



Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe

Perfiles de los **S**istemas de **S**alud

Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina

(2^{da} edición, noviembre de 1998)*

Área de Desarrollo Estratégico de la Salud

Unidad de Políticas y Sistemas de Salud

Organización Panamericana de la Salud

TABLA DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS

RESUMEN EJECUTIVO

1. CONTEXTO

1.1 Político

1.2. Económico

1.3 Demográfico y epidemiológico

1.4 Social

2. EL SISTEMA DE SALUD

2.1. Organización General

Instituciones públicas

Instituciones privadas

2.2. Recursos del Sistema

Recursos humanos

Medicamentos y otros productos sanitarios

Equipamiento y Tecnologías

2.3. Funciones del Sistema de Salud

Rectoría

Financiamiento y Gasto

Aseguramiento

2.4. Provisión de Servicios

Servicios de salud para la población

Atención Primaria

Atención Secundaria

Calidad

Calidad técnica

Calidad percibida

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

3.1. Seguimiento del Proceso

Seguimiento de la dinámica

Seguimiento del contenido

3.2. Evaluación de Resultados

Equidad

Efectividad y Calidad

Eficiencia

Sostenibilidad

Participación y Control Social

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

RECONOCIMIENTOS

*La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 30 profesionales independientes vinculados a la Academia Nacional de Medicina y a las Universidades Maimónides y Torcuato Di Tella. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en la Argentina. El documento fue revisado por el Gabinete del Ministro de Salud y Asistencia Social de la Argentina. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

RESUMEN EJECUTIVO

La República Argentina es un Estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma federal. Las Provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al Gobierno Central. La Constitución Nacional es la Ley Suprema y toda la legislación, tanto nacional como provincial, debe sujetarse a sus disposiciones. El país está constituido por 23 provincias y la Capital Federal, que también tiene gobierno autónomo, y unos 1600 Municipios.

El país ha venido sufriendo un proceso recesivo de su economía en los últimos tres años el cual ha impactado en los sectores productivos. Esta realidad no es homogénea. Por ejemplo, el ingreso per cápita de la Ciudad de Buenos Aires superaba (hasta 2001 antes de la devaluación) los US\$ 21.000 mientras que en Formosa superaba escasamente los 3.700. En diciembre del 2001 se produjeron estallidos sociales que acabaron con la renuncia del presidente electo Fernando De la Rúa. Asumió el gobierno el Senador Eduardo Duhalde con el compromiso de culminar el período presidencial y no presentarse como candidato en el nuevo llamado a elecciones (2003) El actual gobierno derogó la Ley de convertibilidad que rigió durante casi toda la década de los años 90 por la cual se equiparaba la moneda nacional (el peso) con el dólar estadounidense. Durante el año 2002 la agudización de la crisis económica y sus efectos sociales y políticos llevaron al gobierno a declarar por ley la emergencia pública en materia sanitaria, social, económica, administrativa, financiera y cambiaria. También se ha planteado frente a los organismos de crédito y los tenedores de deuda pública la reestructuración de la misma.

El Censo de 2001 dio una población de 36.027.041, con un 87,2% de población urbana. La población mayor de 65 años representa el 9,7% y la de menores de 15 años el 27,9%. Entre 1990 y 1999 se observó un descenso de la natalidad de dos puntos porcentuales y un acortamiento de la brecha entre jurisdicciones. La mortalidad infantil de la Argentina mantiene desde hace varios años una sostenida tendencia al descenso (de 26,9 por mil en 1986 a 17,6 por mil en 1999) El descenso no ha sido homogéneo. En 1989 la jurisdicción con mayor tasa registró una cifra 127% más elevada que la de menor tasa, mientras que en 1999 esta comparación arrojó una diferencia del 207%.

Las enfermedades del aparato circulatorio son las responsables del mayor número de muertes en la población total del país. Con una tasa de 270,3 por 100.000 habitantes estas enfermedades generaron en 1999 el 36,9% del total de las muertes (34,9% en los varones y 38,5% en las mujeres) En 1996 el porcentaje de partos atendidos en establecimientos asistenciales sobre el total de nacidos vivos fue 97% (con variaciones de 99,8% en San Luis a un 83,0% en Formosa)

Tradicionalmente los principales problemas que afectan la situación de salud o el desempeño de los servicios de salud han sido la deficiente articulación de los subsectores, la desigualdad en los niveles de financiación y de calidad de la atención, y las barreras de acceso (principalmente económicas) para algunos grupos poblacionales a los servicios.

El sistema de salud tiene las características propias de un país federal donde las jurisdicciones provinciales no han delegado en el gobierno nacional lo referente a la atención de salud. El sistema tiene tres grandes subsectores: público, privado y de la seguridad social (los dos últimos fuertemente conectados entre sí por el sistema indirecto de contratación de servicios).

La producción anual de profesionales de las diferentes Escuelas de Medicina en 1998 fue de 108.000 médicos la cual significó un incremento del 22,5% en algo más de un lustro.

Entre 1995 y 1999 el gasto en salud de la Argentina tuvo un incremento neto acumulado del 7,5%, (promedio anual para dicho período del 2,15%) A partir de 1995 la participación del gasto en el producto bruto interno ha ido cayendo año tras año; en el último quinquenio la caída fue del 7,5%. El gasto en salud como porcentaje del PBI registra una tendencia similar, pasando de 9,13 % en

1995 a 8.45% en 1999. El impacto sobre el financiamiento sanitario de la fuerte recesión registrada en la Argentina a partir de 1998 es notorio. Las estimaciones del gasto en salud para 2001 demuestran una fuerte retracción y el escenario más probable es que el gasto continúe descendiendo durante el 2002. A ello debe sumarse el impacto de la devaluación de la moneda nacional a partir de la derogación de la ley de Convertibilidad en enero del 2002. El resultado de ambos efectos es que Argentina ha perdido su posición de país con mayor gasto en salud per cápita de la región.

Las Obras Sociales son las entidades encargadas de la gestión de la seguridad social. Ellas cubren una población cercana a los 18.3 millones de personas, distribuidas en casi trescientas entidades de distinta magnitud e importancia. Así, 20 entidades (alrededor del 7%) cubren 7.626.534 beneficiarios (poco más del 40%) Y otras 43 Obras Sociales (alrededor del 15%) cubren otros 9.446.015 beneficiarios (algo más que el 51% de los mismos)

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) se constituyó por Decreto N° 1615/96 en jurisdicción del Ministerio de Salud y Asistencia Social y tiene a su cargo controlar las Obras Sociales, el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) por parte de los agentes del seguro de salud, asegurar la calidad y cobertura del sistema, y la recuperación de costos de los hospitales públicos (denominados ahora Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada).

Los hospitales públicos brindan cobertura a la población que lo solicite y de hecho actúan como un reaseguro para las Obras Sociales pues mantienen un flujo de atención sin cargo para población asegurada (pese a la vigencia del Decreto 939/2000)

La desregulación de las Obras Sociales se inició en 1993 y buscó aumentar la competencia entre ellas. Desde entonces su número se ha reducido (de 312 en 1994 a 275 en 1999) El Decreto 9/93 estableció que los beneficiarios pueden elegir libremente su Obra Social. El decreto se aplica a todas las Obras Sociales Nacionales. Sin embargo, no habilita a los beneficiarios de las Obras Sociales sindicales a elegir las Obras Sociales del Personal de Dirección pero si habilita a los beneficiarios de éstas a elegir cualquier Obra Social. Posteriormente, el Decreto 292/95 eliminó formalmente la doble cobertura generada por el múltiple empleo y/o por ser familiar directo de un trabajador en relación de dependencia, obligando a unificar los aportes a una única Obra Social. Asimismo, se establece la libertad de elección de Obra Social para los jubilados. El Decreto 1.141/1996 completó la desregulación estableciendo la opción de cambio entre las Obras Sociales Sindicales. El Decreto 84 del 3 de febrero de 1997 establece que las personas podrán cambiar de obra social una vez al año. En el 2001 el Decreto 1400 garantizó a las Obras sociales Nacionales un ingreso mínimo de \$20 per cápita por el titular y \$12 por cada familiar a cargo. También fijó un régimen para la cobertura de prácticas de alta complejidad.

En el momento presente, debido a la situación socioeconómica del país se estableció la emergencia sanitaria (Decreto N° 486/02), que contempla una racionalización del PMO para adaptarlo a las disponibilidades financieras de las obras sociales y una redefinición del MSAS como fijador de las políticas generales, quedando a cargo de las Provincias la prestación de los servicios públicos de salud.

1. CONTEXTO

1.1. Contexto Político

La República Argentina es un Estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma federal en cuya virtud las Provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al Gobierno Central. La Constitución Nacional es la Ley Suprema y toda la legislación, tanto nacional como provincial, debe sujetarse a sus disposiciones. El país está constituido por 23 provincias y la Capital Federal, que también tiene gobierno autónomo, y unos 1600 Municipios.

Tradicionalmente los principales problemas que afectan la situación de salud o el desempeño de los servicios de salud han sido la deficiente articulación de los subsectores, la desigualdad en los niveles de calidad de la atención de salud y el acceso limitado de algunos grupos poblacionales a los servicios. Durante el último año la agudización de la crisis económica y sus efectos sociales y políticos llevó al gobierno a declarar por ley la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria.

1.2. Contexto Económico

En los últimos tres años (1998-2001) el país ha sufrido un proceso de recesión económica que impactó principalmente a los sectores productivos y se expresó, entre otros indicadores, en la reducción del consumo y en el aumento de los niveles de desocupación. Sucesivas medidas de ajuste, tales como reducción de sueldos públicos, el aumento de los impuestos, las rebajas de sueldos y jubilaciones, la propuesta de déficit presupuestario cero, y la renegociación de la coparticipación federal, han sido tomadas. La deuda externa se ha multiplicado y se ha producido el llamado “mega canje” que redefinió montos y fechas de vencimiento. Se ha planteado frente a los organismos de crédito y los tenedores de títulos de la deuda pública la reestructuración de la deuda para limitar los aportes que el pago de esas obligaciones.

Debe destacarse que pese a la venta y privatización de empresas y bienes del estado, el gasto público se incrementó. Las provincias por su parte arrastran sus propios problemas estructurales y la mayoría depende de la ayuda federal para el pago de sus obligaciones, incluyendo sueldos estatales. Esta situación es fuente de problemas crónicos, con protestas y huelgas de los empleados públicos, incluidos salud y educación, y con enfrentamientos entre las provincias y la nación por los fondos disponibles. A ello se añade la dificultad para hacer efectiva la recaudación de impuestos y la persistencia del contrabando. Los desajustes en el Mercosur y ciertos rebrotes proteccionistas son motivo de rispideces e impacto en industrias tales como la de alimentación.

Indicadores Económicos Seleccionados

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Producto Interno Bruto per cápita en Pesos de 1993 (1 peso=1 dólar)	6.994	7.286	7.778	7.976	7.610	7.458	6.565
Población Económicamente Activa, aglomerados urbanos (en miles)	12.307	12.589	13.081	13.268	13.705	14.083	14.208
Gasto Público total, como porcentaje de PBI	32.50	30.56	30.35	30.98	34.10	33.76	35.32
Gasto Público social, como porcentaje de PBI	21,17	20,06	19,76	19,98	21,57	21,29	21,83
Gasto Total en salud, como porcentaje del PBI	9,1	8,7	8,4	8,5	8,9	8,8	8,4

Fuente: Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía; Programa de Investigación Aplicada -PIA-Isalud

La contribución de cada sector económico al Producto Interno Bruto se aprecia en el cuadro siguiente.

Contribución de los Sectores Económicos al PBI, 2000

Agricultura, ganadería y pesca	5.37
Industria manufacturera	16.45
Suministro de electricidad, gas, agua	2.43
Construcción	5.78
Comercio	13.40
Hoteles y restaurantes	2.57
Transporte y comunicaciones	8.13
Intermediación financiera	6.16
Actividades inmobiliarias y empresariales	14.66
Administración pública, defensa, etc.	5.05
Educación, salud, servicios sociales	7.71
Otras actividades de servicios	5.56

Fuente: INDEC. Anuario Estadístico de la República Argentina, 2000.

1.3. Contexto demográfico y epidemiológico

En el Censo Nacional 2001 la población total del país fue de 36.027.041 habitantes. La variación intercensal entre 1991 y 2001 fue de 10,5 %, con valores extremos de -8 % para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de +44% para Tierra del Fuego. En 1999 se estimó que un 87,2% de población vivía en áreas urbanas, siendo la población mayor de 65 años casi el 10%, y la menor de 15 años un 28%. Es conocido el bajo nivel de crecimiento demográfico del país con variaciones debidas a características socioeconómicas por lo que las cifras promedio ocultan diferencias entre las zonas urbanas de mayor desarrollo y las áreas deprimidas o los grupos de menores ingresos.

La esperanza de vida al nacer para el total de la población para el período 1995/2000 fue de 73.1 años² (69.7 para hombres y 76.8 para mujeres) Para el período 2000/2005 se estima en 77.7 años para las mujeres y en 70.64 para los hombres. La tasa anual de crecimiento de la población estimada para ese quinquenio es del 11.9% y la tasa global de fecundidad para 2001 es de 2.5.³

Esperanza de vida al nacer

AÑOS	1990/ 92	1995/2000	2000/ 2005
Población total	71.93	73.1	74.2
Mujeres	75.59	76.8	77.74
Varones	68.44	69.7	70.64

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

El cuadro siguiente sintetiza la evolución algunos indicadores demográficos y epidemiológicos.

Indicadores Demográficos y Epidemiológicos Seleccionados

	Años							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad	19.8	19.7	18.9	19.2	19.4	18.9	18.8	19.0
Tasa global de fecundidad	ND	ND	2.7	ND	2.6	ND	2.5	2.44
Tasa bruta de mortalidad	7.9	7.5	7.7	7.6	7.6	7.8	7.9	7.5
Tasa de mortalidad materna	4.6	3.9	4.4	4.7	3.8	3.8	4.1	3.5
Tasa de mortalidad infantil	22.9	22.0	22.2	20.7	18.8	19.1	17.6	16.6

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud.

El subregistro en la mortalidad infantil se estima del orden del 3%, con variaciones por jurisdicción. Las causas de muerte mal definidas alcanzaron un 6,5 % del total para el año 2000.

Principales causas de muerte y enfermedades mal definidas, 1999-2000

Causas	1999		2000	
	Número	%	Número	%
Todas las causas	289543	100	277148	100
Mal definidas	18975	6.6	18471	6.7
Cardiorespiratorias	98930	34.2	91506	33.0
Tumores Malignos	55254	19.0	55492	20.0
Causas Externas	19682	6.8	19369	7.0
Enfer. Infec. Transmisibles	12671	4.4	13009	4.7
Resto	84031	29.0	79301	28.6

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud.

En 1999, las enfermedades del aparato circulatorio (con una tasa de 270,3 por 100.000 habitantes) causaron el 34,2% del total de las muertes. Las enfermedades tumorales ocuparon el segundo lugar con una tasa global de 151,3 por 100.000 habitantes y mayores valores en la zona sur del país (tasas ajustadas entre 180 y 160 por 100.000 habitantes) Las enfermedades transmisibles fueron la tercera causa (tasa de 67,2 por 100.000 habitantes) representando un 9,3% del total de las muertes y un 9,4% del total de los años de vida potencial perdidos. En 1999 se registraron 11.871 defunciones por TBC, muchas de ellas vinculadas al SIDA. Debe destacarse el problema de la resistencia bacteriana entre la población tratada y los niveles de deserción en los tratamientos. El SIDA sigue su avance con mejores niveles de notificación y mayor conciencia comunitaria respecto a su prevención y tratamiento, si bien dificultades para el fluido acceso a los medicamentos específicos por las vías oficiales han aparecido periódicamente.

La mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos en el año 2000 se debieron a los accidentes violentos.⁴ Junto al embarazo adolescente y las adicciones los accidentes y violencias aparecen como las patologías de mayor incidencia en la población joven. Las adicciones están en expansión y sigue descendiendo la edad de inicio. El alcoholismo sigue siendo la patología de mayor impacto. Ha aumentado el número registrado de adictos a cocaína y heroína.

La mortalidad infantil mantiene desde hace varios años una sostenida tendencia al descenso. De una tasa de 26,9 por mil en 1986 llegó a 17,6 por mil en 1999. La mortalidad infantil promedio en el período 1990-1999 tuvo un descenso del 31,3% con diferencias significativas entre jurisdicciones. Por ejemplo, en 1999 la tasa de mortalidad infantil en Tierra del Fuego fue de 7,8 por mil mientras que en Chaco, Formosa y Jujuy fue de 29. Los valores provinciales también ocultan disparidades internas de las provincias.⁵ En 1998 la mortalidad de los menores de 5 años por diarrea fue de 248 niños fallecidos y los fallecidos por IRA fueron 1999.

2.4. Contexto Social⁶

En 1991, el porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza medida en el Conurbano Bonaerense ascendió a 21,5% y la población por debajo de la línea de indigencia fue 3,5%. En 1999, esos mismos índices eran de 26,7% y 6,7% respectivamente. Para el 2001 el indicador de pobreza fue de 35,4% y el de indigencia de 12,2%.⁷

El desempleo urbano comenzó a aumentar a partir del 1991, pasando de una tasa promedio anual de 7% a una tasa de 17,3% en 1996. La caída del empleo fue notable en el conurbano de Buenos Aires y algo menor, en promedio, en las ciudades del interior. En 1999 había descendido a 14,5%. A fines del 2001 la persistencia de la recesión situó este indicador en 18,3%.

Indicadores sociales seleccionados, 1991-2001

Año	Población por debajo de la línea de indigencia (GBA)	Población por debajo de la línea de pobreza (GBA)	Desempleo (aglomerados urbanos)
1991	3.0	21.5	6
1992	3.2	17.8	7
1993	4.4	16.8	9.3
1994	3.5	19.0	12.2
1995	6.3	24.8	16.6
1996	7.5	27.9	17.3
1997	6.4	26.0	13.7
1998	6.9	26.7	12.4
1999	6.7	25.9	13.8
2000	7.7	28.9	14.7
2001	12.2	35.4	18.3

Fuente: SIEMPRO, con base en EPH INDEC

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. Organización General

Por mandato constitucional las provincias son las unidades técnico administrativas responsables del cuidado y protección de la salud de la población⁸. Los municipios suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar acciones de salud en forma independiente, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico. El Consejo Federal de Salud (COFESA) es el espacio de articulación institucional para la construcción de consensos, el establecimiento de metas y la adopción de políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones. El Gobierno Nacional tiene presencia en las provincias a través de las delegaciones del Ministerio de Salud, de la Superintendencia de Servicios de Salud, de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y de la Superintendencia de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones. La Ley 25.233 modificó la Ley de Ministerios N° 24.190 y estableció la conformación organizativa y objetivos de las Secretarías y Subsecretarías que dependen de la Presidencia de la Nación, de la Jefatura de Gabinete de Ministros y de los Ministerios. El Ministerio de Salud se organizó con dos Secretarías y cinco Subsecretarías para afrontar la carga de trabajo institucional pero la emergencia sanitaria (Decreto n° 486, 2002) ha modificado este esquema.

El MSAS cuenta con diversos organismos descentralizados como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), el Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) y el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad. También depende del MSAS la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) creada en 1996 por el Decreto N° 1.615, que tiene a su cargo fiscalizar y supervisar el cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de OS, la supervisión del PMO y el cumplimiento de las obligaciones de pago de los entes comprendidos en el Sistema respecto a los Hospitales de Administración Descentralizada. Por último dependen del MSAS como remanentes de las políticas de descentralización hospitalaria: el Hospital Nacional “Baldomero Sommer”, el Hospital Nacional “Profesor A. Posadas”, y la Colonia Nacional “Dr. Manuel Montes de Oca”¹ y, de algún modo, la entidad más numerosa del sistema de OS, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) cuyo presupuesto se ha reincorporado al Presupuesto Nacional a partir del 2002.

El sector de la salud en la Argentina se estructura sobre tres subsectores principales: a) un subsector público con financiación y provisión públicas, principalmente integrado por las estructuras adminis-

trativas provinciales y nacionales de nivel ministerial (responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones) y la red de Hospitales Públicos. El subsector público sufrió a lo largo de las últimas décadas un proceso de descentralización que ha desplazado la dependencia de los Hospitales Públicos nacionales hacia los niveles provincial y municipal. Otros organismos e instituciones tienen responsabilidades sobre la salud, variando su ubicación estructural y su grado de vinculación con los ministerios de salud según las jurisdicciones. Así, la salud ambiental suele estar en el ámbito de responsabilidad ministerial en las provincias, pero sólo representa un sector muy específico en el nivel nacional, donde existe una Secretaría de Estado responsable del tema ambiental. Las Fuerzas Armadas tienen su estructura propia asistencial, cada rama por separado, y producen algunos insumos como, por ejemplo, medicamentos. El área de educación es responsable de la formación de grado y postgrado en salud a través de las Universidades y Hospitales Universitarios. También mantiene servicios de sanidad escolar para acciones de prevención y promoción de salud. Las áreas de agricultura y ganadería son responsables del control de los alimentos y de la salud animal, entre otras la atención de epizootias tales como la fiebre aftosa⁹; b) un *subsector de seguro social obligatorio* organizado en torno a entidades que agrupan a los trabajadores según ramas de actividad denominadas Obras Sociales (OS). A su vez, el personal directivo y gerencial también se agrupa en diferentes OS, llamadas de personal de dirección, con iguales características y funciones que las de los trabajadores comunes. Otros organismos públicos, como las Fuerzas Armadas y los poderes legislativo y judicial tienen sus propias OS. Por otra parte, cada provincia tiene una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS brindan servicios a través de contratos con terceros prestadores, pues su capacidad instalada propia es muy escasa; c) un *subsector privado* que incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud (hospitales privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales pero, sobre todo, a los beneficiarios de las OS mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios. Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagas. En 1994 existían alrededor de 300 de ellas que contaban con dos millones de beneficiarios y que manejaban un total de 2.500 Millones de dólares¹⁵. Este mercado también se concentró y según un estudio del 2001 en la actualidad operan 196 empresas de medicina prepaga (de ellas el 58% radican en la Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el Interior) y su facturación se redujo a 2.100 millones¹⁰. El 65% de los asociados son adherentes individuales y el resto son afiliaciones corporativas. Las diez empresas líderes del mercado concentran aproximadamente el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda. Además, las empresas más grandes tienen un ingreso promedio mensual por beneficiario que duplica al de las menores.

Por último, debe mencionarse que entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, basado en el funcionamiento de operadores privados (Aseguradoras de Riesgo de Trabajo) que atienden las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales. El sistema está supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social¹¹.

La coexistencia de los tres subsectores mencionados no está exenta de dificultades. Se ha argumentado que la oferta pública subsidia indirectamente las ineficiencias de los otros subsectores. En la actualidad, ha incrementado la demanda en el sector público por la creciente desocupación, la crisis económica y la fractura de la cadena de pagos en los subsectores privado y de la seguridad social.

2.2 Recursos del Sistema

Recursos Humanos^{12, 13}

El número de graduados médicos ha descendido un 12.2%, pasando de algo más de 4.000 mil egresos a menos de 3.800 entre 1992 y 1998¹⁴. Durante el mismo período también disminuyeron ligeramente los egresados de Odontología y aumentaron los de Psicología. Hasta 1989 se formaban anualmente 500 enfermeras y a partir de ese año aumentaron los egresos hasta unas 1.000 enfermeras por año¹⁵. No se cuenta con información sobre las tendencias esperadas para el futuro inmediato.

EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SECTOR DE LA SALUD¹⁶

Tipo de Recurso	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	Nº total de Médicos	88.800	ND	ND	ND	108.800	ND
Nº. total de odontólogos	21.900	ND	ND	ND	28.900	ND	29.231
Nº total de Enfermeras(incl aux + empír)	69.000	ND	ND	ND	86.000	ND	140.000
Nº total de técnicos medios de Laboratorio	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nº. de egresados de posgrado en Salud Pública	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Razón de médicos/10,000 hab.	26.8	ND	ND	ND	30.2	ND	ND
Razón de Enfermeras profesionales/10,000 hab.	5.4	ND	ND	ND	8.1	ND	ND

Fuentes: OPS, Indicadores Básicos 1998; M. Brangold: "Administración Estratégica y Servicios de Salud" Organización Panamericana de la Salud "Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985 - 1995. Análisis de situación y líneas de trabajo.", Buenos Aires, Publicación Nº 43, 1995; OPS/OMS, Recursos Humanos en Salud, septiembre 2000.

La formación en salud pública y administración en salud se realiza en una amplia gama de instituciones. En 1999 existían más de 60 entidades con programas de postgrado en estas áreas (instituciones académicas del área de ciencias de la salud, así como otras áreas universitarias, gremiales, hospitalarias, gubernamentales y otros) En su mayoría, son financiados directamente por los propios profesionales.

Medicamentos y otros productos sanitarios

En 1997 el gasto en medicamentos constituyó el 25% del gasto en salud (\$5.812 millones) y equivalió a cerca de \$150 por habitante o \$13 por habitante y mes. Del gasto total en medicamentos se calcula que el 73% es gasto directo de los hogares y el 27% es realizado por Instituciones (Clínicas, Prepagas, Obras Sociales y el INSSJyP)¹⁷

Los precios de los medicamentos han subido de manera sostenida desde 1991 por aumentos directos, introducción de nuevos productos, o por el mecanismo indirecto de reducir el contenido de los envases. Mientras que en 1992 se vendieron 482 millones de unidades con un valor de 2.575.000 millones dólares en 1996 las unidades vendidas fueron solo 406 millones con una facturación que llegó a los 3.644.millones de dólares. Es decir, a un descenso del 18,72% del número de unidades vendidas correspondió a un incremento del 41,51% de la facturación, por lo que el precio de la unidad promedio pasó de \$5.34 en 1992 a \$8.98 en 1996 (un incremento del 68,16%) La tendencia esperable en el futuro inmediato es que los precios continúen aumentando por efecto de la depreciación cambiaria. En términos generales, el costo de los medicamentos es una barrera a la accesibilidad al sistema e impacta seriamente por su participación tanto en el gasto total en salud como en el gasto de las personas. Según un estudio reciente hay muchas más barreras de acceso a los medicamentos que a los servicios de salud. El 84% de la población bajo línea de pobreza sólo accede a los servicios públicos y cuando adquieren medicamentos, el 45% lo hacen con sus propios recursos¹⁸. Este hecho se vincula con la carencia, en los últimos años, de una política de medicamentos que controle eficazmente el precio y la incorporación de nuevos productos. Esta a situación ha comenzado a revertirse en el 2002 mediante una muy activa agenda de políticas sobre los medicamentos por parte del MSAS. A partir de la devaluación del peso, los laboratorios han incrementado los pre-

cios al público. En el marco de la Emergencia Sanitaria el Gobierno Nacional acordó con la industria el mantenimiento de los precios de una canasta de 250 productos al nivel del mes de diciembre de 2001. Algunos insumos críticos como insulina han sido donados por gobiernos y organizaciones privadas. Se mantiene el funcionamiento del Banco de Drogas Antineoplásicas, que son de entrega gratuita para la población carenciada sin cobertura, así como la provisión de medicamentos para el SIDA. En este punto es crónica la presencia de conflictos con los usuarios al carecer temporalmente de determinados productos. Igualmente, existen planes para la entrega gratuita de medicamentos antituberculosos. De relevancia son los cambios registrados respecto de la política de genéricos. La tendencia tradicional ha sido el predominio de la marca y la escasa competencia por precio entre ellas. A partir del Decreto N°486/02 de Emergencia Sanitaria se impulsó la obligatoriedad de la prescripción por nombre genérico, así como la habilitación a sustituir por parte del farmacéutico. Además, en la reformulación del Programa Médico Obligatorio (PMO) se incluyó un vademécum de cerca de doscientos medicamentos esenciales por su nombre genérico y se estableció un precio de referencia para los mismos. Se espera que estas medidas produzcan una mayor competencia por precio y una expansión del segmento de genéricos.

La seguridad social financia parcialmente los medicamentos de los pacientes ambulatorios, totalmente los medicamentos de internación y aquellos otros asociados a enfermedades de alto costo y baja prevalencia. En los hospitales públicos se financian los medicamentos de internación y parcialmente, de acuerdo a las existencias, los medicamentos ambulatorios. Los seguros privados varían su cobertura según los planes contratados, llegando hasta el 80% en los medicamentos ambulatorios y a la cobertura total, salvo descartables, en la internación. De acuerdo al Programa Materno Infantil, que forma parte del PMO, se debe dar cobertura total al binomio madre/hijo durante el embarazo y el primer año de vida.

Los protocolos de tratamiento están avanzando en su elaboración y aplicación. El MSAS ha elaborado normas de tratamiento para diversas patologías. A partir de la reformulación del Programa Médico Obligatorio (PMO) su uso es obligatorio.

Se requiere la presencia de profesionales farmacéuticos en las farmacias, ya sea pública, privada o de la Seguridad Social.

Equipamiento y tecnologías

En 1997, el gasto estimado en aparatos terapéuticos y otros bienes durables fue de \$506 Millones (2,1% del gasto total en salud) La importación de equipamiento médico y otros insumos no durables excepto medicamentos, que se estimó en 1997 en \$248 Millones, descendió al compás de la recesión a \$194 millones en el 2001¹⁹.

Nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento se han incorporado sobre todo en el sector privado. El equipamiento del sector público ha consistido en nuevos establecimientos financiados por créditos internacionales y en las remodelaciones y refuncionalizaciones de los establecimientos incluidos en los programas financiados por el Banco Mundial (Programa de Reversión del Sistema de Servicios de Salud) El último catastro sobre equipamiento fue realizado en 1998. La base de datos sólo cubre 14 jurisdicciones entre las que no se incluyen ni la Ciudad de Buenos Aires ni la Provincia de Buenos Aires, donde se concentra la mayor parte del equipamiento complejo. Hay sectores como el de hemodiálisis que han concentrado su propiedad en pocas empresas mediante la compra sistemática a los tradicionales grupos de profesionales especialistas. La información disponible se refiere a establecimientos con y sin internación, y a la distribución de camas según propiedad.

Camas Hospitalarias distribuidas según Dependencia Administrativa, 1980 y 1995

Datos Generales	1980	1995
Total General	145690	155749
Total Oficial	62,50%	54%
Total Obras Sociales	5,50%	2,80%
Total Sector Privado	32%	43%
Otras Mixtas	NA	0,05%
<i>Sector Oficial</i>	1980	1995
Total Oficial General	91034	84094
Nacional	11,60%	2,80%
Provincial	62,20%	65,70%
Municipal	18,57%	24%
Otras	7,60%	7,60%

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina. Dirección de Estadística e Información de Salud.

Puede observarse la disminución relativa de camas públicas, a favor del sector privado. En el sector público destaca la disminución de las camas nacionales y el incremento de las provinciales a partir del proceso de transferencia de establecimientos y servicios. La evolución de la distribución entre ambulatorios y hospitales por subsectores se muestra las siguientes tablas.

Establecimientos Asistenciales Según Dependencia Administrativa: 1980, 1990 y 1995

	Sin Internación ²⁰		Con Internación	
	1980	1995	1990	1995
Total General	6038	12775	3013	3310
Total Oficial	57,50%	45%	39%	37,20%
Total Obras Sociales	4,15%	1,30%	3,75%	1,66%
Total Sector Privado	38,35%	53,60%	57%	61%
Otras Mixtas	NA	0,12%	NA	0,09%

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas.

Establecimientos Asistenciales Según Dependencia Administrativa: Sector Oficial

	Sin Internación		Con Internación	
	1980	1995	1990	1995
Total Oficial General	3471	5740	1177	1231
Nacional	0,77%	0,16%	2,04%	0,57%
Provincial	76%	65,71%	73,80%	69,53%
Municipal	19,85%	30,76%	18,18%	19,25%
Otras	3,37%	3,36%	5,90%	10,64%

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas.

El proceso de descentralización ha incrementado la dependencia municipal de los establecimientos en el período considerado. Para 1999 se observa una consolidación de esta tendencia. No existe información respecto al estado de mantenimiento de los equipos, ni sobre el presupuesto de operación destinado a su conservación y mantenimiento en el nivel nacional.

El mantenimiento de los equipos está siendo tercerizado habiendo disminuido por el personal propio, que sólo cuenta con formación empírica.

