aprendidas de la región de América Latina. Washington DC: OPS, 2008.
34. EsSalud. Memoria institucional 2004. Lima: Ministerio de Salud, 2005.
35. Ley 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud [consultado 2010 jul 12]. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/29344.pdf>
36. Ministerio de Salud-CIES. Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005. Lima: Ministerio de Salud, Consorcio de Investigación Económica y Social, Observatorio de la Salud, 2008.
37. Ministerio de Salud. Establecimientos del sector salud. Perú 2002-2009. [consultado 2011 marzo 25]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/recursos/establecimientos/ESTABMacros.asp?00>
38. Ministerio de la Salud. Diagnóstico físico funcional de infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los hospitales e institutos del Ministerio de Salud. Lima, 2006. [consultado 2010 junio 23]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Comisiones/Hospitales/presenta_cph.htm
39. Arroyo J. Los recursos humanos en salud en Perú al 2010. [consultado 2010 junio 19]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/048524.pdf>
40. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Trabajadores de salud del MINSALUD 2009. [consultado 2010 junio 12]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/sala/INFRAESTRUCTURA Y ACCESO/INFRAESTRUCTURA Y ACCESO 2009.pdf>
41. Ministerio de Salud. Densidad de recursos humanos del sector salud 2009. [consultado 2010 junio 23]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgdrh/observatorio/estadisticas/pdf_nuevo/5densi_rrhh_minsa2009.pdf
42. Ministerio de Salud. Estudio de la dotación de profesionales de la salud en los establecimientos del Ministerio de Salud. Lima: MINSALUD, 2007.
43. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud del Perú. Situación y desafíos de los recursos humanos en salud en Perú: Informe de país. Lima: MINSALUD, 2005.
44. Carrasco-Cortés V, Vargas-Guerra A. Análisis actual y prospectivo de la oferta, demanda y necesidad de médicos en el Perú 2005 - 2011. Lima: Colegio Médico del Perú, 2007.
45. Ministerio de Salud. Evaluación de la situación de los medicamentos en el Perú. Lima: MINSALUD, 2006.
46. Velázquez A. La reforma del sector salud: acceso a medicamentos. [consultado 2010 junio 22]. Disponible en: <http://reformasalud.blogspot.com/2009/09/acceso-medicamentos-en-el-peru.html>
47. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. [consultado 2010 junio 23]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/info_presentacion.php
48. Decreto Legislativo N° 584. Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. [consultado 2010 julio 6]. Disponible en: ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/DL-584_LOF-MINSA.pdf

49. Ley General de Salud, Ley No 26842. [consultado 2010 junio 22]. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/26842.pdf>.
50. Dirección General de Salud de las Personas: Memoria Anual 2007-DGSP. [consultado 2010 junio 23] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/>
51. Díaz-Romero R. CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de salud. *Semanario Gestión Médica* 2001;6:18-19.
52. Ley de Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel De Atención en los Establecimientos de Salud Del Ministerio De Salud. [consultado 2010 julio 20]. Disponible en: http://www.forosalud.org.pe/clas_proyecto_ley_aprobado_comision_salud.pdf
53. Ministerio de Salud. Política Nacional de Calidad en Salud. Dirección de Salud de las Personas/Dirección de Calidad en Salud. Lima: MINSALUD, 2009.
54. Ley N° 29459 de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios: modificaciones no esenciales en relación al marco de la Política Nacional de Medicamentos. el 29 de octubre 2010. [consultado 2010 noviembre 11]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/48432955/LEY-N-%28BA-29459-LEY-DE-LOS-PRODUCTOS-FARMACEUTICOS-Dispositivos-MEDICOS-y-PRODUCTOS-SANITARIOS>.
55. Gerencia de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del programa JUNTOS. Febrero, 2010. [consultado 2010 agosto 22]. Disponible en: <http://www.juntos.gob.pe/boletin/estadistico10/General.pdf>
56. Perova E, Vakis R. Welfare impacts of the "JUNTOS" Programa in Peru: Evidence from a non-experimental evaluation. [consultado 2010 julio 15]. Disponible en: http://info.worldbank.org/etools/library/251779/D2.1.2_Milagro%20Nuñez_CCT-%20Peru_6-16-09.pdf.

Sistema de salud de República Dominicana

Magdalena Rathe, L en Ec,⁽¹⁾ Alejandro Moliné, M en Ec.⁽¹⁾

Rathe M, Moliné A.
Sistema de salud de República Dominicana.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S255-S264.

Resumen

En este trabajo se describen las condiciones de salud de la República Dominicana y, con mayor detalle, el sistema de salud dominicano, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, el gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y la generación de información. También se discuten la participación de los usuarios en la operación y evaluación del sistema de salud y las más recientes innovaciones implementadas, dentro de las que destacan la nueva Ley General de Salud, la nueva Ley de Seguridad Social y el Plan Decenal de Salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; República Dominicana

Rathe M, Moliné A.
The health system of Dominican Republic.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S255-S264.

Abstract

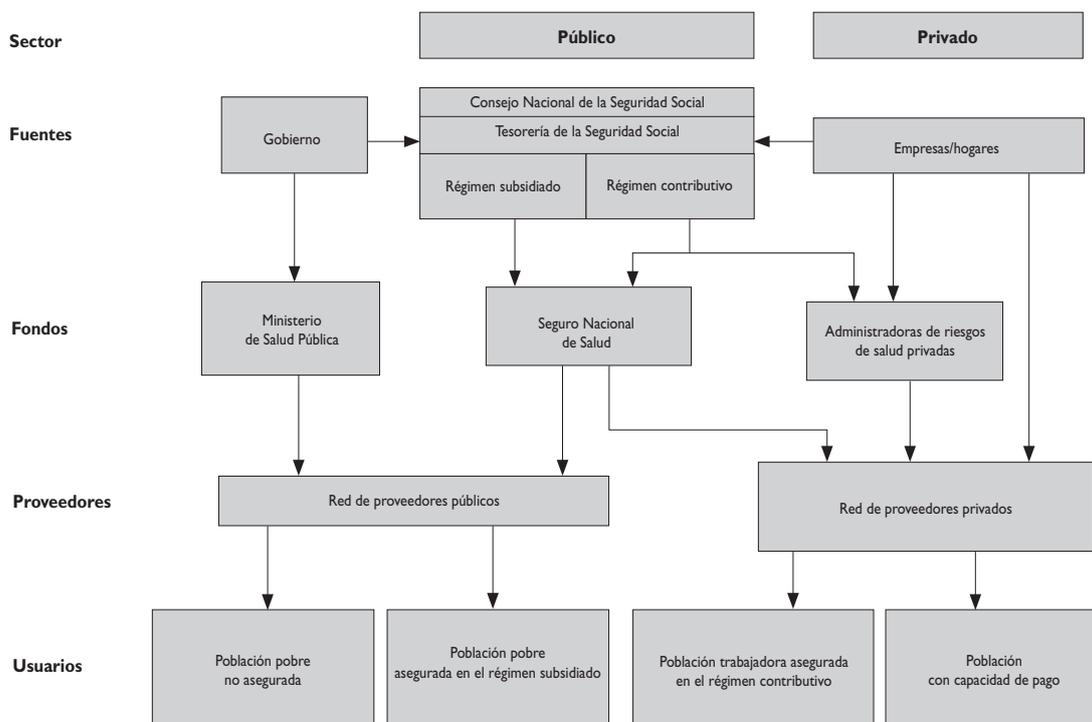
This paper describes the health conditions in Dominican Republic and the characteristics of the Dominican health system, including its structure and coverage, its financial sources, the health expenditure, the physical, material and human resources available, the stewardship functions developed by the Ministry of Public Health and the generation of health information. The participation of health care users in the operation and evaluation of the system and the most recent policy innovations, including the new General Health Law, the new Social Security Law and the Decennial Health Plan are also discussed.

Key words: health system; social security; Dominican Republic

(1) Fundación Plenitud. Santo Domingo, República Dominicana.

Fecha de aceptado: 10 de junio de 2011

Solicitud de sobretiros: Magdalena Rathe. Fundación plenitud. Arabia No. 1, Arroyo Hondo. Santo Domingo, República Dominicana.
 Correo electrónico: mrathe@fundacionplenitud.org



El sistema de salud dominicano cuenta con un sector público y un sector privado. Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública. El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud. El MSP recibe fondos de origen fiscal que son los que financian su red de prestadores que atiende a la población pobre que todavía no ha sido asegurada por el sistema. Esta población paga una cuota de recuperación después de recibir muchos de los servicios. Los fondos de la seguridad social provienen del gobierno dominicano –un per cápita para cubrir a los afiliados del régimen subsidiado (RS) y una cotización como empleador– y de las cotizaciones de empleados y empleadores privados. Estos fondos los recauda la TSS, que depende del CNSS. La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un per cápita determinado. Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud. La principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados. Para otorgar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud para el segmento de población incluido en el RS, también paga a proveedores privados sin fines de lucro. El SENASA también afilia a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Las ARS privadas sólo pueden afiliación contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Para la entrega de los servicios a sus afiliados contratan proveedores privados y sin fines de lucro. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo.

Contexto

Demografía

La República Dominicana comparte la isla La Española con Haití. Tiene 48 442 km² y una población de 9 625 207 habitantes, 51.1% mujeres y 49.9% hombres (cuadro I).¹ La densidad es de 201 hab/km² y la tasa de crecimiento poblacional anual es de 1.4%. La esperanza de vida al nacer es de 71 años, 72 las mujeres y 71 los hombres (2007). 64.4% de la población total reside en zonas urbanas y se estima que en 2015 esta proporción ascenderá a 71.2%.

En 1950 la población tenía una esperanza de vida al nacer de 46 años, 149 de cada 1000 nacidos vivos morían antes de cumplir su primer año y 65% de las

muerter ocurrían antes de los 15 años de edad y sólo el 12.6% ocurrían después de los 64 años. Para 2005 la esperanza de vida al nacer se había incrementado a 71.4 años, la mortalidad infantil había disminuido a 19.2 por 1000 nacidos vivos y las muertes menores de 15 años concentraban 19.2% del total mientras que las muertes de los mayores 65 años y más concentraban 45.8%.²

Condiciones de salud

La urbanización del país, la elevación del nivel educativo, las mejoras en el saneamiento básico y la nutrición, y la expansión del acceso a servicios de salud han permitido reducir la morbilidad por enfermedades transmisibles, eventos reproductivos y padecimientos

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2008

Población total	9 625 207
Esperanza de vida	72
Esperanza de vida a los 60 años	21.2
Tasa de mortalidad general	6.0
Tasa de mortalidad infantil	29.6
Razón de mortalidad materna	72.8
Prevalencia de diabetes	5.5
Prevalencia de hipertensión arterial (2007)	16.8
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	97.5
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (%)	
BCG	92.6
DPT	85.6
Polio	80.8
Sarampión	94.5
Población con seguridad social	2 934 940
Población sin seguridad social	6 690 267
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.5
Gasto total per cápita en salud*	446
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	33.9
% hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	17

Fuente: Referencias 2-5

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

relacionados con la reproducción, al tiempo que aumenta la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Las poblaciones que viven en condiciones de pobreza, sin embargo, siguen padeciendo enfermedades pretransicionales.

La mortalidad en la niñez ha descendido en los últimos años, pero continúa siendo superior a la de países de América Latina y el Caribe con condiciones económicas similares.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud 2007 (ENDESA 2007), 14.7% de los niños y niñas menores de 5 años presentan al menos un episodio diarreico en los últimos 15 días.⁶ Este porcentaje es superior en las zonas rurales (16.2%) y las provincias más pobres (20%). El porcentaje para las infecciones respiratorias agudas (IRAS) es de 7%. De hecho, las IRAS constituyen el primer motivo de consulta en los servicios ambulatorios de salud.

La desnutrición infantil también es un importante problema de salud pública. La ENDESA 2007 indica que 9.8% de las niñas y niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica (talla/edad) y 2.2% sufren de desnutrición aguda (peso/talla). La prevalencia de des-

nutrición en este grupo de edad es mayor en los grupos de menores ingresos, entre los hijos de madres con bajo nivel de instrucción y en las provincias más pobres.

El país tiene una cobertura de atención prenatal de 98.9% y una cobertura de atención institucional del parto de 97.5% y de la atención profesional durante el parto de 97.8%, valores muy superiores a la mayoría de los países latinoamericanos (el promedio continental es de 62.4%).⁶ Sin embargo, la mortalidad materna en el país se ha mantenido por encima de las 70 muertes por 100 000 nacidos vivos. Diversos estudios previos han determinado que 85% de las muertes son evitables y estaban relacionadas con la calidad del servicio ya que las principales causas registradas son la toxemia, las hemorragias y los abortos.

Entre 24 y 30% de la población dominicana adulta es hipertensa, 29.2% sufre de sobrepeso y 20% es adicta al tabaco.⁶ De acuerdo con estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, entre 11 y 16% de la población de los países caribeños sufre de diabetes.⁷ Esto significa que en República Dominicana podría haber unos 300 000 casos.

La ENDESA 2007 reportó una prevalencia de VIH en el total de la población de 0.9% para las mujeres y 1.1% para los hombres.⁶ Esto significa que en el país hay cerca de 60 000 VIH positivos, unas 20 000 de las cuales posiblemente requieran medicamentos antirretrovirales.

La República Dominicana está incluida en el grupo de países del continente con muy alta incidencia de tuberculosis. Se estima que cada año se producen entre 80 y 90 casos nuevos por cada 100 000 habitantes.⁸ La cifra para el continente es de 25.7, y para América Latina y el Caribe de 38.8. Además, el país ha reportado el más alto porcentaje de casos con resistencia y multi-resistencia a los medicamentos antituberculosos de la región (6.6%).⁸

Las principales causas de muerte en las mujeres son las enfermedades isquémicas del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes, que concentran 58% de las muertes en total (cuadro II). Esto nos habla de un ya franco predominio de las enfermedades no transmisibles. Llama también la atención el alto número relativo de muertes por VIH-sida.

En los hombres hay una situación muy similar (cuadro III). Cabe destacar, sin embargo, la importancia de las muertes por accidentes de tránsito y las muertes violentas, que ocuparon en 2004 el tercero y noveno lugares de la lista de principales causas de defunción.

Estructura y cobertura

Hasta hace poco, el grueso de la población estaba cubierto teóricamente por un sistema público abierto

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, REPÚBLICA DOMINICANA, 2004

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	4768	102.7	26.6
2. Enfermedad cerebrovascular	3652	78.6	20.3
3. Diabetes mellitus	1975	42.5	11.0
4. Hipertensión arterial	1594	34.4	8.9
5. VIH-sida	1460	31.5	8.1
6. Infecciones respiratorias agudas bajas	1400	30.2	7.8
7. Nacimiento prematuro y bajo peso	796	17.1	4.4
8. Cáncer de mama	792	17.1	4.4
9. Cirrosis hepática	761	16.4	4.2
10. Accidentes de tránsito terrestre	748	16.1	4.2
Total	17 948	386.63	100

*Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 9

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, REPÚBLICA DOMINICANA, 2004

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	6620	141.4	23.6
2. Enfermedad cerebrovascular	4827	78.6	17.2
3. Accidentes de tránsito terrestre	3305	42.5	11.8
4. VIH-sida	2846	34.4	10.1
5. Cáncer de próstata	2415	31.5	8.6
6. Diabetes mellitus	1781	30.2	6.3
7. Hipertensión arterial	1748	17.1	6.2
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	1724	17.1	6.1
9. Violencia	1430	16.4	5.1
10. Cirrosis hepática	1361	16.1	4.9
	28 057	386.63	100

*Tasa por 100 000 hombres

Fuente: Referencia 9

financiado con impuestos generales. Sin embargo, las deficiencias de este sistema fomentaron el crecimiento del sector privado financiado por seguros voluntarios de reembolso y planes prepagados voluntarios, aunque el gasto de bolsillo siempre ha constituido la principal fuente de financiamiento.

A partir de 2001, se crea un nuevo marco legal para el sistema de salud, integrado por un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales.

Las dos herramientas jurídicas fundamentales son la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro, especializadas en funciones específicas.

En términos de cobertura, a fines de 2009, 34% de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social. De este total, 61% estaba afiliada a través del régimen contributivo y 39% a través del régimen

subsidiado. Todas estas personas están afiliadas a una administradora de riesgos de salud (ARS) que recibe por cada una de ellas un per cápita de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). El usuario del régimen contributivo puede escoger entre los proveedores privados que le ofrece la ARS de su elección. El usuario del régimen subsidiado sólo puede estar afiliado a la ARS pública, que se denomina Seguro Nacional de Salud (SENASA), y utiliza los servicios de la red de provisión pública o los hospitales privados sin fines de lucro especializados. Cuando no existen los servicios en el sector público, el SENASA paga por ellos en el sector privado. Estos usuarios tienen preferencia al utilizar los hospitales y clínicas públicas, pues su lista de espera es menor y tienen acceso a medicamentos.

El 54% de la población total no cuenta aún con cobertura de salud y por lo tanto, se mantiene en el sistema antiguo, es decir, se atiende en la red de provisión pública integrada que administra el Ministerio de Salud Pública (MSP) o paga con dinero de su bolsillo a los proveedores del sector privado.

Los fondos de la seguridad social se incrementaron sustancialmente entre 2007 y 2008, pasando de 8 a 17% del gasto nacional en salud como resultado de la aplicación del régimen contributivo de la seguridad social.¹⁰ Esto transformó una parte importante de los seguros voluntarios privados y planes de prepago privados en ARS.

¿Quiénes son los beneficiarios?

El artículo 3 de la Ley 42-01 establece el derecho a la salud de todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Asimismo, el principio de Universalidad de la Ley 87-01 plantea que el SDSS “deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica.”

El Seguro Familiar de Salud (SFS) del SDSS tiene actualmente en funcionamiento dos regímenes de financiamiento con sus beneficiarios correspondientes:¹¹

- *Régimen contributivo.* Comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores. Se financia con contribuciones de los trabajadores y los empleadores, incluyendo al Estado como empleador.
- *Régimen subsidiado.* Comprende a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes. Se financia con recursos del Estado.

La mayoría de los no asegurados con capacidad de pago acuden a los establecimientos privados y los más pobres a los servicios públicos, donde en ocasiones tienen que cubrir cuotas moderadoras fijas y variables.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD

1948	Creación del Sistema de Seguros Sociales
1956	Creación de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y aprobación del Código de Salud
1956	Aprobación del Código de Salud
1962	Transformación de la Caja Dominicana de Seguros Sociales en Instituto Dominicano de Seguros Social
1995	Creación de la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud
2001	Aprobación de la Ley General de Salud
2001	Aprobación de la ley que crea el nuevo Sistema de Seguridad Social
2001	Inicio del Régimen Subsidiado
2007	Inicio del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud del Sistema de Seguridad Social
2008	Establecimiento del Plan Decenal de Salud

¿En qué consisten los beneficios?

La Ley de Seguridad Social estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS) y en sus artículos 118 y 119 establece que éste tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema. El SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación del enfermo, y embarazo, parto y sus consecuencias. Inicialmente no cubría los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, que eran cubiertos por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor, pero posteriormente fueron incluidos. No cubre los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, cubiertas por el Seguro de Riesgos Laborales de la Ley sobre Seguridad Social.

Los beneficios del SFS se concretizan a través del Plan Básico de Salud (PBS), que está conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales que incluyen: a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio; c) atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica; d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la

contributiva y contributiva subsidiada; e) exámenes de diagnósticos; f) atenciones odontológica pediátrica y preventiva; g) fisioterapia y rehabilitación, y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.

El 19 de diciembre de 2006 se realizó un acuerdo para dar inicio al SFS del régimen contributivo. En el mismo se estableció la entrada en vigencia del régimen con un Plan de Servicios de Salud inferior al PBS que debe desarrollarse gradualmente hasta contemplar todos los servicios contemplados en la Ley 87-01.

Financiamiento

¿Quién paga?

El MSP se financia con recursos del gobierno provenientes de impuestos generales, con lo cual cubre las atenciones que se ofrecen a la población no asegurada en su propia red de proveedores. Esta red también se financia con las llamadas cuotas de recuperación que los usuarios pagan después de recibir la atención.

El artículo 21 sobre "Organización del Sistema" de la Ley de Seguridad Social le confiere a la TSS las funciones de "recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del SDSS". Estas funciones son ejercidas de acuerdo a la Ley 87-01 desde los inicios de la seguridad social en 2001. Las cotizaciones para este subsistema provienen de trabajadores y empleadores públicos y privados en el régimen contributivo, y de recursos estatales provenientes de impuestos en el régimen subsidiado. La TSS distribuye un per cápita a las ARS y éstas a su vez realizan convenios con las prestadoras de servicios de salud del sistema para el pago por la prestación de servicios a sus afiliados. En el caso de la ARS pública – SENASA – se utilizan dos modalidades de pago, una por capitación en el primer nivel de atención y otra por servicios prestados en los demás niveles.

Los servicios privados se financian con pagos de bolsillo, en su gran mayoría, y con pagos de primas de seguro, aunque el SENASA también recurre a los proveedores privados sin fines de lucro.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto nacional en salud en 2008 ascendió a alrededor de 560 millones de dólares internacionales que representa 5.5% del PIB.^{5,10} Esta proporción es similar a la que había al final de la década de los noventa, pero inferior a la del período 2000-2003, cuando rondaba 6.2%. El gasto en salud per cápita es 464 dólares. El gasto público en salud representa 33.9% del gasto total en salud.

El MSP concentraba hasta 2008 la mayor parte del gasto público. Sin embargo, los fondos de la seguridad social van en aumento, sobre todo después de la aprobación de la Ley 87-01, que comenzó lentamente su aplicación con el régimen subsidiado y extendió rápidamente su cobertura a finales de 2007 con la entrada en operación del régimen contributivo. En 2002 dichos fondos sólo representaban 20% del gasto público. En 2008 los recursos del SFS representaron 36% del gasto público y 17% del gasto total en salud. Aunque este proceso recién se está iniciando, significa un cambio extraordinario en la estructura del financiamiento del sector, ya que el nuevo sistema de seguridad social está concebido de forma tal que se financia con contribuciones obligatorias cargadas sobre la nómina de los trabajadores y aportadas por éstos y por sus empleadores. Además de tener un sistema de recaudación y pagos centralizados, como se explicó previamente, permitirá eventualmente aplicar un sistema de distribución de riesgos y de solidaridad, además de que posee un plan de beneficios con vocación universal.

El gasto público en salud también se ha incrementado como proporción del gasto total. En 2004 representaba apenas 28.7% del total en salud. El gasto en salud en República Dominicana muestra asimismo una reducción en el gasto de bolsillo de los hogares. Esto coincide con la ampliación del SFS. Es preciso señalar, no obstante, que gran parte de las coberturas existentes de planes prepagados privados de salud, principalmente de empresas y entidades públicas, pasaron a formar parte del seguro familiar de salud obligatorio. Es decir, eran parte del aseguramiento ya existente, pero en lugar de contabilizarse en el sector privado pasan ahora a contabilizarse en el sector público. Aunque el nuevo sistema extiende la cobertura a las familias, el verdadero reto ahora es ampliarla a sectores de menores ingresos antes excluidos.

A pesar del balance positivo que se observa en el último año en el financiamiento a la salud en la República Dominicana como resultado del SFS, el gobierno central, que es el que financia al MSP, sigue dando una baja prioridad al sector.

Recursos

¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?

De acuerdo con las Memorias del MSP de 2006, ese año había en República Dominicana 472 dispensarios y consultorios, 16 subcentros y centros sanitarios, 105 hospitales municipales y de áreas, 22 hospitales provinciales, ocho hospitales regionales y 14 hospitales nacionales de referencia.¹² Un inventario de hospitales públicos y

privados que incluye centros de salud del MSP, el IDSS, las fuerzas armadas y la Asociación Nacional de Clínicas Privadas nos habla de la existencia de 307 centros, con una mayor concentración en el Distrito Nacional (52) y la provincia de Santo Domingo (24). En el subsistema público existen más de 1 300 establecimientos de varios niveles de atención. También existe en el país un importante sector privado proveedor de servicios de salud. No hay información actualizada sobre los mismos, pero un censo realizado en 2001 con financiamiento de la Unión Europea a través del Programa de Reforzamiento del Sector Salud (PROSISA) estableció la existencia de al menos 7 121 centros de proveedores privados de los cuales 6 818 eran lucrativos y 283 no lucrativos. De este total, unos 487 establecimientos eran clínicas, 544 centros diagnósticos (238 en la capital), 3 675 consultorios médicos, 44 no fueron clasificados y 2 371 correspondió a una diversidad de centros, entre los que encuentran ópticas, establecimientos de medicina alternativa, centros oftalmológicos, consultorios en parroquias y consultorios en escuelas.¹³ El promedio nacional de camas por 10 000 habitantes es de 15.7.^{3,12}

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa necesaria para alcanzar un nivel de "cobertura mínima" es de 2.5 profesionales (entre médicos y enfermeras) por 1000 habitantes.¹⁴ Según el MSP, en 2008 había en República Dominicana 1.3 médicos, 0.25 enfermeras con título universitario y 0.14 odontólogos por 1000 habitantes.¹⁵ En 2008 el MS contaba con 26 637 cargos profesionales ocupados, distribuidos entre médicos (10 632), enfermeras (13 715), odontólogos (1 359), bioanalistas (1 712), farmacéuticos (639) y psicólogos (292), mientras que el IDSS contaba con 5 033 profesionales de la salud y las fuerzas armadas con 824.¹⁵ La distribución de los recursos humanos para la salud del subsector público es muy desigual en las distintas regiones. En la Región I (Valdesia) hay una relación de 0.41 enfermeras por médico, mientras que en la Región III (Nordeste) es de 3.63.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

El gasto en medicamentos es el principal renglón individual del gasto en salud en República Dominicana. El esquema de financiamiento de medicamentos es mixto. El Estado asigna presupuesto al MSP y al Programa de Medicamentos Esenciales / Central de Apoyo Logístico (PROMESE / CAL) para subvencionar los medicamen-

tos dispensados en la red de establecimientos públicos, pero no se dispone de mecanismos que aseguren una entrega a la población más pobre. El SDSS incluye la asistencia farmacéutica dentro de las prestaciones farmacéuticas a los afiliados en los diferentes regímenes. En el subsidiado, los pacientes reciben gratis los medicamentos. En el contributivo subsidiado los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y el Estado 70%. Finalmente, en el contributivo los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y el proveedor, 70%.¹⁶

En República Dominicana el gasto total en medicamentos asciende a alrededor de 400 millones de dólares, de los cuales 33% corresponden a gasto público y el resto a gasto de bolsillo de los hogares.¹⁷ Este concepto representa casi la tercera parte del gasto de los hogares en salud, por lo que está claro que una política destinada a racionalizar el gasto en medicamentos y a proteger su consumo, tendría gran impacto en el bienestar de los hogares en el país.

Una proporción importante del gasto público en medicamentos es la que se realiza a través de PROMESE-CAL, principalmente para financiar los hospitales públicos. Esta entidad realiza compras centralizadas mediante subastas, lo que contribuye a la racionalidad en la adquisición y la reducción de los precios. Varios estudios han mostrado enormes variaciones de precios en las farmacias privadas e inmensas diferencias entre éstas y los precios de PROMESE-CAL.¹⁷ Sin embargo, todavía una proporción importante de las compras del MSP –tanto para hospitales como para ciertos programas verticales– se realizan directamente, en lugar de utilizar el mecanismo centralizado. PROMESE-CAL tiene, además, un programa de ventas al detalle, vía las denominadas Farmacias del Pueblo.

En términos globales, los medicamentos representan alrededor de 18% del gasto total en salud y cerca de 1% del PIB.¹⁷ En términos per-cápita la cifra es de 38 dólares por persona en 2007.

¿Quién genera la información?

Mediante el Decreto Presidencial 249-06 se puso en funcionamiento el Reglamento del Sistema de Información General de Salud (SIGS), que es un mandato de la Ley General de Salud (42-01) en sus artículos 34 y 35 que busca producir y proveer información oportuna y de calidad en materias relacionadas directa o indirectamente con la salud con el fin de que sirva de instrumento para el ejercicio de la rectoría y el correcto desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, y para facilitar la gestión general del Sistema Nacional de Salud.

El SIGS se encuentra en proceso de construcción habiéndose trabajado en el diseño de algunos de sus

módulos y en la capacitación de parte de su personal. La implantación y desarrollo del mismo se realiza en el nivel central y en las unidades desconcentradas en cada provincia, que captan y procesan las informaciones que constantemente se producen en los hospitales del país. El reglamento establece la notificación obligatoria de hospitales y clínicas privadas de enfermedades como el dengue, la tuberculosis, el sida, malaria y leptospirosis, entre otras. En la actualidad algunos de los módulos del sistema están en proceso de desarrollo, pero falta más inversión en tecnología informática, interconexión, equipos y capacitación.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El artículo 8 de la Ley General de Salud (42-01) asigna las funciones de rectoría del Sistema Nacional de Salud del país al MSP. No obstante, se reconoce que las funciones de rectoría se ejercen en forma compartida con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil. Estas funciones han sido deficientemente desarrolladas por dicho Ministerio, lo que ha ocasionado conflictos de competencia entre diferentes órganos de los sistemas de salud y de la seguridad social. El nuevo marco legal otorga la autoridad sanitaria y la conducción sectorial al MSP, pero en la práctica la institución no ha sido capaz de ejercer un verdadero liderazgo. La incipiente aplicación de la carrera administrativa es un obstáculo en la profesionalización del personal y la atracción de nuevos talentos.

¿Quién vigila las actividades y quién evalúa?

La Ley de Seguridad Social (87-01) establece que los establecimientos de salud deben estar habilitados previamente por el MSP. El país cuenta con normas para esos fines, pero pocos establecimientos han cumplido con ellas, por lo que se ha tenido que ser flexible, otorgándole un período de tiempo para que puedan cumplir con las mismas. Hasta junio de 2008, la Dirección General de Habilitación y Acreditación había inspeccionado 47% de los 8 590 establecimientos de salud, de los cuales sólo 791 cumplieron con los estándares necesarios para conseguir la habilitación. A esa fecha aún 4 512 establecimientos no habían solicitado la inspección.

En los últimos años el MSP ha realizado esfuerzos para desarrollar las capacidades y para reestructurar el sistema de vigilancia epidemiológica nacional. Sin embargo, todavía es muy alto el número de subregistros en el país y prácticamente no se dispone de datos del sector privado.