Total de Establecimientos	Establecimientos con Internación				Establecimientos Sin Internación				Promedio de Camas Disponibles			
	Total	Nacional	Provincial	Municipal	Total	Nacional	Provincial	Municipal	Total	Nacional	Provincial	Municipal
7428	1286	5	900	381	6142	2	3899	2241	76363	1594	52526	22243

2.3. Funciones del Sistema

Rectoría

El rol principal del MSAS ha sido la negociación intersectorial, el establecimiento de las políticas públicas y los marcos legales, el monitoreo, la difusión del conocimiento y otras funciones inherentes al nivel central. Luego del cambio de gobierno ocurrido a fines de 2001 se ha producido un rediseño del MSAS (Decreto N° 486 de febrero de 2002) que ha implicado una mejor articulación con las provincias. Cabe destacar especialmente el impulso al Consejo Federal de Salud (COFESA) el cual está integrado por los Ministros o Secretarios de Salud de las Provincias Argentinas y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para las funciones de rectoría tiene un rol relevante la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) creada por Decreto N° 1615/96 del Poder Ejecutivo Nacional, como organismo descentralizado del MSAS. La SSS goza de autarquía administrativa, económica y financiera. Orienta su acción a: i) fiscalizar el cumplimiento del Plan Médico Obligatorio (PMO); ii) la aplicación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) en los entes comprendidos en la seguridad social; iii) supervisar el cumplimiento del derecho de opción de los beneficiarios para la libre elección de su OS.

El MSAS realiza acciones programáticas conjuntas con otras autoridades sanitarias, ya sea para grupos específicos, para la promoción de la salud, para el desarrollo de políticas públicas saludables, para el cuidado de la salud ambiental, o para la prevención y control de enfermedades. Para sustentar sus acciones, el MSAS cuenta con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que provee información obtenida desde las notificaciones mensuales de patologías transmisibles por jurisdicción. Los datos del SINAVE corresponden casi en su totalidad al subsector oficial, e incluye morbilidad de consultas externas, guardias e internación²¹. Ellos se complementan con los del Programa Nacional de Estadísticas de Salud sobre estadísticas vitales, de recursos y de producción de servicios, los cuales están casi reducidos a los establecimientos del subsector público.

Existen políticas definidas para la formación de los profesionales de la salud. Desde 1995 la Ley de Educación Superior establece una serie de requisitos para aquellas profesiones cuyo ejercicio está regulado por el Estado y que pudieran poner en riesgo, entre otros bienes, la salud de la población. Para estas carreras, denominadas “de riesgo”, la Ley establece procedimientos de acreditación que serán llevados a cabo por un organismo descentralizado del Ministerio de Educación (ME), la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitarias (CONEAU)²². La Ley también estableció que las carreras de postgrado - sean de especialización, maestrías o doctorados - deberán ser acreditadas por la CONEAU o por entidades reconocidas por el Ministerio de Educación. En 1998, se encontraba en proceso la primera acreditación de especialidades en Medicina. Por otra parte, el MSAS, a través del componente de Control del Ejercicio Profesional del PNGCAM está relacionado con el desempeño profesional de todo el equipo de salud, aunque dichas funciones están constitucionalmente reservadas a las provincias. Ello dificulta el análisis del número de médicos pues los profesionales están inscritos en tantas provincias como ejercen. También están elaborándose normas para la organización y funcionamiento de los servicios de salud, los cuales explicitarán los requerimientos de espacio, equipamiento, recursos humanos y procedimientos según niveles de riesgo.

La Agencia Nacional de Medicamentos y Tecnologías (ANMAT) actúa como ente regulador estatal en materia medicamentos y tecnológica, realizando tareas de fiscalización, control y vigilancia de la tecnología.

En el año 2001 la autoridad sanitaria de Argentina ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.²³

Financiamiento y Gastos

Entre 1995 y 1999 el gasto en Salud en Argentina tuvo un incremento neto acumulado del 7.5%, lo que representa un promedio para dicho período del 2,15% anual²⁴. A partir de 1995 la participación del gasto en salud en el PIB ha ido cayendo año tras año; en el último quinquenio la caída fue del 7,5%. De forma similar, el gasto en salud como porcentaje del PBI ha caído de 9.13 % en 1995 a 8.45% en 1999.

Evolución del gasto total en salud, 1995-2001 (en millones de pesos)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nación	582	613	720	823	875	805	755
O.S.N	3.497	3.464	3.700	3.836	3.893	3.861	3.282
INSSJyP	2.689	2.455	2.167	2.364	2.498	2.270	2.110
Provincias	3.499	3.508	3.686	3.807	4.116	3.913	3.589
O.S. Prov.	1.756	1.780	1.912	1.951	2.072	2.112	2.007
Municipios	769	687	743	848	853	842	758
Privado	9.313	9.698	10.500	10.843	10.533	10.390	9.559
Total	22.105	22.205	23.428	24.472	24.840	24.193	22.060

Fuente: Programa de Investigación Aplicada -PIA-Isalud.

Entre 1995 y 2001 se constata una fuerte variación en los años intermedios sin grandes cambios en los valores totales en los extremos. Sin embargo sí se alteró notablemente la composición del gasto y los mayores descensos corresponden a la seguridad social en su conjunto (INSSJyP, OSN y OSP). En conclusión, el impacto sobre el financiamiento sanitario de la fuerte recesión registrada en la Argentina a partir de 1998 es notorio. Las estimaciones del gasto para 2001 muestran una fuerte retracción y lo más probable es que esa tendencia continúe durante el 2002. A ello debe sumarse el impacto de la devaluación de la moneda a partir del fin de la convertibilidad en enero del 2002. El resultado de ambos efectos es que Argentina ha perdido su posición de país con mayor gasto per cápita en salud de la región²⁵.

Aseguramiento

Las estimaciones oficiales dan cuenta de la cobertura formal pero no siempre reflejan la cobertura efectiva para prestaciones tales como medicamentos, tratamientos de enfermedades crónicas, o de alta complejidad, o de duración prolongada. La Superintendencia Nacional de Servicios de Salud (SSS) se constituyó por Decreto N° 1615/96 en jurisdicción del MS, como organismo descentralizado, a partir de la fusión de la ANSSAL, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) Tiene a su cargo el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) por los agentes del seguro, así como asegurar la calidad y cobertura del

sistema y la recuperación de costos de los Hospitales de Gestión Descentralizada. La siguiente tabla muestra una distribución de la cobertura de atención según tipo de cobertura.²⁶

Cobertura del Sistema de Salud Según Subsector, 2001

Subsector	Millones de Habitantes	Porcentaje	
Obras Sociales (Solamente)	18,4	50%	11,6 son Obras Sociales Nacionales
Mutual y/o Prepagas (*)	2,9	8%	
Obras Sociales y Prepagas Doble Cobertura	1,5	4%	
Sólo Sector Público	13,7	38%	
TOTAL	36,6	100	

Fuente: Fundación Isalud. Año 2001. (*) Incluye medio millón de personas que solo tiene plan de emergencia médica.

En el cuadro siguiente se presenta la cobertura en cada subsector según quintiles de ingreso:

Cobertura del Sistema de Salud por Subsector, según Quintiles de Ingresos, 1997

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
Obra Social	30,8%	54,1%	62,2%	67,9%	61,3%
Mutual y/o Prepaga	2,9%	5,5%	6,9%	10%	16,4%
Obra Social y Prepaga (Doble Cobertura)	1,4%	2,3%	4,9%	5,7%	13,3%
Solo Emergencia	1,3%	1,2%	1,6%	1,7%	1%
Sector Público	63,3%	36,7%	24,4%	14,6%	8%
Ingreso Medio Hogar	\$355,6	\$834,6	\$931,8	\$1.210,3	\$2.536,9
Ingreso Medio Per Capita	\$68,7	\$153,8	\$355,6	\$403,5	\$1.041,4

Fuente: SIEMPRO Apud. Tobar, F., 2001.

Las Obras Sociales, cubren una población de 18.3 millones de personas distribuidas en casi 300 instituciones de distinta magnitud e importancia. Así 20 agentes, alrededor del 7%, cubren 7.626.534 beneficiarios, algo más del 40% del total. Otras 43 obras sociales, alrededor del 15%, cubren a 9.446.015 beneficiarios algo más que el 51% de los mismos. Los valores máximos de cobertura privada voluntaria se dan en la región metropolitana y casi un 50% de población no está cubierta por ningún tipo de seguro en las provincias del Noreste (NEA)

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN TIPO Y ZONA GEOGRÁFICA, 2000

Tipo de Cobertura	Metro-politana	NOA	Pam-peana	NEA	Cuyo	Patagónica	Total
Sin Cobertura	36,46 %	37,81 %	33,99 %	48,87 %	39,39 %	32,65 %	38,04 %
Obras Sociales	47,63 %	51,89 %	52,05 %	44,98 %	51,50 %	60,82 %	51,19 %
Afiliación Voluntaria	10,71 %	5,68 %	8,36 %	3,13 %	4,90 %	3,07 %	6,29 %
Obras Sociales y Afiliación Voluntaria	3,97 %	3,76 %	3,98 %	1,94 %	1,87 %	2,85 %	3,21 %
Cobertura de Emergencia	1,02 %	0,74 %	1,33 %	0,68 %	1,83 %	0,53 %	1,00 %
Otra Cobertura	0,03 %	0,02 %	0,22 %	0,30 %	0,19 %	0,06 %	0,13 %
Ns/Nr	0,17 %	0,10 %	0,06 %	0,10 %	0,34 %	0,02 %	0,13 %

Fuente: Elaboración de ACR y Asociados sobre datos de la ENGH y del INDEC..

El hospital público brinda cobertura a la población que lo solicite y de hecho actúa como un reaseguro para los otros subsectores pues aún se mantiene un flujo de atención sin cargo para población asegurada pese a la vigencia del Decreto 939/2000²⁷

Las entidades de medicina prepagada continúan sin un marco jurídico regulatorio adecuado pese a la existencia de numerosos anteproyectos legislativos e intensos debates al respecto. Completan las instituciones de aseguramiento aquellas que cubren los riesgos de trabajo, nucleadas en torno a la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, así como las AFJP que cubren jubilaciones e incluyen retiros por discapacidad.

2.4. Provisión de Servicios²⁸

Servicios de salud poblacional:

En el sector público, tanto el MSAS como los provinciales y algunas municipalidades grandes prestan estos servicios mediante programas tales como el de Maternidad e Infancia, de Salud de la Mujer, de Comunicación Social, de Educación para la Salud, de Reorientación de la práctica asistencial en las redes de servicios; de Promoción y Protección de la calidad del aire, la salud del trabajador; de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (por ejemplo, el Programa Nacional Ampliado de Inmunizaciones, y los de lucha contra el cólera, tétanos neonatal, lepra, difteria, rabia humana, sarampión, enfermedad de Chagas, Retrovirus Humano y SIDA²⁹, el de erradicación de la polio, el sistema de monitoreo de patologías emergentes o re-emergentes, y el Programa de Erradicación de las Escuelas Rancho.

Los programas de vacunación se coordinan con las distintas jurisdicciones. En 1996, según datos del Ministerio los porcentajes de cobertura de vacunación en menores de un año fueron: DPT, 82,8%; Polio, 89,7; BCG, 123,6% y Sarampión, 102,9%. Las áreas de saneamiento del medio y de Educación para la Salud son ejemplos de intervenciones poblacionales cuya ejecución se coordina con las jurisdicciones.

Servicios de atención individual:

La mayor parte de las prestaciones de individuales salud son ejecutadas por el sector privado al cual compran servicios las Obras Sociales. El MSAS ha transferido la gran mayoría de sus servicios a las jurisdicciones locales. No obstante, mantiene programas para la formación de personal, apoyo técnico, elaboración de normas y prestación directa de algunos servicios. En 1999, el subsector público realizó 81.973.049 consultas médicas y 2.173.140 egresos hospitalarios. Según datos del MSAS, en 1997 el número de pacientes/día de los establecimientos asistenciales del subsector público fue 18.173.057 y el promedio de días/cama disponibles fue 77.005. En 1996 el porcentaje de partos atendidos en establecimientos asistenciales fue 97% (con variaciones de 99,8% en San Luis a 83,0% en Formosa)

Calidad:

La calidad de los servicios no se conoce en términos sistemáticos. Debe destacarse que tanto el Gobierno Nacional, a través del Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica, como organizaciones privadas (tales como ITAES, Sociedad Argentina de Auditoría Médica, Programa de Calidad por Educación a Distancia, la Fundación Donabedian y Medicina y Sociedad) dedican recursos para mejorar la atención. Los resultados en términos de la relación gasto/beneficio indican que el impacto de los esfuerzos deberá ser potenciado. La Resolución 857/93 del MSAS estableció los Comités de Ética Médica dentro del marco del PNGCAM, los cuales son obligatorios en los Hospitales de Gestión Descentralizada (HGD) que se incorporen al régimen así como también dentro de los Establecimientos Nacionales.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica:

En las últimas décadas, desde distintas perspectivas y a través de diferentes estrategias, se plantearon políticas públicas tendientes a corregir la fuerte fragmentación del sistema y a reordenar los recursos para mejorar la cobertura y accesibilidad a la salud de la población: el Sistema Nacional

Integrado de Salud (SNIS) en los años 70, los acuerdos de la Comisión Paritaria Nacional Ley 19.710 y el Seguro Nacional de Salud en los años 80. A partir de 1993, los distintos gobiernos con el apoyo de los organismos de crédito internacional y la OPS/OMS iniciaron la Reforma Sectorial en Salud. Los ejes centrales de la misma fueron: asegurar un conjunto de prestaciones básicas a toda la población; dar mayor eficiencia a los recursos disponibles; introducir elementos de mercado y competencia entre efectores y seguros; estimular el financiamiento desde la demanda, y mejorar la calidad de los servicios.

En una primera etapa, se inició la reconversión de las Obras Sociales (OS), en particular las sindicales, a fin de que los beneficiarios pudieran desvincularse de la entidad correspondiente a su rama de actividad y pudieran elegir otra OS. Ello ha hecho disminuir el número total de OS y facilitó su asociación con las entidades de seguro médico privado (Prepagas). Ello conllevó la elaboración de una canasta estandarizada de prestaciones conocida como Programa Médico Obligatorio (PMO)

Para el financiamiento de los programas de reforma, el MSAS negoció préstamos y cooperación técnica con los organismos multilaterales de crédito. Para acceder a ellos, las OS debieron presentar planes de modernización institucional, de actualización del padrón de afiliados, de gerencia moderna y de garantía del PMO. Tales planes fueron elaborados por consultoras privadas mixtas (internacionales asociadas con nacionales) con financiamiento del Banco Mundial^{31,32}. También fueron afectadas las Empresas de Medicina prepaga en aspectos referidos a normativa, regulación, prestaciones obligatorias, recursos de amparo, y otros. Otros actores involucrados fueron los hospitales públicos. Las nuevas normativas promovieron la descentralización funcional de los mismos, el incremento de su capacidad de autogestión institucional y la elevación de su nivel de eficiencia y eficacia.

En el año 2000 la Reforma Sectorial se encontraba en la fase de puesta en marcha de los mecanismos de regulación y control previstos, tales como la Superintendencia de salud, el PNGCAM, y el Programa Médico Obligatorio (PMO). El PMO, definido conforme a lo dispuesto por el Decreto 492/95 y aprobado en su configuración por Resolución N° 247/96 del Ministerio de Salud, fue modificado por la Resolución MS 939/00. La misma explicitó en forma más detallada las coberturas a brindar por los agentes de seguro; puso énfasis en los aspectos promocionales y preventivos; y jerarquizó la atención primaria. Normativas adicionales extendieron a todos los agentes del seguro la atención de pacientes con SIDA, de personas discapacitadas y de personas con adicciones. Los Hospitales de Autogestión se denominaron Hospitales de Gestión Descentralizada (HGD)

Asimismo, la desregulación de las OS continuó en sus ejes principales: a) Reconversión de las Obras Sociales, a través del PROS con financiamiento del BM; b) busca de eficiencia y racionalización de gasto de estos agentes y su posibilidad de éxito en un mercado abierto y competitivo, lo que ha reducido su número de 312 en 1994 a 275 en 1999; c) Libertad de elección de sus beneficiarios, lo que no ha producido transferencias de afiliados de magnitud pues está limitada a las OS Sindicales (el sentido de los cambios va de las OS mayores y con menor ingreso per cápita a las más pequeñas y de mayor nivel económico); d) Competencia en un plano de total apertura con las instituciones de prepago médico privado lo que se ha dado en forma de acuerdos particulares entre dirigentes de OS y Entidades Médicas de Prepago a fin de que las transferencias se produzcan por conjuntos de afiliados y no a partir de la libre elección personal.

El marco regulatorio de las OS Nacionales contenido en el decreto 446/2000 fue suspendido por el Decreto 377/2001, dado que numerosas instituciones habían logrado, con reclamos ante la justicia, detener su aplicación, especialmente en lo referido a la libertad de elección de entidad aseguradora entre las OS y las Empresas de medicina prepaga.

Actualmente en el marco del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y de la puesta en marcha de políticas sociales para enfrentar la emergencia social se busca universalizar el acceso a los medicamentos. Igualmente, fortalecer la estrategia de atención primaria de salud, y garantizar la continuidad de la provisión de insumos hospitalarios para los hospitales públicos.³⁰ El PMO ha debido ser igualmente reformulado.

Seguimiento de los contenidos:

Marco jurídico: En 1993, se convocó a la Convención Constituyente que produjo la reforma de la Constitución. En ella quedó establecido el derecho a la protección de la salud y a gozar de un ambiente sano, debiendo las autoridades proveer el resguardo de estos derechos y el control de la calidad y eficiencia de los servicios públicos. También se fijó el respeto de los Tratados Internacionales en los que referido al derecho a la preservación de la salud.

El proceso de RS fue acompañado en su momento por el desarrollo de un gran caudal de normas pero escasa ejecutividad y liderazgo frente a los protagonistas del sector. Así, el cuerpo normativo presenta problemas como: ausencia de reglamentación, dispersión de las estructuras de aplicación, responsabilidad compartida con otros niveles jurisdiccionales con incipiente coordinación, y carácter básicamente indicativo de muchas normas y procedimientos debido a que la organización federal del Estado requiere la colaboración con las Provincias para hacerla ejecutivas.

Los cambios institucionales ocurridos a partir del año 2002 han derivado en una reestructuración del MSAS que apunta esencialmente a desprenderse de las funciones de administración de servicios y en tareas de planificación y coordinación de los organismos provinciales.

Derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento: Las políticas nacionales consideran la necesidad de mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población, con acciones del mejor nivel de calidad posible y el menor costo económico y social.

El PMO fue incorporado al Sistema del Seguro de Salud en función de lo establecido por el Decreto N° 492/95. Una Comisión intersectorial tuvo a su cargo la elaboración del Programa. Se estableció un período de seis meses desde su aprobación para que comenzara a ser exigible. El Decreto N°247/96 aprobó la canasta del Programa Médico Obligatorio (PMO) cuya no cobertura por parte de un agente de seguro implicaría su fusión con otro u otros agentes. El PMO garantiza prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico, odontológico y medicamentos. No admite períodos de carencia, como tampoco modificar los valores de los coseguros estipulados en él. Las prestaciones no incluidas podrán ser brindadas a través del mecanismo de la excepción. El organismo encargado de controlar el cumplimiento del PMO y del Cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica es la Superintendencia de Servicios de Salud. En la actualidad, habida cuenta de la emergencia sanitaria aprobada por el mencionado Decreto n° 486/02, se está estructurando un conjunto de prestaciones sanitarias esenciales garantizadas capaces de ser solventadas con los recursos disponibles.³¹ El Decreto N° 446/2000 establece que se considerará un seguro para patologías de alto costo y baja incidencia, el mismo reemplazaría a la Administración de Prestaciones Especiales (APE)

Rectoría: La unidad responsable en el diseño de la reforma ha sido el MSAS. La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en la Argentina efectuada siguiendo el instrumento de evaluación impulsado por OPS/OMS en 2001 reveló que las funciones de *Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, y de Reducción del impacto de*

emergencias y desastres en salud obtuvieron los resultados más altos. Presentaron resultados mínimos de desempeño las funciones relativas a *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, y Participación de los ciudadanos en salud*.³²

Separación de funciones: A partir del último cambio de autoridades nacionales y acompañado por una fuerte presión provincial en ese sentido, se están revisando los roles de la autoridad nacional, provincial y local en la gestión de los servicios de salud. El MSAS asumiría la responsabilidad de asignar políticas, del control general del sistema, de la normalización de los procedimientos y de la función epidemiológica, eliminando el rol de prestador servicios de salud.

Modalidades de descentralización: En cuanto a la reestructuración del sector hacia la federalización y la descentralización, el MSAS busca transferir a las provincias y municipios los servicios de atención médica que aún permanecían bajo su jurisdicción.

Participación y control social: En el nivel nacional existe el COFESA, integrado por las autoridades sanitarias nacionales y de las distintas jurisdicciones del país, además de diferentes entidades no gubernamentales con protagonismo sectorial. En algunas jurisdicciones existen Consejos Locales (CLS) y Consejos Zonales de Salud (CZS) Los primeros tienen un papel decisorio en la definición e implementación de las políticas locales complementarias de las determinadas en los niveles zonales y provincial. Cumplen un rol de órgano político y sus acciones refieren al conjunto de la problemática sanitaria de cada nivel, manteniendo una interrelación permanente y concertada con las otras instancias. En su composición, además de los miembros técnicos, incluyen representantes comunitarios y de los trabajadores de salud. Los CZS son también organismos políticos responsables de la relación entre las comunidades y los hospitales de la zona con la instancia superior jurisdiccional. Constituyen un ámbito de discusión de la problemática zonal de salud. Están integrados por miembros técnicos y representantes de los CLS y de los trabajadores de salud.

Aun cuando no se haya difundido su efectiva aplicación, la normativa del Hospital Público de Autogestión prevé que en los establecimientos de mediana y alta complejidad la Dirección sea secundada por un Consejo Técnico Asesor y un Consejo de Administración con participación social cuya constitución, atribuciones y obligaciones e integraciones sean definidas, en cada caso, por la autoridad sanitaria jurisdiccional¹⁶. Diversas Provincias han implementado reformas hospitalarias tendientes a la incorporación de Consejos de Administración con participación de los trabajadores profesionales y no profesionales del mismo, así como de representantes de la Comunidad³³.

Financiamiento y gasto: Los programas de fortalecimiento institucional con financiamiento externo que implementa el MSAS tienen un fuerte componente orientado a mejorar los sistemas de información sobre gasto y financiamiento, especialmente a través del desarrollo de procedimientos para perfeccionar el sistema de cuentas nacionales. Un elemento relevante fue la unificación en 1991 de la recaudación de las OS a través de la D. G. Impositiva del Ministerio de Hacienda.

También se redefinió el Fondo Solidario de Redistribución, creado en la década de los 70 y al cual todas las OS aportaban obligatoriamente un 10% de sus ingresos. El Fondo era destinado a compensar a las OS de menores ingresos pero su manejo se hacía en forma discrecional. Por Decreto N° 292/1995 se modificaron las funciones de redistribución, dándole un carácter automático. Luego el Decreto N°492/95 garantizó a cada OS un monto de ingresos mínimo prefijado de \$40 por titular. Posteriormente el Decreto 1400/2001 cambió el monto garantizado a \$20 per cápita por el titular y \$12 por cada familiar a cargo. Otro elemento fue la incorporación de un flujo financiero que com-

pensa los subsidios indirectos del subsector público a las Obras Sociales. Los servicios de salud han sido tradicionalmente gratuitos y universales en Argentina. En ocasiones los beneficiarios de las OS o de las empresas prepagas acudían a los hospitales públicos en donde eran tratados sin generar ningún costo para las entidades aseguradoras. De esta manera se estaba subsidiando desde el Estado a las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepagas. Por medio del Decreto N°578/93 se establece el Registro del Hospital Público de Autogestión (HPA) incluyendo un sistema de pago automático para las prestaciones debidas por los Agentes del Seguro de Salud a los HPA³⁴.

Oferta de servicios: La casi totalidad de los prestaciones brindada por las OS se hace a través de prestadores privados. Dependiendo de iniciativas individuales, en los distintos subsectores y jurisdicciones se ha ido observando en los últimos años una diversificación de la oferta hacia nuevas modalidades de atención: internación breve, hospital de día, y otros¹⁷. Paralelamente, en los subsectores de OS y privado se observa una reorganización de los servicios orientada a una reducción de costos, que ha conllevado - más en el discurso que en la realidad - a la jerarquización del médico general y del médico de familia. Además, se están desarrollando programas materno-infantiles focalizados en grupos con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y se promueve la recuperación nutricional y complementación alimentaria para la embarazadas y los niños menores de seis años.

Modelo de gestión: Hacia 1998, se inició la discusión acerca de los contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del subsector público de atención de la salud. La compra y venta de servicios a terceros encuentra su marco legal en la normativa de los hospitales de gestión descentralizada (HGD, antes HPA) que establece la posibilidad de que los mismos firmen convenios con entidades de la seguridad social u otras, de que cobren servicios a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores, y de que se integren en redes de servicios. Para facilitar la facturación de los hospitales públicos se establecieron aranceles modulares (Resolución MS n° 282/93 y sus actualizaciones). La descentralización de la gestión hospitalaria ha conferido flexibilidad administrativa a los directores permitiendo a las autoridades locales privatizar algunos servicios (alimentación, limpieza, etc.)

Recursos humanos: Los HGD pueden designar, promover y reubicar al personal dentro de las estructuras aprobadas, así como sancionar conforme a las normas vigentes en cada jurisdicción y aceptar las bajas por cualquier concepto. Además, el Decreto de creación prevé la creación de un fondo de redistribución mensual entre todo el personal del hospital, de acuerdo con las pautas que la autoridad jurisdiccional determine según criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

Calidad y evaluación de tecnologías en salud: El PNGCAM establece nuevos procedimientos para la habilitación, acreditación y categorización de los establecimientos asistenciales, la certificación y recertificación profesional, la fiscalización y control sanitario y la evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios. Su cumplimiento es discutible ya que esas funciones pertenecen a las provincias. En 1993, se estableció un Consejo Permanente encargado de establecer las pautas generales y requisitos básicos del PNGCAM. De acuerdo a sus normativas el HPA deberá cumplir los requerimientos mínimos que se establezcan en el PNGCAM. El Decreto N° 1.424/97 dispone además que las normas de atención aprobadas en el PNGCAM serán de observación obligatoria para las OS pertenecientes a la ANSSAL y los HGD en las jurisdicciones y entidades que adhieran al mismo. Las reglamentaciones del subsector privado establecen que las Empresas prepagas deberán cubrir en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas “prestaciones obligatorias” dispuestas para las OS y estarán sujetos a idénticos controles que éstas. La ANMAT tiene la atribución

de controlar o fiscalizar todos los elementos de diagnóstico, materiales y tecnologías biomédicas y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana, así como también de ocuparse de los procesos de aprovisionamiento, producción, fraccionamiento, importación, exportación, y comercialización de productos y materiales utilizados en la medicina, alimentación y cosmética humana. En la actualidad se perfecciona el sistema de vigilancia de tecnología médica.

3.2 Evaluación de Resultados

No se dispone de información sistemática para evaluar los resultados de los procesos mismos de reforma³⁵. Existe el convencimiento de que el avance en la reforma sectorial se ha visto limitado por diversos factores: A) La retracción de los recursos antes de la consolidación de la desregulación. B) Los juegos de fuerza entre diferentes actores así como los avances y retrocesos que alimentaron la incertidumbre en lugar de instaurar una imagen objetivo clara del escenario pos reforma. C) La insuficiente planificación estratégica de la Reforma: por un lado, no se evaluaron los correspondientes escenarios económicos y financieros y los niveles de sustentabilidad de las medidas; por el otro, se dejó a los usuarios, prácticamente, al margen de la reforma. No hubo una propuesta integradora que contemple los tres subsectores y a todas las provincias; ni siquiera, se dio el debate necesario para ello. La fragmentación del sistema y el carácter federal de la Argentina (con la característica de la protección y atención de la salud como función de gobierno de los niveles nacional, provincial y municipal) tienden a la dispersión y superposición de esfuerzos con bajos niveles de coordinación. Los mayores avances lo constituyen la introducción de la competencia en las OS nacionales y el establecimiento de un Programa Mínimo a ser garantizado por todas ellas. Los reclamos que aún hoy se suceden con respecto a la reforma o a la desregulación de las OS son prueba fehaciente de que ninguna de las estrategias tuvo éxito pleno en lograr su cometido. No obstante, debería considerarse el marco económico social en que la misma se planteó.

Equidad

El estudio sobre equidad en salud en la República Argentina expone en términos generales las condiciones de inequidad del sistema de salud³⁶. Los indicadores de resultados y las comparaciones de los mismos en función del nivel de ingreso señalan disparidades importantes en cuanto a las posibilidades de acceso al sistema y, sobre todo, en relación con el nivel de gastos y resultados. Por otra parte es conocido que la inequidad sectorial está relacionada no sólo a los niveles de pobreza sino fundamentalmente a las diferenciales de acceso. La concentración e incremento de la riqueza en los niveles de mayor ingreso y la creciente pauperización de los sectores medios y bajos da un marco extrasectorial a la equidad en salud. La introducción acrítica de ideas de mercado y competencia, sin el aconsejable acompañamiento de controles efectivos, ha instalado en el sector un quiebre en los vínculos de solidaridad estructural y personal. Los datos sobre distribución de los recursos financieros en el sector y el del gasto de bolsillo de la población dan cifras referenciales al tema.

Sin embargo que la búsqueda de la equidad en el Sistema de Salud aparece como una política de estado, apoyada expresamente por los actores protagónicos del sistema, incluidas varias sociedades científicas. El incremento constante de los precios de los medicamentos y su alto costo es un elemento objetivo en lo que hace a las posibilidades de acceso equitativo al sistema.

Efectividad y Calidad. No existe una información sistemática referida a las variaciones de efectividad y calidad del sistema como consecuencia del proceso de reforma. Es oportuno reiterar lo señalado en relación con la baja efectividad de los recursos sectoriales en relación a sus indicadores de resultado y las actividades y programas instrumentados en función de estos objetivos. Deben destacarse los esfuerzos sistemáticos que se realizan para asegurar la calidad del recurso humano en el

sector y la calidad de los establecimientos. La categorización de establecimientos y la certificación profesional son dos realidades de impacto en el sector con entidades tales como la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Médica Argentina, los distintos núcleos profesionales por especialidad y los colegios profesionales trabajando en el tema. El Programa Nacional de Calidad da una cobertura gubernamental a estos esfuerzos.

Eficiencia. Una de las características centrales del sistema de salud argentino ha sido su baja eficiencia en función de los recursos disponibles. Una perspectiva favorable la plantea la toma de conciencia general sobre el tema y la existencia de una inversión sistemática a lo largo del país tanto del área pública como privada en capacitar recursos humanos en gerencia y administración de salud.

Sostenibilidad. El proceso de reforma como tal es una política de estado que permite ser optimista en su sostenibilidad en la medida en que se adapte a las necesidades y posibilidades de la población y las instituciones. Es preocupante la aparente ruptura de la cadena de pagos en la seguridad social, en relación con los prestadores, y aparece como un fenómeno novedoso la presentación a concurso de acreedores y aún la quiebra de OS sindicales, sanatorios y otras instituciones sectoriales. La falta de niveles de control efectivos permite la persistencia de niveles de corrupción elevados y cuasi estructurales, en donde gerencadoras fantasmas y contratos incumplidos aparecen como situaciones de creciente habitualidad. El nuevo escenario en que se debate la realidad económica social del país parecen señalar que las medidas de reforma se centran en tres ejes principales: mejorar el gerenciamiento de los recursos; asegurar la calidad de las prestaciones y sostener valores éticos en el planteo y desarrollo del sistema. Esto incluye una mayor transparencia en la asignación y uso de los recursos; una reorientación del sistema hacia la atención primaria de la salud y énfasis en los aspectos de promoción y prevención.

Participación y Control Social. Se han registrado formas diversas de participación en el proceso de reforma. En lo referido a la desregulación de las Obras Sociales, su dirigencia es sistemáticamente consultada en cuanto a las modificaciones del régimen y numerosas han sido las negociaciones en el tema. En calidad la participación de instituciones como la Asociación Médica Argentina, la Academia de Medicina los Colegios Profesionales y otras instituciones académicas y gremiales es habitual. La regulación de las entidades médicas privadas de prepago, todavía pendiente, se discutió en sesiones abiertas de consulta en el Senado de la Nación. Los Hospitales de Gestión Descentralizada prevén formas de participación del personal y la comunidad.

Recientemente y en el contexto de la emergencia sanitaria, se han generado instancias de participación social de mayor importancia, a partir de la convocatoria del MSAS a un "Acuerdo por la Salud". Dicha convocatoria fue realizada en el ámbito de la denominada "Mesa de Diálogo Argentino", espacio de discusión pública en el que se encontraron representados los diversos sectores de la sociedad - Gobierno Nacional, Gobiernos Provinciales, Centrales Sindicales y Obras Sociales, Iglesia, Academia de Medicina, entidades que agrupan profesionales de médicos, farmacéuticos, bioquímicos y Sociedades Científicas, Cámaras empresariales de seguros privados y Clínicas-. Ello derivó en la constitución de "Mesas Sectoriales" - de Prestadores y Financiadores; de Medicamentos; de Financiación y Gasto; y de Recursos Humanos en Salud- abocados a la discusión de problemas específicos que afectan el área de la de la Salud así como de sus soluciones posibles.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- ¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 1995. *Anuario estadístico de la República Argentina*. INDEC, Buenos Aires.
- ² Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el CELADE.
- ³ PAHO/WHO, Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2001.
- ⁴ Ginés González García, *La Emergencia en Salud: Diagnóstico y Respuestas*, Ministerio de Salud de Argentina (conferencia presentada en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).
- ⁵ Sociedad Argentina de Pediatría-UNICEF. 2001. *Salud materno-infanto-juvenil en cifras*. Buenos Aires
- ⁶ Ministerio de Salud y Acción Social /OPS-OMS: *Indicadores básicos* [Documento de trabajo], Buenos Aires, 1996.
- ⁷ Hilda González de Duhalde, *Plan Social de la República Argentina*, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación Argentina (conferencia presentada en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).
- ⁸. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS): “Argentina”, en: “Condiciones de Salud en las Américas” (CSA), Vol. II, Washington DC, 1998
- ⁹ SENASA: Servicio Nacional de Salud Animal.
- ¹⁰ Tobar, Federico. “Economía de la reforma del Seguro de Salud en Argentina”. Documento de trabajo. Programa de Investigación Aplicada Isalud. Mayo 2001. Disponible en <http://www.isalud.org>
- ¹¹. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Superintendencia de Riesgos del Trabajo: “Boletín mensual”, Buenos Aires, Año 1, N° 1, 2 y 3, 1996
- ¹² Mera, Jorge A. 1978. Número y distribución de médicos en la Argentina. *Medicina* (Buenos Aires) 38: 308.
- ¹³ Zalduendo, Eduardo A. et al. 1962. *Oferta de mano de obra especializada universitaria y técnica de la República Argentina*. Editorial del Instituto Di Tella, Buenos Aires.
- ¹⁴. OPS/OMS: “CSA” Tomos I y II, 1994
- ¹⁵. OPS/OMS: “Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo”, Buenos Aires, Publicación N° 43, 1995
- ¹⁶ http://observatorio_rh.tripod.com
- ¹⁷ ISALUD. “El mercado de medicamentos en Argentina”. *Estudios de la Economía Real N° 13*. Buenos Aires. 1999.
- ¹⁸ Tobar, Federico. “El acceso a medicamentos en Argentina y las políticas para mejorarlo”. Asociación de economía de la Salud. XI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. La falda, abril de 2002.
- ¹⁹ Programa de Investigación Aplicada -PIA-Isalud.
- ²⁰ Entre los establecimientos sin internación se incluyen aquellos que cuentan también con internación breve u hospital de día.
- ²¹ MSAS: “Boletín epidemiológico nacional N° 2”, Buenos Aires, 1994
- ²² Ministerio de Cultura y Educación: “Ley de Educación Superior”, Buenos Aires, 1995
- ²³ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
- ²⁴ Tobar, Federico (Coordinador). 2002. *El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo. Serie Ediciones Isalud N° 5*. Buenos Aires
- ²⁵ Ver: TOBAR, Federico (coordinador). “El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo”. *Serie Ediciones Isalud N° 5*. Buenos Aires. 2002.
- ²⁶ Encuesta Permanente de Hogares del INDEC.
- ²⁷ Bello, Julio N. 1972. *Financiación de la salud y solidaridad*. Revista de Salud de la Pcia. de Buenos Aires.
- ²⁸ Medicina y Sociedad. 1986. Panel sobre la atención médica en el Área Metropolitana. *Medicina y Sociedad*, vol. 9, pp. 210.
- ²⁹. OPS/OMS: “Informe ONUSIDA” [Documento de trabajo], Buenos Aires, 1997
- ³⁰ Hilda González de Duhalde, *Plan Social de la República Argentina*, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación Argentina (presentación en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).
- ³¹ Ginés González García, *La Emergencia en Salud: Diagnóstico y Respuestas*, Ministerio de Salud de Argentina (conferencia presentada en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).
- ³² Ministerio de Salud de la Argentina y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria de la Argentina. Informe Preliminar, noviembre 2001 (mimeo).
- ³³ La Ley de Descentralización Hospitalaria de la Provincia de Santa Fé y de la Provincia de Buenos Aires incorporan estas figuras. En el caso de la primer, prevee la incorporación de un representante de la comunidad, inclusive, con salario. En el caso de esta última, la Ley 11.072 de Descentralización Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires plantea el desarrollo de Comisiones Asesoras integradas por representantes de la comunidad que asesoran al Consejo de Administración.
- ³⁴ Se establece la obligación de saldar el pago de lo facturado por el HPA dentro de los treinta días corridos presentada la liquidación mensual y del 1 al 15 del mes siguiente a la presentación (Decreto N°578/93). Vencido dicho plazo se procede automáticamente al débito de los facturado de la cuenta del Agente del Sistema Nacional de Salud correspondientes, y al pago dentro de los quince días hábiles
- ³⁵ Diversos estudios internacionales (Mills y Vaugham, 1989) demostraron que las reformas basadas en estrategias descentralizadoras precisaron más de diez años para registrar un impacto significativo sobre el sistema de salud.
- ³⁶ Bortman Marcelo; Verdejo Guadalupe; Juan Manuel Sotelo. 1999. *Situación de la Equidad en Salud*. OPS/OMS, Buenos Aires.

PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

BOLIVIA

(1ra edición, enero 2001)
(2da edición, noviembre 2001)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Bolivia es una república democrática, estructurada en tres poderes: El Ejecutivo, dirigido por un Presidente que dura en sus funciones 5 años; el Legislativo, compuesto por una cámara de Senadores y una Cámara de Diputados; y el poder Judicial. La división política - administrativa contempla 9 Departamentos, a partir de la Ley de Descentralización (LDD) de 1995, cuenta con un Poder Ejecutivo Departamental presidido por un Prefecto. Los 9 Departamentos se subdividen en 111 Provincias y 315 municipios, con Municipios autónomos.

Las acciones de salud se sustentan en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES) a través del Plan Estratégico de Salud (PES) elaborado por el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) Los lineamientos del PES se incorporan en los Planes de Desarrollo Departamentales (PDD) y municipales (PDM) mediante la conciliación entre la planificación indicativa en salud que el PES propone y la planificación participativa local, a nivel Municipal.

La estabilidad macroeconómica y las reformas estructurales aplicadas en los últimos años generaron un ambiente adecuado para aumentar las inversiones y propiciar mayor actividad económica. El crecimiento económico que se experimentó durante la última década se basó principalmente en el desempeño de sectores intensivos en capital como electricidad, transportes y servicios financieros que alcanzaron tasas de crecimientos superiores al 4.5% anual, que contrastan con el crecimiento de otros sectores como la manufactura (3.8%) y la agricultura tradicional (2.5%) que han absorbido más mano de obra.

El PIB per cápita alcanzó en 1999 a 1,026 USD y se espera un crecimiento no superior al 2% durante el año. Para 1998, el gasto público total alcanzó 32.1% del PIB y el gasto público social, 15.7%. Para 1997 el gasto público social en gestión ascendió a 16.5% del PIB.

De los 8,280.184 habitantes de Bolivia, el 64.8% se encuentra en áreas urbanas. Existen 36 grupos étnicos, que representan alrededor de 3.6 millones de habitantes. En 1999, el 63% de los hogares estaban en condición de pobreza, situación que afecta principalmente a la población rural e indígena. La razón entre los quintiles de mayor y menor ingreso del país fue de 9.5 para el período 90 – 94. El desempleo alcanzaba, en el mismo tiempo, cifras, estimadas por fuentes no oficiales, del 24%. La esperanza de vida al nacer estimada para 1999 fue de 62.2 años en general, 60.6 para varones y 64 años para mujeres. El periodo 1990-1995 presentó una esperanza de vida de 59,33 años, estimándose para el periodo 2000-2005 en 63.6 años. La tasa de mortalidad neonatal en Bolivia ha sido de 34 por mil nacidos vivos para el periodo 1993-98 (ENDSA 1998). Más de la mitad de los niños muertos en el primer año de vida (67/1000 NV) mueren durante los primeros 28 días. Casi una tercera parte del total de muertes antes de los 5 años de edad (92) ocurren en el periodo neonatal. Esta proporción es similar en el área urbana y rural. Tanto las tasas de mortalidad neonatal e infantil como la de la niñez son casi el doble en el área rural que en el área urbana.

Entre 1985 y 1995 la mortalidad neonatal disminuyó en un 26.5% y la mortalidad infantil en un 35.8%. La mortalidad en menores de 5 años disminuyó en un 41.2%. Medidas como la vacunación y el control del niño sano han permitido estos importantes descensos, especialmente en los niños entre 1 mes y 5 años. Las medidas encaminadas a disminuir la mortalidad del recién nacido, como el control prenatal, el parto atendido por personal capacitado y el control posparto, han tenido un menor impacto.

En 1998 la diarrea (25%) y la neumonía (26%) constituyeron las enfermedades de mayor prevalencia en menores de 5 años. La encuesta de Demografía y Salud (ENDSA 98) halla un 67% de menores de 3 años con algún grado de anemia, y la desnutrición crónica llega a 26%.

El Sistema de Salud consta de tres subsistemas: público, de la seguridad social y privado. La rectoría del Sistema de Salud es ejercida en el nivel nacional por el Ministerio de Salud, cuyo rol es de normar, evaluar, supervisar y fiscalizar en el marco de las Leyes de Descentralización y Participación Popular. A nivel departamental, las direcciones de Servicios de Salud, dependientes de las Prefecturas Departamentales, cumplen un rol de ejecución y adecuación de las políticas nacionales, coherente con el nivel central. En el ámbito Municipal, como unidades desconcentradas, se encuentran las instancias locales con competencias operativas y de desarrollo de las acciones de prestación de servicios a través de los Distritos Sanitarios, responsables de la red local.

La política de salud expresada en el Plan Estratégico en Salud (PES), contempla 4 líneas estratégicas: técnica, intersectorial, de gestión social y jurídica. Los principales componentes del PES son: el acceso universal, el seguro básico de salud, el fortalecimiento de la red de servicios, la salud familiar y comunitaria, la implementación del escudo epidemiológico, el fortalecimiento de los programas básicos de salud, y el desarrollo de la carrera sanitaria.

El Seguro Básico de Salud es la política de atención en salud más importante del Ministerio de Salud, cuenta con la adscripción de los municipios para contribuir a su financiamiento. La institucionalización de los compromisos de gestión que se realiza con cada departamento y éste con el nivel local, en función a la gestión por resultados según metas establecidas, ha logrado avances y se ha sugerido ajustes para su desarrollo según evaluación externa realizada por OPS/OMS.

Tanto el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, así como el Seguro Básico de Salud, fueron evaluados el año 1998 y el 2000 respectivamente. Se señalaron entre las conclusiones que no llegaban a los grupos poblacionales más pobres; no era difundido ni conocido especialmente en el área rural; los gobiernos municipales tenían mucho retraso en el pago de las prestaciones; presentaban problemas de disponibilidad oportuna de insumos médicos; existía una disparidad en el uso de fondos municipales.

Los compromisos de gestión fueron evaluados en el año 2001, observando que existe avance en los resultados, requiriendo un ajuste y adecuación de los indicadores.

En los últimos años se ha intensificado la cooperación técnica entre países. Bolivia tiene diversas relaciones de cooperación bilateral, en particular con la Unión Europea, los Estados Unidos de América, el Japón y los países escandinavos. Es relevante la cooperación del Sistema de Naciones Unidas (OPS, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos, UNFPA, Voluntarios de Naciones Unidas), y de otros organismos. Los bancos multilaterales de desarrollo (BM y BID) están contribuyendo con importantes proyectos de fortalecimiento de la red de servicios y de los programas de atención. La composición entre donantes es: 65% para ayuda bilateral, 20% para ayuda multilateral técnica del sistema de Naciones Unidas y 15% para los bancos de desarrollo. Las organizaciones no gubernamentales de carácter externo significan una importante contribución a la cooperación técnico-financiera para ciertos municipios

1. CONTEXTO

1.1. Contexto político. Bolivia es una República democrática, representativa, unitaria y presidencialista¹. El Estado está dividido en tres poderes: El Ejecutivo, ejercido por el Presidente de la República conjuntamente con los Ministros de Estado. El Legislativo reside en el Congreso Nacional compuesto por la cámara de Diputados y la de Senadores. El Judicial lo ejercen la Corte Suprema de Justicia, las Cortes Superiores de Distrito y demás tribunales y juzgados que las leyes establecen.

La *división político-administrativa* contempla 9 Departamentos que, a partir de la Ley de Descentralización (LDD) de 1995, cuentan con un Poder Ejecutivo Departamental delegado en un Prefecto con la fiscalización de un Consejo Departamental. Los 9 Departamentos se subdividen en 111 Provincias y 315 Municipios, con sus respectivos Gobiernos Municipales electos y autónomos. El *Sistema de Planificación Nacional* fue establecido por la Ley N° 1178 del Sistema de Administración Financiera y Control de Operaciones (Ley SAFCO) y por la Resolución Suprema N° 216779 que regula la planificación en el ámbito nacional. El proceso de planificación se establece para 5 años y está bajo la rectoría del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. Se reconocen tres niveles de Planificación: (i) el central, expresado en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES), de carácter indicativo y normativo para toda la Nación; (ii) el departamental, expresado en el Plan de Desarrollo Departamental (PDD); y (iii) el local, expresado en los Planes de Desarrollo Municipal (PDM), que consolidan la planificación estratégica y participativa en los Municipios.

La *política social* está establecida en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES), que se denomina “Para Vivir Mejor”. Los cuatro pilares del Plan de Gobierno son: Dignidad, Institucionalidad, Oportunidad y Equidad tomando como eje fundamental de éste, la *Estrategia Boliviana de “Lucha contra la Pobreza”* (EBRP), El Consejo Nacional de Política Social (CONAPSO), es el responsable de coordinar las políticas nacionales de desarrollo social y humano, y tiene capacidad para concertar acciones y proponer políticas y normas. La implementación corresponde a cuatro ministerios: Trabajo y Microempresa; Vivienda y Servicios Básicos; Salud y Previsión Social, y Educación, Cultura y Deportes.

El *Plan Estratégico de Salud* (PES) elaborado por el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), sustentan los Planes de Desarrollo Departamentales (PDD) y municipales (PDM) mediante la conciliación entre la planificación indicativa en salud que el PES propone y la planificación participativa local. Por Resolución Suprema N° 216784, el MSPS, las Prefecturas de Departamento y los Gobiernos Municipales presentan la Programación Operativa Anual (POA) conteniendo las acciones en salud que se ejecutarán en cada nivel.

1.2. Contexto económico

Las reformas estructurales aplicadas en los últimos años generaron un ambiente adecuado para aumentar las inversiones y propiciar mayor actividad económica. Se experimentó en la última década un crecimiento económico basado principalmente en el desempeño de sectores intensivos en capital como electricidad, transportes y servicios financieros que alcanzaron tasas de crecimientos superiores al 4.5% anual, que contrastan con el crecimiento de otros sectores como la manufactura (3.8%) y la agricultura tradicional (2.5%) que son más intensivas en la absorción de mano de obra.² La tasa media anual de inflación en los años 1985 a 1996 fue de 24.2%. El déficit del sector público no-financiero alcanzó en 1993 un 6% del PIB, mostrando una continua tendencia a la baja hasta llegar a 3.9% en 1997 y a 4.6% en 1998.³

Indicadores Económicos

INDICADOR	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes, en USD	811	825	906	974	1,019	1,073	1,026
Población Económicamente Activa, en miles	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto Público total, como porcentaje del PIB	29.59	28.63	26.84	32.78	32.40	32.14	ND
Gasto Público social, como porcentaje del PIB	9.27	9.48	12.30	14.43	15.29	15.73	16.5
Tasa de Inflación anual	ND	ND	10.2	8.0	6.7	6.5	6.0
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	ND	ND	4.48	4.82	4.68	ND	ND

Fuentes: Contaduría General del Estado – INE; IMF-IDA, Bolivia: Initiative for the HIPC Completion Point Document, 1998. – Cárdenas, M.; 2000 : 107-109.

En los últimos años se ha intensificado la cooperación técnica entre países. Bolivia tiene diversas relaciones de cooperación bilateral, en particular con la Unión Europea, los Estados Unidos de América, el Japón y los países escandinavos. Es relevante la cooperación del Sistema de Naciones Unidas (OPS, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos, UNFPA, Voluntarios de Naciones Unidas), y de otros organismos. Los bancos multilaterales de desarrollo (BM y BID) están contribuyendo con importantes proyectos de fortalecimiento de la red de servicios y de los programas de atención. La composición entre donantes es: 65% para ayuda bilateral, 20% para ayuda multilateral técnica del sistema de Naciones Unidas y 15% para los bancos de desarrollo. Las organizaciones no gubernamentales de carácter externo significan una importante contribución a la cooperación técnico-financiera para ciertos municipios.⁴

1.3. Contexto social

Según datos preliminares del último Censo (2001), la población total para el año 2001 es de 8.280.184 habitantes, correspondiendo el 64.8% al área urbana, y el 35.2% al área rural. La población indígena se estima en más de 3,6 millones, y comprende 36 grupos étnicos, con una

fuerte proporción de culturas originarias andinas (quechua – aymara), y de las tierras bajas (tupi - guaraní), así como mestizos, tanto de origen hispánico como andino y amazónico.

Según el informe de Desarrollo Humano 1999, Bolivia está considerada como nación de desarrollo humano mediano, con una ubicación en el rango 112 según índice de desarrollo humano alcanzado, y el lugar 99 entre 146 países, respecto al Índice de Desarrollo Relativo a Género⁵. En el 2000, la tasa de desempleo abierto fue del 7.84% y la tasa de Subempleo visible fue 11.90%.

En 1999, el 63% de la población (cerca de 5.1 millones de personas) tenían ingresos menores a las líneas de pobreza y 37% disponía de ingresos que no alcanzaban para adquirir una canasta básica sólo alimentaria (indigencia) En el área rural, más del 89% de la población vivía en condiciones de pobreza y cerca del 60% en indigencia. Aunque la incidencia de pobreza rural es más elevada que la del área urbana, la proporción de pobres que viven en el área urbana representa el 52% de los pobres. Se ha evidenciado que, en las ciudades principales, no existe una diferencia significativa de ingresos familiares per capita entre los migrantes y no migrantes.⁶

La razón entre el ingreso del 20% superior y del 20% inferior de la población de acuerdo con las cifras entregadas en noviembre de 1999 por el INE era de 46.4. Durante la década de los noventas, se ha evidenciado que el 20% de la población urbana más pobre (primer quintil) retenía en 1990 - 4%; 1993 - 3.8%; en 1995 - 4%; en 1997 - 4.7% en área urbana y 4.4% en área rural del ingreso agregado, mientras que el 20% de la población con más altos ingresos (quinto quintil) retuvo en 1990 el 56.4%, en 1993 el 57.4%; en 1995 el 56.8%; en 1997 el 53.1% en área urbana y el 59.3% en área rural del ingreso y se han mantenido prácticamente constantes a lo largo de los noventas.⁷

Para 1.999, la proporción de población analfabeta representaba el 16.4%, inferior al 20% estimado según el censo de 1992. El índice de escolaridad es de 0.79 y el número promedio de años de escolaridad es de 3.7. Casi un tercio de los habitantes son funcionalmente analfabetos (20% nunca asistió a la escuela), aunque esta población está concentrada en áreas rurales y población femenina.⁸ En los últimos 5 años, 40% del gasto social fue para Educación Primaria, el 22 % para Salud, el 11% a Servicios y Urbanismo, 6% a Desarrollo Rural y el resto al Sistema de Pensiones. Existen otras instituciones que realizan actividades complementarias en el sector, tales como el Fondo de Inversión Social (FIS), actual Fondo de Inversión Productiva y Social (FPS) aglutinada en el Directorio Único de Fondos (DUF) cuyo objetivo es el de contribuir a la ejecución de la Ley del Diálogo que establece los lineamientos básicos para la gestión de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (EBRP).

1.4. Contexto demográfico y epidemiológico

La esperanza de vida al nacer estimada para 1999 fue de 62.2 años en general, 60.6 para varones y 64 años para mujeres. La diferencia según sexo, no ha variado de 1990 al 2000, siendo de 3.3 años más para mujeres.

El país no cuenta con datos sobre la estructura de la mortalidad según edad y causalidad. No se cuenta con datos de mortalidad a nivel de hospitales. El último estudio sobre mortalidad general, según grupos de causas identificó signos y síntomas mal definidos en un 10.8%, enfermedades transmisibles en un 12.0%, neoplasias 8.7%, enfermedades del sistema circulatorio 30.3%, afecciones originadas en el período perinatal un 5.4%, causas externas un 10,7% y demás causas un 22.2%. El diagnóstico de tuberculosis en la última década ha fluctuado entre 8,000 y 6,000 casos por año 1991 y 2000 respectivamente. La tasa de incidencia nacional de tuberculosis fue de 73,8 por 100,000 habitantes, según notificación del año 2000. Respecto a la Lepra, el país se encuentra en el grupo 5 de la estratificación en las Américas, con una tasa de prevalencia del 0,41 por 10,000 habs., el 47,59% corresponde a la forma lepromatosa, el 36,3% a la tuberculoide, el 10,9% a la dimorfa y el 5,2% a la indeterminada. La rabia humana continúa como problema de salud pública, del año 1992 al 2000 se han notificado 83 casos. En la última década es importante destacar su tendencia marcadamente descendente. Desde 1991 al 2000 se han incrementado de 19,031 a 31,468 casos de Malaria respectivamente, habiendo tenido un pico muy importante en 1998 con 74,350 casos. La enfermedad de Chagas constituye un problema de salud pública en el que se encuentra en riesgo un 60% del territorio, en 1.992 se realizó un estudio dando una seroprevalencia del 40% para la población total del país, siendo en algunas áreas del 70%. Los esfuerzos realizados en el último trienio, permite esperar una reducción de la transmisión vectorial del daño. En 1994 la seroprevalencia en menores de 5 años alcanzó el 11%, en el área urbana, en el área rural fue del 70%, en escolares de 75% y en reclutas un 45%.⁹ La transmisión sanguínea para 1992 tuvo un rango del 6% (Oruro) al 51% (Santa Cruz). De los 420,000 chagásicos sintomáticos, se estima un 25% de pérdida de capacidad laboral, que significan 105,000 años productivos y una pérdida económica de Bs. 1,670 por año por individuo.

Entre las principales enfermedades crónicas, la prevalencia de diabetes en ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba, afecta un 7.2% de la población. Esta prevalencia en mujeres alcanza al 7.6% y en los hombres al 6.8%. La prevalencia a los 45 años es del 10% y en el grupo etáreo entre 60 y 64 años alcanza el 20%. La prevalencia de hipertensión arterial llega al 18.6%, correspondiendo el 21% a varones y 16% en mujeres.

Respecto a datos sobre violencia en el año 1998 fueron reportados 504 casos de muertes por homicidio, 1007 por suicidio y 792 muertes debidos a accidentes por vehículos motorizados.

Las causas de muerte en menores de 5 años presentan un 24% de desnutrición crónica en menores de 3 años, 16% corresponde a causas peri natales, 3 % a enfermedades inmunoprevenibles y 24% a otras causas. En 1998 la diarrea (25%) y la neumonía (26%) constituyeron las enfermedades de mayor prevalencia en menores de 5 años. La encuesta de Demografía y Salud (1998) evidenció que un 67% de los menores de 3 años tiene algún grado de anemia, y que la desnutrición crónica llega a 26%. La tasa de mortalidad neonatal en Bolivia fue de 34 por mil nacidos vivos para el periodo 1993-98. Más de la mitad de los niños muertos en el primer año de vida (67/1000 NV) mueren durante los primeros 28 días. Casi una tercera parte del total de muertes antes de los 5 años de edad (1992) ocurren en el periodo neonatal. Esta proporción es similar en el área urbana y rural.

Tanto las tasas de mortalidad neonatal e infantil como la de la niñez son casi el doble en el área rural que en el área urbana. Entre 1985 y 1995 la mortalidad neonatal ha disminuido en un 26.5% mientras la mortalidad infantil lo ha hecho en un 35.8% y la mortalidad en menores de 5 años en un 41.2%. Medidas como la vacunación y el control del niño sano han permitido estos importantes descensos, especialmente en los niños entre 1 mes y 5 años. Las medidas encaminadas a disminuir la mortalidad del recién nacido, como el control prenatal, el parto atendido por personal capacitado y el control post parto, han tenido un menor impacto.

Entre las enfermedades emergentes o re-emergentes, el Cólera tuvo un brote el año 1991 con 206 casos (12 defunciones). A partir de 1992, se produce una epidemia explosiva con 23,862 casos; en 1993, fueron registrados 10,290 casos. Se ha producido un descenso hasta llegar a cero casos para los años 1999 y 2000, ya que los últimos casos se registraron en 1998. Respecto al Sarampión, entre el 1998 y el 2000, se presentó un brote, que en 1999 representó el 51% de todos los casos presentados en las Américas. Fueron confirmados 2,567 casos. En el último año no se ha registrado ningún caso. Durante los últimos 5 años fueron confirmados 226 casos de fiebre amarilla. Sobre tétanos neonatal, en el 2000 fueron registrados 2 casos, en 1989 fueron registrados 114 casos reduciéndose a 10 en el 98 y 4 durante 1999. Se presentaron 4 casos de difteria el año 1999 y 2 en el 2000. En cuanto a la rubéola, durante el año 2000 fueron confirmados por laboratorio 420 casos.

La tasa de incidencia de VIH/SIDA a nivel nacional, es de 0.62 por 100,000 hb., del año 1985 al 2000 fueron registrados un total de 605 casos, el subregistro es del orden del 30%, el 100% procedentes del área urbana. El 90% procedentes del eje troncal Santa Cruz, Cochabamba y La Paz. De 1991 a 1999 la tasa de incidencia de Leishmaniasis tuvo un ascenso de 21,27 por 100,000 hab. a 30,34 respectivamente. En el año 2000 la tasa fue de 22,94 que corresponden a 1735 casos notificados, de éstos el 68% corresponden al sexo masculino, 1,458 casos presentaron la forma cutánea (84.04%) y 277 la forma mucosa. La Peste, se encuentra circunscrita a un área de La Paz (Apolo) En el periodo 1996-97 ocurrió el último brote con 17 casos, 4 fallecidos.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización general

A lo largo de la historia, el Sistema de Salud ha atravesado diferentes modelos gerenciales. En 1979, el Gobierno se planteó la estructuración de un Sistema Boliviano de Salud conformado por el subsector público, el de la Seguridad Social, y el privado con y sin fines de lucro.

El subsector público está encabezado por el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) de carácter normativo, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, se encuentran las prefecturas, que son responsables de la administración de los recursos humanos. En el ámbito local, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud.

La Ley de Participación Popular y Ley de Descentralización han introducido un esquema de descentralización en el cual la infraestructura y el financiamiento provienen de los Municipios; los recursos humanos proceden del MSPS y las Prefecturas, con cargo al Tesoro General de la Nación; y el control social de la gestión se ejerce por la comunidad organizada. Se trata de un modelo de gestión complejo para el que los distintos actores requieren de apoyo en el fortalecimiento de la gestión a nivel local, en el análisis y detección de problemas, y en la elaboración de proyectos.

La red de servicios de salud cuenta con 40 hospitales generales, 30 especializados, 149 hospitales básicos, 986 centros de salud y 1,408 puestos de salud, de estos 2,613 establecimientos, 1,995 son del sector público, 97 de la Seguridad Social, 254 de ONGs, 101 de la Iglesia y 66 del sector privado.¹⁰ Sin embargo, persisten las bajas coberturas del subsector público (30%)¹¹

El subsector de la seguridad social atiende a los trabajadores asalariados, organizados dentro de los esquemas de financiamiento tradicionales de la seguridad social. Representan el 25.8% de la cobertura poblacional, con un crecimiento de cobertura muy lento o negativo en los últimos años. Existen ocho cajas de salud y dos seguros integrales con régimen especial. La seguridad social cuenta con 197 establecimientos de salud (3.7 %) en todo el país. 71 % (139) de estos corresponden al primer nivel, 14 % (27) al segundo, y 16 % (31) al tercero. Dispone de 2.823 camas (31 %) del total de camas en todo el país. 13 % (360) en Hospitales básicos, y 87 % (2.463) en el tercer y cuarto nivel de atención.¹²

Dentro del subsector privado, se incluyen las Compañías de Seguro, las Compañías de Medicina Prepagada y las Organizaciones No Gubernamentales. Las *Compañías de Seguro* constituyen un receptor de fondos para financiar servicios de salud del sector privado. La principal fuente de recursos para estas organizaciones son los hogares y las empresas, a través de pagos de primas por seguros de salud. De acuerdo a los reportes financieros generados por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros, y por el monto de primas individuales, se estima que el sistema cuenta con

aproximadamente 40,000 asegurados, entre hogares y empresas. Se estima que en 1997, el número de asegurados en este sistema era igual a 31,500 aproximadamente.

La actividad de las Organizaciones No Gubernamentales resulta significativa en Bolivia, por su presencia en número, su contribución en la prestación de servicios de salud y el volumen de recursos financieros que administran. Un total de 355 establecimientos del país pertenecen a ONG y la iglesia (254 y 101 respectivamente) 97% (344) de la red primaria, 2 % (9) en la secundaria y 1 % (2) en la red terciaria. Cuentan con 528 camas de internación (5.7%).¹³ La mayoría de ellas tienen financiamiento internacional; pocas cuentan con recursos nacionales. La mayoría tienden a ubicarse en zonas urbanas marginales; un número menor, sobre todo las de financiamiento internacional, en municipios en extrema pobreza.

Alrededor de 10% de la población nacional se ve beneficiada con este tipo de proveedores. La Iglesia brinda importantes servicios a la comunidad, sobre todo en zonas de extrema pobreza y en áreas urbano marginales. Funciona en general con recursos humanos del Estado, con infraestructura propia y financiamiento compartido con los usuarios. En ciertos municipios y comunidades la Iglesia es la única proveedora de servicios.¹⁴ Los proveedores de medicina tradicional son numerosos; muchas comunidades rurales o urbano marginal tienen partera, curandero o yatiri. El sistema de salud está incorporando gradualmente a las parteras a las redes locales de atención.

2.2 Recursos del Sistema

Recursos humanos

TIPO DE RECURSO	AÑO							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No de médicos por 10,000 hab.	4.0	3.6	3.4	3.4	5.7	3.1	3.0	3.2
No. Total de enfermeras(os) profesionales x 10,000 hab.	2.0	1.79	1.73	1.72	2.7	1.48	1.43	1.6
Razón de odontólogos por 10,000 habitantes.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.4	0.4
Razón de técnicos medios de laboratorio por 10,000 habitantes.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.6	0.2
Razón de farmacéuticos por 10,000 habitantes.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.1	0.1
No. de egresados de postgrado en salud pública	25	-	-	45	-	12	ND	ND

Fuentes: SNIS 1991: Datos Seguridad Social. 1992: Datos Unidad Sanitaria. 1993-1994-1995: Datos Secretaría Regional. 1996: Datos para Sector Público, 1997: Datos Servicio Departamental de Salud. U.S. Census Bureau, Base de Datos Internacional, 2000. Sistema Nacional de Información en Salud, Bolivia, 2000. OPS/OMS, Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2000.

Durante el período 1992-1999 el número de médicos y licenciadas en enfermería por 10,000 habitantes descendió en un 20%. No se pudo disponer de la razón de médicos generalistas vs. Médicos especialistas para el conjunto del sistema.