El Plan Decenal de Salud (PLANDES) es por ley el principal instrumento de planificación sectorial del sistema de salud. Realizado por primera vez en el país, se elaboró mediante un proceso ampliamente participativo para el período 2006-2015, y contiene los principales objetivos estratégicos de desarrollo del sector salud. Identifica una serie de indicadores para darle seguimiento, pero hay debilidades en los criterios de selección de los mismos. Además, carece de un sistema formal de monitoreo y evaluación.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

Tradicionalmente ha sido muy baja la participación social en la gestión del sistema y de los servicios de salud en el país. Sin embargo, en los últimos años el tema ha adquirido importancia y ha sido introducido de forma significativa en las dos legislaciones que definen el marco legal del sistema (Ley General de Salud y Ley del Sistema de Seguridad Social) y en el PLANDES. Ambas leyes establecen consejos rectores de coordinación del sistema de salud y de seguridad social con amplia participación de los actores principales y en el caso específico del reglamento de Provisión de las Redes de Servicio Público establecen los Consejos de Administración, definiéndolos como "el máximo órgano de participación en la gerencia de la red pública de provisión de servicios de salud". El SDSS permite que los usuarios y la sociedad participen en la toma de decisiones, ya que tanto en el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) como en el Consejo Nacional de la Salud tienen representación de los usuarios y los diferentes sectores de la sociedad civil. Adicionalmente, una de las instituciones creadas dentro del CNSS es la Dirección de Defensa de los Afiliados, que representa la voz de los usuarios. No obstante, en la práctica, no hay mucha participación ni consulta de la población. Sí la hay de los grupos de poder, que presionan al CNSS para que tome decisiones a favor de sus intereses.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

A través de opiniones aisladas, demandas de organizaciones de la sociedad civil y reportes periodísticos se puede establecer que en el país hay un nivel bajo de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. En agosto 2008, la SENASA presentó una encuesta que analiza el nivel de satisfacción con los servicios de salud de los afiliados al régimen contributivo para los rubros

de eficiencia, calidad y disponibilidad de servicios, entre otros.¹⁸ Sin embargo, no se dispone de estudios recientes que establezcan la calidad y la calidez de los servicios para el sistema en su conjunto.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

La mayor innovación reciente del sistema de salud dominicano ha sido la definición de un marco legal moderno en la región y la implementación del SDSS. El marco legal aprobado en 2001 sustituyó el antiguo y anacrónico Código de Salud que estaba vigente, considerando todos los elementos contemporáneos de una legislación de salud moderna en la parte sanitaria, así como en la de gestión general del sistema, haciendo énfasis en la separación de las funciones de rectoría, financiamiento, articulación y provisión de servicios, así como en la necesidad del desarrollo de sistemas gerenciales y de información. En lo concerniente a seguridad social, definió un modelo completo y coherente en el marco del paradigma sistémico utilizado, que contiene tres regímenes de afiliación que abarcan el universo poblacional, un solo plan de servicios de salud, una sola oficina recaudadora, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, una oficina de información y defensa de los afiliados, administradoras de riesgo públicas y privadas entre las cuales el afiliado del régimen contributivo tiene derecho a escoger y una aseguradora de riesgos de salud para los regímenes subsidiado, contributivo subsidiado y contributivo público. Asimismo, se estableció un consejo rector integrado por los principales actores del sistema.

Otra innovación del nuevo sistema que aún no se ha implementado es el Régimen Contributivo Subsidiado, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional. Dicho esquema deberá ser financiado con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador. Uno de los posibles problemas que confrontaría este régimen es la dificultad de cobrar las cotizaciones en el sector informal de la economía.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Las dos nuevas legislaciones se encuentran inmersas en un proceso largo y difícil de implementación que encuentra resistencia en la cultura institucional y en los comportamientos tradicionales que han predominado en el país en las últimas décadas. Sin embargo, el proceso ha provocado un importante cambio en las mentalidades

y ha permitido la creación y modificación de una amplia constelación de instituciones. Sin embargo, todavía no se aprecian resultados significativos en la eficiencia en el uso de los recursos, en la calidad de los servicios que se prestan a la población y en la equidad en el financiamiento del sistema.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Los tres principales retos que enfrenta el sistema dominicano de salud son la extensión de la cobertura del SFS, la profundización de la separación de funciones y la mejoría en la calidad de los servicios.

La ley que crea el SFS se propone alcanzar la cobertura universal en 2011, pero está muy lejos de ser cumplida. Para continuar con la afiliación se requieren recursos financieros adicionales, lo cual implica un importante cambio en las prioridades públicas, pero también en la definición del mecanismo para implementar el régimen contributivo subsidiado, al que tendría que afiliarse 29% de la población dominicana. Ante este reto de extender la cobertura, actualmente la discusión entre los actores se centra en elevar el per-cápita y aumentar las prestaciones, todo ello sin los estudios de base que permitan asegurar la sostenibilidad financiera.

La separación de funciones del sistema de salud es un mandado fundamental del marco regulatorio vigente y es parte integral del proceso en marcha de la reforma. La separación de las funciones de financiamiento y provisión requiere de la transformación del MSP y la autonomía real de las redes de provisión de servicios, ya sean los hospitales o los servicios subnacionales organizados en forma de redes. La estrategia planteada en la actualidad es la organización de redes regionales, pero todavía todas las decisiones están centralizadas. Esto tiene una importancia fundamental en la estrategia de financiamiento y en la sostenibilidad financiera, porque no es factible financiar el sistema vía la oferta y la demanda, como sucede ahora en algunos servicios donde se ha iniciado la implementación del régimen subsidiado. Todo esto implica grandes reestructuraciones administrativas, financieras y de toma de decisiones, incluyendo las decisiones relativas a la contratación de los recursos humanos, con las consecuentes implicaciones de carácter gremial y político.

Finalmente, aunque se carece de estudios que midan la magnitud y naturaleza de los problemas de calidad del sistema de salud nacional, este es un de los grandes retos del sistema dominicano de salud. La baja calidad está relacionada con problemas de gestión clínica y administrativa de los proveedores de servicios de salud del sector público, la falta de control y supervisión

del personal que está duplicado en varias nóminas y no cumple con los horarios de trabajo, la administración de éstos en base a crisis y, en general, con las debilidades institucionales que caracterizan al sistema de salud de República Dominicana.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2006. 421 p [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/26530/P26530.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>
2. Oficina Nacional de Estadísticas, Gerencia de Estadísticas Continuas. República Dominicana: estimaciones y proyecciones de población [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.one.gob.do>
3. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud. Boletín de Indicadores Básicos de Salud de República Dominicana, 2008 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.sespasdigepi.gob.do>
4. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. Estadísticas del Seguro Familiar de Salud [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://sisalrtil.gob.do/EstadisticasdelSfs.aspx>
5. World Health Organization. World health statistics 2010. Geneva: WHO, 2010.
6. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta Demográfica y de Salud. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM, 2007 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: http://www.cesdem.com/html/encuesta_demografica_y_de_salud_2007.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. La diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico 2001(2):2 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/dd/ais/beindexe.htm>
8. Panamerican Health Organization. Health Analysis and Statistics Unit and Communicable Diseases Unit. TB Program. Estimated burden of TB in the Americas. Washington, D.C.: PAHO, 2007.
9. WHO. Global burden of disease 2004. Data Infobase [consultado diciembre 10, 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/infobase/Mortality.aspx>
10. Rathe M. El gasto nacional en salud 1995-2008. Santo Domingo: Fundación Plenitud, 2009 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: www.fundacionplenitud.org
11. Consejo Nacional de la Seguridad Social, Secretaría de Estado de Trabajo. Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Trabajo, 2001 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.cnss.gob.do/Documentos/Leyes/tabid/106/Default.aspx>
12. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Institucional 2008. Santo Domingo, República Dominicana: SESPAS, 2009 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://sespas.gov.do/download/docs/memorias/Memoria2008.pdf>
13. Programa de Reforzamiento del Sector Salud. Santo Domingo, República Dominicana: Unión Europea, 2001.
14. Organización Panamericana de la Salud, Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia [sitio de Internet]. OPS expresa preocupación por déficit de trabajadores de la salud en las Américas [consultado septiembre 17, 2010]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&SI=11199&SE=SN>
15. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Información sobre recursos humanos [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.sespasdigepi.gob.do>
16. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en Las Américas 2007 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paiseses/Rep%20Ablica%20Dominicana%20Spanish.pdf>
17. Rathe M, Pérez-Minaya R, Franco L, Guzmán D. Medicamentos y propiedad intelectual. Santo Domingo: Fundación Plenitud, 2009 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: www.fundacionplenitud.org
18. Seguro Nacional de Salud, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Estudio de satisfacción de los afiliados al régimen contributivo de SENASA [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.arssenasa.gov.do>

Sistema de salud de Uruguay

Daniel Aran, Lic en Ec,⁽¹⁾ Hernán Laca, MC.⁽¹⁾

Aran D, Laca H.
Sistema de salud de Uruguay.
Salud Publica Mex 2013;53 supl 2:S265-S274.

Resumen

En este trabajo se describe el sistema uruguayo de salud: su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, el nivel y distribución del gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las actividades de rectoría que en él se desarrollan, las instituciones encargadas de generar la información y la investigación, y el nivel de participación de los ciudadanos en la operación y evaluación del sistema. También se describen las innovaciones más recientes, incluyendo la creación del Sistema Nacional Integral de Salud, el Seguro Nacional de Salud, el Fondo Nacional de Salud y el Programa Integral de Atención a la Salud. Finalmente se discute el impacto que estas innovaciones han tenido en el gasto en salud, en la justicia en el financiamiento del sistema, en los niveles de cobertura y en los principales indicadores de salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Uruguay

Aran D, Laca H.
The health system of Uruguay.
Salud Publica Mex 2013;53 suppl 2:S265-S274.

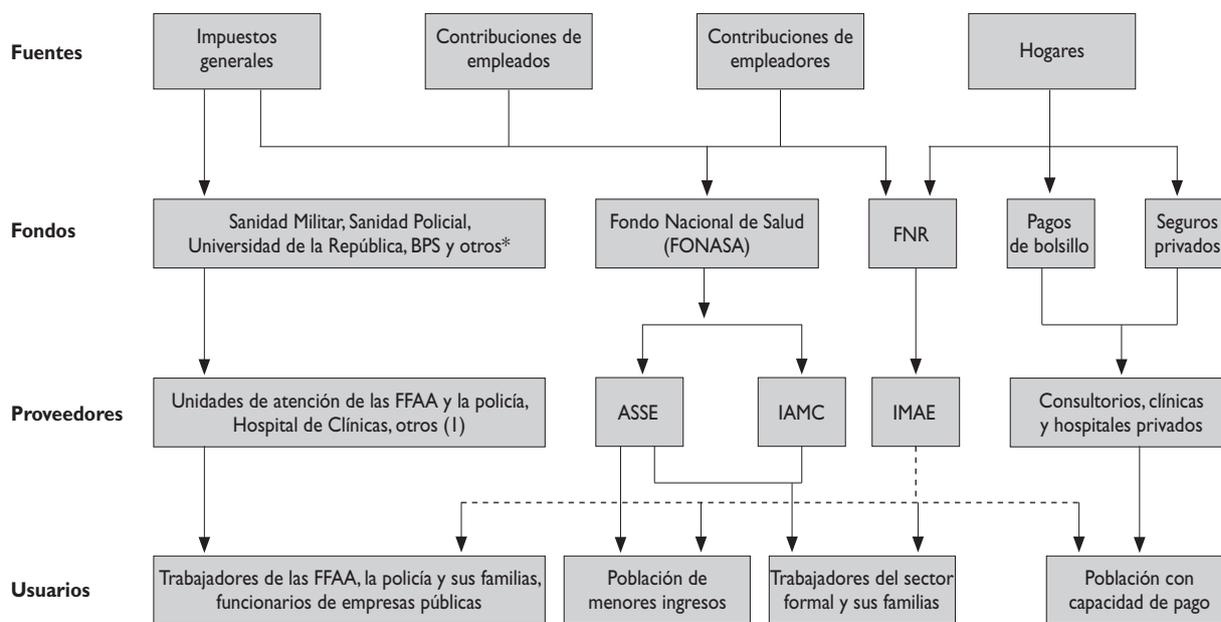
Abstract

This paper describes the Uruguayan health system, including its structure and coverage, its financial sources, the level and distribution of its health expenditure, the physical, material and human resources available, its stewardship functions, the institutions in charge of information and research, and the level and type of citizen's participation in the operation and evaluation of the system. The most recent policy innovations are also discussed, including the creation of the National Comprehensive Health System, the National Health Insurance, the National Health Fund and the Comprehensive Health Care Program. Finally, the impact of these innovations in health expenditure, fairness of health financing, coverage levels and main health indicators is analyzed.

Key words: health system; social security; Uruguay

(1) Consultor

Fecha de aceptado: 14 de abril de 2011
Solicitud de sobretiros: Daniel Aran.
Correo electrónico: damanter@terra.com.br



* Fondos de proveedores que serán objeto de los próximos avances del proceso de reforma

BPS: Banco de Previsión Social

FNR: Fondo Nacional de Recursos

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

IMAE: Instituto de Medicina Altamente Especializada

El sistema de salud uruguayo tiene dos grandes fuentes de financiamiento, pública y privada. Las fuentes públicas incluyen las contribuciones obligatorias de los trabajadores y empresas del sector formal de la economía, las contribuciones obligatorias de los trabajadores del sector público y los impuestos generales. Estos recursos se reúnen en el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El Fondo Nacional de Recursos (FNR) asegura la cobertura de las intervenciones catastróficas, financiando las intervenciones de alta complejidad tecnológica y alto costo. Existen otros fondos que cubren coberturas catastróficas a grupos de funcionarios (fuerzas armadas y policías). Los hogares son las fuentes del gasto de bolsillo y los seguros privados. El principal proveedor de servicios son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro que ofrecen atención integral a 56% de los uruguayos, los beneficiarios de la seguridad social. La mayoría de estas instituciones cuentan con unidades de atención propias. El sector privado cuenta también con los llamados Seguros Privados, que son empresas privadas lucrativas que brindan atención a cambio del pago de primas cuyo monto depende del nivel de riesgo de los asegurados. Estos seguros cubren alrededor del 2% de la población. En este sector se incluyen también clínicas y hospitales privados que se financian con pagos de bolsillo y pagos de los seguros privados. Los proveedores públicos incluyen a la red de hospitales públicos que están agrupados en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Hospital Universitario, las unidades de atención de las fuerzas armadas y policiales, y las unidades de atención primaria de los municipios. La ASSE y el Hospital Universitario dan cobertura a 37% de la población y las unidades de las fuerzas armadas al 5%. Las ASSE y las IAMC reciben del FONASA pagos per cápita de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el Ministerio de Salud Pública. A cambio de esto se comprometen a ofrecer atención integral a los usuarios. Los otros prestadores públicos reciben sus recursos de leyes específicas. El Ministerio de Salud Pública, órgano rector de la política de salud, también asegura con recursos del estado la salud de la población indigente.

Contexto

Demografía

Uruguay cuenta con una población de 3 344 938 habitantes. Cerca de 95% de la población (3 127 318 personas) reside en áreas urbanas y solamente 206 734 viven en el medio rural.¹

La mayor parte de la población del Uruguay (88%) es de ascendencia europea y sólo 8% de los uruguayos

son mestizos. Existe además una pequeña minoría (4%) de afrodescendientes.¹

Uruguay presenta un patrón demográfico atípico para la región. La distribución por edades de la población uruguayo es demográficamente envejecida, situándose en la etapa de transición demográfica avanzada. La etapa actual se caracteriza por cifras bajas de fecundidad y un paulatino envejecimiento por la cúspide de la pirámide poblacional debido a una consistente reducción de la mortalidad. La población de 60 años

y más representa 17.7% de la población total, mientras que la población menor de 15 años representa 23.1% de la población total.