Recursos humanos en instituciones públicas, 2000

Institución	TIPO DE RECURSO					
	Médicos	Enfermeras	Enf. auxiliares	Otros trab.	Administrativos	Servicios generales
MSPS	2,677	1,166	3,871	2,151	2,294	2,209
Seguridad Social	3,005	1,241	2,248	3,061	1,596	2,046
Total	5,682	2,407	6,119	5,212	3,890	4,255

Fuente: SNIS 1999. Los seguros de salud en cifras. Gestión 2000 INASES.

En 1992, Bolivia contaba con 2,757 médicos, en 2000 el número total de médicos aumentó a 5,682 dando un incremento de un 106%. De igual manera en 1992 el número de enfermeras profesionales era de 1,379. En 2000 dicho número ascendió a 2,407 enfermeras reflejando un aumento del 75%.

Medicamentos y otros productos sanitarios:

Indicador	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
productos farmacéuticos registrados	ND	ND	ND	ND	ND	ND	8,293
% de medicamentos de marca	ND	ND	ND	ND	ND	ND	79%
% de medicamentos genéricos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	21%
Gasto total en medicamentos	55,895	60,338	71,737	79,035	84,870	103,502	98,497.582
Gasto per capita en medicamentos	ND	ND	ND	ND	10.2	13	12.10
% gasto público en medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	25 %	5 %
% gasto ejecutado en medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2.12%

Fuente: OPS/OMS. Berthin Amerynd & Asociados. Bolivia 2001. Cárdenas, M. 2000:69.

El mercado de los medicamentos en Bolivia es altamente significativo en la economía nacional, ya que representa el 1.15% del PIB. El gasto en medicamentos ascendió en 1999 a US\$98,497.582 equivalente a un 5% del gasto en el sector público, y un 18% del gasto en la Seguridad Social. El gasto de hogares ascendió a 77.5% durante 1999. La estructura de oferta está dividida en producción nacional, importaciones, donaciones y contrabando. Un 70% del mercado farmacéutico son importados y 30% de producción nacional, el contrabando asciende a un 20% del mercado. Existe un total de 210 empresas (laboratorios, importadores, distribuidores, etc.) en la comercialización de medicamentos, 99 ofertan medicamentos esenciales. La Central de Abastecimiento de Medicamentos y Suministros (CEASS) es el ente logístico del MSPS que se encarga de la adquisición y distribución a nivel nacional de los medicamentos.

En Bolivia existe un Formulario Terapéutico Nacional que contiene 245 medicamentos. Su uso es obligatorio para el sector público y privado. Aproximadamente el 30% de la población tiene acceso

a los medicamentos del Formulario. Algunos programas de salud del MSPS subvencionan los medicamentos. Para los hogares, el gasto en medicamentos representa el 65% del presupuesto familiar destinado a salud. El gasto de las familias representa el 77.5% del gasto total en medicamentos del sistema. Existen 8,293 medicamentos con Registro Sanitario vigente, de los cuales 5,518 son comercializados y 1,492 son medicamentos esenciales (27%). Del total de medicamentos un 48% son importados y 33.5% son de producción nacional mientras que el 21% son comercializados con nombre genérico. No ha habido capacitación suficiente de los proveedores tanto en protocolos como en procedimientos administrativos.

Desde 1989 el Ministerio de Salud de Bolivia, ha publicado los siguientes documentos normativos:¹⁵ (i) *Manual de normas y procedimientos 1989-1993, PNSDISM*. Este incluye normas para la atención integral: Salud sexual y reproductiva, mujer salud y desarrollo; (ii) En junio 1992 se producen *las Normas Nacionales de Atención Integral al Niño, al Escolar, al Adolescente y a la Mujer*; (iii) Durante 1996 se publica la *Norma para la atención del mujer y el recién nacido en institutos de maternidad y hospitales departamentales*, que incluye 35 protocolos básicos. También se publica la *Norma Boliviana de salud para la atención de la mujer y el recién nacido* en el primer y segundo nivel de atención. En el año 2000 se revisó, actualizó, y se adecuó su contenido a las prestaciones del Seguro Básico de Salud. Durante 1999, se publicaron las *Guías Técnicas para la Atención del Seguro Básico de Salud*, que hacen referencia a la atención integral del menor de 5 años. El Seguro Básico de Salud incluye un pequeño *manual de bolsillo* para el uso de medicamentos. Se publicó el *manual de medicamentos esenciales para la acción*.

En las farmacias privadas y en hospitales es obligatoria la presencia de un profesional farmacéutico. En el año 2000 se registraron un total de 28,274 unidades de sangre total y componentes.

Equipamiento y tecnologías

No se pudo obtener información respecto al porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso. La información sobre el porcentaje del presupuesto de operación destinado a conservación y mantenimiento está incluida en los 315 Municipios y no se dispone de un consolidado. No se cuenta con información respecto al porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica. No se dispone de información sobre la distribución de unidades y/o equipos de alta tecnología, ya sea por demarcaciones territoriales o entre los subsectores público y privado.

2.3 Funciones del Sistema de Salud

Rectoría: La rectoría del Sistema de Salud es ejercida a nivel nacional por el Ministerio de Salud, cuyo rol es normar, evaluar, supervisar y fiscalizar en el marco de las Leyes de Descentralización y

Participación Popular. A nivel departamental, las direcciones de Servicios de Salud, dependientes de las Prefecturas Departamentales, cumplen un rol de ejecución y adecuación de las políticas nacionales, coherente con el nivel central. En el ámbito Municipal, se encuentran las instancias locales con competencias operativas y de desarrollo de las acciones de prestación de servicios a través de los Distritos Sanitarios, responsables de la red local. La estructura de los distritos de salud, en gran medida no corresponde a la estructura basada en los municipios.

Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud son ejercidas por los Servicios Departamentales de Salud a través de sus instancias técnicas hacia los establecimientos de la red. Los equipos de Distritos realizan supervisiones periódicas programadas. Las acciones y programas intersectoriales se insertan en el Plan Estratégico en Salud (PES) a través de cuatro componentes: Municipios saludables; Enfoque Intercultural y de género; Educación y promoción para la salud; movilización; participación y control.

En el año 2001 la autoridad de salud en Bolivia ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. ¹⁶

Bolivia cuenta con el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), implementado hace 10 años, que provee información sobre producción de los servicios de salud y de la morbilidad sujeta a la acción programática y de vigilancia, desagregada por Servicio Departamental de Salud, distrito, municipio, establecimiento de salud, subsector, institución, según nivel de atención, por año y por mes. EL SNIS publica información en el Internet de 2,780 establecimientos de salud con un retraso de 3 a 4 semanas.

La Unidad de Capacitación y Acreditación Profesional del MSPS establece las líneas de capacitación. Se han publicado “Las Políticas y Estrategias de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud”. El Ministerio de Educación, Cultura y Deportes con el comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana, logró consenso en el Proyecto de Ley de Creación del Consejo Nacional de Acreditación de la Educación Superior (CONAES), a objeto de implementar en el país, procesos de

evaluación y acreditación. El objetivo es mejorar la calidad en las carreras o programas de formación profesional que se imparten en las instituciones universitarias públicas y privadas del país. La Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales conformado por el Ministerio de Salud, la Caja Nacional de Salud, el Colegio Médico y de Enfermeras, la Organización de Clínicas Privadas, y ONGs, ha acreditado a algunos hospitales. Existen las normas de acreditación del tercer nivel de atención y se está trabajando el manual de acreditación de servicios de salud para el primer nivel. No se cuenta con información sobre organismos, dedicados a evaluar las tecnologías en salud.

Financiamiento y Gasto

La Contaduría General del Estado elabora la información sobre financiamiento del gasto en salud. Se estima que dicha información es confiable y oportuna.

Financiamiento del Sector Salud, 1995-1998 (en miles de USD corrientes)

	SECTOR PÚBLICO			SEGURO SOCIAL			SECTOR PRIVADO		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998
GOB.	62,025	64,810	71,743	--	4	10	--	--	--
EMP	738	1,139	1,407	148,164	155,404	178,757	1,220	10,551	8,906
HOGAR	999	2,355	5,236	--	--	--	101,224	115,564	130,140
COOP. EXT.	19,792	14,452	19,045	286	248	323	8,514	8,719	6,720
TOTAL	85,554	87,756	97,430	148,450	155,656	179,089	110,958	134,834	145,766

Fuente: Elaborado en base a información en el documento, Cárdenas, Marina: "Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Bolivia, 2000."

El mayor ente financiador del sector público es el gobierno; el del sistema de seguro social las empresas/instituciones; y el del sector privado, los hogares.

Indicadores de Gasto en Salud, 1995-1998

	1995	1996	1997	1998
Gasto Total en Salud (miles US\$)	293,460	342,962	373,246	421,655
- Gasto Público en Salud	81,345	83,554	82,756	97,430
- Gasto de la Seguridad Social en salud	109,841	148,450	155,656	179,089
- Gasto Privado en Salud	102,274	110,958	134,835	145,136
Gasto en Salud/Total Gasto Público	4.9	7.1	5.1	6.1
Gasto en Salud como Porcentaje del PIB	4.80%	4.82%	4.68%	4.94%
Gasto Total en Salud per cápita en \$US	39.58	45.20	48.06	53.04
Deuda ext. En salud / deuda ext. Total	ND	ND	ND	ND

Fuente(s): Contaduría General del Estado – INE; Cárdenas, Marina: "Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Bolivia, 2000. : 90" (p. datos preliminares).

La relación del gasto público en salud con el gasto público total aumentó en el período 1995-1998 en un 24%. Por otro lado, el gasto total en salud per capita ha aumentado a lo largo del período analizado de US\$ 40 a \$53.

En el cuadro sobre gasto nacional en salud por fuente de financiamiento del sector salud se puede observar que entre 1995 y 1998 el gasto total del sector salud aumentó en términos corrientes un 43%. El gasto del subsector público fue invariablemente mayor que el del subsector privado oscilando entre 57.4% en 1995 y 59.7% en 1998. El gasto más significativo durante este período fue el proveniente del Seguro Social el cual fluctuó entre un 37.4% y 42.7% del total y mostró un aumento del 64% para el período. Le siguió en importancia el gasto de los hogares para servicios privados donde se observó una contribución de 28.4% del total en 1995 y de 30.7% en 1998 reflejando un aumento de 55%. El gasto financiado por la cooperación internacional mostró una disminución de un 12% fluctuando su aporte al gasto total entre 10.2% en 1995 y 6.3% en 1998. Por otro lado, el gasto del sector salud como porcentaje del PIB osciló entre 4.5% y 5.0% aproximadamente para el período.

Gasto Nacional en Salud por Agente, 1995-1998 en USD

	1995	1996	1997	1998
1. PÚBLICO	81,345	83,554	82,756	71,743
1.1 Ministerio de Salud	64,413	64,395	63,587	60,799
1.2 Prefecturas/Corporaciones	1,775	1,382	3,224	2,568
1.3 Municipios	5,189	9,834	7,437	7,070
1.4 Fondos de Inversión Social	6,039	3,340	6,905	1,219
1.5 Otros	3,930	4,603	1,601	87
2. SEGURIDAD SOCIAL	109,640	148,164	155,408	180,174
3. PRIVADO	102,274	110,958	126,115	143,652
2.1 Seguros Privados	7,234	2,276	20,308	8,906
2.2 ONGs	11,645	13,485	99,947	5,292
2.3 Financiamiento Hogares	83,395	95,197	5,860	129,454
TOTAL	293,462	342,962	373,246	421,655
PIB	6,551,753	7,122,275	7,968,061	8,555,300
% del PIB	4.5 %	4.8 %	4.7 %	4.9 %

Fuente: Elaborado en base a información en el documento, "Cárdenas, Marina: Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Bolivia, 2000: 107-109"

Gasto del Sector Salud por Objeto del Gasto, 1995-1998
(en miles de dólares corrientes y en porcentaje)

OBJETO DEL GASTO	1995	1996	1997	1998
SUBSECTOR PÚBLICO	293,460	342,246	373,246	421,655
Servicios Personales	97, 954 (33.38%)	129, 278 (37.69%)	122, 483 (32.82%)	130, 511 (30.95%)
Servicios No-Personales	21, 183 (7.22%)	37, 836 (11.03%)	25, 070 (6.72%)	22, 065 (5.23%)
Materiales y Suministros	13, 741 (4.68%)	10, 298 (3.0%)	15, 912 (4.26%)	20, 115 (4.77%)
Activos Reales	28, 816 (9.82%)	26, 917 (7.85%)	31, 445 (8.42%)	53, 899 (12.78%)
Otros	113, 695 (38.74%)	121, 006 (35.29%)	157, 113 (42.09%)	175, 129 (41.53%)

Fuente: Cárdenas, Marina: "Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Bolivia, 2000: 77"

El cuadro de gasto del sector salud por objeto del gasto muestra que los "servicios personales", constituye la partida más significativa. No obstante, la insuficiente información existente en el país para realizar la desagregación por objeto del gasto se refleja en el gran porcentaje de la categoría "Otros". No se dispone de información confiable sobre destino del gasto privado en salud. El gasto público en el primer nivel de atención alcanza al 7%. No se dispone de datos sobre los niveles secundario y terciario.

Aseguramiento

Se espera tener información confiable sobre los grados de cobertura y las modalidades de prestación en el sector público a través del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), ya incorporado a los Seguros de Salud y a algunas ONG's con las cuales tiene convenios, pero aún debe desarrollarse. En referencia a datos del SNIS 1999 por consulta nueva en personas de 5 años y más, el sector público alcanzó una cobertura del 50%, las Cajas de Salud un 31%, las ONGs un 18% y el sector privado un 1%. No se dispone de información sobre el porcentaje de población sin cobertura efectiva, ni sobre cuáles han sido tradicionalmente las principales diferencias entre las prestaciones garantizadas por el Ministerio de Salud y el Seguro Social a su población beneficiaria. El Sistema de Seguro Social tiene unificadas las prestaciones sanitarias para todos sus afiliados.

En julio de 1996 el Gobierno de Bolivia, mediante el Decreto Supremo 24303, promulga el *Seguro Nacional de Maternidad y Niñez*, mediante el cual se proveen una serie de servicios gratuitos para las mujeres gestantes, los recién nacidos y los niños menores de 5 años. El objetivo fundamental

fue incrementar la cobertura en estas poblaciones, para reducir los índices de mortalidad materna y neonatal.

El 31 de diciembre de 1998, el Gobierno Nacional promulga el Decreto Supremo No. 25265, con el cual se crea el *Seguro Básico de Salud*, como un servicio público de acceso universal y destinado a otorgar prestaciones esenciales en salud, con calidad y adecuación cultural. Con respecto al *Seguro Nacional de Maternidad y Niñez*, se añaden algunas prestaciones para la niñez menor de 5 años y las mujeres en edad fértil, y se amplía a la población general que vive en zonas endémicas.

El Seguro Básico de Salud, otorga un total 92 prestaciones de carácter promocional, preventivo y curativo. Entre ellas está la detección de la sífilis materna, incluida como el Subprograma de Eliminación de la Sífilis Materna y Congénita, con Resolución Ministerial No. 365 de Agosto de 1998. Todas las acciones se hallan orientadas a reducir la mortalidad en el neonato y en la niñez, y la mortalidad materna.

2.4 Provisión de servicios

Servicios de salud poblacional: Los programas prioritarios están orientados hacia los grupos vulnerables (primordialmente menores de 5 años, mujeres en edad fértil y adolescentes) para ser ejecutados a través de acciones de promoción y prevención desarrolladas desde el primer nivel de atención por auxiliares de enfermería y promotores de salud, y mediante campañas educativas implementadas en el nivel comunitario e institucional. Existen los Programas de Prevención de la tuberculosis, rabia y enfermedad de Chagas. La cobertura no está cuantificada. Entre los programas de detección precoz de patología se encuentra el de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino. No se ha evaluado su impacto.

Desde 1996 la cobertura de inmunizaciones ha caído debido a debilidades institucionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Acciones a nivel local también han sufrido debido a la falta de apoyo de las autoridades regionales. La información existente sobre cobertura no es confiable.¹⁷ Sin embargo los datos de compromisos de gestión registran para el año 2000 un logro del 89% para DPT3 en menores de un año. El porcentaje de cobertura de primer control prenatal ha aumentado del 44.9% al 52.5% entre 1989 y 1994 para alcanzar el 69% en 1998. La cobertura en el área urbana supera el 81% mientras que en el área rural no llega al 53%. En las capitales de departamento alcanza el 83.8% mientras que en los municipios con alta marginación es de un 33%. El porcentaje de cobertura disminuye al aumentar la edad de la madre y el orden de nacimiento. Es mas alta en el Llano (78.9%) que en el Valle (70.5%) y en el Altiplano (60.7%). El departamento con mayor cobertura es Santa Cruz (81.6%) y el de menor cobertura La Paz, (58.9%).

La variable que más influye es el nivel de instrucción de la madre. Entre las mujeres sin instrucción el porcentaje es de 39.4 mientras que entre las que tienen grado medio o más alcanza el 91.9%. Estos datos se refieren a los tres años anteriores a la ENDSA 98. El banco del SNIS ofrece un porcentaje de cobertura de primer control prenatal de 73.9% en 1996, 85.44 en 1997 y 89.57% para 1998. La media es del 83%, un 14% más alta que la proporcionada por la ENDSA 98. A partir de información obtenida del banco de datos del SNIS, vemos que el porcentaje de mujeres con 4 o más controles prenatales fue 36.8% para el año 2000. Los porcentajes oscilan entre el 18% para el área rural del departamento de La Paz y el 77% para el área rural de Santa Cruz.. El incremento de la cobertura del parto institucional entre aumentó de 42.3% en 1994 a 55.9% en 1998. El fuerte incremento entre los dos últimos estudios se debe fundamentalmente a la gratuidad de la atención de parto brindada por el Seguro Nacional de la Mujer y el Niño a partir de 1996.

Servicios de atención individual

El actual sistema nacional de Información en Salud se diseñó en 1990 y entró en funciones en 1991. Se unificó a nivel nacional un informe mensual de actividades en Salud (IMAS), un informe Mensual de Vigilancia Epidemiológica (IMVE) y un modelo básico (anual). Se unificaron también los registros primarios referidos a la Historia Clínica Única, que hoy dispone de apartados a utilizarse en diferentes etapas de la vida. Entre ellas la Historia Clínica Perinatal Base, el Carnet Perinatal, el Partograma, el Carnet de Salud Infantil (incluye control de desarrollo y vacunas), la boleta de Referencia y Contrarreferencia, con sus instructivos de llenado. Describe también los informes tipo resumidos en: IMAS, IMVE, Informe trimestral extra, e informe de las 10 causas de principales de morbimortalidad.¹⁸

El subsector privado es el que menos cobertura de información tiene del SNIS. Se calcula aproximadamente que solo un 50 al 60 % de estos están registrados e informan al SNIS. Un total de 66 establecimientos de salud informan al SNIS.¹⁹

En la última década se incorporó un número importante de establecimientos dependientes de ONGs y de la Iglesia, principalmente en las zonas urbana. Asimismo, la oferta de servicios por el sector privado en los últimos años se ha incrementado notablemente. Aun cuando no se dispone de cifras oficiales, se puede afirmar que esta situación ha aumentado la capacidad de elección de los usuarios entre diversos prestadores.

Para el nivel primario de atención

No hay información disponible sobre las coberturas de las distintas redes de prestadores públicos y privados de servicios de salud. Los servicios de atención primaria no cuentan con sistemas de información computarizados, el procesamiento de la información se realiza en forma manual y la sistematización al nivel de los Distritos es computarizada sólo en un 40%.

Producción de Servicios. Año 1999

	NUMERO	TASA POR 1.000 HABITANTES
Consultas y controles por profesional médico	7,368,826	906
Consultas y controles por profesional no médico	4,434,707	545
Consultas y controles por odontólogo	994,667	122
Consultas de urgencia	ND	ND
Exámenes de laboratorio	2,723,154	335
Placas radiográficas	1,826*	0,85 *

Fuente: SNIS 1999 Ministerio de Salud y Previsión Social. * Correspondiente solo a datos de la Seguridad Social. Fuente: Los Seguros de Salud en Cifras Gestión 2,000 INASES (Instituto Nacional de Seguros de Salud, Ministerio de Salud y Previsión Social).

Las cinco causas más frecuentes de consulta son: enfermedades del aparato respiratorio, infecciosas intestinales, enfermedades del sistema osteomuscular, de la piel, de los órganos genitales, y de la cavidad bucal. El personal Auxiliar de Enfermería desarrolla acciones de atención primaria en salud a través de consulta externa en patologías prevalentes y visitas domiciliarias programadas semanalmente a las comunidades.

Para el nivel secundario de atención

No se dispone de información sobre las coberturas de las distintas redes de prestadores públicos y privados de servicios de salud. El 100% de los Hospitales de tercer nivel y un porcentaje muy reducido del segundo nivel cuentan con más de 50 camas y disponen de sistemas computarizados de información para la gestión administrativa y clínica. No se dispone de información sobre el grado de uso de la información para la gestión clínica.

Producción de Servicios. Año 1999

Indicador *	
Nº total de egresos	358,982
Índice ocupacional	37%
Promedio días de estadía	3.9 días / persona

Fuente: SNIS 1999. MPSSP Bolivia. *Incluye información de maternidades.

No se dispone de información sobre cuáles son las cinco causas más frecuentes de egreso hospitalario para las principales redes de prestadores. Tampoco hay información disponible sobre las listas de espera o tiempos de demora en ser atendidos.

Calidad

Calidad técnica: No se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos con programas de calidad establecidos y funcionando. Tampoco se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos con comités de ética y/o control de comportamiento profesional establecidos y funcionando. El porcentaje de cesáreas sobre el total de partos es de un 18.1 %. En el segundo nivel alcanzó el 18% y en el tercer nivel el 28% para 1999. No se dispone de información sobre cuál es el índice de infecciones hospitalarias. Actualmente se están estableciendo y

organizando los comites de ética hospitalaria, se cuenta con estatutos para su funcionamiento. No se dispone del porcentaje de pacientes a los que se les entrega un informe de alta o de asistencia. No se dispone de información sobre el porcentaje de necropsias sobre el total de fallecimientos hospitalarios ni sobre el porcentaje de muertes infantiles o maternas auditadas.

Calidad percibida: No se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos con programas de mejora de calidez y trato al usuario establecidos y funcionando. Los programas con procedimientos específicos de orientación al usuario se desarrollan en todo el sistema. Su implementación alcanza al 100% de los establecimientos de primer nivel, tanto de los servicios del sector público como de las ONG's; de los restantes no se tiene referencia. No se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos con aplicación de estudios o encuestas de satisfacción del usuario; sin embargo, la información sobre el Seguro Básico de Salud y sus atenciones a las usuarias es deficiente. Las fuentes de información más citadas han sido el personal de salud y la televisión.

Desde la aplicación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y el Seguro Básico de Salud, las usuarias han percibido un aumento en la calidad de la atención prestada hasta el punto de recomendar la utilización de los servicios del seguro a otras personas, coincidente con todos los estudios realizados previamente. Esto está relacionado con la gratuidad, el tiempo de espera aceptable, y la resolución favorable de las complicaciones materno- neonatales.

Todavía un porcentaje considerable de usuarias paga por la afiliación al Seguro Básico de Salud que, sumado al pago por ecografías, análisis de laboratorio y medicamentos, da la sensación a las usuarias que el Seguro Básico de Salud no es gratuito. Sin embargo, sigue siendo la alternativa más accesible para la población frente a la atención privada.²⁰ Tampoco se cuenta con información sobre el porcentaje de establecimientos con comisiones de arbitraje (o equivalentes) establecidas y funcionando. Sin embargo el Comité Nacional de Etica y Bioética recién organizado está apoyando el funcionamiento en cada Departamento.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento de la dinámica

El proceso de Reforma del Sector Salud tiene sus orígenes en una serie de acontecimientos, entre los que destacan el impulso a la gestión, administración, y descentralización, el desarrollo de Distritos, y la mejoría de la infraestructura de los servicios de salud entre 1989 y 1993; y posteriormente, la creación de los seguros materno - infantil y de vejez. En los años sesentas, la entonces Confederación Médica Sindical de Bolivia plantea como una reivindicación social, el acceso universal de la población en forma gratuita a los establecimientos de salud, este

planteamiento fue retomado por el Colegio Médico de Bolivia bajo el nombre de Sistema único de Salud. A fines de la década del 70, se implementa por primera vez un Sistema Nacional de salud que no sea monopolístico ni hegemónico, basado en un modelo de atención, donde se reconoce la existencia de subsectores. A fines de la década del 80, el EMSO/Banco Mundial desarrolla una propuesta de transformación en salud, cuyo objetivo incluía la formación de gobiernos departamentales encargados de la salud.

La Ley de Participación Popular, inició la discusión de la Reforma en Salud con el argumento de que “Bolivia requiere de una profunda reforma de su sistema nacional de salud porque con el actual no puede saldar la deuda social acumulada, no puede reparar los daños ni crear mecanismos permanentes y eficaces de atención a las necesidades de su población, conforme a los cambios iniciados en el país y como un factor dinamizador del desarrollo”. Dicha propuesta se sustentaba en la necesidad de implementar un seguro universal de salud que garantice a todos los bolivianos un paquete básico de atención.²¹

El Estado, a partir de 1994, ha establecido reformas como las leyes de Participación Popular y de Descentralización que marcan la redefinición de competencias de instancias del Poder Ejecutivo y las de los gobiernos municipales en cuanto al sector salud se refiere. No obstante, el sector salud no ha seguido la estructura de descentralización basada en el ámbito municipal, manteniendo los distritos de salud.

El Plan Estratégico de Salud (PES), tiene como objetivo: “Construir el Sistema Boliviano de Salud con acceso universal, en base a la atención primaria, a través de la medicina familiar y comunitaria, el escudo epidemiológico, el seguro básico, el seguro social a corto plazo, la promoción de municipios saludables y la carrera sanitaria, con participación y control social; en un proceso de inicio de la reforma, que las autoridades intentan que culmine con la Ley de la Salud, convirtiendo las políticas del Sector, real y efectivamente, en políticas de Estado”. Recientemente, una reorganización del MSPS integró la Unidad de Reforma del proyecto financiado por el Banco Mundial en la Dirección General de Servicios de Salud.

Tanto el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, así como el Seguro Básico de Salud o paquete de prestaciones dirigidos a la atención de la mujer y menores de 5 años respecto a cierto número de contingencias, fueron evaluados en el año 1998 y 2000 respectivamente. Entre las conclusiones se señalaron: (i) No llegaban a los grupos poblacionales más pobres, (ii) No era difundido ni conocido especialmente en el área rural, (iii) Los gobiernos municipales tenían mucho retraso en el pago de las prestaciones, (iv) Presentaban problemas de disponibilidad oportuna de insumos médicos, (v) Existía una disparidad en el uso de fondos municipales, mientras unos municipios se encontraban

sin utilizar los fondos asignados de coparticipación, algunos estarían sobresaturados en su utilización.

Los compromisos de gestión fueron evaluados en el año 2001, observando que existe avance en los resultados, requiriendo un ajuste y adecuación de los indicadores.

Seguimiento de los contenidos

Marco jurídico: En el contexto de las ley de Participación Popular y Ley de Descentralización, el Decreto Supremo 24237 creó el Sistema Público Descentralizado y Participativo de Salud, fortaleciendo las acciones de seguimiento, vigilancia y evaluación de la aplicación de las políticas de salud, las estrategias generales de los programas nacionales y los proyectos especiales.

Desde el inicio de la actual administración, el sector salud formó parte del pilar “Equidad” y, en consecuencia, la RS se inscribió en un marco de intersectorialidad y de lucha contra la pobreza. Hasta ahora la RS se ha ido instrumentando mediante Decretos Supremos. El borrador *de Anteproyecto de la Ley del Seguro Universal de Salud*, a ser discutido en las próximas legislaturas, tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud a través del Seguro Básico de Salud, con alcance a toda la población del territorio nacional. Con tal fin, se crearía el Sistema Boliviano de Salud integrado, descentralizado y participativo. Dicho Proyecto se encuentra en el Senado Nacional para su discusión y aprobación como Ley de la República. Sin embargo, es poco probable que se pueda aprobar la misma antes del cambio de gobierno, y es posible que se requiera de una estrategia nacional en cascada para la negociación tanto política, social como técnica con los diferentes sectores de opinión del país.²²

Derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento: Tanto la Constitución como los Decretos Supremos reconocen el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud. El decreto Supremo 25265 define al Seguro básico de Salud en su Art. 3 “ El acceso al Seguro Básico de Salud es un derecho garantizado por el Estado y es gratuito para los usuarios a las usuarias. Están protegidos por el Seguro Básico de Salud, todos los habitantes del país, dentro del límite de las prestaciones establecidas en este decreto”

Rectoría y separación de funciones: El MSPS se orienta en la actualidad al fortalecimiento de la capacidad operativa de los SEDES como una estrategia para fortalecer el rol rector de las autoridades sanitarias. No se han creado nuevas instituciones de regulación que afecten al sector.

La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en Bolivia efectuada siguiendo el instrumento de evaluación impulsado por OPS/OMS en 2001 reveló que la función de *Participación de los ciudadanos en salud*, y la función de *Desarrollo de políticas y capacidad institucional* obtuvieron los resultados más altos. Presentaron resultados mínimos de

desempeño las funciones relativas a *Investigación en salud pública, y Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*.²³

Históricamente, el país ha carecido de un sistema de salud articulado, existiendo fuerte fragmentación y clara descoordinación tanto al interior de los tres subsectores, así como en las relaciones entre ellos. El actual gobierno plantea construir un Sistema Boliviano de Salud basado en el aseguramiento universal, sin embargo, no se ha planteado la separación de las funciones de rectoría, aseguramiento, provisión y evaluación como un objetivo.

Se han tomado acciones orientadas a garantizar que los sistemas de información entreguen en forma periódica informes relevantes para establecer prioridades, tomar decisiones y asignar recursos a los diferentes niveles de decisión. Esto es resultado de que la RS pretende basarse en la mejor información disponible y en la continua evaluación de procesos y resultados. Igualmente, las autoridades son conscientes de las limitaciones del SNIS en términos de oportunidad y confiabilidad, y de la necesidad de mejora.

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y el Seguro Básico de Salud han introducido y fortalecido los mecanismos de participación popular en la planificación y la gestión en salud, particularmente en los niveles locales y distritales, así como los de rendición de cuentas en todos los niveles del sistema. Se ha establecido el monitoreo de los compromisos de gestión a nivel central y departamental, a fin de detectar municipios de alto riesgo de acuerdo a los resultados según las metas establecidas.

Modalidades de descentralización: Se están revisando y modificando los niveles administrativos del sistema de servicios de salud, las funciones de cada uno y las relaciones entre ellos a través de Decretos, principalmente en el ámbito prefectural y municipal. Estos planteamientos son coherentes con la LDA, la LPP y los Decretos reglamentarios. Se realizó la transferencia de los servicios de salud (infraestructura y equipamiento) a los municipios, a los que se asignaron fondos de coparticipación para mantenimiento, equipamiento y obras de construcción de acuerdo a las necesidades locales. El grado de desconcentración al interior de cada una de las principales instituciones públicas de servicios de salud es aún incipiente, por lo que no hay evidencia cuantificable. En el año 2000, se iniciaron procesos de gestión autónoma de hospitales. Fueron establecidos Contratos de Gestión para la administración de algunos distritos de salud, con delegación autónoma al sector privado no lucrativo, sin embargo no fueron definidos mecanismos de regulación de estos procesos.

Participación y control social: La participación de la comunidad organizada se amplía en instancias de concertación. Se incorporan en la discusión de la problemática de salud a los Comités de Vigilancia y a los pueblos originarios, que anteriormente eran excluidos de la toma de

decisiones. El Plan Estratégico de Salud, a través de Salud con Identidad con enfoque Intercultural en Salud y enfoque de Género, también incorpora la problemática específica. La vigencia del Comité de Vigilancia está normada por la Ley de Participación Popular y los Decretos reglamentarios, sin embargo aún se hace difícil su implementación real por falta de recursos económicos y capacitación. No se dispone de información sobre si se están introduciendo grados de formalización legal de dichas instancias y mecanismos asignados. A raíz de la realización del Diálogo Nacional para establecer la Estrategia Boliviana de Lucha contra la Pobreza, fueron desarrollados procesos de discusión y debate sobre problemas y soluciones desde el nivel municipal, dicho proceso fue apropiado por los gobiernos locales. Actualmente se están discutiendo mecanismos de control social, especialmente ahora que la ejecución de proyectos sociales y productivos serán tramitados y ejecutados por los gobiernos municipales. Los recursos son administrados por el Directorio Único de Fondos (DUF)

Financiamiento y gasto: No se dispone de información sobre si se están fortaleciendo los sistemas de información sobre financiamiento y gasto para hacerlos confiables y homologables por unidad territorial y/o por establecimiento. En la actualidad, no se han desarrollado los instrumentos administrativos para modificar la distribución del gasto público. Sin embargo, con el proceso de asignación de recursos y principalmente con la incorporación del Decreto Reglamentario de los SEDES, los Servicios de Salud pueden reinvertir sus recursos generados por la recuperación de costos en sus mismas acciones, lo que hace necesario sistemas de información sobre financiamiento para lo cual sí se cuenta con instrumentos.