La esperanza de vida estimada para 2009 en Uruguay es de 76.5 años, siendo de 73.1 en hombres y 80.1 en mujeres, una brecha de 7 años.¹

Condiciones de salud

El análisis de más de dos décadas de estadísticas nos indica que las principales causas de muerte en Uruguay se mantienen estables, con un predominio neto de las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias, un incremento de otras causas de muerte, como los trastornos mentales, las enfermedades del aparato respiratorio y las causas extremas de morbilidad y mortalidad, y un descenso en la frecuencia y letalidad de las enfermedades infecciosas. Las principales causas de muerte corresponden a enfermedades del sistema circulatorio y los diferentes tipos de cáncer, mientras que las enfermedades infecciosas actualmente explican menos de 2% de las muertes en Uruguay.

Las tres principales causas de muerte en mujeres en Uruguay son similares a las de los hombres, con mayor predominio de las enfermedades del sistema circulatorio (32.98%), seguida de las neoplasias (23.76%) y las enfermedades del sistema respiratorio (9.71%) (cuadro II).

Las enfermedades del sistema circulatorio son las principales causas de muerte en hombres (27.64%), seguidas por las neoplasias (27.23%) y las enfermedades del sistema respiratorio (10.54%). Destaca la presencia en cuarto lugar dentro de las causas de muerte en hombres de las causas externas de morbilidad y mortalidad (9.35%), debidas principalmente al aumento de los accidentes de tránsito vehicular (cuadro III).

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, URUGUAY, 2009

Población total	3 344 938
Población total de 60 años o más	17.7%
Esperanza de vida al nacer	76.5
Hombres	73.1
Mujeres	80.1
Esperanza de vida a los 60 años	ND
Tasa de mortalidad general	9.4
Tasa de mortalidad infantil	10.6
Razón de mortalidad materna (2005)	20
Prevalencia de diabetes (2008)	8.2
Prevalencia de hipertensión arterial (2006)	37
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2005)	99
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (2006)	
Sarampión	95%
DTP3	94%
HepB3	94%
Población protegida por el SNIS (2008)	95%
Población sin seguridad social (2008)	5%
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2008)	7.8
Gasto per cápita en salud (2008)*	982
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud 2008 CNS	63.1
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	ND

Fuente: Referencias 1-6

*Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, URUGUAY, 2009

	Número	%
1. Enfermedades del sistema circulatorio	4984	32.98
2. Neoplasias	3591	23.76
3. Enfermedades del sistema respiratorio	1467	9.71
4. Síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte	1166	7.71
5. Enfermedades del sistema nervioso	769	5.09
6. Enfermedades del aparato digestivo	612	4.05
7. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	586	3.88
8. Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	556	3.68
9. Trastornos mentales y del comportamiento	415	2.75
10. Enfermedades del aparato genitourinario	405	2.68
Otras causas	563	3.73
Total	15.114	100.00

Fuente: Referencia 7

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, URUGUAY, 2009

	Número	%
1. Enfermedades del sistema circulatorio	4504	27.64
2. Neoplasias	4437	27.23
3. Enfermedades del sistema respiratorio	1717	10.54
4. Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1524	9.35
5. Síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte	1350	8.28
6. Enfermedades del sistema nervioso	518	3.18
7. Enfermedades del aparato digestivo	693	4.25
8. Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	444	2.72
9. Trastornos mentales y del comportamiento	202	1.24
10. Enfermedades del aparato genitourinario	424	2.60
Otras causas	483	2.96
Total	16.296	100.00

Fuente: Referencia 7

Las encuestas de salud poblacional indican que más de 90% de la población presenta al menos uno de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles más comunes: 33% de los uruguayos son fumadores, 53% consumen alcohol de manera habitual y 35% son sedentarios.⁷ Además, 37% de los adultos son hipertensos y 54% padecen sobrepeso u obesidad.

La tasa de mortalidad infantil en Uruguay es inferior al promedio latinoamericano (14 por 1000 nacidos vivos en 2008) desde hace décadas y ha seguido mostrando una tendencia descendente.⁴ Sin embargo, persisten importantes diferencias entre departamentos. El departamento Treinta y Tres, por ejemplo, presenta cifras superiores a 26 por 1000 nacidos vivos.⁹

La tasa de mortalidad materna es de 20 por 100 000 nacidos vivos.⁴ La primera causa directa de mortalidad materna es el aborto inseguro, que en 2007 concentró 25% de las muertes maternas.

La epidemia de VIH/SIDA en Uruguay es de tipo concentrado, con una prevalencia inferior a 1% en la población general y una prevalencia mayor de 5% en las llamadas poblaciones más expuestas, como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y personas privadas de libertad.⁹ Estudios realizados en 2008 muestran una seroprevalencia en trabajadores sexuales masculinos y en hombres que tienen sexo con hombres en Montevideo y áreas metropolitanas de 19.3 y 9.5%, respectivamente.^{11,12}

Estructura y cobertura

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) está compuesto por un sector público y un sector privado.

El principal prestador de servicios públicos es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que cuenta con una red de establecimientos de cobertura nacional en la que se atiende alrededor de 37% de la población, básicamente las personas de escasos recursos sin cobertura de la seguridad social. La Universidad de la República, que cuenta con servicios en los tres niveles de atención en su Hospital de Clínicas, apoya a la ASSE en esta tarea. Las intervenciones de alta complejidad y alto costo se llevan a cabo en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) que son hospitales o clínicas especializadas, que pueden ser de origen público o privado.

Hay otros proveedores de servicios para grupos específicos dentro de los que destacan la Sanidad de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior, que cubren alrededor de 5% de la población.

El Banco de Previsión Social (BPS) cuenta con un servicio materno infantil que ofrece atención ambulatoria a los cónyuges e hijos de hasta seis años de edad de los beneficiarios del seguro de enfermedad que no cuentan con cobertura dentro del sector privado.

El Banco de Seguros del Estado brinda asistencia a todas las personas que sufren accidentes laborales a través de la Central de Servicios Médicos en Montevideo y de convenios realizados con las IAMC en el interior del país.

También integran el sector público las empresas o entes públicos (energía eléctrica, petróleo, agua, bancos) que destinan al cuidado y promoción de la salud de sus funcionarios parte de los ingresos recibidos por concepto de ventas de sus servicios.

Finalmente, en el interior del país las intendencias municipales ofrecen servicios de atención primaria a la población de menores recursos.

La prestación de servicios privada la dominan las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro que ofrecen atención integral a 56% de los uruguayos, los beneficiarios de la seguridad social. La mayoría de estas instituciones cuentan con unidades de atención propias. Estas instituciones también actúan como un seguro voluntario de la población con capacidad de pago. Las IAMC están agrupadas en asociaciones de establecimientos de salud del sector privado sin fines de lucro tales como la Federación Médica del Interior (FEMI), la Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) y el Plenario de IAMC.

Las ASSE y las IAMC reciben del FONASA pagos per cápita de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el MSP. A cambio de esto se comprometen a ofrecer atención integral a los usuarios.

El sector privado cuenta también con los llamados Seguros Privados, que son empresas privadas lucrativas que brindan atención a cambio del pago de primas cuyo monto depende del nivel de riesgo de los asegurados. Estos seguros cubren alrededor de 2% de la población. En este sector se incluyen también clínicas y hospitales privados que se financian con pagos de bolsillo y pagos de los seguros privados.

Dentro del sector privado se están ofreciendo asimismo las llamadas emergencias móviles, que son seguros de servicios parciales de salud que incluyen asistencia médica de emergencia y servicios de baja complejidad que se prestan a domicilio, en policlínicas o incluso a través de consultas telefónicas.

¿En qué consisten los beneficios?

La red de establecimientos de la ASSE y las IAMC, y ciertos Seguros Privados prestan una canasta de servicios integrales conocida como Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).¹³ Independientemente del prestador que hayan escogido, todos los integrantes del SNIS acceden a la misma canasta de intervenciones, que incluye, entre otros, los siguientes servicios: asistencia ambulatoria convencional y asistencia hospitalaria en medicina general y/o familiar, cirugía general, gineco-tocología y pediatría; asistencia ambulatoria convencional y asistencia hospitalaria en diversas especialidades no quirúrgicas y quirúrgicas; asistencia de emergencia en medicina general, pediatría, cirugía y gineco-tocología, y asistencia de urgencia domiciliaria en medicina general y pediatría.

El sector privado de seguros ofrece diversos esquemas de cobertura dependiendo del tipo de contratos suscritos.

Las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades son responsabilidad del MSP.

¿Quiénes son los beneficiarios?

La implementación del SNIS en 2008 implicó la universalización de la cobertura de atención a través del Seguro Nacional de Salud (SNS). Son usuarios del SNIS todas las personas que residen en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud en una de las entidades prestadoras de servicios de salud: la ASSE, las IAMC y los Seguros Privados.

Los principales beneficiarios de SNIS son:

- los trabajadores en relación de dependencia públicos y privados, que aportan al sistema en función de sus ingresos y que reciben atención en las IAMC o en la red de establecimientos de ASSE;
- los hijos de estos últimos trabajadores menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o concubino;
- los hijos de estos trabajadores de 18 años y mayores, hasta cumplir los 21 (opcional), que pagan una cuota diferencial (igual a la cuota de salud establecida) además del aporte al Fondo Nacional de Recursos;
- los jubilados, cuyos ingresos totales no superen en 2.5 la Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC)¹⁴ mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto por integrante no supere los 2.5 BPC mensuales.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA URUGUAYO DE SALUD

1931	Creación del CASMU
1934	Ley Orgánica de Salud Pública y creación del Ministerio de Salud Pública
1957	Creación del primer seguro parcial en el Hospital Británico
1979	Creación del Fondo Nacional de Recursos (para gastos catastróficos)
1987	Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado
1997	Creación del Registro Único de Cobertura Formal para registrar a los afiliados a los distintos esquemas públicos de seguro
2004	Actualización del Código Nacional sobre enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria
2005	Creación del Seguro Nacional de Salud
2006	Ley de descentralización de la ASSE como organismo autónomo
2007	Creación del Fondo Nacional de Salud
2008	Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud

Son también beneficiarios del SNIS los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y los ciudadanos uruguayos que están fuera del mercado de trabajo y sus familias. La ASSE ampara a esta población que no cotiza a la seguridad social y no cuenta con ingresos suficientes para adquirir un seguro privado.

Las personas carentes de recursos o trabajadores informales que no aportan al sistema reciben cobertura en la red de establecimientos de ASSE, siendo financiados por recursos provenientes del presupuesto nacional.

Las personas con capacidad de pago pueden acceder a la cobertura total en forma voluntaria con la contratación del seguro directamente en las IAMC

Financiamiento

¿Quién paga y cuánto?

FONASA se financia con las aportaciones obligatorias de los trabajadores y las empresas, las aportaciones del Estado y las personas públicas no estatales, y las aportaciones de los jubilados.

Las contribuciones patronales representan 5% de las retribuciones pagadas, con las siguientes particularidades: a) los patronos de empresas unipersonales rurales, si optan por la cobertura de salud bonificada, aportarán 45% de la cuota mutual y aquellos que tengan hijos menores a cargo o mayores con discapacidad aportarán 60% del valor de la cuota mutual; b) los propietarios de empresas unipersonales que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al FONASA, (9.5% u 11%) sobre un valor base de cálculo para tener derecho a la cobertura suya y de sus hijos menores de 18 años.

Los trabajadores aportan un porcentaje de sus salarios: 6% aquellos trabajadores cuyos salarios mensuales superan un umbral mínimo y tienen hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad; 4.5% aquellos trabajadores cuyos salarios mensuales superan un umbral mínimo y no tienen hijos, y 3% aquellos trabajadores de menores ingresos independientemente de si tienen hijos o no.

Los trabajadores independientes pueden contribuir al sistema para contar con el SNS mediante el pago de una cuota que les permite afiliarse a la ASSE o a una IAMC.

Los trabajadores de la economía informal, los desempleados y las personas que están fuera del mercado de trabajo no contribuyen al SNIS pero reciben sus beneficios.

El financiamiento del gasto de Sanidad Militar y Sanidad Policial está incluido en los presupuestos del Ministerio de Defensa y del Interior respectivamente. Situación similar se da con los gastos del Hospital Universitario: están incluidos en el presupuesto de la Universidad de la República. FONASA está analizando incluir los beneficiarios y financiamiento de estas tres instituciones en el mediano plazo.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) asegura la cobertura de las intervenciones catastróficas, financiando las intervenciones de alta complejidad tecnológica y alto costo. Este fondo se financia con contribuciones de todos los afiliados al sistema. Si se cotiza a través de una IAMC, ésta hace la retención que vierte en el FNR. Para el caso de los beneficiarios públicos, sea trabajador formal o informal, el tesoro nacional hace la contribución. El valor de la cotización lo fija el Poder Ejecutivo.

La cotización a un seguro voluntario se hace de dos formas: el beneficiario paga una cuota directamente a las IAMC o, en el caso de los trabajadores formales que cotizan FONASA, ésta es la que compra el paquete de servicios en las IAMC o la ASSE.

Las instituciones prestadoras de servicios de atención reciben pagos per cápita de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el MSP. A cambio de esto, las instituciones públicas y privadas ofrecen atención integral a los usuarios, quienes tendrán libertad en la elección del prestador de atención.

El sector privado se financia con fondos de los hogares que se utilizan en los pagos de bolsillo y las primas de los seguros privados.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

Según estimaciones de la OMS, el gasto en salud en 2008 ascendió al 7.8% del PIB.⁵ El gasto per cápita fue de 982 dólares PPA. El gasto público concentró 63.1% del gasto total. De 2005 a 2008 el gasto en salud en Uruguay ha crecido de manera consistente.

Recursos

¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?

El sistema de salud de Uruguay cuenta con 105 hospitales de los cuales 56 son públicos, 48 privados y uno universitario. La mayoría de los hospitales privados son propiedad de las IAMC.

En 2008 el número de camas disponibles fue de 11 132, incluyendo las camas destinadas a asilos de ancianos y asilos de personas con deficiencia mental.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

Según datos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística, en 2008 trabajaban en el sector salud uruguayo 43 327 personas, que representan 8.1% de la población empleada (cuadro IV). De ese gran total, 20 031 son médicos y 10 168 enfermeras.

Si se compara la disponibilidad de médicos con otros países de América Latina, se observa que Uruguay se ubica en segundo lugar, detrás sólo de Cuba, con casi 3.9 médicos por 1000 habitantes.⁴ En disponibilidad de enfermeras se ubica en noveno lugar con 1.02 enfermeras por 1000 habitantes.

Existen en Uruguay dos facultades de medicina, una pública y otra privada. La Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR) fue creada en 1875 y de los 1 200 estudiantes que ingresan anualmente, sólo la mitad se gradúan como médicos al término de sus estudios. A nivel de posgrado, su escuela de graduados ofrece estudios de maestría en administración de servicios de salud y toda la variedad de especialidades médicas. La única facultad de medicina privada es la del Instituto Universitario CLAEH del que egresa un número de estudiantes sensiblemente menor al de la Facultad de Medicina de la UDELAR.

La Facultad de Enfermería de la UDELAR ofrece estudios de licenciatura en enfermería con duración de cuatro años y un semestre y estudios de auxiliar de enfermería de dos años y un semestre. En el sector privado, la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad de la Conferencia Episcopal Uruguayana también ofrece la carrera de enfermería a nivel de licenciatura y una modalidad de profesionalización de los auxiliares de enfermería, así como diplomas y cinco especializaciones a nivel de posgrado, entre las que destaca una especialización en gestión de servicios de salud.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

Entre 2000 y 2005 Uruguay dedicó 14% del gasto total en salud a la compra de medicamentos.¹⁵

El SNIS cuenta con un listado nacional de medicamentos esenciales que se revisa por lo menos una vez al año y que guía la prescripción de estos insumos en las unidades de la ASSE. Las IAMC cuentan con sus propios listados.

En mercado uruguayo de medicamentos circulan alrededor de 7 500 productos farmacéuticos registrados, 80% de los cuales son medicamentos genéricos y 20% medicamentos de marca.¹⁵

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

La información relevante para el funcionamiento eficaz del sistema de salud en Uruguay es de tres órdenes: información sobre salud poblacional (estadísticas vitales y enfermedades de notificación obligatoria), información de los prestadores públicos (ASSE y otros) e información sobre los prestadores privados de salud (IAMC y los seguros privados integrales, parciales y de emergencias).

La información sobre estadísticas vitales (natalidad y mortalidad), enfermedades de notificación obligatoria y proveedores de atención a la salud pertenecientes al sector público la recaba, procesa y analiza la Dirección General de Salud (DIGESA) del MSP a través del Sistema de Vigilancia de la Salud y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

La recopilación, procesamiento y análisis de la información del sector privado es responsabilidad del Sistema Nacional de Información (SINADI). Su objetivo fundamental es proporcionar información al MSP para

Cuadro IV
PROFESIONALES Y TÉCNICOS OCUPADOS EN EL SECTOR SALUD, URUGUAY, 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Médicos y afines	20 456	18 340	19 476	17 429	20 031
Licenciadas en enfermería	3 004	1 844	3 281	3 154	4 185
TNM	6 401	7 654	8 797	6 446	8 943
Auxiliares de enfermería	10 756	9 677	8 596	6 896	10 168
Total	40 617	37 515	40 150	33 925	43 327

Fuente: Referencia 12

evaluar el desempeño de las instituciones privadas y del sector en su conjunto. Hasta 2006 el SINADI recopiló información sobre recursos humanos, tasas moderadoras y estructura de costos de atención a los afiliados a las diversas instituciones. La información recabada se divide en asistencial y económico-financiera. La primera se centra en indicadores como la producción y el uso de servicios, la utilización de recursos, la calidad de las prestaciones y la accesibilidad. La información económico-financiera se refiere a indicadores de rentabilidad, estructura de ingresos, de egresos y de pasivo, liquidez y solvencia.

Desde 2006 el MSP ha impulsado la consolidación del sistema de información en salud mediante el establecimiento de la historia clínica electrónica (datos clínicos, sociales y financieros referidos a la salud procesados por medios informáticos) de todas las personas desde el periodo perinatal hasta su muerte.

La investigación en salud en Uruguay se lleva a cabo en instituciones académicas como la Facultad de Medicina, la Facultad de Química y la Facultad de Ciencias de la Universidad de la República. Como resultado de la cooperación entre Francia y Uruguay, recientemente se abrió una filial del Instituto Pasteur en Montevideo con la finalidad de contribuir al desarrollo de la investigación biomédica mediante la instalación de tecnología moderna y de programas de investigación y educación.

Entre las dificultades que enfrenta el sistema de salud uruguayo con respecto al desarrollo de la investigación en salud destaca la poca consistencia entre las necesidades de salud de la población uruguaya, las agendas de investigación y las prioridades de los tomadores de decisiones. Esto desemboca en la baja utilización de los resultados de la investigación en el diseño e implantación de los programas y de políticas de salud, a lo cual se suma cierta dificultad en el acceso a la información en salud y los escasos recursos que se invierten en investigación en salud pública, tanto en el área de epidemiología como en el área de sistemas de salud.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El MSP desarrolla sus actividades de rectoría a través de dos instancias: la Junta Nacional de Salud (JUNASA), articuladora del SNIS, y la Dirección General de Salud (DIGESA), el principal agente sanitario.

La principal responsabilidad de la JUNASA es administrar el Seguro de Salud. Esta junta está integrada por dos miembros del MSP, un miembro del Ministerio de Economía y Finanzas, un miembro del BPS y repre-

sentantes de organizaciones de usuarios, trabajadores y prestadores integrales de salud. La JUNASA da seguimiento a los llamados Contratos de Gestión que los prestadores de salud firman con el MSP. En ellos se definen las prestaciones que habrá de recibir la población cubierta, los mecanismos de pago y las metas asistenciales. La JUNASA también emite las órdenes de pago del FONASA, que es administrado por el BPS.

El control que ejerce el MSP sobre el resto del sector privado, incluyendo las empresas que ofrecen atención prepagada (especialmente los seguros parciales) y las que la brindan sobre la base de pagos de bolsillo, es mucho menor.

Desde 1987 la administración de los establecimientos de salud del MSP quedó en manos de ASSE, separando las funciones asistencial y normativa del MSP como un medio para reforzar la descentralización. ASSE es quien regula el funcionamiento de los establecimientos propiedad del Estado. Sin embargo, no existe una reglamentación ni una regulación explícitas sobre la forma en que deben funcionar o sobre la calidad de la atención que deben brindar los establecimientos públicos. Si bien se cuenta con un sistema de acreditación de los mismos, este proceso aún no es obligatorio.

Además del JUNASA existen las llamadas Comisiones Honorarias, supervisadas por el MSP, que cumplen con múltiples funciones asociadas a actividades o padecimientos específicos (TB, cáncer).

La DIGESE, además de apoyar administrativa y financieramente al MSP, está encargada de la vigilancia epidemiológica y la regulación sanitaria. La Unidad de Vigilancia en Salud Pública (UVISAP) de la División de Epidemiología de la DIGESA, es el organismo responsable de recopilar y difundir información sobre los factores de riesgo para la salud de la población. La vigilancia comprende tanto las enfermedades transmisibles como las no transmisibles, los factores de riesgo y otras condiciones de interés para la salud pública.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La regulación sanitaria de los servicios de salud, la tecnología para la salud y los medicamentos y otros insumos son responsabilidad también de la DIGESE. Esta dirección también se encarga de regular todos aquellos productos y servicios que pueden tener un impacto en la salud. Estas actividades las desarrolla a través de sus 19 direcciones departamentales.

¿Quién evalúa?

Si bien se han realizado numerosos estudios y análisis relativos al funcionamiento del sistema de salud uruguayo, no existe en Uruguay ninguna institución

pública o privada expresamente dedicada a la evaluación del desempeño del SNIS. Los Contratos de Gestión suscritos entre la JUNASA y los prestadores integrales del SNIS, sin embargo, incluyen artículos que buscan promover un mejor acceso a los servicios y una mejora continua de la calidad. En teoría debería monitorizarse el cumplimiento de estos compromisos.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

Uno de los aspectos más interesantes del actual proceso de reforma del sistema de salud uruguayo es el papel asignado a la participación de los actores clave, especialmente los usuarios, en la gestión de los servicios de salud. De hecho, la JUNASA y la ASSE cuentan con representantes de los trabajadores, los empresarios y los usuarios.

Otras instancias de participación ciudadana puestas en marcha en 2005 son la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención a la Salud, el Consejo Consultivo de Salud para los Cambios y las comisiones de participación que, de acuerdo con el esquema puesto en marcha recientemente, deben instalarse en los centros de salud del MSP y las policlínicas de los municipios. El Consejo Consultivo estuvo encargado de la organización de tres grupos de trabajo en los que se discutieron aspectos centrales de la reforma del sistema de salud: a) el Seguro Nacional de Salud, b) el cambio en el modelo de atención y c) el estatuto de los trabajadores de la salud.

Desde 1992 existe la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (ADUSS), cuyo objetivo es brindar apoyo a los usuarios en la realización de trámites o denuncias ante el MSP. Más recientemente surgió el Movimiento Nacional de Usuarios que poco a poco ha conseguido colocarse como representante de los usuarios ante las diferentes instancias del sistema de salud, disputándole a la ADUSS el papel de auténticos voceros de los usuarios.

De acuerdo con los cambios introducidos con la creación del SNIS, en cada una de las IAMC debe haber un órgano asesor y consultivo en el cual participan dos representantes de los usuarios junto con igual número de representantes de los trabajadores y la empresa.

Recientemente el MSP empezó a promover la realización de encuentros de las comisiones de usuarios a nivel departamental con el fin de consolidar los mecanismos de participación ciudadana.

Asimismo, en diversos niveles de decisión del MSP se ha introducido la participación de representantes del

Sindicato Médico del Uruguay, la UDELAR, las IAMC y los trabajadores de la salud.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

Por ley, la satisfacción de los usuarios con los servicios ofrecidos por las instancias prestadoras de servicios debe medirse a través de encuestas por lo menos una vez al año. Estas encuestas deben recoger información sobre el trato recibido, el cumplimiento de los tiempos de espera, la puntualidad de los profesionales y técnicos, y la calidad de la atención. Aunque existe poco acceso a esta información, el MSP reporta que con las modificaciones introducidas por la reforma del SNIS, los tiempos de espera para recibir atención se han reducido considerablemente, tanto para la consulta general como para la atención especializada.

Por lo que se refiere a la satisfacción general de los usuarios con los servicios recibidos, los resultados de encuestas realizadas por cinco instituciones prestadoras indican que 51% de la población se manifiesta muy satisfecha contra 22% que se dice insatisfecha.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implementado?

La reforma al sistema de salud se sostiene en tres pilares, uno organizacional, otro financiero y otro más de modelo de atención

Desde el punto de vista organizacional, la reforma profundizó la separación de las funciones del sistema de salud, fortaleciendo la rectoría y articulando el financiamiento.

La reforma dio inicio con la implementación del SNIS, cuya misión es articular a los prestadores públicos y privados de servicios de salud y constituir un Seguro Nacional de Salud financiado con recursos de un fondo que pretende reunir todos los recursos destinados a la salud, el FONASA.

El primer año de implementación del SNIS se presentaron modificaciones en el número de personas cubiertas por los diversos prestadores. El número de personas cubiertas por la ASSE disminuyó, mientras que las cifras de personas afiliadas a las IAMC y los seguros parciales aumentaron.

La seguridad social sufrió también un gran cambio al asumir la responsabilidad de administrar el FONASA. La evolución en términos reales de este fondo muestra que los montos recaudados vía los aportes de los contribuyentes a la seguridad social se han estado incre-

mentando en los últimos años. El mayor incremento se produjo en 2008 con la implementación de la reforma y sus consiguientes cambios en las tasas de aporte y en la cantidad de cotizantes. El principal cambio fue el establecimiento de un impuesto sobre los ingresos de la población cuyo objetivo es promover la equidad en las contribuciones para la atención de la salud.

Por lo que se refiere al modelo de atención a la salud, recientemente se definió una nueva matriz de protección social más acorde con los riesgos y las necesidades de salud de la población uruguaya.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

El primer impacto que han tenido las reformas es el incremento del gasto en salud que ha sido consistente desde 2005.⁶

El incremento del gasto en salud se ha asociado a un descenso del gasto privado. Como porcentaje del gasto total en salud, el gasto privado en Uruguay disminuyó de 49.2% en 2003 a 36,9% en 2008.⁶

El descenso del gasto privado está asociado también a la disminución de las llamadas tasas moderadoras que como prepago a las IAMC constituyen gastos de bolsillo.

Otro impacto importante es el aumento de la cobertura de atención de la salud. Más de un millón y medio de personas obtuvieron cobertura sanitaria integral por la vía de la seguridad social.

También se han reducido las inequidades asociadas a un acceso segmentado a los servicios públicos y privados de salud, particularmente entre hombres y mujeres, o niños y jóvenes en relación a los adultos, y entre los residentes de Montevideo y el resto del país.

Finalmente, en la última década los valores de los indicadores clásicos: (mortalidad infantil, mortalidad materna y esperanza de vida al nacer) siguieron descendiendo.

¿Cuáles son los retos y perspectivas del sistema de salud?

El principal desafío que enfrenta el sistema uruguayo de salud es extender el aseguramiento a quienes hoy no cuentan con dicho beneficio.

Otro reto relacionado con el cambio de modelo de atención es el fortalecimiento de la planificación de los recursos humanos para la salud de tal manera que se formen los profesionales que exige la transición epidemiológica por la que atraviesa el país.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística de Uruguay. Datos socio-demográficos [consultado 2010 agosto 15]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/proyecciones2008.asp>
2. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Diabetes: en Uruguay el 8.2% de la población padece esta enfermedad [consultado 2010 noviembre 10]. Disponible en: http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2008/04/2008040310.htm
3. Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial. Cuarta Semana de Hipertensión Arterial en Uruguay [consultado 2010 noviembre 10]. Disponible en: <http://www.surhta.com/PDF/SUHA%20con%20Prensa%20Dia%20mundial%20de%20la%20HTA.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Cuentas Nacionales de Salud 2005 -2008, documentos de trabajo de Economía de la Salud 04/09 2009 Disponible en http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_3872_1.html
5. World Health Organization. World health statistics 2010. Ginebra: WHO, 2010.
6. World Health Organization. National health accounts. Uruguay.
7. Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Estadísticas. Mortalidad [consultado 2010 noviembre 10]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/subcategorias_4_1.html
8. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2006 [consultado 2010 noviembre 10]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_2894_1.html
9. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Evolución de la mortalidad. Infantil [consultado 2010 noviembre 10]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_3550_1.html
10. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Estudio de Estimación de prevalencia del VIH en población general. Montevideo, Uruguay: MSP, 2008.
11. Facultad de Ciencias Sociales de la UDELAR, Ministerio de Salud Pública de Uruguay, OPS y ONUSIDA. Estudio serológico y comportamental de trabajadores sexuales masculinos y trans. En: Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Ciudadanía salud. Acercándonos al conocimiento de dos poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad para el VIH en Uruguay. Montevideo, Uruguay: MSP, 2009:9-125.
12. Facultad de Ciencias Sociales de la UDELAR, Ministerio de Salud Pública de Uruguay, OPS y ONUSIDA. Estudio serológico y comportamental de hombres que tienen sexo con hombres. En: Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Ciudadanía salud. Acercándonos al conocimiento de dos poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad para el VIH en Uruguay. Montevideo, Uruguay: MSP, 2009:143-203.
13. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Plan Integral de Atención en Salud [consultado 2010 noviembre 10]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2227_1.html
14. Ley 17.856 del 20 de Diciembre de 2004, artículo 2º
15. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Logros y desafíos en términos de equidad en salud en Uruguay. Montevideo, Uruguay: MSP, 2010.
16. Muñoz MJ, Fernández-Galeano M, Olester D, Basso-Garrido J. Perfil del sistema de salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C. OPS, 2009.

Sistema de salud de Venezuela

Anabelle Bonvecchio, Lic en Nutr, MSP,⁽¹⁾ Victor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc,⁽²⁾
 Ángela Carriedo-Lutzenkirchen, Lic en Nutr, M en C,⁽¹⁾ Maritza Landaeta-Jiménez, MC, M en Nutr.⁽³⁾

Bonvecchio A, Becerril-Montekio V,
 Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M.
 Sistema de salud de Venezuela.
 Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S275-S286.

Resumen

En este artículo se describe el sistema de salud de Venezuela, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos humanos y materiales con los que cuenta, y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. Este sistema cuenta con un sector público y un sector privado. El sector público está constituido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS) y diversas instituciones de seguridad social, dentro de las que destaca el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). El MS se financia con recursos del gobierno central, estados y municipios. El IVSS se financia con cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aportes del gobierno. Ambas instituciones cuentan con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria. El sector privado está constituido por prestadores de servicios que reciben pagos de bolsillo y por compañías aseguradoras. El sistema de salud venezolano atraviesa por un proceso de reforma desde la aprobación de la Constitución de 1999 que plantea la creación de un Sistema Público Nacional de Salud cuya punta de lanza hoy es el programa Barrio Adentro.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Venezuela

Bonvecchio A, Becerril-Montekio V,
 Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M.
 The health system of Venezuela.
 Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S275-S286.