Oferta de servicio y modelos de atención: Como consecuencia del proceso de descentralización del sistema de salud, se han incorporado nuevos actores (Municipios y Prefecturas principalmente), que han ido incrementando la oferta de prestaciones de salud pública. De esta manera, el primer nivel de atención concentra alrededor del 80 a 90% de la capacidad resolutive del sistema. En la actualidad se están llevando acciones para mejorar la coordinación entre las instituciones de los distintos niveles del sistema para fortalecer la red de servicios. Desde 1999 se han estado implementando algunas experiencias piloto de organización de redes de prestadores con coordinación público/privada descentralizadas. No se dispone aún de suficiente información sobre sus resultados.

Modelo de gestión Se ha establecido y apoyado la institucionalización de la Gerencia por Resultados mediante la firma de los compromisos de Gestión al nivel de cada Departamento, éstos a su vez realizan los mismos a nivel local. Una reciente evaluación encargada a OPS/OMS ha mostrado que es un proceso en marcha, el cual cuenta con el monitoreo respectivo sobre 15 indicadores de resultados según metas acordadas y 10 indicadores de proceso en el mejoramiento de la calidad de atención, de fortalecimiento institucional y de descentralización. Se está

implementando por parte de los establecimientos públicos, la compra y venta de servicios a terceros. Tampoco se dispone de información sobre si se están organizando los establecimientos sanitarios públicos con criterios empresariales, de autogestión u otros, o de si se ha entregado, o se pretende entregar a la gestión privada los establecimientos o servicios sanitarios a propiedad particular.

Recursos humanos: Se han introducido modificaciones en las formas de práctica profesional, con orientación multidisciplinaria, ya que el modelo de atención establece que se “garantizará el acceso universal, mediante la atención primaria en salud con la medicina familiar como puerta de entrada al sistema Boliviano de Salud”. Para el personal de salud se han definido como estrategias la regulación de los procesos de capacitación del sistema de salud y el establecimiento de la carrera sanitaria. Anualmente se realizan cursos de capacitación en el manejo de programas prioritarios y administración del SNIS dirigidos al personal de dirección en los ámbitos médico, de enfermería y odontología, sobre todo en aspectos gerenciales. No se dispone de información sobre si se están creando o reformulando los mecanismos de certificación de los trabajadores de la salud o sobre la implementación de incentivos al desempeño. El Ministerio de Salud y Previsión Social ha planteado el establecimiento de la Carrera Sanitaria, para lograr estabilidad funcionaria en los servicios y promover la calidad de los recursos humanos.

Calidad y Evaluación de Tecnologías en Salud: No se dispone de información sobre mecanismos de evaluación de las tecnologías en salud antes de ser introducidas y/o durante su uso. El Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear (IBTEN), con apoyo de OPS/OMS, ha realizado un proyecto de investigación denominado “Evaluación de la calidad de los servicios de radiodiagnóstico” en el cual participaron 7 centros de salud; en el control de calidad de imagen y procedimientos técnicos, en función a tres patologías: mamografía, Tuberculosis y dolor lumbosacro y cervical. El total de equipos de RX registrados en el país es de 260, se encuentran 185 al nivel de cabecera de departamento, y 75 en provincias. Este número no corresponde a todos los equipos del país, que se estima son alrededor de 400 equipos. Respecto a equipos de RX Odontológicos, se encuentran registrados 76, estando 54 de estos en las capitales departamentales y 22 en provincias, sin embargo, se estima que existirían 600 equipos de RX. odontológicos.

3.2 Evaluación de resultados

Tomando en cuenta el estudio sobre los avances en el “Cuidado de Salud de las Madres y los Recién Nacidos dentro del Componente de Reforma en Salud en Bolivia”,²⁴ “La Evaluación del Seguro Básico de Salud,”²⁵ y la “Evaluación de los Compromisos de Gestión 2000”,²⁶ podemos concluir lo siguiente con referencia a los efectos de las políticas de salud respecto a la madre y el

recién nacido:

Usuarías. La información sobre el Seguro Básico de Salud y sus atenciones a las usuarias es deficiente. Las fuentes de información más citadas han sido el personal de salud y la televisión. Desde la aplicación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y el Seguro Básico de Salud, las usuarias han percibido un aumento en la calidad de la atención prestada hasta el punto de recomendar la utilización de los servicios del seguro a otras personas, coincidente con todos los estudios realizados previamente. Esto está relacionado con la gratuidad, el tiempo de espera y la resolución favorable de las complicaciones materno- neonatales. Un porcentaje considerable de usuarias paga por la afiliación al Seguro Básico de Salud que, sumado al pago por ecografías, análisis de laboratorio y medicamentos, da la sensación a las usuarias que el Seguro Básico de Salud no es gratuito. Sin embargo, a pesar de esto sigue siendo la alternativa más accesible para la población frente a la atención privada.

Satisfacción de los proveedores. Hay una aceptación generalizada del Seguro Básico de Salud por parte de los proveedores aunque se proponen algunas modificaciones, especialmente en cuanto a las cantidades de medicamentos previstas en los protocolos y, en menor grado, en cuanto al tipo, para el manejo de las complicaciones. Entre las deficiencias del Seguro Básico de Salud detectadas por los proveedores, cabe destacar la deficiente información dada a las usuarias sobre las prestaciones que cubre el seguro y la falta de recursos humanos por mayor afluencia de usuarias / os.

En cobertura. El Seguro Básico de Salud, de acuerdo a la información de resultados de compromisos de gestión, se habría incrementado la cobertura de parto del 33% en 1996 al 52% el 2000, la cobertura de inmunizaciones DPT3 del 70% en 1996 al 89% para el 2000, de igual manera los municipios en riesgo por baja cobertura bajaron del 62% el 96 al 23% para el 2000. Fue incrementado del 12% al 25% respecto a la cobertura de mujeres que reciben orientación en planificación familiar entre el 1996 al 2,000 respectivamente, entre los principales avances.

En la distribución de recursos. El gasto total en salud per cápita, tuvo un ligero aumento de \$us. 39.6 en 1995 a \$us.53.- para 1998. El gasto público en salud habría tenido un incremento del 51% del año 1995 a 1998, con un gasto del orden de los \$US191,186,000 el 95 frente a \$US289,389,000 para el año 1999.

En acceso. El Seguro básico de salud ha disminuido la inaccesibilidad económica. Sin embargo, persisten barreras culturales, y principalmente geográficas y de capacidad resolutive especialmente en el área rural. Existen algunas iniciativas para disminuir la barrera lingüística y cultural, pero son muy pocas. No se tienen estudios en el sector público sobre tiempos de espera quirúrgicos, o de consulta. Sobre la efectividad y calidad del seguro básico y su peso en la reducción de brechas no se tiene evidencia en grupos étnicos, o de condiciones socioeconómicas deprimidas.

Sobre calidad técnica. se están realizando auditorias médicas pero que no se tienen resultados publicados. No se tienen equipos estructurados o fortalecidos que implementen programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo. No se tiene información de hospitales que tuvieran comités de calidad establecidos y funcionando. Existen muy pocos hospitales con comité de infecciones hospitalarias. Tampoco existen informes de alta que se entregue a los pacientes. Los demás acápite no tienen respuesta basada en informes, datos o evidencias de sus mejoras. No existe una instancia que realice el monitoreo del propio proceso de reforma sectorial.

Sobre Participación de la Comunidad. Es Participación Popular, más que el sector salud quién ha impulsado la participación de la comunidad. Sin embargo, está en discusión una propuesta sobre Salud con Identidad que se basa en la participación o inclusión de la población indígena y originaria para incorporarlos en el seguro básico.

* La segunda edición del Perfil, fue discutida por un grupo de 10 profesionales y tomadores de decisiones de alto nivel pertenecientes a la Dirección General de Servicios de Salud, a la Dirección General de Prevención y Control de Enfermedades y Dirección General de Salud Ambiental, Ocupacional y Promoción de la Salud, Jefaturas de Programas del Ministerio de Salud y Previsión Social, así como las ONG's en salud, Save The Children, Acción Internacional para la Salud (A.I.S. Bolivia), Centro de Investigación Educación y Servicio (C.I.E.S.), Red PROCOSI, Colegio Médico Departamental La Paz, Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) y a OPS/OMS. La coordinación técnica del grupo nacional, corrió a cargo de la oficina de OPS/BOLIVIA. La revisión externa fue encomendada al Dr. Guillermo Seoane de John Snow Inc. Mother Care Bolivia. La responsabilidad por la revisión final y decisión y edición correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la división de Desarrollo de sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

Bibliografía y notas

- ¹ República de Bolivia: "Constitución Política del Estado", Ley 1615 del 6 de febrero de 1995, La Paz, 1995.
- ² UDAPE: "Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP)" (Mimeo) La Paz, Bolivia 2001: 5
- ³ Cárdenas, Marina: "Bolivia: Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud", 2000.
- ⁴ MotherCare "Análisis de Situación del recién Nacido en Bolivia" (mimeo), Octubre, 2001: 27-28; La Paz Bolivia
- ⁵ UDAPSO- PNUD: "Índices de Desarrollo Humano y otros indicadores sociales en 311 municipios de Bolivia", La Paz, 1997.
- ⁶ UDAPE, 2001: 14-15
- ⁷ Naciones Unidas, 2000: 15
- ⁸ Cárdenas, Marina: "Bolivia: Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud", 2000.
- ⁹ Investigación CCH-USAID Bolivia 1994.
- ¹⁰ MSPS-Unidad de Reforma del Sector Salud: "Paquete materno neonatal (PMN)", (mimeo), Bolivia, 1999
- ¹¹ INE: "Censo Nacional de población y vivienda 1992" La Paz, Bolivia
- ¹² SNIS: "Estadísticas de salud 1999". La Paz, Bolivia.
- ¹³ Ibid.
- ¹⁴ MotherCare "Análisis de Situación del recién Nacido en Bolivia" (mimeo), Octubre, 2001:119-120; La Paz Bolivia
- ¹⁵ MotherCare "Análisis de Situación del recién Nacido en Bolivia" (mimeo), Octubre, 2001:127-128; La Paz
- ¹⁶ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
- ¹⁷ Banco Mundial: Project Appraisal Document on a Proposed Adaptable Program Credit to the Republic of Bolivia for a Health Sector Reform Project," March 31, 1999.
- ¹⁸ MC/JSI. Guía de Supervisión, Monitoreo y Evaluación. Atención de la Madre y el Recién Nacido. Febrero 2000
- ¹⁹ SNIS: "Estadísticas de salud 1999", La Paz, Bolivia
- ²⁰ JSI/MotherCare "Cuidado de la salud de la madre y los recién nacidos dentro del componente de reforma de la salud en Bolivia" (mimeo), Octubre, 2000:104; La Paz Bolivia
- ²¹ Seoane, G: "Principios y pilares de la transformación en salud" OPS/OMS y UNICEF. 1994:7; La Paz, Bolivia
- ²² MotherCare "Análisis de Situación del recién Nacido en Bolivia" (mimeo), Octubre, 2001:95-96; La Paz
- ²³ El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria de Bolivia. Informe Preliminar, noviembre 2001 (mimeo).
- ²⁴ Ibid JSI/MotherCare "Cuidado de la salud de la madre y los recién nacidos dentro del componente de reforma de la salud en Bolivia" (mimeo), Octubre, 2000; La Paz Bolivia
- ²⁵ URS-MSPS/Banco Mundial 2000 "Evaluación del seguro básico de salud"
- ²⁶ Figueroa, M. "Evaluación de los compromisos de gestión" OPS/OMS 2000. La Paz, Bolivia

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
COLOMBIA**

(1ra edición, Junio 1999)
(2da. edición, Mayo del 2002)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Colombia es una república unitaria descentralizada, con un gobierno democrático. Su extensión territorial es de 1,138. 910 Kms² y su población es 43.070.703 habitantes en el año 2001. En los años 90 se produjo una radical apertura económica en casi todos los sectores de la economía. El Producto Interno Bruto experimentó un crecimiento estable desde 1991 hasta 1994 y la inflación disminuyó. El proceso de crecimiento se detuvo y profundizó una tendencia recesiva a partir de 1997, que se acentuó en los años 1998 y 1999. En 1999, el PIB decreció un - 4.2 y en el 2000 creció un 2.8. La inflación descendió, siendo de 8.7% en 2000, y de 8.0% (proyectada en 2001).

La situación de salud se encuentra en una transición caracterizada por el mejoramiento progresivo, desigual e inequitativo y la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas, la cual afecta con mayor severidad a la población más pobre, con diferencias evidentes de género. El trauma y los homicidios han tomado una inusitada preponderancia en el marco epidemiológico general. La tasa cruda de mortalidad general para el año 2000 fue de 5.90. En el 2000, la mayor proporción de muertes fue por causas relacionadas con el aparato circulatorio, seguida de las causas externas, tumores, enfermedades transmisibles y afecciones originadas en el período prenatal.

La Ley 10 de Municipalización de la Salud de 1990 inició un proceso de transformación tendente a fortalecer el sector salud desde sus entes territoriales. El proceso se ha desarrollado lentamente. En el año 2000, 25 departamentos y distritos 524 municipios estaban certificados. La reforma se complementó con las Leyes 60 (que descentralizó las competencias y recursos de salud y educación) y 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social) que plantean la ampliación de las coberturas de salud pública y de atención personal a través del sistema de aseguramiento. En el aseguramiento, son las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado las que administran el aseguramiento en sus modalidades contributiva y subsidiada, respectivamente. No se logró la meta de cobertura universal y la población de bajos recursos no afiliada al sistema es atendida a través de la red pública hospitalaria. La población en el régimen contributivo cotiza un 12% de sus ingresos y recibe el Plan Obligatorio de Salud; los subsidiados se afilian a través de una cotización que el Estado paga el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Se esperaba que en el año 2001 ambos paquetes fueran idénticos, pero el desempleo y bajo crecimiento económico impidieron la cobertura universal y la equiparación de los planes como lo contemplaba la Ley 100.

La concepción inicial se basaba en la libre elección de aseguradora y proveedor, lo cual se ha visto constreñido por las limitaciones para la extensión de coberturas del sistema y las dificultades de encontrar competencia de aseguradores y proveedores, en gran parte de los municipios menos desarrollados.

Con la reforma se creó una estructura funcional del sistema constituida por: el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que ejerce la rectoría del sistema; el Ministerio de Salud que dicta las políticas (en

el ámbito territorial la ejercen los Servicios Seccionales de Salud y las Direcciones de Salud de los Municipios). Las finanzas del sistema se manejan a través del Fondo de Solidaridad y Garantía. La Superintendencia Nacional de Salud ejerce la inspección, la vigilancia y el control del sistema.

En el año 2000 se contaban 13.245.465 beneficiarios en el régimen contributivo y 9.510.566 en el subsidiado (59.79% de población pobre por NBI) lo que representa el 53.76% de la población de Colombia.

La reforma también planteó la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado así como la definición de mecanismos institucionales, legales, administrativos y operativos (Defensoría del Pueblo, Superintendencia Nacional de Salud, veedurías comunitarias, acción de tutela, etc.), tendientes a fortalecer la participación de los usuarios de los servicios en la gestión del sector.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto Político: Colombia es una república unitaria gobernada constitucionalmente por tres poderes. El poder Ejecutivo representado por el Presidente elegido para cuatro años y que es asistido por dieciséis ministros que puede nombrar y remover libremente. En los Departamentos el poder ejecutivo lo ejerce el Gobernador y en los municipios, el Alcalde; ambos elegidos por elección popular por un período de tres años. El poder Legislativo está compuesto por un Congreso bicameral formado por el Senado y la Cámara de Representantes. Tanto los senadores como los representantes son elegidos por voto popular para un período de cuatro años. El poder Legislativo en los Departamentos está representado por la Asamblea de Diputados y en los Municipios por el Consejo Municipal. Los diputados y concejales son también nombrados por elección popular cada 3 años. El poder Judicial está representado a nivel nacional por la Corte Suprema de Justicia que se divide en cuatro salas: Penal, Civil, Laboral y Constitucional. Además de los tres poderes descritos, en Colombia existe una rama del ministerio público encargada de dirimir los conflictos entre el Estado y los particulares, o entre las diferentes entidades del Estado. El ministerio público está representado en el nivel nacional por el procurador nacional; en el nivel departamental, por los procuradores delegados y en los municipios por el personero municipal. Según la Constitución de 1991, Colombia está dividida en 32 Departamentos, 1.076 Municipios, 2.029 Corregimientos y 4.040 inspecciones de policía. La capital del país no forma parte de ningún departamento y tiene carácter de Distrito Capital.

La planificación y gestión del desarrollo está a cargo del Departamento Nacional de Planeación, el cuál ejecuta sus funciones de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo, el que es complementado a nivel territorial mediante planes departamentales y municipales de desarrollo.

En el contexto del conflicto armado que desde hace décadas vive el país, el desplazamiento forzado es una expresión de la crisis humanitaria, del limitado acceso a servicios básicos como alojamiento, agua potable, salud y programas de apoyo o reinserción social, así como de la fragilidad de los derechos fundamentales y de las instancias judiciales para hacerlos valer. La población desplazada vive en condiciones de fragilidad con respuestas de poco impacto frente al problema. Por tanto, las disparidades entre las zonas rural y urbana en educación, servicios básicos y empleo; las desigualdades de género y la violencia, tanto política como social (con secuelas de traumatismos y homicidios) se citan entre los principales problemas que influyen el desempeño de los servicios de salud. PROFAMILIA, 2001 plantea que las mujeres desplazadas se embarazan el doble (8%) de la tasa nacional (4.7%), siendo el 55% embarazos no deseados. Es significativa la tasa de embarazo entre adolescentes desplazadas.

1.2 Contexto económico: El PIB mostró un comportamiento satisfactorio en los años 80 y un crecimiento estable de 1991 a 1994. A partir de 1994 la inflación disminuyó lentamente y lo hizo significativamente a partir de 1999.¹ En 1999 el PIB decreció un 4.2% en términos reales y en el 2000 creció un 2.8%. Para el año

2001 se espera un crecimiento de 4.0%. La tasa de inflación, medida por el índice de precio al consumidor (IPC), fue de 9.2% en 1999; de 8.7% en el 2000, y se proyecta en 8.0% para el 2001.

Algunos Indicadores Económicos

INDICADOR	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB per cápita precios constantes en USD	ND	ND	ND	2,420.1	2,038.4	1,920.1
Población Económicamente Activa, en miles	16.456	16.292	16.830	17.549	18.290	19.571
Gasto Salud Público / PIB	4.3	5.2	5.3	5.1	5.5	ND
Gasto Salud Privado / PIB	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	ND
Gasto Salud Total / PIB	7.4	8.8	9.3	9.3	8.6	ND
Gasto público social como porcentaje del PIB	12.40	13.90	13.19	13.19	14.05	12.18
Tasa de Inflación Anual %	19.46	21.63	17.68	16.70	9.23	8.75

Fuente: Departamento Nacional de Planeación DNP. Indicadores de coyuntura económica. 2000. DANE 2000

Colombia incrementó sus exportaciones a los países industrializados, a América Latina y al resto del mundo entre 1985 y 1995. A partir de 1990 se inició un proceso acelerado de apertura, con disminución sensible en todos los niveles arancelarios, lo que se ha traducido en un déficit comercial pronunciado. Los productos de exportación más atractivos incluyen café, petróleo crudo, carbón, esmeraldas, banano, flores, textiles y confecciones, productos químicos, y artículos de cuero.

Los flujos de inversión extranjera directa hacia el país se incrementaron gradualmente de 1985 a 1995, cuando alcanzaron US\$ 7.342 millones. Esta cifra excluye la inversión extranjera en el sector minero - petrolero. En 1998 el total de la inversión extranjera en Colombia fue de 4.749.77 millones de US\$. La deuda externa total de Colombia sumó US\$ 17,000 millones en 1992 y US\$ 29,000 en 1994 (34,5% y 30,7% del PIB, respectivamente)². En 1999 se incrementó a \$33,853 millones de US\$ y en el 2000 a \$33,264 millones.

1.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico

Colombia experimenta los cambios demográficos y epidemiológicos propios de las sociedades en transición tales como envejecimiento de la población, descenso de las tasas de fecundidad y rápida urbanización. La esperanza de vida al nacer aumentó a 71,2 años en el 2000, la fecundidad pasó de 7 hijos por mujer en 1950-1955 a 2,7 hijos por mujer en 1995-2000. El 71% de la población es urbana con la consecuente saturación en el acceso a los servicios básicos de las ciudades. La esperanza de vida al nacer se mantiene casi idéntica en los últimos tres años: 68,2 años para los hombres y 74,8 las mujeres en el 2000.

El crecimiento de la población se mantuvo entre el 1,6 y el 1,8 % anual en los últimos tres años. La razón de dependencia por 100 habitantes se ha mantenido entre 62,8 y 59,8 en ese periodo. Un serio problema es el desplazamiento forzado del medio rural al urbano a causa de los conflictos bélicos. En los últimos tres años unas 580.000 personas fueron desplazadas por la violencia. Los campesinos son los más afectados; el 82% de los desplazados proviene de zonas rurales y del total de la población rural desplazada, el 46% de los hogares tenían alguna posesión de tierra y el 18% eran jornaleros o trabajadores independientes.

INDICADORES	AÑOS		
	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad	23,2	23,6	23,4
Tasa global de fecundidad	2,7	2,7	2,7
Tasa bruta de mortalidad	5,6	5,7	5,6
Tasa de mortalidad materna	87	78,2	81,1
Crecimiento demográfico anual	1,6	1,8	1,8
Esperanza de vida al nacer	71,0	71,0	71,2
Tasa de mortalidad infantil	24,0	28,0	11,2

Fuente: Situación de Salud en Las Américas. Indicadores básicos 2000, 1999, 1998.

Tal como se observa en el cuadro anterior, la tasa bruta de mortalidad en 1998-2000 no ha sufrido cambios significativos. Un problema importante es el subregistro de la mortalidad. Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar en Colombia. El segundo lugar lo ocupan las muertes por causa externa con tasas que van desde 131,6 en el 1998 a 131,5 en el 2000, con una tendencia al incremento (era de 107,7 por 1000 habitantes en 1995). La tendencia en el último cuarto del siglo pasado fue al aumento, con un promedio anual aproximado a los 25.000 homicidios en la última década, sumando en los 20 años finales del milenio una cifra cercana a los 500 mil muertos. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, plantea cifras de 36.947 muertes violentas en el año de 1999. De las muertes violentas, el 62%, fueron homicidios, 20% accidentes de tránsito y casi el 6% suicidios. Los más afectados fueron los hombres de 25 a 34 años, seguidos por los jóvenes de 18 a 24 años. El número de asesinatos y el riesgo de morir asesinado se ha elevado, expresión del deterioro en la situación general de violencia. Las muertes por neoplasias ocupan el tercer lugar. Y el cuarto las enfermedades transmisibles, ambas con una tendencia bastante estable. El grupo de signos, síntomas y afecciones mal definidas es el que mayores variaciones ha presentado, descendiendo de una tasa de 27,4 por 100.000 habitantes en 1995 a 13,1 para 1998.

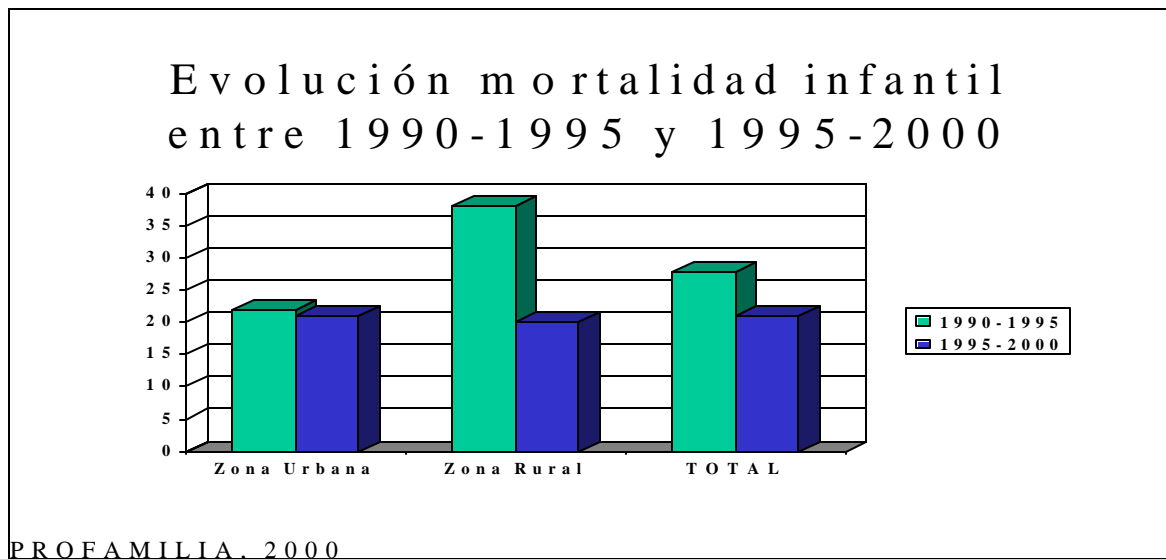
Las afecciones del período perinatal, cuyas tasas se han calculado teniendo en cuenta los nacimientos proyectados para cada uno de los años, muestran un comportamiento disímil pasando de 4,8 por 1000 nacidos vivos en 1995 a 2,4 en 1996, y aumentando a 5,5 y 7,5 por 1.000 en 1997 y 1998 respectivamente.

La tuberculosis es un problema de salud pública en el país. Su recrudecimiento se relaciona con el incremento de la pobreza y de poblaciones marginales, el aumento de migraciones, la debilidad de los programas de control, las dificultades en acceso a servicios y la escasa educación. En Colombia, se hubo un descenso permanente de 1970 (58,6 casos por 100.000 habitantes) a 1999 (26,5). En los últimos 3 años, la tuberculosis aumentó, muy probablemente debido a mejoras en el Programa Nacional que se tradujeron en incremento en la búsqueda de sospechosos y en la detección de casos positivos. En 1999 la

información sobre zonas del país que abarcan el 31% de la población, mostró un porcentaje de curación del 66,2% y un porcentaje de tratamientos exitosos del 78%.

Es política nacional eliminar la lepra como problema de salud pública. La prevalencia activa en el año 2000 es de 0,5 x 10.000 habitantes (2.124 casos). Aunque este indicador se encuentra dentro del parámetro mundial de eliminación en el año 2000, los departamentos de Cesar, Santander, Huila y Norte de Santander presentaron prevalencias superiores a 1 caso por cada 10.000 habitantes. Si bien se ha alcanzado una reducción en el número de casos, el porcentaje de casos nuevos con discapacidad por diagnósticos tardíos ha ido aumentando.

La tasa de mortalidad infantil para el quinquenio 1995-2000 es de 21 por mil nacidos vivos³, siendo la mortalidad neonatal de 15 por mil y la mortalidad en los primeros cinco años de vida de 25 por mil. La mortalidad infantil más baja se registra en Bogotá (17 por mil), seguida por la región Central (20 por mil), mientras que en la costa es de 29 por mil. El Ministerio de Salud realizó un estudio con el CIDER de la Universidad de los Andes, para ajustar la tasa de mortalidad infantil por subregistro, encontrando que el dato ajustado debería ser del orden de 35 por mil nacidos vivos. La mortalidad infantil de 21 es incongruente con los niveles de mortalidad materna que registra Colombia⁴



La prevalencia de desnutrición crónica o retardo en el crecimiento fue de 13,5% entre menores de 5 años y la prevalencia de enfermedades en este grupo estuvo en 13,9% para diarrea y 12,6% para IRA. Ocurren en menores de cinco años 30 defunciones diarias, representando las IRAs el 14%. La neumonía es la primera causa de hospitalización y muerte; la primera causa de egreso hospitalario en menores de un año y en niños de 1-4 años con un 20,1% y 24,0%, respectivamente. Siguen otras causas de morbilidad perinatal, enteritis y

otras enfermedades diarreicas en el grupo de menores de un año y de enteritis y bronquitis en el grupo de 1-4 años. La morbilidad por IRAs ha pasado de 193,3 x 1.000 hb en 1990 a 258,7 x 1.000 hb en 1996.

La mortalidad por EDA en menores de 5 años en 1990 era de 45,4 x 100.000 y la meta era alcanzar en el 2000 una tasa de 22,7. Entre 1993 y 1997 las tasas de mortalidad se mantuvieron por debajo de lo esperado. Sin embargo, desde 1997 la mortalidad se ha incrementado siendo en 1998 superior a la meta propuesta. Aún no se tienen datos de la mortalidad de 1999 y 2000. La morbilidad por EDA en menores de 5 años en 1990 era de 113,5 x 1.000 y la meta era alcanzar en el 2000 una tasa de 85,1. Las tasas observadas entre 1991 y 1996 han estado dentro de lo esperado. Desde 1997 no se tiene información sobre morbilidad por EDA.

Las Infecciones Respiratorias Agudas son un importante problema de salud pública y ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años. Las tasas de mortalidad por neumonía han disminuido en los últimos años, de 51,0 a 30,8 por 100.000 habitantes entre 1988 y 1996; sin embargo, en fue de 34,1 en 1998. La morbilidad por IRA ha aumentado de 174,0 a 214,0 x 1.000 habitantes entre 1.991 y 1.996. La mortalidad en menores de cinco años por IRA mide el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Se partió de una tasa de mortalidad de 46,3 x 100.000 en 1990 y se esperaba alcanzar 32,4 para el año 2000. Sin embargo en los últimos años consolidados (1997 y 1998) se ha incrementado de nuevo la mortalidad por IRA.

Enfermedades Emergentes y Reemergentes. En 1999 fueron confirmados 13 casos de cólera y ninguna defunción. Comparado con 1988 se trata de una reducción considerable ya que en ese año se reportaron 445 casos para una incidencia de 1,04 por cada 100.000 hb x 7 defunciones con una letalidad de 0,01. Las ETV, malaria y dengue, constituyen en el país graves problemas de salud pública. Se estima que 85% de la población rural que habita en áreas situadas por debajo de los 1,800 mts (entre 15 y 18 millones de personas) pueden adquirir malaria, leishmaniasis y fiebre amarilla. El 65% de la población urbana tiene alta probabilidad de infección por dengue/FHD y se ha estimado que aproximadamente 8.000.000 de personas habitan en zonas de transmisión de la enfermedad de Chagas. En la última década el país reporta un promedio anual de 200.000 casos de malaria, aunque por cada caso registrado existen dos sin notificar. La malaria fue epidémica en 1998, con 240.000 casos confirmados, siendo el pico más alto en toda la historia del país. En el año 2000 se registraron 141,047 casos confirmados de malaria, para un aumento del 61% respecto al 1999. Este comportamiento es endémico desde la década de los noventa.

El promedio anual de casos de dengue es 30.000. Sin embargo, en 1998 se notificaron 57.985 casos con 5.171 de dengue hemorrágico. La enfermedad muestra un patrón endemo-epidémico, dada la circulación simultánea de diferentes serotipos y los altos índices de infestación por *Aedes aegypti*.

La leishmaniasis con un promedio anual de 6.000 casos es un problema de grandes proporciones y costo. Se notificaron 51 casos de sarampión en 1997; en 1998, 60 casos, y en 1999 se confirmaron 41. Un alto porcentaje de municipios tiene cobertura de vacunación con triple viral inferior al 95%.

La rubéola presentó un comportamiento endemo-epidémico con tasas que oscilaron entre 18,4 y 36,7 por 100.000 habitantes, con dos grandes picos de la enfermedad en los años 1989 y 1994. En 1996, se notificaron 6.302 casos, con una tasa global de 17,1 por 100.000. Desde 1997 la incidencia de rubéola ha disminuido por efectos de la vacunación con triple viral. Durante los años 1997, 1998 y 1999 se detectaron 1901, 1906 y 974 casos para una tasa de 4,7, 4,7 y 2,3 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. En el 2000 se identificaron brotes de rubéola en Bogotá, Norte de Santander y Nariño. La tasa de difteria ha ido disminuyendo con la vacuna DPT.