Abstract

This paper describes the Venezuelan health system, including its structure and coverage, financial sources, human and material resources and its stewardship functions. This system comprises a public and a private sector. The public sector includes the Ministry of Popular Power for Health (MS) and several social security institutions, salient among them the Venezuelan Institute for Social Security (IVSS). The MH is financed with federal, state and county contributions. The IVSS is financed with employer, employee and government contributions. These two agencies provide services in their own facilities. The private sector includes providers offering services on an out-of-pocket basis and private insurance companies. The Venezuelan health system is undergoing a process of reform since the adoption of the 1999 Constitution which calls for the establishment of a national public health system. The reform process is now headed by the Barrio Adentro program.

Key words: health system; social security; Venezuela

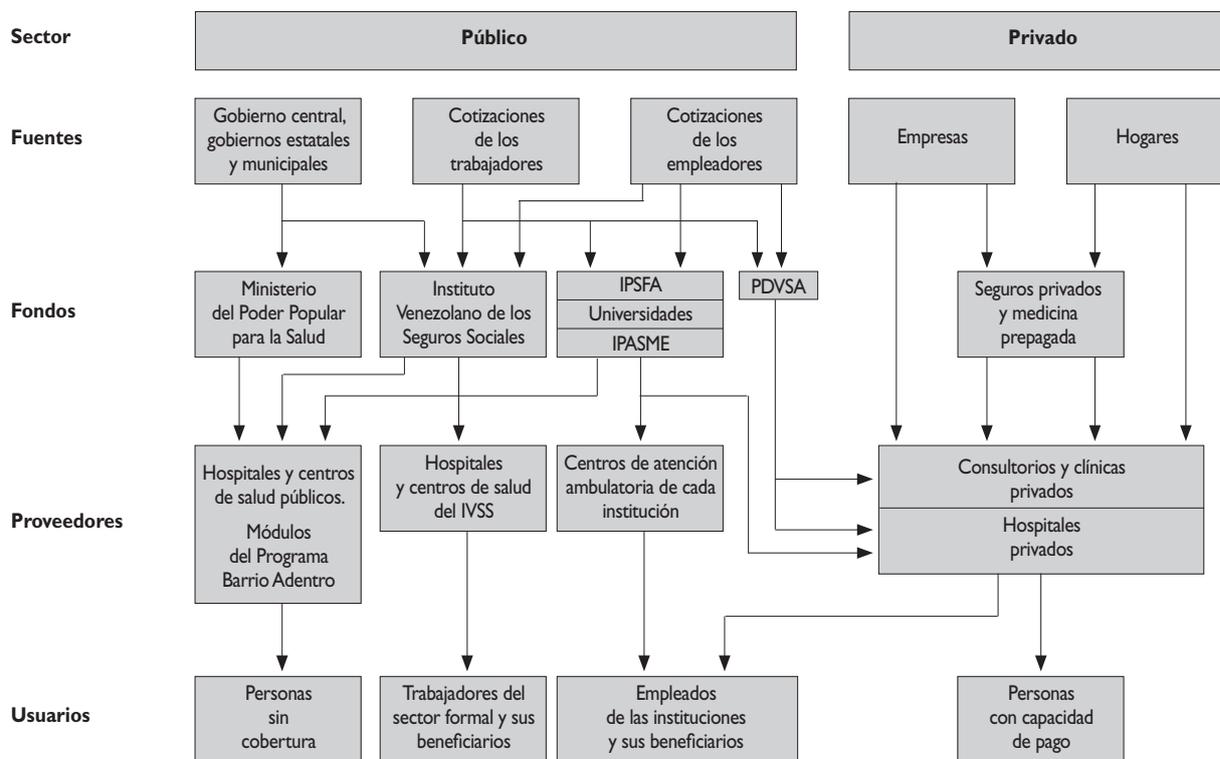
(1) Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(2) Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(3) Fundación Bengoa, Venezuela.

Fecha de aceptado: 31 de enero de 2011

Solicitud de sobretiros: Anabelle Bonvecchio. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
 Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
 Correo electrónico: bonvecchio@insp.mx



IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

IPASME: Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes

IPSFA: Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas

PDVSA: Petróleos de Venezuela

El sistema de salud de Venezuela está conformado por un sector público y un sector privado. El sector público está constituido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS), los organismos de salud descentralizados y las instituciones de la seguridad social, principalmente el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), Petróleos de Venezuela (PDVSA) y universidades. El sector privado está constituido por quienes prestan sus servicios a cambio de pago directo y por compañías de seguros de salud. El MS se financia con recursos del gobierno central, estados y municipios. El IVSS se financia con cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aportes del gobierno. Ambas instituciones cuentan con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria. El IPASME, IPSFA y las universidades se financian con aportaciones de los empleadores y de los trabajadores. También cuentan con su propia red de establecimientos para atención ambulatoria, pero contratan los servicios de hospitalización principalmente con el sector privado, a excepción del IPSFA que cuenta con su red de hospitales. Las empresas públicas como Petróleos de Venezuela (PDVSA) contratan servicios privados de salud. El sector privado se financia con el pago directo de los usuarios al momento de recibir los servicios o a través del pago de primas de seguros de salud. La atención se ofrece en consultorios y clínicas privadas.

Contexto

Demografía

Venezuela cuenta con una población de 27 934 783 habitantes, con una relación de casi uno a uno entre mujeres y hombres.¹ Aproximadamente 39% de la población tiene menos de 15 años y 8.3 % tiene 60 años o más.¹ Venezuela presenta un ritmo moderado de crecimiento, baja densidad poblacional y una tasa de migración negativa. En 2008 poco más del 93% de la población se

concentraba en zonas urbanas y sólo 2.3% de la población era indígena.

Tres fenómenos han marcado el desarrollo demográfico de Venezuela: la disminución de la natalidad, el descenso de la mortalidad general y el incremento de la esperanza de vida. La tasa de natalidad se redujo de 36.0 en 1940 a 22.3 en 2004, mientras que la tasa de mortalidad general disminuyó de 16.3 en 1940 a 5.1 en 2007.² La esperanza de vida se ha incrementado desde mediados del siglo pasado, cuando era de apenas 48 años, llegando a 75 años en 2008. Estos y otros factores han contribuido al envejecimiento

poblacional. En 1950, 3,7% de la población era mayor de 65 años; hoy, esta población concentra 5,42% de la población total y en 2015 concentrará 7%.² En el cuadro I se presentan los indicadores generales de Venezuela para 2008.

Condiciones de salud

Venezuela pasa por un proceso de transición epidemiológica caracterizado por una disminución de las enfermedades infecciosas y un incremento de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Según el último anuario de mortalidad disponible, las cinco principales causas de mortalidad en mujeres son el infarto al miocardio, la diabetes, los tumores de órganos digestivos, los tumores de órganos genitales y la enfermedad cardíaca hipertensiva (cuadro II). Las principales causas de muerte entre los hombres son el infarto al miocardio, los homicidios, los accidentes de vehículo de motor, la diabetes y los tumores de órganos digestivos (cuadro III). Llama la atención en particular el número de muertes por homicidios, que convierte a Venezuela en uno de los países latinoamericanos con mayores problemas de violencia.

La mortalidad infantil ha mostrado una tendencia a la disminución desde finales de los años cincuenta, aunque el ritmo de descenso se ha reducido en los últimos años, y entre 2001 y 2003 hubo incluso incrementos. En 2008 la tasa de mortalidad infantil fue de 15,8 por 1000 nacidos vivos.⁴ La mortalidad en menores de 5 años fue de 23.^{4,9,10} Entre las causas más frecuentes de mortalidad infantil se encuentran las afecciones del periodo perinatal, las anomalías congénitas, las infecciones intestinales y las neumonías. La mortalidad en menores de 5 años

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, VENEZUELA, 2008

Población total	27 934 783
Esperanza de vida al nacer	75
Esperanza de vida a los 60 años	22
Tasa de mortalidad general	5.9
Tasa de mortalidad infantil	15.8
Razón de mortalidad materna	60
Prevalencia de diabetes en adultos (población urbana región central (%) (1997)	4.5
Prevalencia de hipertensión arterial en adultos (población urbana región central (%) (1997)	28.2
Proporción de partos atendidos por personal calificado	95
Cobertura de vacunación	
sarampión en < 1 año	82
DPT3 en < 1 año	92
Población cubierta por la seguridad social (%)	65
Población atendida por el Ministerio de Salud (%)	35
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.2
Gasto total en salud per cápita*	681
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	44.9

Fuente: Referencias 1, 2, 3-8

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

se debe sobre todo a accidentes, infecciones intestinales, neumonías y deficiencias de la nutrición.¹¹

La mortalidad materna sigue siendo uno de los problemas más importantes de salud pública del país. A pesar de que a partir de los años cincuenta se dio un sostenido

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, VENEZUELA, 2007

	Número	Tasa*	%
1. Infarto agudo al miocardio	6 163	45.0	16.2
2. Diabetes mellitus	3 996	29.2	10.5
3. Tumores malignos de los órganos digestivos	2 449	17.9	6.4
4. Tumores malignos de los órganos genitales	2 144	15.6	5.6
5. Enfermedad cardíaca hipertensiva	1 472	10.7	3.8
6. Tumor maligno de mama	1 465	10.7	3.8
7. Neumonía	1 453	10.6	3.8
8. Accidentes de tráfico de vehículos de motor	1 429	10.4	3.7
9. Hemorragia intraencefálica	1 396	10.2	3.6
10. Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1 362	9.9	3.6

*Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 5

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, VENEZUELA, 2007

	Número	Tasa*	%
1. Infarto agudo al miocardio	10 173	73.8	12.8
2. Homicidios	8 987	65.2	11.3
3. Accidentes de tráfico de vehículo de motor	6 032	43.7	7.6
4. Diabetes mellitus	3 827	27.7	4.8
5. Tumores malignos de los órganos digestivos	2 970	21.5	3.7
6. Otros accidentes	2 269	16.5	2.8
7. Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	2 166	15.7	2.7
8. Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	1 969	14.3	2.5
9. Cirrosis y fibrosis hepática	1 692	12.3	2.1
10. Hemorragia intraencefálica	1 665	12.1	2.1

*Tasa por 100 000 hombres
Fuente: Referencia 5

descenso, desde los ochenta se ha mantenido constante, incluso con tendencias al aumento. En 1998 la razón de mortalidad materna fue de 51 muertes por 100 000 nacidos vivos y ascendió a 57 en 2005 y 60.5 en 2008.^{12,13} Las principales causas de muerte materna son las sepsis, las hemorragias y la hipertensión durante el embarazo.

Las mayores pérdidas de años de vida saludables (AVISA) se deben a lesiones intencionales y no intencionales, accidentes de tráfico, enfermedades neuropsiquiátricas, diarreas y enfermedades cardiovasculares.¹⁴

Por lo que se refiere a la morbilidad, hay una coexistencia de enfermedades crónicas degenerativas con enfermedades infecciosas. Desafortunadamente, el país no cuenta con un registro confiable que permita obtener cifras actualizadas de prevalencia de diabetes e hipertensión arterial, aun cuando estas dos enfermedades son una de las principales causas de daños a la salud. Asimismo, la disponibilidad de información sobre la situación epidemiológica en el país es crítica, entre otras razones porque los boletines epidemiológicos oficiales no han sido publicados en el portal del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS) desde 2006 y hasta la fecha en que se escribió este artículo.¹⁵

Según boletines extraoficiales y un boletín epidemiológico del Ministerio de Salud Pública de Cuba, Venezuela atraviesa por una epidemia de dengue, enfermedad que ha afectado a 41 573 personas durante lo que va de 2010; 9.9% de los casos han sido de tipo hemorrágico.¹⁶ Estas cifras revelan un incremento de 141% en los casos de dengue con respecto al mismo periodo en 2009 (12 220 personas afectadas).

De igual forma, la infección por paludismo ha aumentando considerablemente en los últimos años, alcanzando en 2004 la cifra de 46 244 casos, la segunda cifra

más alta desde 1937.¹⁷ Según el boletín epidemiológico del Ministerio de Salud Pública Cubano, los primeros cinco meses de 2010 se registraron 22 880 casos de paludismo, la mayoría concentrados en el Estado Bolívar, al sur del país. Estas cifras son un reflejo de la precaria situación de las condiciones sanitarias y ambientales que enfrenta el país.¹⁷

Venezuela presenta una epidemia concentrada de VIH/SIDA, dado que la prevalencia en la población general es menor de 1%, pero superior a 5% en los grupos de población más vulnerables.¹⁸ Según el reporte 2010 de ONUSIDA, 104 860 personas viven con VIH/SIDA en el país. La prevalencia varía entre 1.62% en el área metropolitana de Caracas y 0.08% en Cojedes y Delta Amacuro.¹⁹

Estructura y cobertura

El sistema de salud de Venezuela se encuentra en un proceso de cambio desde 1999, fecha en la que se aprobó la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.²⁰ A partir de esta fecha, el MS se planteó la reestructuración del nivel central para implementar un modelo de atención integral a la población y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de todos los venezolanos. Dicho SPNS estaría regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y corresponsabilidad social, y su financiamiento y gestión serían responsabilidad del Estado. Sin embargo, el proceso de creación SPNS ha sido lento y aún no se ha concretado, principalmente porque no se ha promulgado la Ley Orgánica de Salud (LOS) correspondiente, que debe ser consistente con el

espíritu y los cambios establecidos en la nueva constitución. Hasta que no se cuente con dicha ley se mantiene la estructura del sistema de salud venezolano tradicional, altamente fragmentada en un conjunto de subsistemas y con una forma de organización inequitativa, sin universalidad de acceso a los servicios.²¹

El sector público está constituido por el MS, las Direcciones Estatales de Salud y Desarrollo Social (instancias descentralizadas del MS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSA) y el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME). Además existen empresas del estado, como Petróleos de Venezuela (PDVSA), que ofrecen seguro de salud a sus trabajadores.

En la década de los noventa se inició un proceso de descentralización de los servicios de salud a los estados (17 de 23 estados de la República están descentralizados) que ha contribuido a la fragmentación del sistema.²² A esto se suma la creación de la "Misión Barrio Adentro" en 2003, que da inicio al proceso de transformación de la red sanitaria-asistencial y sienta las bases del Modelo de Atención Integral.²³ Barrio Adentro también ha contribuido a la fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios en el sistema, que se asocia a un uso ineficiente de los recursos.¹²

El sector privado está constituido por prestadores de servicios y compañías aseguradoras de salud. Los primeros ofrecen atención desde lo más básico hasta lo más especializado, a cambio de pagos directos.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA VENEZOLANO DE SALUD

1912	Creación del Servicio Público de Sanidad
1936	Creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
1944	Creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y Promulgación de la Ley del Seguro Social obligatorio
1961	Aprobación de la Constitución Nacional que establece el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud
1983	Promulgación de la Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud
1989	Descentralización y transferencia de competencias de los servicios de salud a los estados
1999	Reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y creación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social
2000	Reforma en salud dentro del nuevo marco jurídico – político establecido en la Constitución
2002	Nueva Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social
2008	Decreto de Recentralización

¿Quiénes son los beneficiarios?