En Colombia se notifican la infección por VIH y el caso de SIDA, lo cual es una fortaleza para el seguimiento de la epidemia. Desde 1983 hasta abril de 1999 se reportaron 21.048 casos de infección por VIH/SIDA. De éstas, 11.381 corresponden a personas asintomáticas y 5.782 a personas con SIDA, para un total acumulado de 17.163 personas, de los cuales el 85% son hombres. En el mismo período se registraron 3.441 muertes por SIDA, el 90% hombres.

La encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes estudiantes entre los 10 y los 24 años se realizó en el año 2001⁵ en 27 capitales y tres municipios del país. El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los jóvenes. Tunja, y Bogotá son las ciudades del país donde se encuentra la mayor proporción de jóvenes consumidores y el mayor consumo se da entre los estudiantes universitarios y en los hombres. Los casos nuevos son más frecuentes entre las mujeres y los estudiantes de secundaria. El alto porcentaje de prevalencias de consumo corresponde a consumidores antiguos y pocos han iniciado el consumo de alcohol recientemente.

El consumo de cigarrillo es mayor en ciudades del interior entre los jóvenes universitarios y la mayoría de casos nuevos se da entre los estudiantes de secundaria. La mayoría de consumidores son hombres. La edad más frecuente de inicio de consumo de alcohol y cigarrillo está entre los 10 y los 14 años, con un promedio de 13,7 años para el inicio del consumo de cigarrillo, y de 12,9 para el inicio del consumo de alcohol. La mayoría de jóvenes inicia el consumo de cigarrillo entre los 15 y los 19 años.

La marihuana y la cocaína son las sustancias ilícitas de mayor consumo entre los jóvenes. Medellín y las ciudades del eje cafetero (Manizales, Armenia y Pereira) presentan el mayor consumo y el mayor número de jóvenes que las consumieron por primera vez en el último año. Cali es una de las ciudades con mayor consumo de cocaína en jóvenes. El consumo de marihuana y de cocaína es mayor en estudiantes universitarios masculinos, excepto en Arauca con mayor consumo entre las mujeres. En general, el consumo de basuco y de inhalables es más frecuente en los estudiantes de secundaria que en los

universitarios. Colombia es el primer productor mundial de cocaína y heroína. El área sembrada de coca asciende a 103,000 hectáreas y de amapola a 9,000 hectáreas.

1.4 Contexto Social: En el año 2001 la población estimada ascendió a 43.070.703 habitantes⁶, con un crecimiento del 1.77% anual y una densidad demográfica de 37.8 hab/Km². El 49.5% son hombres y 50,5% mujeres, el 71% está ubicado en zonas urbanas y el 29% en las zonas rurales del país.

Entre 1993 y 2001 hubo un comportamiento errático de la pobreza: entre 1993 y 1997 hubo un mejoramiento y a partir de 1997 un deterioro. De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, el porcentaje de población bajo la línea de pobreza según NBI, se redujo de 32.7% en 1993 a 27% en 1997. En 1998, el 51.47% de la población estaba bajo la línea de pobreza y en el año 1999 se situó en 55%. La equidad en la distribución del ingreso de acuerdo al índice de GINI disminuyó de 0.58 en 1993 a 0.53 en 1996; en 1998 y 1999 se incrementa a 0.55 reflejando una mayor inequidad. El Índice de Desarrollo Humano de Colombia es de 0,85 y el Índice de Desarrollo Relativo al Género es 0,75, según las últimas cifras oficiales del DNP publicadas.

En el 2000 el empleo informal representó el 54,9% del empleo total (el 54.6% eran hombres y 45.4% mujeres).⁷ Predomina la economía informal de subsistencia. La producción de bienes y servicios del sector informal está destinada al consumo interno. Tres cuartas partes de la actividad informal se concentra en los sectores comerciales y de servicios.⁸ El empleo temporal ha venido aumentando en los últimos años.

El Gobierno ha tratado de aumentar el gasto público social elevándolo de 9,07 (1990) a 15,14 (1995) y a 16.2 en 1999, pero se evidencian desigualdades entre las áreas urbanas y rurales en educación, servicios básicos y empleo.⁹ Colombia es un país pluricultural y multiétnico pues en su territorio subsisten 81 grupos indígenas diferentes además de tres grupos afroamericanos. Las últimas cifras oficiales indican que la población indígena de Colombia es de 574,482 habitantes¹⁰. La población negra es de un total de 502,343 habitantes¹¹. La tabla siguiente muestra las tasas de analfabetismo entre 1993-1999. Son bajas en cabeceras municipales, en comparación con otros países, pero altas en zonas rurales.

Tasa de analfabetismo para población 15 y más años por sexo y zona, 1993-1999.					
	1993	1996	1997	1998	1999
TOTAL	9.90	8.70	8.40	8.66	8.30
CABECERA	5.73	4.90	4.60	4.80	4.80
RESTO	20.33	19.40	19.40	19.70	18.20
HOMBRES	9.86	8.80	8.60	8.83	8.10
MUJERES	9.82	8.60	8.30	8.52	8.50

Fuente: Misión Social, con base en censo 93. DIOGS con base en Dane EH nacionales.

La escolarización para población mayor de quince años revela un promedio de 7 años en zonas urbanas y 4,1 en zonas rurales, sin percibirse diferencias sustantivas relacionadas con el género.

Escolarización para población de 15 años y más por sexo y zona, 1993-1999.					
	1993	1996	1997	1998	1999
TOTAL	6.2	6.6	6.8	7.0	7.0
CABECERA	6.9	7.7	7.9	8.1	8.1
RESTO	3.7	3.7	3.8	3.7	4.1
HOMBRES	6.2	6.6	6.8	7.0	7.0
MUJERES	6.2	6.6	6.9	7.0	7.0

Fuente: Misión Social, con base en censo 93 y cálculos DIOGS.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización General: La Constitución de 1991 otorgó mayores poderes a los municipios y fortaleció el papel de los departamentos; además consideró la seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes y un servicio público obligatorio coordinado y controlado por el Estado que se desarrollará de forma descentralizada y por niveles de atención.¹² El sistema se organiza según la Ley 10 de Municipalización de Salud de 1990, la Ley 60¹³ que rige las competencias y los recursos disponibles para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993 con la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS). Las Leyes 10 y 60 (y actualmente la Ley 715) asignaron a los municipios la competencia operativa en la atención de salud en el primer nivel de atención, y a los gobiernos departamentales los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad. La Ley 100 modificó el sistema de provisión de servicios de salud, cambiando el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, planteándose como meta para el año 2001 un aseguramiento de cobertura universal. La Ley 100 creó dos regímenes de afiliación: el *contributivo* y el *subsidiado*. Al subsidiado se afilia la población más pobre y vulnerable sin capacidad de pago. Las personas que no logran ser afiliadas a ninguno de los regímenes por ausencia de los oferentes o falta de recursos se denominan *participantes no asegurados*, siendo responsabilidad de las alcaldías de cada municipio la prestación de servicios de salud a esta población.¹⁴ Los principios rectores del proceso son la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación social. Para el régimen contributivo se crearon las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y para el subsidiado las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Una forma de ARS son las Empresas Solidarias de Salud que se formaron como asociaciones cooperativas. Las EPS y ARS planean, organizan y ejecutan las actividades necesarias para controlar las enfermedades y mantener la salud de la población asegurada. Ambas entidades y las Secretarías de Salud Municipal contratan a IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) y a ESE (Empresas Sociales del Estado, los antiguos hospitales públicos) para la prestación de servicios a los asegurados. El nuevo sistema separó funciones: *Dirección* (Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, Direcciones departamentales y municipales), *Financiamiento* (FOSYGA, fondo de solidaridad y garantía); *Administración* (EPS, ARS); *Prestación de Servicios* (IPS, ESE), y *Vigilancia y Control* (Superintendencia de Salud). El sistema prevé un Plan

General de Beneficios que incluye, entre otros, un Plan de Atención Básica (PAB) y un Plan Obligatorio de Salud (POS). Los municipios se encargan de las actividades de promoción y prevención a nivel colectivo para lo que desarrollan el Plan de Atención Básica (PAB), que incluye la vigilancia en salud pública, y diseñan un Plan Local de Salud para las acciones colectivas. Las EPS y las ARS están obligadas a ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento y, también, acciones de promoción y prevención individuales, definidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

2.2 Recursos del Sistema

Recursos Humanos: Las leyes 30 y 115 de 1994 dieron autonomía a las instituciones educativas para crear programas y se ha dado una desordenada proliferación de Facultades y programas, especialmente privados de pregrado y de postgrado en los niveles superior, técnico y auxiliar, sin una concomitante reglamentación del ejercicio de esos nuevos trabajadores. La tendencia a la privatización es aún mayor en la formación de trabajadores del nivel auxiliar al desaparecer las Escuelas anexas a los Servicios Departamentales de Salud. Desde 1977 existe el Consejo Nacional para el Desarrollo de RRHH en Salud formado por los Ministerios de Educación, Salud y Trabajo que cuenta con dos instancias operativas, el Comité Ejecutivo Nacional y los Comités Departamentales, que deben proponer la política sobre formación, educación continua, distribución y dinámica del Recurso Humano en Salud. Hasta finales de 1996, el Consejo Nacional reguló la formación de promotores de salud y de distintas categorías de auxiliares (en salud familiar, salud oral, enfermería, laboratorio clínico, administración, estadística en salud, atención al ambiente y droguería), categorías educativas que se denominan de educación no formal. En 1999 desapareció la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, y el Consejo quedó en un limbo jurídico. No obstante, se reúne esporádicamente para aprobar propuestas de creación de programas de educación no formal presentadas por los Comités Departamentales los cuales han proliferado en los dos últimos años. Dada la proliferación de programas de salud, en el 2001 el gobierno nacional expidió un Decreto para garantizar la calidad de la formación de profesionales pues el sistema de acreditación voluntaria para el control de calidad de la educación superior no se ha desarrollado al ritmo deseado. Los entes educativos tienen plazo para ajustarse hasta mayo del 2002. Los programas educativos siguen concentrados en las regiones más desarrolladas y el costo de las matrículas sigue siendo alto. Preocupa la disminución en los requisitos de ingreso a la educación superior para mantener copada la oferta educativa. Los profesionales buscan la educación continua como una forma complementaria de adquirir competencias adicionales para acceder a un muy comedido mercado laboral y ello a su vez ha generado una inmoderada proliferación de oferta educativa de posgrado de toda índole. Existe una Ley de Servicio Social Obligatorio para los recién egresados de Medicina, Enfermería, Odontología y Bacteriología. La creación de estas plazas anteriormente era responsabilidad de las

secretarías departamentales y del Ministerio. Tras la descentralización los alcaldes tienen autonomía para hacerlo y por ello los puestos de trabajo han sido reemplazados en alta proporción por profesionales con mayor experiencia y permanencia. Esto unido a la mayor oferta de profesionales por la proliferación de programas académicos ha obligado al Ministerio a realizar periódicos sorteos para eximir de la responsabilidad a los profesionales. No existe un sistema oficial de información establecido que recoja y analice lo pertinente a los recursos humanos en salud y las cifras oficiales son aproximadas puesto que no se ajustan tomando en cuenta los profesionales que se retiran, fallecen o cambian de trabajo.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD¹⁵

TIPO DE RECURSO	AÑO							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Razón de médicos por 10,000 hab.	9	ND	9.9	ND	11.3	10.5	9.2	9.4
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab.	ND	4.83	ND	ND	ND	4.8	ND	5.7
Razón de odontólogos por 10,000 hab.	ND	4.03	ND	ND	ND	ND	ND	8.0

Fuente(s): Superintendencia Nacional de Salud. Ministerio de Salud. El talento humano en salud. Segunda edición actualizada. 1998.; WHO Estimates of Health Personnel <http://www-nt.who.int/whosis/statistics>; The World Bank, Health Nutrition and Population Statistics <http://devdata.worldbank.org/hnpstats>

Existen varios trabajos recientes que evalúan la situación del ejercicio profesional a raíz de los procesos de Reforma, descentralización y tendencia a la privatización de la atención en salud que demuestran que el perfil ocupacional se ha modificado, las exigencias laborales para las enfermeras muestran un mayor peso de lo administrativo en detrimento de las labores clínicas directas con los pacientes, el ejercicio privado de los médicos ha disminuido ostensiblemente (solo 7,77% de los profesionales trabajan por fuera del sistema de seguridad social en salud), y el trabajo de los especialistas está mediado por la referencia del médico general y debe enmarcarse en restricciones implantadas por las empresas que manejan el mercado asistencial.. Existe un preocupante éxodo de especialistas hacia el mercado laboral extranjero. La demanda de especialistas crítica para el caso de odontólogos, terapistas y bacteriólogos.

Durante los dos últimos años se han venido desarrollado cuatro proyectos contratados por el Ministerio de Salud que en su conjunto aportan información y propuestas para que las autoridades definan un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos para el sector. Las proyecciones del RRHH formuladas por uno de los Proyectos (CENDEX) en términos de profesionales por mil habitantes son la siguientes:

Año	Población	Médicos	Odontólogos	Enfermeras	Terapistas	Bacteriólog. Nutricionistas
2000	40.836.901	1.32	0.74	0.53	0.43	0.58
2001	41.645.472	1.34	0.76	0.54	0.46	0.59
2002	42.471.718	1.35	0.78	0.55	0.50	0.60

Los problemas pueden resumirse en: a) desequilibrio entre la oferta de diferentes categorías y la demanda de sus servicios por carencia de planeación y por insuficiencia y pobre confiabilidad de la información y por

carencia de estímulos para una mejor redistribución geográfica; b) inconsistencias entre los perfiles socioeconómicos/epidemiológicos con los perfiles cupacionales, e incongruencias entre lo anterior y los objetivos, contenidos, estrategias y métodos pedagógicos; estas inconsistencias pueden explicarse en parte por que no ha habido una redefinición de modelos asistenciales ni una reconstrucción de redes de servicios, coherentes con el nuevo sistema de seguridad social en salud; c) escaso reconocimiento de la importancia de la gestión de RRHH sobre la productividad y calidad de la atención, en aspectos críticos como flexibilización laboral, tendencia a la proliferación de contratos externos para actividades sustantivas (externalización), precarización de las condiciones de trabajo con pérdida de compromiso y deterioros de la moral de trabajo y de la motivación (23% de los profesionales están laborando sin contratos estables de trabajo - 33% en el caso de los médicos); d) carencia de políticas y estrategias de evaluación del desempeño y de planes congruentes de educación continua y supervisión formadora.

Medicamentos y otros Productos Sanitarios: La Política Farmacéutica Nacional no está suficientemente consolidada a pesar de que la Ley 100 y sus reglamentos contienen elementos bien definidos, tales como la cobertura de los medicamentos esenciales definidos en el POS. No obstante, existen desigualdades entre contribuyentes, subsidiados y no asegurados, cuyas fuentes de financiamiento también están diferenciadas. Igualmente está establecido el uso de la Denominación Común Internacional, la regulación sobre registro sanitario, el establecimiento de las BPM, los requisitos esenciales para servicios farmacéuticos, la vigilancia sanitaria y la farmacovigilancia. Estas políticas han cambiado la estructura del mercado. Así en 1995¹⁶ los medicamentos de marca suponían el 70% y los genéricos el 15%; en el año 2000 los de marca eran 41% y los genéricos 37%. El porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos en el año 1995 fue entre 7-12 % y para el 2000 fue el 13,17% lo que equivale a \$US 18.3. Existen protocolos nacionales para el manejo racional de medicamentos en enfermedades transmisibles de interés en salud pública. Las farmacias no cuentan con farmacéutico aunque los requisitos mínimos en el sistema lo exigen pues su cumplimiento ha sido deficiente. En la actualidad está en proceso de revisión este requerimiento. Los precios de los medicamentos se desregularizaron en 1990. En 1998 se decretó el régimen de Libertad de Precios excepto para los medicamentos del POS (esenciales para Colombia) con menos de 3 proveedores a los que se les aplica control directo. Se calcula que esta política aumentó los precios por encima del IPC (21.4%) a más del 40% de los medicamentos¹⁷.

Existe un Listado de Medicamentos Esenciales en el Plan Obligatorio de Salud (POS) con cerca de 300 principios y 435 presentaciones. En 1995 la prescripción de medicamentos esenciales en hospitales públicos llegaba al 70% de los medicamentos prescritos y más del 60% de la prescripción se realizaba por nombre genérico. Ese mismo año se adoptaron las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de la OMS. Los programas de control de calidad a los productos en el mercado muestran todavía niveles de rechazo cercanos

al 4%. Las Cooperativas de Hospitales, que agrupan a cerca del 80% de los hospitales públicos, han demostrado gran eficacia y consiguen descuentos del 79% en promedio en medicamentos de calidad. El Sistema General de Seguridad Social garantiza la accesibilidad a los medicamentos esenciales para los asegurados en el régimen contributivo, impone restricciones a los del régimen subsidiado y tiene deficiencias para el acceso de la población no asegurada al sistema. Distintas mediciones realizadas entre 1995 y 1999 sobre porcentaje de prescripción de medicamentos esenciales, muestran una tendencia a aumentar la correspondencia entre medicamentos prescritos y medicamentos esenciales. El acceso a los medicamentos esenciales debió aumentar en la misma proporción que la cobertura del sistema de salud, pero varios estudios muestran inequidades al respecto, principalmente en cuanto a la satisfacción de la entrega de los medicamentos prescritos. La Defensoría del Pueblo muestra una insatisfacción promedio del 39,8% y otro estudio muestra un 56% con diferencias significativas entre poblaciones de los regímenes contributivo, subsidiado y no asegurada¹⁸.

Las donaciones de sangre no se han incrementado. En 1993 se recolectaron 300.000 unidades; en 1997, 425.000 y en el 2000, 400.000. La donación remunerada está prohibida y la hospitalaria de reposición ocupa el 80% del total. El 99% de la sangre se analiza con los cinco marcadores exigidos. Hay normas técnicas y protocolos de control, sin datos de registro de su cumplimiento¹⁹. Se ha conformado un grupo para la definición de política de sangre, luego de reactivado el Consejo Nacional de Sangre en el 2001 y se presentó una propuesta de política de sangre para su aprobación.

Equipamientos y Tecnología.

En el Catastro Nacional de Equipos Hospitalarios, un 41% de los 25.515 equipos censados en instituciones de segundo y tercer nivel en 1997 funcionaban irregularmente o estaban fuera de servicio. Las finanzas del mantenimiento hospitalario son de alrededor del 5% del presupuesto de los hospitales públicos y privados, lo cual no está siendo verificado en la ejecución presupuestaria por la Superintendencia Nacional de Salud. Existe una reglamentación normativa para la importación y comercialización de equipos médicos²⁰.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1997

Subsector	Laboratorio clínico		Equipos de radiodiagnóstico	
	1er. Nivel	2do. Nivel	1er. Nivel	2do. Nivel
Público	649	135	ND	ND
Subtotal	649	135		
Privado	1283	220	ND	ND
Subtotal	1283	220		
Total	1932	355	ND	ND

Fuente: Ministerio de Salud. Catastro Nacional de Equipos Hospitalarios, 1997.

2.3 Funciones del Sistema:

Rectoría: El Ministerio de Salud dicta las políticas. En el ámbito territorial es representado por los Servicios Seccionales de Salud y por los Sistemas Municipales de Salud. Por Ley el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) ejerce la rectoría del sistema. El CNSSS adscrito al Ministerio de Salud es el organismo de dirección del Sistema General De Seguridad Social En Salud. Este sistema está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del gobierno nacional y del Ministerio de Salud que dicta las políticas y los planes, programas y prioridades del gobierno. Ellos constituyen el substrato para los planes territoriales de acuerdo a la Ley 715 del 2001. El CNSSS, es además el Consejo de Administración del FOSYGA y regula los regímenes contributivo y subsidiado, define el POS y los medicamentos esenciales que hacen parte del mismo, el monto de la cotización y valor de la UPC y sus diferenciales poblacionales de acuerdo a edad, sexo y localización geográfica, regímenes de copagos y moderadoras, reconocimiento y pago de incapacidades y licencias de maternidad, y las medidas para evitar la selección adversa. El secretario técnico del CNSS es el Director General de Aseguramiento del Ministerio de Salud quien presenta a su consideración los estudios técnicos para la toma de decisiones. La Superintendencia Nacional de Salud funciona como ente de vigilancia y control.

Son funciones del Ministerio de Salud: (i) Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas y estrategias del SGSSS de acuerdo con los planes de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República; (ii) Dictar las normas científicas sobre la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por EPS, IPS y entes territoriales (direcciones seccionales, distritales y locales de salud); (iii) Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento por EPS, IPS y por entes territoriales; (iv) Formular y aplicar criterios de evaluación de eficiencia a EPS, IPS y entes territoriales.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, adscrito al Ministerio de Salud, ejecuta las políticas en materia de vigilancia sanitaria y control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales y biotecnológicos, reactivos de diagnóstico y otros que impacten la salud individual y colectiva.

Separación de funciones: El nuevo sistema separó funciones: *Dirección* (Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, Direcciones departamentales y municipales), *Financiamiento* a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), con cuatro subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud, de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, *Administración* (EPS, ARS); *Prestación de Servicios* (IPS, ESE), y *Vigilancia y Control* (Superintendencia de Salud). De conformidad con las leyes 10 y 715 corresponde a los departamentos, distritos y municipios, las funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones

públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda. Los entes territoriales organizan el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable, realizando contratos para la atención a los afiliados con las EPS de su territorio y promoviendo la creación de ESS.

Financiamiento: El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA) es una fuente importante del Sistema General de Seguridad Social e incluye cuatro grandes subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud, de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Se ha ido desarrollando capacidad nacional para recolectar información sectorial sobre fuentes de financiamiento, utilización de recursos financieros y análisis de brechas de financiamiento sectorial del régimen contributivo y del subsidiado. Los estudios se han basado en el enfoque metodológico adoptado para el Sistema de Cuentas de Salud de Colombia²¹. Estos esfuerzos han estado liderados por la Dirección General de Aseguramiento del Ministerio de Salud, con la participación del Departamento Nacional de Planeación y la Superintendencia Nacional de Salud²². En ellos también se analiza el gasto en salud de los entes gubernamentales, no gubernamentales, centrales y descentralizados.

**EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD – EPS
DIFERENCIAS ENTRE INGRESOS Y EGRESOS TOTALES, 1995-1997**
(millones de pesos corrientes)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
INGRESOS TOTALES (1)	54,889.1	2,089,248	2,671,027	3,211,472	4,255,613	3,946,550
EGRESOS TOTALES (2)	65,347.2	2,123,947	2,809,747	3,804,143	4,534,503	4,172,246
DIFERENCIA (1) - (2)	-10,458.1	-34,699	-138,720	-592,671	-278,890	-225,696
EPS privadas		-53,329	-61,476	-61,899	-50,379	-30,927
EPS públicas		42,649	-30,603	-68,280	-92,013	-48,407
ISS – EPS		-24,019	-46,642	-462,492	-136,498	-146,363

Fuente: Estudio del equilibrio financiero del SGSSS. Dic. 2001

REGIMEN SUBSIDIADO –FUENTES DE FINANCIAMIENTO

FUENTES	Tasas de variación anuales				
	1996/95	1997/96	1998/97	1999/1998	2000/99
Situado Fiscal			31.6	52.2	-4.1
Participación ICN			0.1	30.7	-3.0
Esfuerzo propio			4.4	-12.7	21.4
Cajas Compensación	0.7	-47.4	64.6	2.9	17.4
FOSYGA	69.8	-12.9	42.0	-30.2	-8.9
Rentas cedidas				58.7	-42.7
Total recursos	57.2	66.0	28.1	-1.0	-4.7

Fuente: Estudio del equilibrio financiero del SGSSS.2001. En pesos constantes (1995=100).

**REGIMEN CONTRIBUTIVO - EPS
PROYECCION DE INGRESOS Y EGRESOS A 2001 –2002**
(millones de pesos corrientes)

INGRESOS / EGRESOS	1999	2000	2001	2002
Ingresos por UPC	3,225,994.4	3,462,792.1	3,793,105.1	4,031,951.0
Planes y servicios	42,558.5	142,051.1	184,090.8	238,581.7
Copagos, cuotas y otros	314,438.1	166,798.2	163,495.6	160,258.4
Otros ingresos	672,621.9	174,914.5	168,967.3	163,222.4
Total Ingresos	4.255.612.9	3.946.555.9	4.309.658.8	4.594.013.5

CIFRAS COMPARATIVAS DE RECURSOS, COBERTURA Y VALORES PER CAPITA

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
REGIMEN CONTRIBUTIVO:						
Total egresos EPS (millones \$ corr.)	2,809,746.8	3,804,143.1	4,534,502.8	4,172,246.0	4,549,069.5	4,835,517.3
Afiliados	13,065,904	12,480,230	13,000,665	12,927,907	12,893,886	12,930,000
Gasto total per cápita \$	215,044	304,814	348,790	322,732	352,808	373,976
Costo POS per cápita \$ (1)	121,569	164,303	195,428	247,412	271,888	288,201
Vr. UPC \$ (2)	174,989	207,362	241,577	265,735	289,119	312,248
Diferencia (2)-(1)	53,420	43,059	46,149	18,323	17,231	24,047
Incremento en cobertura		-585,674	520,435	-72,758	-34,021	36,114
REGIMEN SUBSIDIADO						
Total recursos ARS (millones \$ corr.)	747,987.7	1,119,165.2	1,210,679.8	1,254,295.7	2,064,331.4	2,169,082.5
Afiliados	7,026,691	8,527,061	9,325,832	9,365,832	10,500,000	10,800,000
Valores per cápita \$	106,449.5	131,248.6	129,820.0	133,922.5	196,603	200,841
Costo POS per cápita \$ (1)	69,965.0	97,626.0	100,866.0	113,387.0	126,362	171,823
Vr. UPC \$ (2)	108,464.0	128,530.0	128,530.0	141,383.0	155,530	167,972
Diferencia (2)-(1)	38,499	30,904	27,664	27,996	29,168	-3,851
Incremento en cobertura		1,500,370	798,771	40,000	1,134,168	300,000
RECURSOS OFERTA						
Total DSLS y ET (millones \$ corr.)	2,590,018.1	2,709,600.3	2,951,210.0	3,229,657.1	3,451,542.6	3,874,271.8
Población vinculada	14,673,109	14,949,624	15,230,488	15,509,252	15,798,424	16,092,987
Valores per cápita \$	176,515	181,249	193,770	208,241	218,474	240,743

Notas: valores estimados de UPC para regímenes contributivo y subsidiado para el año 2002, suponiendo un incremento equivalente al del IPC del 6%.

CONSOLIDADO GENERAL						
FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA						
(miles de pesos corrientes)						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
FUENTES / USOS						
FUENTES						
FAMILIAS	73.499.707	1.548.400.587	1.156.910.377	1.444.369.515	1.796.875.643	1.857.677.803
EMPRESAS	120.373.465	366.318.471	1.462.876.748	1.622.163.710	2.145.565.345	2.313.991.839
RECURSOS DE LOS AGENTES	324.342.428	1.248.602.871	1.348.770.776	2.120.366.560	2.087.552.229	1.632.798.211
Recursos propios EPS	6.632.231	384.944.862	288.608.662	475.043.540	672.621.853	174.914.447
Patrimonio EPS	10.458.130	34.698.747	138.719.895	592.670.830	278.889.753	225.696.243
Recursos propios Fosyga	21.123.742	158.553.325	180.379.587	236.616.652	95.471.623	49.886.008
Venta servicios (DSLS)	173.766.942	360.210.189	385.534.012	483.345.711	518.153.000	903.665.833
Recursos de capital (DSLS)	112.361.383	228.021.396	295.773.730	278.218.042	457.733.000	213.229.720
Otros (DSLS)		82.174.352	59.754.890	54.471.786	64.683.000	65.405.959
PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION P.G.N.	801.115.398	1.021.864.209	1.493.837.849	1.820.845.591	1.987.408.522	1.982.937.404
Partidas presupuesto	33.568.737	13.860.738	389.589	60.877.100	42.918.436	60.297.001
Situado fiscal	471.692.101	699.761.407	812.644.150	918.880.888	1.063.534.000	1.018.956.698
Participación ICN	20.762.600	32.536.255	234.817.375	338.659.292	483.522.086	509.967.486
Otras partidas	275.091.960	275.705.809	445.986.735	502.428.311	397.434.000	393.716.219
PRESUPUESTOS ENTES TERRITORIALES	282.845.614	500.692.847	685.356.948	625.163.299	678.990.766	868.792.587
Departamentales	282.845.614	368.530.748	438.315.828	361.704.214	345.511.000	413.575.438
Municipales		132.162.099	247.041.120	263.459.085	333.479.766	455.217.149
TOTAL RECURSOS	#####	4.685.878.985	6.147.752.698	7.632.908.675	8.696.392.505	8.656.197.844
USOS						
ADMINISTRACION	207.928.897	997.259.737	1.189.943.715	1.225.148.163	1.410.109.045	1.331.725.777
Servicios personales	162.935.216	613.933.289	827.811.475	859.974.462	952.545.525	660.555.104
Gastos generales	44.993.681	383.326.448	362.132.240	365.173.701	457.563.520	671.170.673
INVERSION	125.605.600	276.787.255	163.413.206	242.429.612	154.307.951	134.807.770
Infraestructura y dotación	125.605.600	276.787.255	163.413.206	242.429.612	154.307.951	134.807.770
ATENCIÓN EN SALUD	899.433.619	2.471.251.617	4.131.106.579	5.003.264.316	5.686.170.123	6.310.464.465

Ambulatorio	555.284.140	1.471.462.726	2.370.917.727	2.918.974.102	3.215.509.863	4.029.869.757
Hospitalario	172.616.764	590.572.042	1.045.967.125	1.443.587.038	1.678.847.425	1.623.675.395
Promoción y prevención	106.424.703	238.983.449	434.149.027	567.720.817	640.317.517	502.693.768
Plan de atención básica (PAB)	65.108.012	170.233.400	280.072.700	72.982.359	151.495.318	154.225.545
DEMÁS USOS	369.208.496	940.580.375	663.289.199	1.162.066.584	1.445.805.386	879.200.831
TOTAL USOS	#####	4.685.878.984	6.147.752.699	7.632.908.675	8.696.392.505	8.656.198.843

Fuentes: Estudio del equilibrio financiero del SGSSS.2001

Aseguramiento: En el año 2000 se alcanzó una cobertura de la seguridad social del 53.76%. El régimen subsidiado cubre a todos los municipios y mediante 214 ARS afilia a 9,510566 millones de personas de los estratos más pobres de la población, lo cual corresponde al 59.79% de la meta propuesta para el cuatrienio. El régimen contributivo ha afiliado 14,409131 millones de personas. La Superintendencia Nacional de Salud controla presupuestal y financieramente a las entidades participantes. Funciona como ente de vigilancia y control del cumplimiento de los requisitos esenciales de las IPS públicas y privadas, y del uso adecuado de los recursos financieros por parte de aseguradoras públicas y privadas y por parte de las IPS del sistema. Para ello se apoya en los entes territoriales del sistema.

2.4 Provisión de servicios

Servicios de salud poblacional: El paquete poblacional se oferta con el PAB cuyas acciones son de promoción de salud y prevención de la enfermedad. El SGSSS reglamentó los contenidos del Plan de Atención Básica (PAB) en promoción, prevención y vigilancia en salud pública, así como las competencias territoriales y los mecanismos para el acceso, distribución, destinación y administración de recursos. En el 2000, los 32 departamentos y los 4 distritos han iniciado acciones del PAB y 10 departamentos estaban adelantando procesos de asistencia técnica a los municipios para la elaboración del PAB municipal. Igualmente se desarrollaron instrumentos y mecanismos para la vigilancia y seguimiento del PAB municipal. Con el PAB se ha mejorado la vigilancia y control epidémico y se amplió el sistema alerta acción para vigilancia epidemiológica con 1200 unidades notificadoras de IPS públicas y privadas.

El PAB, es un plan territorial gratuito y obligatorio, responsabilidad del estado y competencia del nivel municipal²³. En este marco se ejecuta el plan de ambiente y saneamiento y algunas acciones de alimentación y nutrición para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, especialmente de vitamina A, hierro y yodo. El PAB incluye también información pública, educación y fomento de la salud, control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, complementación nutricional, planificación familiar, desparasitación escolar, control de vectores y campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como SIDA, tuberculosis, lepra, y malaria. Es garantizado por recursos fiscales nacionales y territoriales.