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, todos los venezolanos tienen derecho a recibir atención a la salud y por lo tanto ser beneficiarios del

SPNS.²⁴ No obstante, no todos los venezolanos pueden ejercer este derecho por igual debido a la fragmentación del sistema de salud que ha dado lugar a tres grupos principales de beneficiarios. En primer lugar está la población cubierta por los diferentes institutos de seguridad social (IVSS, IPSFA, IPASME y universidades), es decir, los trabajadores asalariados, pensionados y jubilados del sector formal de la economía y sus familiares, que en 1997 sumaban más de 15 millones y medio de personas.^{25,26} El IVSS también cubre a los trabajadores que laboran en el sector informal de la economía que tienen una relación laboral definida, como es el caso de los trabajadores a domicilio, domésticos, de temporada y ocasionales. Adicionalmente existe la modalidad de trabajadores independientes o por cuenta propia inscritos en el régimen facultativo, del cual también pueden beneficiarse las mujeres no trabajadoras para atención a la maternidad.

En segundo lugar están los trabajadores del sector informal, la población desempleada y las personas que están fuera del mercado de trabajo y sus familiares, que formalmente reciben atención del MS y que no cuentan con otro tipo de aseguramiento público. Este sector de la población recibe atención a través de la Misión Barrio Adentro, la red de hospitales y los servicios ambulatorios del MS y de los estados, además de otros importantes centros de atención con autonomía funcional y operativa pero adscritos al MS.

Por último están las personas cuyo empleo o capacidad de pago les permite tener acceso a los seguros privados o hacer pagos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

No se dispone de información precisa ni actualizada sobre la cobertura de los servicios de salud públicos o privados, debido a que cada institución cuenta con sistemas propios de registro que no están integrados y en la mayoría de los casos son poco confiables y están desactualizados. Algunas aproximaciones reportan que en 1997 alrededor de 65% de la población contaba con algún tipo de seguridad social. En fechas más recientes, la Encuesta de Hogares sobre Consumo de Drogas en Venezuela 2005 (EHCD-2005) indicaba que 68% de la población venezolana no contaba con ningún seguro de salud, el IVSS cubría a 17.5% de la población, los seguros médicos privados a 11.7% y 2.4% de la población tenía doble cobertura, a través del IVSS y de seguros privados.²⁷

¿En qué consisten los beneficios?

El MS ofrece a la población no asegurada servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospita-

laria desde el primer hasta el tercer nivel de atención. Estos servicios se brindan a través de establecimientos ambulatorios y hospitales que se clasifican en tipo I, II y III según el tamaño de la población atendida, la capacidad de los servicios prestados y el nivel de especialización.

La Misión Barrio Adentro presta servicios a través de tres modalidades. Barrio Adentro I es la puerta de entrada al sistema de salud con énfasis en promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico temprano. Ofrece servicios de salud sexual y reproductiva, oncología y citología, salud de niños y adolescentes, inmunizaciones, salud visual, salud mental y atención a la farmacodependencia. Barrio Adentro II ofrece atención en especialidades básicas como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía ambulatoria, medicina interna, laboratorio básico, rayos X y emergencias en clínicas populares que no cuentan con servicios de hospitalización. Barrio Adentro III (medicina clínica-hospitalaria) pretende ofrecer atención a través de la red hospitalaria existente, ahora llamados Hospitales del Pueblo (Tipo I, II y III), los hospitales especializados y universitarios, y los centros nacionales especializados, como el Centro Nacional de Oncología y el Centro Nacional de VIH/SIDA. Con esta iniciativa se integran al Programa Barrio Adentro III diversos hospitales que pertenecían a alcaldías y municipios, al IVSS, al Ministerio de la Defensa y al propio MS, revirtiendo el proceso de descentralización de los servicios de salud.²⁸ A pesar de que los pacientes atendidos por Barrio Adentro I y II que requieren servicios de hospitalización se refieren a la red hospitalaria pública tradicional (Barrio Adentro III), esta red no ha sido prioritaria para el gobierno actual en términos de asignación de recursos y, por lo tanto, se encuentra en condiciones muy precarias.²⁹

El IVSS ofrece atención preventiva y curativa a la salud, odontología, medicamentos, pruebas de laboratorio, radiología e imagenología, nefrología, diálisis y trasplante renal, rehabilitación y servicios de salud en el trabajo.

El IPASME ofrece servicios médicos, odontológicos, de laboratorio, rayos X y en algunas ciudades cirugía ambulatoria y asistencia médica preventiva a los beneficiarios en sus lugares de trabajo. No presta servicios de hospitalización, pero permite a sus beneficiarios hacer uso de los establecimientos de su elección, reembolsando el costo de la atención.³⁰

Financiamiento

¿Quién paga?

La principal fuente financiera del gasto público en salud es el gobierno central que financia al MS, la Misión

Barrio Adentro y da aportaciones al IVSS. El MS recibe fondos del presupuesto nacional y la Misión Barrio Adentro recibe recursos financieros extraordinarios provenientes de la renta petrolera.

El sector salud de los estados es financiado con el presupuesto nacional y con el situado constitucional (asignación a las gobernaciones), sin embargo, como resultado de la reversión de la descentralización de los servicios de salud hospitalarios, la asignación de recursos a los estados se ha visto limitada.

El financiamiento del IVSS es tripartito: cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y aportes directos del gobierno central. Según el Reglamento de la Ley del Seguro Social vigente, la cotización inicial de las empresas para financiar el Seguro Social Obligatorio varía entre 11 y 13% del salario fijo mensual, dependiendo de la clasificación de riesgo de las mismas. La aportación de los asegurados es de 4% del salario fijo mensual, pero puede ser de 2% cuando sólo están asegurados para las prestaciones en dinero por invalidez o incapacidad parcial, vejez, muerte y nupcias. La contribución de la empresa para estas aportaciones es de 4.75% del salario fijo mensual. Adicionalmente, a través del presupuesto nacional, el Estado sufraga los gastos de administración, establecimiento, renovación y mantenimiento de los equipos del IVSS. Esta aportación no puede ser menor de 1.5% de los salarios fijos de los contribuyentes.

Las otras instituciones de seguridad social (IPSEFA, IPASME y las universidades) se financian con aportaciones de sus trabajadores (3% del salario mensual fijo, en el caso del IPASME), los empleadores y el Estado, a través del Ministerio de Educación y el Ministerio de Defensa.

La fragmentación del financiamiento es una de las principales deficiencias del sistema de salud venezolano que ha impedido que se desarrolle un sistema de seguridad social que haga posible la universalización del acceso a los servicios de salud.^{31,32} A estos problemas en el financiamiento se suma el retraso constante en el pago de los recursos aportados por el gobierno a las instituciones de seguridad social y a los estados.

La Misión Barrio Adentro, al construirse como una red paralela al sistema de salud preexistente, ha acentuado el desequilibrio en la distribución de los recursos ya que no cuenta con mecanismos claramente establecido para la asignación de recursos ni para la rendición de cuentas ante las autoridades regionales y nacionales y la ciudadanía.²⁹

El SPNS supone la integración del MS y los diversos organismos de seguridad social (IVSS, IPASME, PDVSA, entre otros) con el objeto de reducir el subsidio cruzado y la duplicación en el esquema de financiamiento actual. La Constitución establece que dicho SPNS será financiado por el Estado mediante la integración de los recursos

fiscales, las aportaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley.³³ Sin embargo, aún no se ha creado el Fondo Nacional de Salud que sería el encargado de concentrar y distribuir los recursos, por lo que el financiamiento sigue estando fragmentado.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto total en salud como porcentaje del PIB en Venezuela ha ido disminuyendo de 5.7% en 2000 a 5.2% en 2008, muy por debajo del promedio de América Latina (6.9%).³⁴

El gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud aumentó de 41.5% en 2000 a 44.9% en 2008, mientras que el gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto público en salud ha disminuido de forma marcada en la última década, de 40% en 1999 a 31.4% en 2008.⁶ El gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud pasó de 58.5% en 2000 a 55.1% en 2008. El gasto de bolsillo pasó de 90.9% del gasto privado total en salud en 2000 a 89.5% en 2008. En 2008, el gasto per cápita fue de 681 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo).

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

El sistema de salud de Venezuela cuenta con 5 089 establecimientos de salud públicos de los cuales 4 793 son ambulatorios y 296 son hospitales.³⁵ El 96% de las unidades de atención ambulatoria pertenecen al MS (4 605) y el resto al IVSS (79), el IPASME (56) y el Ministerio de la Defensa (21), entre otros. Aproximadamente 81% (3 715) de las unidades de atención ambulatoria del MS son rurales y 19% (890) urbanas. De los hospitales, 213 dependen del MS (181 generales y 32 de especialidad), 31 del IVSS, 13 del IPSFA y tres de PDVSA, entre otros. No existe información disponible sobre la cantidad de establecimientos ambulatorios privados ni de organizaciones de la sociedad civil que ofrecen atención en el nivel primario. Se sabe, sin embargo, que el sector privado cuenta con 344 hospitales, de los cuales 315 corresponden a instituciones lucrativas y 29 a fundaciones de beneficencia.¹¹

Con el nuevo modelo de gestión del MS se busca reorganizar la forma en que se prestan los servicios de salud y cambiar la antigua organización de ambulatorios y hospitales por Barrio Adentro I, II y III, que constituyen tres diferentes niveles complejidad. En 2007 Barrio Adentro I contaba con una red ambulatoria de 3 717 consultorios populares; Barrio Adentro II, con

10 clínicas populares (antiguos ambulatorios tipo III reacondicionados), 417 Centros de Diagnóstico Integral y 503 Salas de Rehabilitación e Integración.³⁶

La nueva propuesta reflejada en el anteproyecto de Ley Orgánica de Salud propone que los establecimientos prestadores de servicios y programas del SPNS se organicen bajo redes de salud y que los establecimientos existentes del MS, IVSS, IPASME, IPSFA y centros de salud adscritos a los estados y las alcaldías se incorporen a este seguro y se adapten a las necesidades de la población y al espacio geográfico. El objetivo es organizar la oferta de servicios de salud en redes, rompiendo con el modelo de niveles de atención médica en el cual el hospital es el centro del sistema. No obstante, la Ley aun no ha sido promulgada y, como se comentó previamente, Barrio Adentro funciona en paralelo con la estructura de unidades de atención ambulatoria y hospitales tradicionales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Venezuela cuenta con una razón de 0.9 camas por 1000 habitantes.³⁷ Más de 50% de las camas censables del sector público así como el equipo de alta tecnología se localizan en el Distrito Capital y en los estados más desarrollados.

Como parte de Barrio Adentro II se crearon los Centros de Alta Tecnología, establecimientos de salud que brindan servicios gratuitos para la realización de resonancias magnéticas, tomografía axial computarizada, mamografía, densitometría, endoscopia, ultrasonido tridimensional y ecocardiografía, entre otros.

No existe información sistematizada sobre la disponibilidad de equipo médico de alta tecnología en el sector privado aunque, sin duda, los consultorios y clínicas de este sector cuentan con ellos.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

Los datos disponibles hasta 2003 señalan la existencia de 1.94 médicos, 0.55 odontólogos y 0.08 enfermeras por 1000 habitantes.³⁶ Sin embargo, estas cifras están desactualizadas, ya que con la creación de Barrio Adentro se incorporan 15 356 médicos a la red ambulatoria del país, pero sólo 1 234 de estos son venezolanos, el resto son "cooperantes" cubanos. Estos médicos cubanos, bien entrenados en medicina familiar y comunitaria, han llevado servicios de atención ambulatoria a las comunidades de los municipios más pobres del país en donde antiguamente no había acceso a ellos. Sin embargo, han agravado el desempleo médico local, a lo que se suman las altas tasas de migración de este tipo de personal. Según la Federación Venezolana de Médicos, alrededor de 40% de los médicos recién graduados han migrado hacia otros países que ofrecen mejores condiciones socioeconómicas y laborales.³⁸

La operación misma de este programa de salud, que es bandera del gobierno, no es sostenible en el largo plazo, situación que empieza a evidenciarse. Se ha reportado que cerca de 30% de los módulos operativos de Barrio Adentro se encuentran vacíos por déficit de médicos y que alrededor de cuatro mil médicos cubanos que estaban asignados a Venezuela fueron trasladados a otros países, en particular a Bolivia.³⁹

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

La Ley de Salud y la Ley de Medicamentos, junto con el reglamento respectivo, rigen la política farmacéutica nacional que tiene como propósito asegurar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos e insumos para la salud, que además deben ser seguros y de buena calidad. La legislación vigente también establece el control en el precio de los medicamentos. Lamentablemente no se cuenta con información reciente sobre el gasto en medicamentos, público o privado, ni sobre el nivel de acceso a estos insumos.

Cada año, el MS, en coordinación con las universidades nacionales, elabora el Formulario Terapéutico Nacional. En los centros de salud, clínicas y hospitales del sistema público de salud sólo se prescriben y reparten productos farmacéuticos contemplados en la lista de medicamentos esenciales que elabora el MS, la cual en 2000 incluía 280 principios activos.

¿Quién genera la información y quien produce la investigación?

El MS elabora boletines y anuarios epidemiológicos, boletines de alerta epidemiológica, estadísticas vitales y anuarios de mortalidad. Sin embargo, existe un rezago importante en la información nacional. Las últimas estadísticas demográficas disponibles corresponden al Censo de Población de 2001 y sus estimaciones, mientras que el último boletín epidemiológico y el último anuario de mortalidad publicado en la página del MS corresponden al 2006 y 2007, respectivamente.

Venezuela tampoco cuenta con encuestas nacionales de salud y nutrición que permitan tener información actualizada y oportuna para la toma de decisiones con base en evidencias.

Está en discusión, como parte del anteproyecto de ley, la creación de un Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) encargado de recolectar y analizar la información sobre epidemiología, programas y servicios de salud, costos y gastos del sector salud.

Por lo que se refiere a la investigación, en 1999 se creó el Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCT)

y el CONICIT (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas), que recientemente fue sustituido por el Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT), para dar respuesta a lo establecido en la Constitución respecto al interés público en la ciencia, la tecnología, el conocimiento, la innovación y sus aplicaciones.

La investigación en salud es reconocida por el MS como un aspecto esencial de la consolidación del SPNS. Las áreas en las que se hace mayor investigación en salud son las ciencias básicas y biomédicas. Se hace poca investigación aplicada o investigación con misión y su influencia en las políticas públicas es reducida.

Las universidades son las instituciones en donde se concentra la investigación en salud.⁴⁰ Algunos institutos autónomos como el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología y los institutos adscritos al MS tales como el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Dr. Arnoldo Gabaldón, el Instituto de Biomedicina, el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, el Instituto Nacional de Nutrición y Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA), entre otros también realizan investigación en salud.

Diversas fundaciones también desarrollan actividades de investigación, entre ellas la Fundación Bengoa (antigua Fundación CAVENDES), el Centro de Atención Nutricional Antímamo y la Fundación Polar. Otras instituciones, como el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, el Instituto de Estudios Superiores de Administración y la Universidad Católica Andrés Bello realizan investigación en políticas públicas, desarrollo y áreas afines.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

Tal como lo establece el artículo 84 de la Constitución, el Estado tiene la obligación de ejercer la rectoría y de gestionar el SPNS. El MS es el órgano rector del sector salud y entre sus principales responsabilidades destacan: 1) la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud, incluyendo las políticas relacionadas con la formación de profesionales del área de la salud; 2) la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos; 3) la regulación de las instituciones privadas y públicas que prestan servicios de salud; 4) la regulación y fiscalización de los medicamentos, desde su fabricación hasta su uso en pacientes; 5) la gestión y participación en la

capacitación y permanente formación de personal para la salud; y 6) la acreditación y certificación de los establecimientos de atención médica y de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud.

Las Direcciones Regionales de Salud ejecutan las políticas nacionales de salud, diseñan y ejecutan los programas y planes estatales de salud, integran las fuentes de financiamiento, asignan los recursos provenientes de los niveles nacional y estatal, y prestan los servicios y programas de salud a través de un solo organismo que integra todos los establecimientos públicos y los que reciben financiamiento del Estado. En su nivel de gobierno, las Direcciones Municipales de Salud tienen atribuciones similares a las anteriores, responsabilizándose de la gestión de los establecimientos públicos de salud, los servicios de promoción integral de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes, y el saneamiento ambiental.

El anteproyecto de Ley Orgánica de Salud en discusión plantea la creación de un Sistema Intergubernamental del SPNS y el Consejo Intersectorial de Salud, los cuales definirán las bases organizativas para garantizar la coordinación y participación de los distintos sectores que integran el SPNS.⁴¹

El MS regula los establecimientos público y privados de atención a la salud y está contemplada la creación de un organismo responsable de su acreditación.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

El MS es el encargado de vigilar las actividades que impactan la salud, mientras que el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel del MS se encarga de la evaluación, vigilancia, calidad y seguridad de los productos farmacéuticos.

La actual administración se plantea la creación de un Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) adscrito al MS y un sistema nacional de regulación de los establecimientos, procesos y productos de uso y consumo humano, en las diferentes etapas de su cadena de producción y comercialización. El mismo sistema será responsable de todo lo relacionado con la información, la educación, la capacitación y la prestación de servicios en el ámbito de la salud, así como la regulación de las actividades de los profesionales y técnicos de la salud.

¿Quién evalúa?

La Oficina Estratégica de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas es la responsable del seguimiento y evaluación de la ejecución e impacto de las políticas públicas en salud, que permitan monitorear el cumplimiento de objetivos. En el MS, la Dirección General de

Programas de Salud es quien coordina la evaluación de todas las iniciativas de salud del MS. Sin embargo, las actividades de seguimiento y evaluación todavía son muy incipientes.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La nueva constitución resalta la importancia de la organización y participación de las comunidades en la toma de decisiones relacionadas con el derecho a la protección de la salud y establece las bases jurídicas para la participación de la comunidad organizada en la toma de decisiones en la planificación, la ejecución y control en las instituciones públicas de salud.

Con Barrio Adentro, las comunidades se organizan en grupos llamados comités de salud, integrados por promotores sociales de las comunidades elegidos en asambleas de vecinos que apoyan en los consultorios populares y CDI en las actividades de promoción, prevención de problemas prioritarios y en gestiones en apoyo. También participan en la elaboración de los proyectos de intervención en salud de sus localidades, la identificación de los problemas de salud prioritarios de la comunidad y de las acciones para resolverlos. En 2006 había 8 951 comités de salud registrados.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

Hasta el momento no se cuenta con mecanismos diseñados para determinar y evaluar la percepción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios de atención a la salud. No obstante, el anteproyecto de Ley Orgánica de Salud establece el marco legal para el desarrollo de los derechos de las personas y el desarrollo de programas en este sentido.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

Desde 1987 se han llevado a cabo varios intentos de reforma del sistema de salud de Venezuela. Desde ese año se venía gestando la idea de un sistema nacional de salud y se aprobó la ley para que se integraran las principales instituciones de salud del país. Sin embargo, esta iniciativa centralizadora no era consistente con el contexto político del momento, más orientado hacia la descentralización. Además, la ley se concentró principalmente en la reestructuración del MS, sin contemplar

a profundidad los aspectos que harían posible la integración financiera de todas las instituciones de salud.³³

A partir de 1990 la descentralización, basada en la transferencia de los recursos de salud hacia los estados, siguió la tendencia de las reformas de salud en América Latina, pero con ausencia de criterios claros para formulación de una política de salud que apoyara las iniciativas regionales. La salud no era vista como un componente esencial de la política y por lo tanto los gobernadores no tomaron iniciativas para reclamar y concluir el proceso de transferencia. Los estados en donde avanzó la descentralización mejoraron su cobertura de inmunizaciones, consultas prenatales, infantiles, preescolares y servicios de planificación familiar. Sin embargo, hubo grandes dificultades para la coordinación entre el nivel central, los estados y los municipios.³³

En 1992, ante la crítica situación financiera del IVSS, se aprobó una ley para financiar un plan de reestructuración que estableciera las pautas de viabilidad financiera y la separación de los fondos de pensiones, atención médica y desempleo. Sin embargo, por diversas razones, entre ellas la falta de solidez técnica de algunos aspectos de la propuesta, la descentralización no prosperó.

A finales de 1998 se aprobó la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, destinada a resolver los problemas del IVSS. Esta ley fragmentaba la rectoría del sector salud en tres instancias de la administración central, no atendía a la necesidad de descentralización de los servicios de salud y mantenía la fragmentación del financiamiento público entre contribuyentes y no contribuyentes. Además, no tomaba en cuenta que la mayoría de la población trabajaba en la economía informal y pertenecía a los estratos más pobres.²¹ Por lo tanto, el gobierno actual revirtió las reformas a la seguridad social y evitó la desaparición del IVSS.

La principal innovación del sistema de salud de Venezuela de los últimos años es la aprobación de la Constitución de 1999, que en sus artículos 83 a 86 reconoce la salud como un derecho y señala la obligación del Estado de garantizarlo. Establece que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, pero que están igualmente obligadas a participar activamente en la promoción y defensa de la misma, y a cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento.

La nueva constitución prevé la creación del "SPNS con carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado a la seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad", que mejore la accesibilidad y calidad de los servicios y contribuya a superar las profundas desigualdades de la población venezolana. En su artículo 85 incluye la posibilidad de la integración financiera del sistema, abarcando tanto

los recursos fiscales como las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley.²²

Después de la aprobación de la nueva Constitución, el Programa Barrio Adentro ha sido la innovación más importante que se ha llevado y se ha convertido en el eje central del nuevo sistema de salud del país. Con Barrio Adentro se comienza a implementar la política del gobierno de crear un nuevo Modelo de Atención Integral, que aumente considerablemente la disponibilidad de médicos y odontólogos en el primer nivel de atención, expandiendo el acceso a la atención primaria en salud de los sectores tradicionalmente excluidos.

En el 2005 se reestructura el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y se separan sus dos componentes. El componente de desarrollo social pasó a conformar el Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social, mientras que el componente de salud dio lugar al Ministerio del Poder Popular para la Salud.

El nuevo MS se plantea como objetivo estratégico la universalidad con equidad en materia de salud y calidad de vida. Dentro de sus objetivos se encuentran: 1) dar respuestas a las necesidades de calidad de vida y salud y sus determinantes, sobre la base de la garantía universal de los derechos y el combate a las inequidades; 2) propiciar la participación y el empoderamiento social para responder a las necesidades de calidad de vida y salud de la población, y 3) desarrollar un nuevo modelo de atención que reordene el conjunto de servicios y trabajadores, constituyendo sistemas de redes públicas en ámbitos nacionales, estatales, locales y comunitarios.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

A más de diez años de aprobada la nueva constitución y aun cuando el gobierno fue habilitado para aprobar un gran número de leyes, todavía no existe una LOS que permita instrumentar los derechos garantizados en la Constitución y establecer el SPNS.

Según reportes del gobierno, la implantación de Barrio Adentro ha hecho posible incrementar considerablemente la cobertura de la población que, hasta hace poco, no tenía acceso a los servicios de salud. Sin embargo, también existen reportes y denuncias sobre problemas en la calidad de los servicios y la falta de recursos materiales y humanos en las unidades de atención.^{28,29,39}

No existen estudios que permitan evaluar el impacto de las reformas en el sector sobre las condiciones de salud de la población. Se sabe, sin embargo, que la mortalidad materna, que se había mantenido relativamente estable por décadas, ha aumentado, mientras que la mortalidad infantil no ha disminuido al ritmo esperado. Según pre-

visiones basadas en tendencias anteriores, la mortalidad infantil, que antes del inicio del gobierno actual era de 20.5, debía haberse reducido un punto porcentual por año, de tal manera que para 2007 debía ser de 12. La cifra actual es de 15.5. Asimismo, como se discutió previamente, las enfermedades endémicas como el paludismo y el dengue también han aumentado, y no existen programas nacionales para el abordaje de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Dentro de los desafíos más importantes del sector salud en Venezuela se cuentan la reducción de las inequidades en salud y la mejoría de la calidad de la atención. Para poder atender estos retos es necesario resolver el problema de fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios.

En este mismo marco, es necesario también establecer mecanismos para definir prioridades para la asignación de recursos, que deberán basarse en criterios de necesidades de salud y costo efectividad de las intervenciones, y no sólo en criterios políticos.

Otro reto importante es mejorar los sistemas de información y crear o mejorar los mecanismos de rendición de cuenta y de evaluación de políticas.

Urge asimismo resolver la escasez de médicos y enfermeras del país, que se ha acrecentado con la presencia de los médicos cubanos, que no llegaron para quedarse. La migración del personal médico calificado y los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población ponen en riesgo la prestación de servicios de calidad y afecta la capacidad del sistema de salud para responder a los desafíos que enfrenta.

Por último, es prioritario contar con una LOS vigente, que sea consistente con los principios establecidos en la Constitución. A través de esta ley se deben activar los mecanismos para reducir la exclusión y las desigualdades, dando prioridad a los derechos a la salud y la vida contemplados en los artículos 83 a 86 de la Constitución, así como dar viabilidad financiera al SNPS y a su respectivo Anteproyecto de Ley.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística, República Bolivariana de Venezuela. Censo de Población y Vivienda 2001. [Consultado 2010 septiembre 8]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/demografica/censopoblacionvivienda.asp>.
2. Instituto Nacional de Estadística, República Bolivariana de Venezuela. Proyecciones de Población. [Consultado 2010 septiembre 8]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/demografica/distribucion.asp>.

3. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad 2007. Caracas, Venezuela: MPPS, 2007.
4. UNICEF. Country profile. [Consultado 2010 septiembre 8]. Disponible en: http://unicef.org/spanish/infobycountry/venezuela_statistics.htm.
5. Instituto Nacional de Estadística, República Bolivariana de Venezuela. Estadísticas Vitales. Mortalidad. [Consultado 2010 septiembre 8]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/registrosvitales/mortalidad/TMICSEFed.htm>.
6. World Health Organization. Immunization profile. Last updated 2010. [Consultado 2011 enero 15]. Disponible en: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileresult.cfm.
7. World Health Organization. National Health Accounts. Venezuela. [Consultado 2011 enero 15]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/ven.pdf>.
8. World Health Organization. Venezuela (Bolivarian Republic of): health profile. [Consultado 2011 enero 18]. Disponible en: <http://www.who.int/countries/ven/en>.
9. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de Epidemiología y Estadística del MSAS 2000-2008. Caracas, Venezuela: MPPS, 2008.
10. UNICEF. Indicadores básicos. [Consultado 2010 septiembre 20]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/panama_statistics.html.
11. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. Supervivencia Infantil. [Consultado 2010 septiembre 20]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf>.
12. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de la República Bolivariana de Venezuela 2001. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social/OPS, 2001. [Consultado 2010 septiembre 20]. Disponible en: www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddevenezuela-ES.pdf.
13. UNICEF. Indicadores básicos. [Consultado 2010 septiembre 20]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/venezuela_statistics.html.
14. World Health Organization, World Bank, Bill and Melinda Gates Foundation. Disease Control Priorities Project: The burden of disease and mortality by condition. Data, methods and results for 2001. [Consultado 2010 septiembre 23]. Disponible en: <http://www.dcp2.org/regions/51/latin-america-and-the-caribbean>.
15. Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, Comisión de Epidemiológica. Situación en Venezuela, América Latina y el Mundo. Alerta Epidemiológica 2010.
16. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Boletín Epidemiológico Semanal 2010;20(24):185. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: <http://files.sld.cu/ipk/files/2010/07/bol24-10.pdf>.
17. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletín Epidemiológico 2006;(2).
18. República Bolivariana de Venezuela. (2006) Informe Nacional Relativo a los Avances de la Implementación de la Declaración de Compromiso Sobre VIH/sida (2001) y Declaración Política VIH/sida. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: http://www.stopvih.org/pdf/UNGASS_Venezuela_2010_Country_Progress_Report_es.pdf.
19. ONUSIDA. Informe Anual. Fortaleciendo la respuesta nacional y conjunta al VIH y sida. República Bolivariana de Venezuela. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: www.stopvih.org/pdf/ONUSIDA_2010_INFORME_ANUAL_ONUSIDA-Venezuela_2009-1.pdf.
20. Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Asamblea Nacional Constituyente, 1999. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/CONSTITUCION_RBV.pdf.
21. Capriles E, Díaz Polanco J, Fernández Y, Pereira C. La reforma del sistema de salud de Venezuela: opciones y perspectivas. En: La reforma de salud de Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela. Caracas: Cendes, IESA, CIID, MSDS, Corposalud, Ediciones de la Fundación Polar, 2001.

22. OPS,OMS. Estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. Caracas: OPS/OMS Venezuela, 2007.
23. OPS/OMS. Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: http://www.alopresidente.gob.ve/component/option,com_docman/Itemid,43/task,doc_view/gid,147/.
24. Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/CONSTITUCION_RBV.pdf.
25. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Resumen del análisis de situación y tendencia de salud de la República Bolivariana de Venezuela 2001. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, OPS, 2001. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_862.htm.
26. Villegas-Peñaloza JL. Venezuela. Perfil de salud. [Consultado 2011 enero 18]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/710/1/Venezuela-Perfil-de-Salud.html>.
27. Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID). I Encuesta a Hogares sobre Consumo de Drogas en Venezuela: salud pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela. Informe Final. Caracas: CONACUID, Ministerio de Relaciones Exteriores, 2006.
28. CANCEL D. In Venezuela, two public-health systems grow apart. *Lancet* 2007;370(9586):473-474.
29. Cease M. Supply shortages plague Venezuela's public hospitals. *Lancet* 2005;366(9495):1425-1426.
30. Instituto de la Seguridad Social para los Trabajadores de la Educación (IPASME). [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: <http://www.ipasme.gov.ve>.
31. Marino J, González Reyes MJ. Equipo acuerdo social 2006. Venezuela: un acuerdo para el desarrollo. Caracas: Publicaciones UCAB, 2007.
32. OPS,OMS. Estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008. Caracas: OPS/OMS para Venezuela, 2006.
33. Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Artículo 84. Caracas: Asamblea Nacional Constituyente, 1999. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/CONSTITUCION_RBV.pdf.
34. World Health Organization. National Health Accounts (NHA). [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>.
35. Panamerican Health Organization. Ten-year evaluation of the Regional Core Health Data Initiative. *Epidemiological Bulletin* 2004;25(3).
36. Alvarado C, Martínez M, Vivas-Martínez S. Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social* 2008;3(2):113-129
37. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Ginebra:WHO, 2006.
38. Los médicos venezolanos, abocados a la emigración. [Consultado 2011 enero 14]. Disponible en: http://www.cgcom.org/noticias/2008/02/08_02_08_venezuela.
39. Jones R. Hugo Chávez's health programme misses its goals. *Lancet* 2008;371:1988.
40. Vásquez E, Orta-de González E. La investigación universitaria en Venezuela 1995-2005. Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello, 2006.
41. Jáen MH, Brito DA. El Anteproyecto de Ley de Salud de 2001: Se estableció lo necesario, hagámoslo posible. En: La reforma de salud de Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela. Caracas: Cendes, IESA, CIID, MSDS, Corposalud, Ediciones de la Fundación Polar, 2001.