El paquete de beneficios individual (contributivo y subsidiado) incluye acciones de detección precoz del cáncer cérvico uterino y de mama. La población beneficiaria son las mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas al Sistema para el caso de cuello uterino, y las mujeres mayores de 50 años afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado para el de mama. Estas normas están contenidas en la Resolución 412/2000 del Ministerio de Salud, que incluye acciones preventivas para la población afiliada (agudeza visual, lesiones preneoplásicas, violencia intrafamiliar, hipertensión arterial, diabetes y otras). Sin embargo, no son de obligatorio cumplimiento por aseguradoras y prestadores privados.

Servicios de atención individual: La Ley 100 estableció un escenario de prestación de los servicios de salud individuales por entidades públicas y privadas, que compiten por el mercado de usuarios, tanto en áreas urbanas como rurales, otorgando a estos la posibilidad de la libre elección, fomentando la competencia entre EPS y entre IPS²⁴. La Ley 100 exigió que los hospitales públicos se conviertan en empresas sociales del Estado (entidad pública descentralizada y autónoma). Dado que en muchos lugares el único prestador es el Estado y no se dan condiciones de mercado, algunos actores institucionales, de los entes territoriales, la academia, y la sociedad civil consideran que en determinadas realidades territoriales no tiene sentido la introducción de intermediarios y de subsidios a la demanda²⁵. Además, la población no afiliada es atendida por las IPS públicas sin recibir la totalidad del pago correspondiente²⁶, dada la crisis fiscal pública. Se concibió a las EPS como núcleos básicos del SGSSS con la función de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del POS a los afiliados, y girar al FOSYGA, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación. Asimismo, las EPS organizan planes complementarios de salud. Las EPS ofrecen a afiliados y beneficiarios distintas alternativas de prestación de servicios que satisfagan los requisitos de libre selección. Ello ha tenido distorsiones pues las alternativas de elección se han ido limitando, en algunos casos, a las propias IPS organizadas por el asegurador para abaratar los costos de producción del POS y aumentar utilidades. Con la Reforma Sectorial las instituciones del sistema adquirieron la autonomía para el manejo de la información de prestación de servicios, con un impacto negativo en los sistemas de información y de vigilancia de la salud, aún cuando el Ministerio de Salud ha establecido una serie de indicadores básicos que deben ser notificados con carácter obligatorio. El Ministerio de Salud elaboró un listado nacional único de procedimientos a fin de agilizar los trámites administrativos de cobro (RIIPS).

Nivel primario de atención: La cobertura nominal del sistema en el 2000, es del 53.76% (9.5 millones subsidiados y 14.4 millones contributivos)²⁷. Ello hace sinónimos afiliación al sistema y acceso a niveles primarios, lo cual no puede considerarse así, ya que un afiliado puede no tener acceso regular a servicios de salud por diferentes causas. Sin embargo, los actores fundamentales del sistema (Ministerio de Salud, entes

territoriales, instituciones formadoras de recursos humanos y de investigación, así como la sociedad civil colombiana) consideran que la atención primaria de salud ha sufrido deterioro en el país²⁸. Las visitas domiciliarias realizadas por los promotores de salud casi siempre responden a iniciativas de los aseguradores para ofertar una atención barata, sin una continuidad de esta atención con otros niveles del sistema, lo cual limita el acceso a modalidades de atención de mayor complejidad y mayor costo. Las causas de consulta externa en todas las edades en el año 2000 fueron en orden decreciente: infección respiratoria aguda, todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades de dientes y estructuras de sostén, piel y el tejido celular subcutáneo y otras enfermedades de los órganos genitales.

Nivel secundario de atención: Muchos hospitales de más de 50 camas cuentan con sistemas computarizados de información para la gestión administrativa y clínica. Hay un esfuerzo gubernamental por instalar los RIIPS (Registro individual de prestación de servicios de salud), pero hasta el momento el procesamiento de esta información es precario y no hay datos actualizados de prestación de servicios en ningún nivel de atención. El uso de la información para la gestión clínica ha sido liderada principalmente por hospitales privados en las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali.

Las cinco primeras causas de egreso hospitalario en todas las edades (todos los subsectores) para 1997 fueron en orden decreciente: parto normal, complicaciones que ocurren principalmente en el curso del trabajo de parto, otras indicaciones en la asistencia del parto, complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo, embarazo terminado en aborto. En una muestra realizada por el MS en 151 hospitales de segundo y tercer nivel, mentales y pediátricos, se encontraron los siguientes indicadores para 1997: número total de egresos 1.060 e índice ocupacional de 76%.

Calidad técnica: La Reforma Sectorial generó interés por los programas de calidad. Para su implementación el Ministerio de Salud y la Superintendencia desarrollaron los estándares de calidad de servicios clínicos y administrativos. Otros esfuerzos se realizaron por el Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, así como por prestadores tales como el Instituto del Seguro Social –ISS- y las Cajas de Compensación Familiar –CCF-. Según el Ministerio de Salud 16,653 instituciones de salud (la Superintendencia Nacional de Salud da una cifra de 18,767) han diligenciado los requisitos esenciales. Ello incluye instituciones ambulatorias, laboratorios clínicos, centros de fisioterapia y otros. El Ministerio de Salud elaboró las guías y normas de atención a los problemas de salud prioritarios del país, las cuales se recogieron en la Resolución 412. Otras instituciones del sistema como el Instituto de Seguro Sociales han trabajado protocolos de atención basados en la evidencia²⁹, que se aplican en varios establecimientos del seguro y otras instituciones del país.

Calidad percibida: La Defensoría del Pueblo, desarrolló la “Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los Usuarios” que es comentada en Resultados.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento del proceso.

Seguimiento de la dinámica. El Sistema General de Seguridad Social se creó como resultado de la confluencia de la Ley 10/1990, la Constitución Política de 1991, la Ley 60/1993, y la Ley 100/ 1993. En consecuencia, la Reforma Sectorial es fruto de la reestructuración del Estado. El proceso fue liderado por los Ministerios de Salud y de Trabajo con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el aval de las comisiones VII del Senado y Cámara. En el proceso de formulación actuaron diferentes grupos de interés en lo referente a salud y a pensiones. Los estudios fueron financiados por estos grupos, la banca multilateral (créditos de los Bancos Mundial y BID) y los recursos de las instituciones públicas. La Reforma del Sistema de Salud incluye tres propuestas diferentes y complementarias: la descentralización de 1990, la descentralización de competencias y recursos de 1993, y la reorganización organizativo financiera con separación de funciones y competencia regulada para el aseguramiento y la provisión.

El nuevo sistema se basó en³⁰ la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado. Los servicios individuales quedaron organizados por la lógica del mercado de aseguramiento, que incorporaron aspectos del modelo de “competencia gerenciada”. Se planteó la obligatoriedad del aseguramiento, la existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos (Fondo de Solidaridad y Garantía), la exigencia de un plan mínimo de beneficios (Plan Obligatorio de Salud) y el pago de los aseguradores *per capita* ajustado por riesgos (Unidad de Pago por Capitación). Se separó la administración del aseguramiento de la prestación de servicios, y se esperó que las instituciones públicas y privadas confluyeran en un ambiente de competencia. El Estado debía regular a los actores del mercado y vigilar su comportamiento, además de subsidiar la demanda de los que demuestren ser extremadamente pobres. Se inició la transformación del subsector oficial pasándolo del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, con la detección de los pobres para incorporarlos al mercado de aseguramiento mediante un subsidio directo. Se planteó la coexistencia de dos regímenes: contributivo y subsidiado. El primero, con un plan de beneficios para quienes puedan cotizar. El segundo, con el 70 % de los beneficios³¹, para los que no pueden cotizar. Queda un grupo de servicios para la atención de enfermedades catastróficas para ser financiado con fondos especiales³², y los estratos de población con capacidad de pago contratan además “planes complementarios”. La población vinculada al antiguo subsector oficial pasaría a afiliarse en alguno de los dos regímenes.

Para las tres dimensiones de la reforma han existido metas, fechas y responsabilidades, pero el comportamiento político, económico, social del país, así como el acompañamiento institucional ante

realidades complejas y heterogéneas ha hecho que las metas de certificación de municipios descentralizados y de extensión de afiliación no se logaran en el año 2001.

Seguimiento de los contenidos

Marco jurídico: La complejidad del modelo ha obligado al ajuste permanente de la normativa para ponerla a tono con las realidades, especialmente en lo relacionado con aumentos de coberturas, paquetes básicos, promoción, prevención y financiamiento. Estos marcos legales continúan siendo supervisados y evaluados por las diferentes instancias que cumplen con dicho fin, como son las Comisiones VII del Senado y Cámara de Representantes. En la actualidad hay importantes debates acerca de la Ley 100, de sus aspectos positivos y de sus debilidades para alcanzar la cobertura universal de servicios de salud. Especial atención han requerido los aspectos económicos y administrativos ligados a los flujos y equilibrios financieros del sistema de salud, extensión de coberturas del régimen subsidiado, crisis de los hospitales públicos, ineficiencia administrativa y equidad e impacto en la situación de salud.

Derecho a los cuidados de la salud y aseguramiento: Actualmente el sistema cuenta con 13.245.465 afiliados al régimen contributivo (lo que corresponde al 31.3% de la población) y 9.510.566 afiliados al régimen subsidiado (22.47% de la población), para un total de 22'756031 afiliados, que corresponden al 53.76% de la población³³

Rectoría: Se evaluaron las funciones esenciales de salud pública en septiembre del 2001 y se identificaron las áreas críticas y debilidades institucionales del Sistema General de Seguridad Social para cumplir con las atribuciones propias de la autoridad sanitaria nacional. El mecanismo de rendición de cuentas que tiene el SGSSS, además del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, son los Informes del Ministerio de Salud ante el Congreso de la República todos los años en el mes de junio. Una debilidad son los sistemas de información para la gestión. Por ello el Ministerio de Salud está desarrollando el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) para procesar información epidemiológica, de producción de servicios de salud, financiera y de recursos humanos, materiales y tecnológicos, y hacer así un uso más eficiente, eficaz y equitativo de los recursos de salud. La responsabilidad de definir políticas y planificar el área de recursos humanos fue abandonada desde hace más de una década. No existe direccionalidad y conducción de la formación de recursos humanos para la salud desde hace dos años. Actualmente con un préstamo del BID se está adelantando una propuesta para el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos que sería implementado por la autoridad sanitaria. Dependiendo del Ministerio de Educación existe el Consejo Nacional de Acreditación, que solamente involucra a la educación profesional y que la Ley de Educación Superior lo consigna como voluntario. Se han definido lentamente requisitos mínimos en las carreras de Enfermería, Medicina y Odontología. Para la acreditación de establecimientos de salud existe la normativa del Ministerio de Salud³⁴. Los establecimientos tienen que cumplir con los requisitos esenciales que se

establecieron normativamente en 1995. La vigilancia de su cumplimiento le corresponde a las entidades territoriales de salud y a la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia no tiene suficientes recursos ni representación territorial para cumplir con esta obligación. La acreditación no se monitorea adecuadamente.

Modalidades de descentralización: El modelo transfirió responsabilidades técnicas, administrativas y una buena parte de las financieras a los entes territoriales (departamentos y municipios). Existe concordancia entre la descentralización político-administrativa del Estado Colombiano y las estructuras de salud. En lo referente a la descentralización, hasta mayo de 1999 estaban descentralizados 407 municipios de 20 departamentos, es decir el 37.9% de los municipios. 693 son municipios pequeños cuya capacidad de encontrar soluciones a sus problemas de salud, sin alianzas con otros municipios o con el departamento son muy escasas por razones de escala.

Hay una tendencia de los establecimientos de salud a la operación aislada, sin trabajo conjunto en función de estrategias de red. La descentralización de los sistemas locales e intermedios de salud derivó en autonomía autárquica. La transferencia de competencias y de recursos tecnológicos y financieros no se acompañó de suficiente capacidad de gestión. Se ha identificado un insuficiente desarrollo de conocimientos y habilidades para la conducción y la gerencia de redes en los sistemas territoriales de salud. Hay debilidad en la capacidad para la negociación y la concertación de compromisos de desempeño. El deterioro de la autoridad sanitaria nacional para ejercer las funciones esenciales de salud pública constituye un problema para la coordinación en el sistema de salud.

La descentralización de la salud en función del mercado no siempre es coherente con la división político administrativa del país, lo cual es un obstáculo para armonizar las lógicas de la democracia y la participación (basadas en municipios y departamentos), de la epidemiología (basadas en espacios población), de los servicios (basadas en niveles de resolución tecnológica articulados y en la economía de escala) con la lógica del mercado (rentabilidad económica). Las EPS fortalecen su patrimonio institucional incorporando nuevas IPS con el objetivo de contención de costos y no de satisfacer necesidades. Algunos niveles locales han tratado de recuperar la conducción y la gerencia de la salud en niveles municipales y departamentales para impulsar procesos basados en la atención primaria de salud, la complementariedad de los escasos recursos, la vigilancia de la salud, la referencia y contrareferencia de pacientes, la integralidad de la atención en salud, la participación social activa y la interacción equipo de salud-comunidad. Estos procesos no han sido acompañados por la autoridad sanitaria nacional y encuentran muchas dificultades para su realización.

Participación y control social: La prestación de servicios es objeto de control por parte de las veedurías comunitarias elegidas popularmente. Cuando ocurren hechos asistenciales que afectan al afiliado en la

prestación de los servicios de salud ellos hacen sus reclamos ante el comité técnico-científico que designa la respectiva institución de salud del afiliado, o en su defecto elevan la queja a la Superintendencia Nacional de Salud. El decreto reglamentario 1757 de 1994, contempla diferentes formas de participación de los ciudadanos y de los usuarios, como la conformación de asociaciones de usuarios de las EPS y las IPS. Mediante las tutelas (establecidas por la Constitución de 1991) la población reclama ante la corte constitucional prestaciones de salud no incluidas en los planes de beneficios, ganando demandas ante prestadores y aseguradores por su conexión con el derecho a la vida. Es importante señalar que los mecanismos activos de participación en Colombia son principalmente representativos y no participativos, con la excepción de las ligas de usuarios. Estas últimas tienen competencias mínimas en la práctica, ya que están limitadas a las EPS e IPS públicas, excluyendo las privadas³⁵.

Financiamiento y gasto: La información disponible muestra que los gastos totales del sector público no financiero aumentaron entre 1994 y 2001. El crecimiento de los ingresos se concentró fundamentalmente en los de Seguridad Social (del 2.9 al 6.0% del PIB) y en los del sector público territorial (de 4.6 a 8.3% del PIB). En lo que respecta al financiamiento operativo del sistema de acuerdo con la Ley 715 de 2001, la financiación proveniente de los municipios corresponde al 24.5% del monto total del Sistema General de Participaciones, y se destinan a financiar a la población en el régimen subsidiado, a la prestación de servicios de salud de los pobres no afiliados y a las acciones de salud pública. Otros recursos provienen de rentas cedidas de la nación a los departamentos, de recursos de ECOSALUD (impuestos a los juegos, loterías, etc.), de aportes voluntarios de municipios y departamentos, de participación en las regalías de los nuevos pozos petroleros, de aportes de las CCF, del IVA social, del impuesto a las armas y municiones y copagos y de las cuotas moderadoras de los afiliados y sus familiares. En el año 2000, el 7.7% del presupuesto nacional fue invertido en salud. En el año 1999 los colombianos destinaban a salud el 10% del PIB del cual un 5.5% era gasto público y un 4.5% era gasto privado^{36, 37}. Del gasto privado aproximadamente un 40% corresponde a medicamentos, un 14% a consulta externa, un 20% a hospitalización, un 5% a exámenes de diagnóstico y un 20% a otros conceptos. Un desafío para el equilibrio financiero del Sistema es el control a la evasión. Las EPS no han tenido interés alguno en controlar la sub-cotización de los afiliados de mayores recursos quienes, en consecuencia, tienden a declarar ingresos inferiores a los reales. Los sistemas de información sobre financiamiento y gasto se están fortaleciendo con el fin de evitar la evasión y elusión en los aportes al SGSSS y de transparentar el sector contra el despilfarro y corrupción en la utilización de los dineros del sistema.

Oferta de servicios: El SGSSS generó nuevas modalidades de atención en salud para ampliar la cobertura de los servicios. Sin embargo, dejados al margen de toda planeación, los procesos de referencia y contrarreferencia se entorpecieron. Además los aseguradores crearon redes propias (integración vertical)

lo que duplicó infraestructura en algunas partes y consolidó vacíos de atención en otras. En algunos casos, la integración vertical ha respondido a la ausencia de oferta suficiente de servicios. En la oferta de servicios, el modelo ha previsto que el sistema funcione con base a la demanda. Solamente la atención de los vinculados opera mediante la oferta, que generalmente se presta a través de las ESEs. El sistema también previó la focalización de acciones para la atención de grupos vulnerables mediante el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), con el cual se seleccionan los beneficiarios de subsidios que participarán de los servicios ofrecidos mediante el régimen subsidiado. De manera complementaria al SISBEN se realizan acciones de focalización a grupos vulnerables como ancianos, niños, damnificados por emergencias y desastres, etc.

Modelo de gestión: Las EPS públicas, privadas, solidarias o mixtas, compiten por la afiliación de la población. Su función esencial es el manejo del riesgo (garantizándole a sus afiliados el POS) y la organización y administración de la prestación de los servicios de salud. La Ley 100 estableció que el Instituto de Seguros Sociales (ISS) seguiría cumpliendo con las funciones que le competen como asegurador y prestador. Las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público que con anterioridad a la fecha de vigencia de la Ley 100 prestaban servicios de salud o amparaban a sus afiliados de riesgos de enfermedad general y maternidad, tenían dos años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o efectuar su liquidación. Ello no ha ocurrido así, existiendo regímenes especiales por fuera del SGSSS. Los afiliados pueden organizarse para acciones de veeduría comunitaria, afiliaciones grupales, e incluso administración solidaria de los recursos de salud para aquellos beneficiarios de los subsidios de afiliación.

Sobre los Recursos Humanos: Se señalaron con anterioridad los puntos críticos en la formación del RH y la necesidad de concertación con el sector educativo. Han predominado las iniciativas autónomas y desordenadas del sector educativo y la proliferación de instituciones educativas y de programas, sin control de la pertinencia y de las posibilidades de inserción laboral de muchas de ellas. Algunas universidades han emprendido reformas curriculares más acordes con las nuevas necesidades, aunque ello no se ha hecho concertando con los empleadores. La educación permanente está debilitada y algunas necesidades emergentes como la Vigilancia en Salud Pública, Sistemas de Información, Gerencia y Gestión Municipal, Emergencias Complejas, entre otros, requieren una atención especial. Tras un largo y difícil proceso se presentó un proyecto de ley que reglamenta el ejercicio de la Medicina y sus especialidades que reemplaza una ley de 40 años de vigencia.

En relación a la planificación y gestión de los puestos de trabajo solamente se han desarrollado acciones aisladas e incoherentes, determinadas sobre todo por la crisis fiscal. Sin embargo existen experiencias

exitosas aisladas en Risaralda, Pasto y el Distrito Especial de Bogotá. En la empresa privada existen mayores avances en la aplicación de gestión y planeación.

En teoría se han establecido incentivos al desempeño del personal pero no se han aplicado o se han basado en el cumplimiento de tareas puntuales y no en metas de impacto y de trabajo en equipo. Mayor avance existe en unas pocas empresas privadas. Se categorizó al médico general en espera de mayor capacidad de resolución en niveles de atención de baja complejidad tecnológica. La descentralización y reorganización de los hospitales ha dado lugar a una indefinición de los vínculos laborales de algunos trabajadores tradicionales de la salud como los promotores, quienes dependían laboralmente de los hospitales y actualmente deben ser contratados por las autoridades municipales. Se ha redefinido el perfil ocupacional del promotor de salud ambiental.

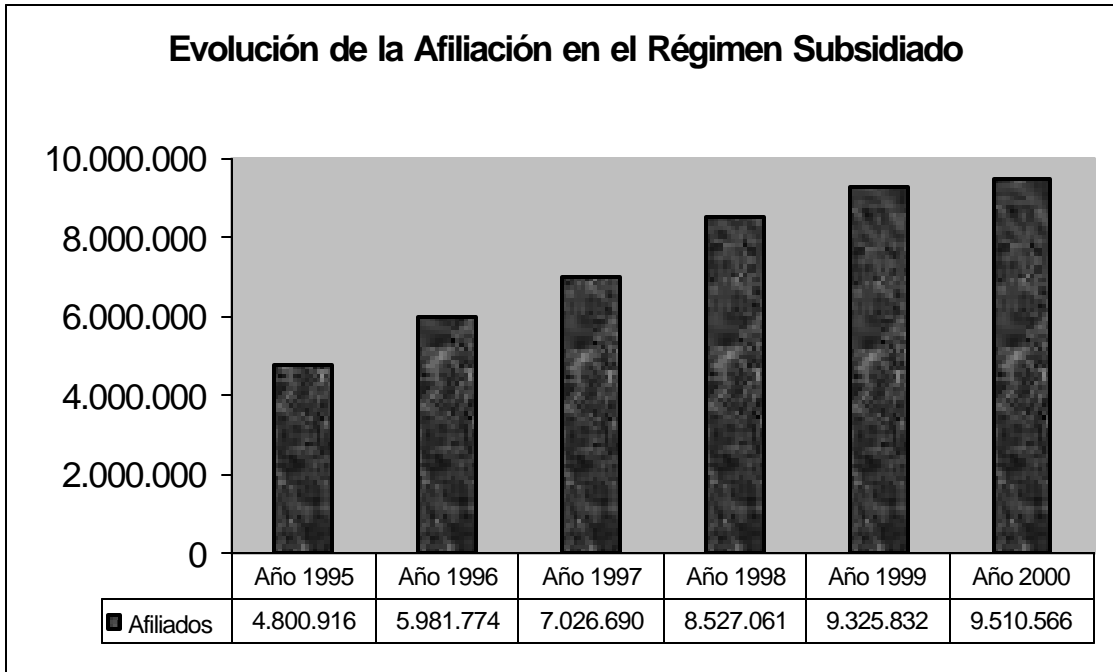
En los últimos años se ha implementado la educación permanente en salud. En trece departamentos se han involucrado los entes de educación superior o técnica del área de la salud con el objeto de crear equipos de facilitadores intersectoriales y de comprometer a los entes educativos en la formulación y desarrollo de los programas educacionales. La certificación que acredita al profesional la expiden los entes educativos. No existen colegios profesionales. Los profesionales de la salud, al culminar sus estudios de pre grado y con la presentación del título universitario, reciben de la autoridad de salud un registro profesional provisional que les permite ejercer con algunas restricciones y durante el cumplimiento del período de servicio social obligatorio. Una vez cumplido este período deben obtener su tarjeta profesional definitiva para ejercer de manera autónoma. No está establecido el registro de los especialistas. Para algunos de los trabajadores del nivel técnico y auxiliar no existe la obligatoriedad del registro centralizado. Estos ejercen con la presentación del título académico obtenido en la institución educativa.

Calidad y Evaluación de tecnologías en salud: Desde 1990 se desarrolla un proceso de fortalecimiento de programas de acreditación y de garantía de calidad (decreto 2174 sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad). La Resolución 4242 de 1997, estableció requisitos esenciales para instituciones prestadoras de servicios de salud. La evaluación de tecnologías en salud se había fortalecido mediante las acciones de la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico del Ministerio de Salud. Con la reestructuración del Ministerio desapareció esta dirección, incorporándose su accionar a la Dirección de Planeación y Análisis Sectorial. Mediante la Resolución 5039 de 1994, se legisló la importación y evaluación de la tecnología en salud.

3.2. Evaluación de resultados

Equidad y Cobertura: En el período 1993-2000 se incrementó significativamente la cobertura de afiliación que pasó del 22 % en 1993, al 53.76 % en el 2000. De la población no pobre, el 47.6 % está cubierta por el régimen contributivo, el 13.7 % por el régimen subsidiado y el 38.5 % no está afiliada, lo

cual es preocupante, ya que existen al menos 4 millones de subsidiados entre los estratos no pobres. De la población pobre el 35 % está cubierta por el régimen subsidiado, mientras el 10.7 % está cubierta por el contributivo y el 53.9 % no está afiliada.³⁸



Fuente: Dirección General de Aseguramiento - Régimen Subsidiado

En distribución de recursos: Existen varias fuentes de información diferentes acerca de la distribución de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros³⁹ dentro del sistema de salud colombiano. En el caso de los recursos financieros la fuente más confiable y actualizada es el Departamento Nacional de Planeación quien ha conducido los estudios de cuentas nacionales de salud. Las cifras que se muestran a continuación son las más recientes tomadas del DNP y de los Indicadores Básicos de Salud 2001 de OPS.

Recursos del sistema de salud, 1999-2001

Gasto Total Salud per cápita \$ US (1)	216.83
Gasto Público Salud per cápita \$ US (1)	126.61
Médicos por 10,000 habitantes	9,3
Enfermeras por 10,000 habitantes	4,3
Camas hospitalarias x 1000 habitantes	1,5

Fuente: (1) DNP, 1999. Indicadores Básicos de Salud, 2001. OPS

En acceso: Los municipios de menor desarrollo socioeconómico y mayor prevalencia de NBI son los que tiene porcentajes más altos de muertes sin diagnóstico (de causa no definida) consecuencia de inequidades en el acceso a servicios de salud, contrastando con la situación de la mortalidad certificada institucionalmente en los municipios de mayor desarrollo. En el análisis de la correlación existente entre

pobreza y afiliación al régimen subsidiado se encuentra que de los 16 departamentos que tienen más de 50 % de NBI solo en 5 se alcanza una afiliación por encima de la mediana del país (40 % de su población pobre).⁴⁰ También existen problemas con la afiliación de pobres de manera que la mitad de las afiliaciones al régimen subsidiado corresponden a familias no pobres, lo cual permite poner en duda la aplicación de la focalización en el SGSSS.⁴¹ De los afiliados, 8,5 millones lo estaban al régimen subsidiado y 16,6 millones al contributivo en 1998.⁴² El aseguramiento aumentó hasta 1998, y a partir de ahí comenzó a disminuir en el contributivo. Los datos se pueden interpretar de la siguiente manera: quien tenía con qué pagar sigue pagando, en el régimen contributivo o medicina prepagada, mientras que de los pobres sólo se ha logrado cubrir el 59,7 %, si se asume como pobres la población con NBI.⁴³ Por otra parte, se ha cuestionado el asumir como cobertura efectiva lo que se registra como afiliación. De hecho, en el caso del régimen contributivo sólo se paga compensación del FOSYGA a las EPS por 12,3 millones de personas.⁴⁴ Esto quiere decir que, aunque se registraban más de 16 millones, 4 millones de personas dejaron de cotizar o salieron de los sistemas de información de personas por las cuales las EPS pueden cobrar Unidades de Pago por Capitalización. Así que la cobertura efectiva es mucho menor.

EVOLUCIÓN DE AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Año	Cotizantes	Beneficiarios	Total	D. Familiar
1996	6.632.429	7.095.868	13.728.297	2,07
1997	6.991.962	7.977.316	14.969.278	2,14
1998	5.865.123	10.225.601	16.090.724	2,74
1999	5.631.268	8.021.610	13.652.878	2,42
2000*	5.363.181	7.882.656	13.245.836	2,47

Fuente: Resolución 2390 de 1998 y Circular 2, DGSS, a Dic/99. *Para el año 2000, se tomó la información de afiliados compensados, reportada por FISALUD. El dato de beneficiarios incluye adicionales.

AFILIADOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN EPS DISTINTAS AL ISS (PRIVADAS Y PUBLICAS)

Año	Cotizantes	Beneficiarios	Total	D. Familiar
1995	425.685	682.905	1.108.590	2,60
1996	988.000	1.578.900	2.566.900	2,60
1997	1.959.019	3.288.094	5.247.113	2,68
1998	2.101.454	3.420.380	5.521.834	2,63
1999	3.280.906	5.319.229	8.600.135	2,62
2000*	3.111.600	4.972.658	8.084.257	2,60

Fuente: Resolución 2390 de 1998 y Circular 2, DGSS, Dic/99. *Para el año 2000, se tomó información de afiliados compensados, según FISALUD. No incluye ISS, ni entidades adaptadas. Los beneficiarios incluye adicionales.

Asignación de recursos: La Reforma del Sistema de Salud ha incrementado de manera sustancial la disponibilidad de recursos financieros del sector. Lo anterior ha generado gran polémica, pues el sistema

funciona con la intermediación financiera de las EPS, ARS y ARP, generándose problemas por los altos costos de manejo y la poca celeridad en el flujo de los recursos. La RS influyó en la reasignación de recursos al destinar una parte significativa de recursos destinada fortalecer las acciones de promoción y prevención mediante el PAB. Lamentablemente, esos recursos no se han utilizado con eficacia y eficiencia, por problemas relacionados con la capacidad de gestión de los entes territoriales, debilidades de la supervisión y control, externalización de servicios de promoción y prevención, factores políticos locales y otros.

FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA						
(miles de pesos corrientes)						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
FUENTES						
FAMILIAS	73.499.707	1.548.400.587	1.156.910.377	1.444.369.515	1.796.875.643	1.857.677.8
EMPRESAS	120.373.465	366.318.471	1.462.876.748	1.622.163.710	2.145.565.345	2.313.991.8
PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION P.G.N.	801.115.398	1.021.864.209	1.493.837.849	1.820.845.591	1.987.408.522	1.982.937.4
PRESUPUESTOS ENTES TERRITORIALES	282.845.614	500.692.847	685.356.948	625.163.299	678.990.766	868.792.5
Departamentales	282.845.614	368.530.748	438.315.828	361.704.214	345.511.000	413.575.4
Municipales		132.162.099	247.041.120	263.459.085	333.479.766	455.217.1
TOTAL RECURSOS	#####	4.685.878.985	6.147.752.698	7.632.908.675	8.696.392.505	8.656.197.8
USOS						
ADMINISTRACION	207.928.897	997.259.737	1.189.943.715	1.225.148.163	1.410.109.045	1.331.725.7
Servicios personales	162.935.216	613.933.289	827.811.475	859.974.462	952.545.525	660.555.1
Gastos generales	44.993.681	383.326.448	362.132.240	365.173.701	457.563.520	671.170.6
INVERSION	125.605.600	276.787.255	163.413.206	242.429.612	154.307.951	134.807.7
Infraestructura y dotación	125.605.600	276.787.255	163.413.206	242.429.612	154.307.951	134.807.7
ATENCIÓN EN SALUD	899.433.619	2.471.251.617	4.131.106.579	5.003.264.316	5.686.170.123	6.310.464.4
Ambulatorio	555.284.140	1.471.462.726	2.370.917.727	2.918.974.102	3.215.509.863	4.029.869.7
Hospitalario	172.616.764	590.572.042	1.045.967.125	1.443.587.038	1.678.847.425	1.623.675.3
Promoción y prevención	106.424.703	238.983.449	434.149.027	567.720.817	640.317.517	502.693.7
Plan de atención básica (PAB)	65.108.012	170.233.400	280.072.700	72.982.359	151.495.318	154.225.5
DEMÁS USOS	369.208.496	940.580.375	663.289.199	1.162.066.584	1.445.805.386	879.200.8
TOTAL USOS	#####	4.685.878.984	6.147.752.699	7.632.908.675	8.696.392.505	8.656.198.8

Fuentes: Estudio del equilibrio financiero del SGSSS.2001

Gestión de recursos: En la fase inicial de la implementación se presentó una expansión en infraestructura y dotación, principalmente en el subsector privado. Las instituciones públicas de segundo y tercer nivel recibieron apoyo (gracias a un crédito externo) del programa de mejoramiento hospitalario para fortalecer su equipamiento y gestión (se beneficiaron 140 de segundo nivel y 31 de tercer nivel). En lo referente a los compromisos de gestión, a la fecha se han transformado en ESEs un total de 413 instituciones.

Efectividad y calidad: Se establecieron normas técnicas y estándares de calidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Decreto 2174 de 1996): requisitos mínimos esenciales, diseño y ejecución del plan para el mejoramiento de la calidad y auditoría médica. Para la medición de la satisfacción de usuarios y la atención de reclamos y sugerencias se expidieron decretos y resoluciones (Resolución 03165 de 1996 para atención de salud a discapacitados y minusválidos; Decreto 2240 y

Resoluciones 4445 y 5042 de 1996 sobre requisitos mínimos en infraestructura y Manuales de Normas Técnico-Científicas y Administrativas, de Bancos de Sangre, Información y Atención al Usuario y otras).

Calidad técnica: No existe un esfuerzo sistematizado de monitoreo de procesos de calidad institucionales, aunque existan ejemplos aislados, generalmente en instituciones de gran complejidad, de un buen desempeño de la calidad de atención. La legislación obliga a las instituciones a conformar comités de infección hospitalaria, pero los comités de evaluación de la calidad hospitalaria no están funcionando sistemáticamente ni son evaluados o supervisados periódicamente por las entidades territoriales ni por el Ministerio de Salud. A nivel territorial están conformados los comités de ética médica.

Calidad percibida: En la Encuesta Nacional de Salud el 67,4% de los colombianos calificó como muy bueno o bueno su estado de salud y el 32,6% como regular o malo. Entre los afiliados el 13,1% la califica muy buena en comparación con los no afiliados con 9,5%. La consulta preventiva al médico u odontólogo una vez al año fue del 46% en los afiliados contra sólo el 32,1% en los no afiliados, habiendo estado hospitalizados el 8,4% de los afiliados y el 5,3% de los no afiliados. Un 72,1% de los afiliados con padecimientos crónicos asistían a consulta periódica frente a 55,6% de los vinculados. Los afiliados acuden en mayor proporción (80,7%) a instituciones de salud que los no afiliados (66,9%).

En el año 2000, la Defensoría del Pueblo⁴⁵ realizó la “Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los Usuarios” con una muestra representativa de todos los municipios, estratificada y polietápica, en la que participaron 2,365 usuarios, con los siguientes resultados: (i) 1628 están afiliados a algún régimen y 737 respondieron no tener ningún tipo de afiliación; (ii) Médico general: 75,3% asistió y 24,7% no. De quienes asistieron, al 4,1% no lo examinaron y al 95,9% sí; al 63,6% le ordenaron pruebas de laboratorio y al 78,2% le formularon medicamentos; (iii) Días transcurridos entre la solicitud de la consulta y su realización: 42,7% manifiesta que se realizó el primer día, el 8,7% el día siguiente y el 6% al tercer día; (iv) Consulta general: el 91,4% indica que le realizaron historia clínica, el 80,4% que le explicaron la naturaleza de sus molestias y el 52% que le recomendaron modificaciones en su estilo de vida; (v) Atención calificada de uno a cinco, con referencia al trato, instalaciones e información recibida: el 36,5% calificaron la atención general con 4 y el 34,9% con 5; calificaciones inferiores a 3 el 7,6%; (vi) Servicio médico especializado: el 42,5% pudo escoger al especialista, mientras que el restante 57,5% no pudo. De ellos volverían a ese mismo especialista el 81%; no lo haría el 8,3% y no informaron el 10,7%. El 49% califica los servicios del especialista con 5 y el 27,6% lo hace con 4; (vii) Percepción sobre las entidades de salud: el 88,5% de los usuarios afiliados que respondieron refieren que la institución les ha facilitado el acceso. De los afiliados el 18,55% ha pensado cambiarse de institución, y el 81,5% no. La principal causa para cambiar de institución, fue el mal servicio (33,9%), seguido por la poca seguridad o insatisfacción (29,4%) y la demora en la atención (9,1%). Algunos componentes de la relación profesional con los

usuarios son preocupantes, por ejemplo la no realización de la historia clínica a todas las personas; o que una quinta parte de los usuarios salen de la consulta sin conocer la naturaleza de su molestia o la mitad que salen de los servicios sin obtener adecuada información; o que los servicios de promoción y prevención tengan la percepción más negativa de todos. La encuesta está en contradicción con la crisis operativa, de credibilidad y legitimidad del sistema de salud.

Sostenibilidad: La sostenibilidad financiera del sistema está amenazada por los problemas de crisis económica del país⁴⁶, la evasión en los aportes, la corrupción en el manejo de instituciones administradoras del régimen subsidiado y el no cumplimiento de predicciones económicas establecidas en el 1993 para financiar la ampliación de la cobertura (fondos provenientes de la explotación petrolera y la privatización de algunas inversiones estatales). La principal dificultad reside en la estabilidad financiera. No se dieron los supuestos macroeconómicos proyectados en 1993: la recesión y el incremento del desempleo, subempleo e informalidad, sumados a la crisis fiscal, frustraron el propósito de cobertura universal y constituyen amenazas para el futuro financiero del sistema. Aunque la cobertura en el régimen contributivo se conserva, han disminuido los cotizantes y el ingreso base de cotización salarial, aumentando los beneficiarios y la densidad familiar. Esto hace que el sistema deje de ser sostenible⁴⁷.

Hay grandes dificultades en la financiación de la atención a la población pobre y vulnerable. Primero porque la disminución de cotizantes y del ingreso base de cotización salarial ha disminuido el aporte solidario (de cada 12 pesos cotizados por afiliado al régimen contributivo, un peso se dirige a financiar el régimen subsidiado). Segundo, por la dificultad para la gestión oportuna de los recursos “parafiscales” (ingresos provenientes del aporte solidario y de las Cajas de Compensación Familiar, cuando deciden no administrar directamente el régimen subsidiado) pues estos recursos pasan al Presupuesto General de la Nación, con las rigideces y demoras que ello significa. Tercero, por la reducción y retraso en el aporte del paripassu desde 1995⁴⁸. Además, la financiación de los eventos “catastróficos” o de “alto costo” (cáncer, insuficiencia renal crónica, SIDA y transplantes de órganos) amenaza la estabilidad financiera del FOSYGA y de varias EPS, como el ISS, que es la que más concentra dichos riesgos; y también a las importantes Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), como las Cajas de Compensación Familiar y las de Departamentos y Distritos, responsables de atender dichos eventos entre la población pobre no afiliada al SGSSS. Lo anterior se agrava por el efecto de las “tutelas” que tienen a muchas entidades hospitalarias de alta complejidad a punto del cierre, al no poder recuperar los servicios prestados, y a los Departamentos y Distritos que, sin recursos para la atención especializada, ejecutan el presupuesto anual en sólo 7 meses. Además, los prestadores de servicios no diagnostican ni registran las enfermedades ocupacionales, lo que agrava aún más la crisis financiera del Sistema de Salud, ya que el Sistema de Riesgos Profesionales no asume sus responsabilidades. También hay dificultades para el reconocimiento

de la causalidad ocupacional de las enfermedades profesionales, lo que hace incierto el pago por parte de las Administradoras de Riesgos Profesionales y genera un desestímulo al prestador para registrar correctamente dicho evento. Lo más grave es que es el trabajador pierde prestaciones económicas en caso de quedar cesante.

Los regímenes especiales creados a partir de la Ley 100, han contribuido al desbalance de la cuenta de compensación. El caso de las universidades públicas, para dar un ejemplo, ha impedido en este año el ingreso de más de 10.000 millones de pesos a la subcuenta de compensación del FOSYGA. El SGSSS sería más solidario y universal si no existieran regímenes de excepción y el régimen contributivo sería superavitario, garantizando la sostenibilidad financiera del sistema, dado que la densidad promedio del sistema ha disminuido a 2.0 salarios mínimos mensuales vigentes por cotizante y dichos regímenes tienen una densidad salarial por encima de 4.0.

A pesar de la gestión realizada por el CNSSS y el Ministerio de Salud, el obstáculo al flujo de los recursos hacia el Régimen Subsidiado ha limitado el acceso efectivo de la población a los servicios y ha causado la mayor crisis de los hospitales públicos en la historia del país. En resumen, aunque el gasto total y el gasto público en salud se han incrementado, los costos de transacción continúan siendo insuficiente para lograr la meta de la ley: “cobertura universal e igualación de los Planes Obligatorios de Salud⁴⁹”.

Participación Social: No existen estudios rigurosos que puedan sustentar los efectos de la reforma sectorial en la participación social en salud. La Ley 100 previó mecanismos de veeduría ciudadana, de asociaciones de usuarios y de empresas sociales de salud que incrementaran la participación ciudadana, en la evaluación del desempeño de las acciones y en la totalidad del control social de la gestión. En cada junta directiva de las ESE está representada la comunidad, así como en los distintos niveles de gestión del sistema, hasta el CNSSSS. Las ESS encontraron serias dificultades para su viabilidad económica, pues, por número de población, no lograron administrar adecuadamente el riesgo. Las dificultades financieras del SGSSS empobrecieron las posibilidades de participación social concebidas para el sistema.

* La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 40 profesionales y decisores políticos nacionales representantes del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), de la Superintendencia Nacional de Salud, del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, del Departamento Nacional de Planeación, de la Universidad Nacional, de la Universidad Javeriana, de la Universidad de Antioquia, y de la OPS/OMS. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Colombia. La revisión externa fue encomendada a la Fundación para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia (FUNDESCO). La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción corresponde al Programa de Organización, y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- ¹ PNUD. Primer marco de cooperación para Colombia: notas de consulta. Santafé de Bogotá, D.C.: PNUD, Nov. 1996.
- ² Ibid.
- ³ PROFAMILA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia, 2000. Bogotá, Colombia, Octubre del 2000.
- ⁴ Ministerio de Salud; CIDER. 2002.
- ⁵ Programa RUMBOS y de su Observatorio Colombiano sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)
- ⁶ Colombia. DANE. Datos básicos de Colombia. Proyecciones de población Colombia 1990-2000, con base en el Censo 1993.
- ⁷ DANE, 1994.
- ⁸ Duarte, Jesús. "El fortalecimiento de las instituciones escolares públicas como eje de la política educativa". Coyuntura Social/FEDESARROLLO, No. 15: 119-134, 1996.
- ⁹ Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Sistema de indicadores sociodemográficos para Colombia (SISD: Demografía. Boletín No. 2. Santafé de Bogotá, D.C.: DNP.
- ¹⁰ Ruiz, M; Bodnar, Y. El carácter multiétnico de Colombia y sus implicancias censales. "Presentado en el Seminario Taller" Investigación sociodemográfica contemporánea de pueblos indígenas". Santa Cruz de la Sierra Bolivia. INE, CELADE, FNUAP, Bogotá, Colombia, 1993
- ¹¹ DANE, 1993.
- ¹² La ley 100 establece un nuevo concepto en la orientación de la salud al buscar el aseguramiento como es esquema dominante, dejando de lado los subsidios a la oferta, mediante el énfasis en los subsidios a la demanda y la competencia entre prestadoras (IPS) y administradoras (EPS). Estas últimas asumen unos roles y unas funciones antes difusos. Plantea un paquete básico (POS) que debe ser financiado con los recaudos por cotizaciones salariales, por otras cotizaciones voluntarias de los no asalariados del país y por los recursos fiscales para la salud. Cada persona tiene asignado un monto de recursos, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuya estimación está en función de las características socioeconómicas y epidemiológicas. Toda la población debe afiliarse a alguna EPS, la que recibirá por cada afiliado su correspondiente UPC. Con estos recursos la EPS debe garantizar la prestación de servicios médicos incluidos en el POS, contratándolos con alguna IPS.
- ¹³ En diciembre del 2001 se aprobaron modificaciones al Ley 60 que se concretaron en la Ley 715 del 2001 (Sistema General de Transferencias) para Salud y Educación. Congreso de la República, Colombia. Diciembre, 21 del 2001.
- ¹⁴ La Reforma del Sector Salud en Colombia y sus efectos en los programas de Salud Pública, 2001.
- ¹⁵ La información sobre oferta de recursos humanos en reportada por la Superintendencia Nacional de Salud, corresponde al número acumulado de profesionales graduados y no está ajustada por los profesionales que se retiran, fallecen o no se dedican al ejercicio de la profesión. Ministerio de Salud. Mayo 2002.
- ¹⁶ IMS HEALTH – INTERDATA S.A. 1995-2000.
- ¹⁷ Estudio de la Defensoría del Pueblo.
- ¹⁸ Defensoría del Pueblo. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios. Bogotá, Colombia, Año 2000.

- ¹⁹ Diagnóstico- Plan Nacional de Control y Prevención de las Enfermedades Transmitidas por la sangre- Aporte de la Coordinación Nacional de Bancos de Sangre del Instituto Nacional de Salud al Desarrollo de una Política Nacional en Bancos de Sangre y Medicina Transfusional, 2001, INS., Colombia.
- ²⁰ Ministerio de Salud. Resolución 434 del 2001
- ²¹ Departamento Nacional de Planeación. Colombia, 1998.
- ²² Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Integral del Equilibrio Financiero del SGSSS. Diciembre, 2001.
- ²³ Colombia. Ministerio de Salud. Plan de atención básica en salud. Santafé de Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud, 1996.
- ²⁴ IPS son hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen servicios a los afiliados de EPS e ARS.
- ²⁵ Paredes, N. A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano ¿Qué ha pasado con el Derecho a la Salud?. Tomado de la Salud está Grave. Una visión desde los Derechos Humanos. Mayo, 2000 Bogotá, Colombia
- ²⁶ de Currea-Lugo, V. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. Tomado de la Salud está Grave. Una visión desde los Derechos Humanos. Mayo, 2000 Bogotá, Colombia
- ²⁷ Contraloría General de la Nación –CGN-, 2000.
- ²⁸ Congreso de la República. Ley 715 del 2001.
- ²⁹ ISS; ACOFAEN. Guía de intervención basadas en la evidencia. Bogotá, Colombia, 1998.
- ³⁰ Hernández, M. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. Revista Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Vol. 2, Número 2, 2000.
- ³¹ BID, CENDEX, Fundación Corona, Universidad Javeriana. Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia: 1993-2000. Según el mismo el OPS subsidiado no alcanza a ser el 50 % del contributivo.
- ³² Existen fondos adicionales para financiar la atención de salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP) y una fracción de la UPC que se reasegura para eventos de alto costo, así como los recursos del FOSYGA para enfermedades catastróficas, que van más allá de los contenidos del POS, y accidentes del tránsito (ECAT).
- ³³ Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Unidad de Desarrollo Social. Encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN), 1993. Santafé de Bogotá, D.C.: DNP/Misión Social, 1993.
- ³⁴ Ministerio de Salud. Manual de acreditación para instituciones hospitalarias. Bogotá 1995.
- ³⁵ Ministerio de Salud. Dirección de la prestación de los servicios de salud. Bogotá, Mayo 2002.
- ³⁶ Departamento Nacional de Planeación DNP. Indicadores de coyuntura económica. 2000.
- ³⁷ Ordoñez, S. Sistema Nacional de Seguridad Social en salud. Situación Actual y Perspectivas, Octubre 2001. (mimeo)
- ³⁸ Jaramillo, Ivan. Evaluación del régimen subsidiado en salud. Coyuntura en 1998. FESCOL-CORONA.
- ³⁹ OPS, Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo, 1999.
- ⁴⁰ Málaga, H. Perspectivas de la epidemiología a la reforma de la seguridad social. 1998
- ⁴¹ Jaramillo, I. Evaluación del régimen subsidiado.
- ⁴² Ministerio de Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 1998–1999. Santafé de Bogotá; julio de 1999 (copia magnética): 4 y 6.
- ⁴³ Ibid.
- ⁴⁴ Ibid.
- ⁴⁵ Defensoría del Pueblo. Encuesta Nacional de Calidad. Bogotá, Colombia, 2000.
- ⁴⁶ Ministerio de Salud Evaluación del Equilibrio Financiero en el SGSSS. Enero del 2002.
- ⁴⁷ Ministerio de Salud. Informe al Congreso de la República, Junio del 2001
- ⁴⁸ Ministerio de Salud. Informe al Congreso de la República, Junio del 2001
- ⁴⁹ Ministerio de Salud. Informe al Congreso de la República, Junio del 2001

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
COSTA RICA**

(1ra. edición, 2 de febrero de 1999)
(2da. edición, 27 de mayo de 2002) *

**PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

RESUMEN EJECUTIVO

Costa Rica es un estado unitario de 51,000 kilómetros cuadrados y cuatro millones de habitantes, formado por 7 provincias, 81 cantones y 459 distritos. El censo de julio del 2000 reportó 3,810,179 habitantes de los que el 59% reside en el área urbana. Existen 63,876 indígenas (1.7% del total de la población) que pertenecen a 8 grupos étnicos (15).

El gobierno del país está integrado por los poderes ejecutivo, legislativo y judicial; los dos primeros son electos cada cuatro años a través de un proceso electoral caracterizado en las últimas décadas por la alternancia en el gobierno de los dos partidos mayoritarios.

Entre 1992 y 1999 la economía tuvo un crecimiento promedio de 5.8%, pero en el periodo 1998-1999 bajó bruscamente a 1.9% y en el 2000 llegó a 1.5%, no observándose señales de recuperación en el corto plazo.

El 5% de la población es analfabeta, con un rango de variación entre cantones de 1.0% a 15.4%. En 1999 el 20.6% de los hogares fueron calificados como pobres por el INEC y el 6.7% como indigentes. Costa Rica ha mantenido una tendencia ascendente en su IDH, ya que en 1975 fue de 0,745 y en 1999 de 0,821, colocándose en el lugar 41 a nivel mundial entre 162 países calificados y en el quinto a nivel regional. En el mismo año el índice de desarrollo relativo al género (IDG) fue de 0.795, ocupando el puesto 42 y su ubicación de acuerdo al PIB per cápita, fue el número 60.

El sector de la salud en Costa Rica se encuentra formado por el Ministerio de Salud (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A), la Universidad de Costa Rica y los municipios. El MS ejerce la rectoría sectorial. Durante los años noventa, el MS transfirió a la CCSS los programas preventivo promocionales, lo que ha permitido que esta institución efectuó la readecuación de su modelo de atención, integrando las acciones de promoción y prevención a las de curación y rehabilitación. Por su parte, la CCSS es el único organismo público que cubre el seguro de enfermedad y maternidad de toda la población del país, y para ello cuenta con una red de servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención. El primer nivel proporciona servicios de cinco programas de atención integral a través de una red de 93 áreas de salud con 783 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas. El segundo nivel proporciona servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada y tratamientos quirúrgicos sencillos, a través de una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales. El tercer nivel cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica, los cuales se

proporcionan en tres hospitales nacionales de concentración y cinco especializados. El 90% de los habitantes está incorporado a este seguro de salud y el restante 10% puede recurrir a sus servicios en una situación de urgencia. El financiamiento del seguro público de salud proviene de tres fuentes: el patrón aporta el 9.25% del monto de las planillas de pago, el trabajador aporta el 5.50% de su salario y el Estado aporta el 0.25% de la nómina nacional (en total, el financiamiento equivale al 15% del sueldo de los trabajadores). Los estudios actuariales muestran que el seguro de salud tiene una sostenibilidad financiera de 10 años como mínimo, pero la CCSS ha empezado a tomar provisiones mejorando su sistema de recaudación, desarrollando un nuevo modelo de asignación de recursos mediante compromisos de gestión con los proveedores y exigiendo a estos la rendición de cuentas con base a metas de resultados. En el año 2000 el promedio nacional de coberturas de atención prenatal y atención del parto por personal calificado fue del 89% y 97% respectivamente; la cobertura de atención a menores de un año del 93%; y la tasa de mortalidad infantil de 10,2 x 1000 nacidos. A partir de 1988 la CCSS inició la compra de servicios de primer nivel a proveedores externos denominados cooperativas de salud. Los resultados fueron calificados de buenos por lo que a la fecha, 400,000 habitantes (11% de la población nacional) están cubiertos por esta modalidad u otras similares. Por otra parte, debido al incremento de la demanda, la CCSS también inició la compra de algunos servicios especializados.

En el marco de la reforma del Estado, en 1994 se inició la reforma del sector salud con una agenda que comprende cuatro componentes: rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud; fortalecimiento institucional de la CCSS; nuevo sistema de reasignación de recursos financieros, y readecuación del modelo de atención. Para impulsar el proceso de reforma el país recurrió a préstamos del BID y del Banco Mundial por 4.3 y 22 millones de dólares, respectivamente, así como a la cooperación técnica de la OPS/OMS. Estos proyectos y su financiamiento externo concluyeron en el 2001 y la evaluación de sus resultados muestra avances en la cobertura y acceso a los servicios, así como en los mecanismos de asignación de recursos financieros y los sistemas de pago a proveedores (capitación para servicios de primer nivel y unidades de producción hospitalaria para servicios hospitalarios). Sin embargo, los resultados también muestran que la reforma del sistema de salud aún no concluye, ya que es necesario fortalecer aún más las funciones de rectoría, mejorar el desempeño de algunas funciones esenciales de salud pública que son propias de la autoridad sanitaria, la gestión de servicios, la calidad de atención y la equidad en la asignación de recursos. Ello ha impulsado al sector salud a formular una propuesta para un nuevo financiamiento que permita continuar con las reformas iniciadas.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto político: Costa Rica es un estado unitario de 51,000 kilómetros cuadrados y cuatro millones de habitantes formado por 7 provincias, 81 cantones y 459 distritos. El gobierno está integrado por los poderes ejecutivo, legislativo y judicial; los dos primeros son electos cada cuatro años y el proceso electoral se ha caracterizado en las últimas décadas por la alternancia en el gobierno de los dos partidos mayoritarios, Partido Liberación Nacional (PLN) y Partido Unidad Social Cristiana (PUSC), así como por el aumento del abstencionismo que alcanzó el 30% en 1998 y el 31% y 39% en la primera y segunda vuelta de las elecciones de 2002. Las elecciones de febrero del 2002 marcaron un hito en la historia política del país por las siguientes razones: surgió una tercera fuerza política que atrajo gran cantidad de votantes, por primera vez se realizó una segunda vuelta electoral, y los legisladores electos de cuatro partidos conformarán una asamblea dividida para el próximo periodo de gobierno.

El sistema político, administrativo y fiscal es centralizado, los presupuestos se determinan centralmente y son poco flexibles (1). Los recursos municipales representan sólo el 2% del gasto público total, pero en julio de 2001 el gobierno acordó reformar el artículo 170 constitucional y promover una ley para transferir competencias al Régimen Municipal y aumentar gradualmente sus recursos hasta el 10% del gasto público en proyectos de educación, transporte, vivienda y salud (2). El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1998–2002 es el instrumento de conducción política y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica es la instancia del poder ejecutivo encargada de monitorear su ejecución. Las políticas de desarrollo social son parte del PND, se ejecutan a través de programas sectoriales elaborados por los diferentes ministerios y sus resultados se evalúan trimestralmente mediante el Sistema Nacional de Evaluación (SINE), el cual es utilizado por el gobierno como instrumento de evaluación del desempeño del sector público (3). Existen otros órganos auxiliares para controlar la gestión pública, como la Contraloría General de la República; la Defensoría de los Habitantes que vigila la calidad de los servicios públicos, incluyendo los de salud; y la Sala IV Constitucional, que tiene facultad para revocar decisiones legislativas consideradas como inconstitucionales.

Existe una Política Nacional de Salud para el periodo 1998-2002 y un Plan Nacional de Salud para el lapso 1999–2004 cuyo propósito es la dirección, conducción y coordinación sectoriales (4,5).

La inmigración, el creciente desempleo y mercado informal, el estancamiento de la economía, el número de hogares pobres y la contaminación del ambiente, son factores sociales y políticos que pueden afectar negativamente la situación de salud.

1.2 Contexto económico: Entre 1992 y 1999 la economía creció un 5.8% en promedio pero en el periodo 1998-1999 bajó bruscamente a 1.9% y en el 2000 llegó a 1.5%, no observándose señales de recuperación en el corto plazo (6). La disminución del crecimiento económico de los Estados Unidos, la reducción en la exportación de productos manufacturados y la baja de los precios internacionales del café y banano, contribuyeron a detener el crecimiento económico. En el año 2000 el PIB estuvo determinado por la industria manufacturera con el 24.2% y en orden decreciente por el comercio, restaurantes y hoteles (17.9%); la agricultura, silvicultura y pesca (10.7%); los servicios comunales y sociales (10.3%); el transporte, almacenaje y comunicaciones (9.4%); las actividades inmobiliarias (5.0%) y la construcción (3.5%) (7). La cooperación técnica internacional se redujo un 17.6% entre 1990-1999 y la cooperación no reembolsable un 12.6%. En cuanto a la cooperación reembolsable, el BID aumentó su participación de 35.7% a 54.4% en el mismo periodo debido a que USAID y Japón redujeron sus créditos (8). El índice de desarrollo social logrado por el país lo coloca en la lista de los países no prioritarios para recibir financiamiento externo y cooperación internacional.

ALGUNOS INDICADORES ECONÓMICOS, 1993 - 2000

INDICADOR	AÑO							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB per cápita en precios constantes en USD (1)	2893.6	3093.1	3345.5	3296.1	3485.0	3740.1	4096.4	4044.5
Población económicamente activa, en miles (2)	1,143,324	1,187,005	1,231,572	1,220,914	1,301,625	1,376,540	1,383,452	1,390,560
Gasto público total, como porcentaje del PIB	37.2	42.7	40.0	40.1	39.6	38.7	37.5	
Gasto público social, como porcentaje del PIB (3)	15.8	16.6	15.4	16.8	17.1	17.1	16.5	17.4
Tasa de inflación anual (4)	9.0	19.0	22.6	13.9	11.2	12.3	10.1	10.2

Fuente: (1) Banco Central; (2) INEC; (3) MIDEPLAN; (4) Estado de la Nación.

1.3 Contexto demográfico y epidemiológico: La esperanza de vida al nacer aumentó ligeramente en la última década (de 76.7 años en 1990 a 77.5 en el 2000), conservándose la diferencia de cinco años entre hombres y mujeres (74.8 y 80.2 años respectivamente). La tasa global de fecundidad se redujo de 5.1 a 2.5 entre 1970 y 2000, y la tasa de natalidad bajó de 25.4 a 22.4 x 1000 entre 1992 y el 2000. Sin embargo, la tasa anual de crecimiento poblacional aumentó de 2.3% entre 1973-1984, a 2.9% entre 1984-2000, lo cual se atribuye principalmente a la migración de población nicaragüense, cuya tasa se triplicó de 2.9 a 9.1 x 1000 hab. entre 1975-1980 y 1990-1995, respectivamente. La razón de dependencia se redujo de 1.0 a 0.6 entre 1970-1999 (9, 10, 11).

Los datos de mortalidad son confiables y aportados por el sistema de registro civil y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). En 1999 el 83.4% de las 15,052 defunciones se registraron por médico, el 58.1% fue en personas de 65 o más años y el 57.8% en hombres. El subregistro de la mortalidad se redujo de 2.1% a 1.0% entre 1995-2000 y el porcentaje de defunciones por causas mal definidas también disminuyó de 2.1% a 0.7%, en el mismo período. La tasa de mortalidad general en el período 1995-1999 fue de 3.9 x 1000 hab. con una diferencia entre hombres y mujeres de 4.4 a 3.3 x 1000 hab. y con un rango entre las siete provincias de 6.4 a 5.5 x 1000 hab. Durante ese mismo período las cinco primeras causas de mortalidad general fueron: enfermedades cardiovasculares, 30%; tumores, 21%; lesiones, 12%; infecciones respiratorias crónicas, 8% y afecciones perinatales, enfermedades congénitas y enfermedades asociadas al embarazo y puerperio, 6%. Entre las cinco suman el 77% del total de la mortalidad general (12).

Algunos indicadores demográficos, 1993 - 1999

	Años							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad x 1000	24.9	24.6	24.0	23.3	23.0	23.6	23.3	22.4
Tasa global de fecundidad x 1000	3.0	2.8	2.8	2.7	2.7	2.9	2.9	2.5
Tasa bruta de mortalidad x 1000	3.9	4.0	4.2	4.1	4.0	4.1	4.2	4.2
Tasa de mortalidad materna x100,000	ND	ND	20.2	ND	ND	23.4	24.2	35.8
Tasa de mortalidad infantil x 1000	13,7	13,0	13,2	11,8	14,2	12,6	11,8	10,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas Vitales.

Si bien las muertes por enfermedades cardiovasculares y por tumores han aumentado en términos porcentuales, ya que juntas representan la mitad del total de las defunciones, en realidad la tasa combinada de ambas disminuyó de 537 a 377 x 100,000 hab., al comparar los periodos de 1970-1974 y 1985-1998. El análisis por grandes causas de la mortalidad ocurrida en 1999 ubica a las enfermedades del aparato circulatorio en el primer lugar con una tasa de 1.28 x 1000 hab., le siguen los tumores con una tasa de 0.87 x 1000 hab. y en tercer lugar, las causas externas con 0.46 x 1000 hab. Esta última causa es la que genera la proporción más alta de años de vida potencialmente perdidos, y la mortalidad en hombres es tres veces mayor que en las mujeres (26.4% vs. 8.8%), debido a la mayor incidencia de accidentes de tránsito en los varones. La mortalidad por enfermedades transmisibles descendió en forma importante entre 1970 y 1999 (de 31.7% a 6.7%); las infecciones respiratorias agudas, las diarreas y la infección por VIH/SIDA representaron el 80% del total de estas defunciones.

La mortalidad infantil se redujo mucho en los últimos treinta años (de 61.5 x 1000 n.v. en 1970 a 12.6 en 1998). En 1999 se lanzó el Plan Nacional para la Prevención de la Mortalidad Infantil y la tasa se redujo aún más, a 11.8 y 10.2 por 1000 n.v. en 1999 y en 2000, respectivamente (13). En el

2000 la mortalidad neonatal fue de 7.1 x 1000, y la postneonatal de 3.1 x 1000, siendo las afecciones del período perinatal la principal causa de muerte infantil (48.4%, seguida por las malformaciones congénitas (32.2%), las enfermedades del aparato respiratorio (8.8%) y las causas infecciosas y parasitarias (4%).

La mortalidad materna muestra pocas variaciones en el último lustro: en 1995 fue de 20.2 x 100.000; en el trienio 1996-98 de 23.5, y en 1999 de 19.0, siendo el aborto complicado y la eclampsia sus principales causas. De las 15 muertes ocurridas en 1999, el 85% fueron calificadas como prevenibles. En el año 2000, la mayoría de las muertes fueron analizadas por el Sistema de Evaluación de la Mortalidad Materna.

A pesar del esfuerzo nacional por mejorar la cobertura y el acceso a la atención de salud, el período de 1996-2000 se caracterizó por la reemergencia de algunas enfermedades transmisibles como el dengue, la malaria, la leptospirosis y la tuberculosis, así como la persistencia de las diarreas e infecciones respiratorias y la tendencia ascendente de los accidentes, la violencia, el embarazo en adolescentes, el VIH/SIDA y el suicidio (14). En 1993 reapareció el dengue y entre 1994 y 1999 provocó epidemias en tres de las siete provincias del país. En 1995 surgieron los primeros casos de dengue hemorrágico; en el 2000 se notificaron 77 enfermos de dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas y 4 de dengue hemorrágico con 2 muertes. En los años 1999 y 2000 se produjeron brotes por infección intrahospitalaria, tosferina, rubéola e intoxicación alimentaria. Entre los factores que explican esta situación epidemiológica se mencionan: el debilitamiento de los programas preventivos durante su transferencia del Ministerio de Salud (MS) a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); el frágil sistema de vigilancia sanitaria; el énfasis en el enfoque curativo e individual de la atención; la insuficiente participación comunitaria en salud; y el impacto de las corrientes migratorias. Existen además otros riesgos para la salud, como la deficiente calidad del agua de consumo humano, el insuficiente tratamiento de las aguas residuales (sólo se tratan el 4% de los desechos líquidos), la inadecuada infraestructura vial, y los riesgos relacionados con situaciones de género y estilos de vida.

1.4 Contexto social: El censo de julio del 2000 reportó 3,810,179 habitantes de los cuales el 59% reside en área urbana. Existen 63,876 indígenas que representan el 1.7% del total de la población y pertenecen a 8 grupos étnicos (15). El 5% de la población es analfabeta, con un rango de variación entre cantones de 1.0% a 15.4%. En 1999 el 20.6% de los hogares fueron calificados como pobres por el INEC y el 6.7% como indigentes lo que corresponde al 23.7% y el 7.5% de los costarricenses, respectivamente. Existen regiones del país como la Brunca y la Chorotega donde la cifra de pobres es del 34.1% y 35.5% (16). La razón entre el ingreso del 20% superior y el 20%

inferior de la población, se mantuvo relativamente estable en la última década y en 1999 fue de 13. La tasa de desempleo abierto presentó poca variación entre 1988 y 1998 (5.5% y 5.6%, respectivamente). No obstante, la encuesta de hogares efectuada por el INEC muestra un aumento al 6% en 1999 y una creciente subutilización de la fuerza de trabajo. Costa Rica ha mantenido una tendencia ascendente en su IDH; en 1975 fue de 0,745 y en 1999 de 0,821, colocándose en el lugar 41 a nivel mundial entre 162 países y en el quinto a nivel regional. En el mismo año el índice de desarrollo relativo al género (IDG) fue de 0.795, ocupando el puesto 42 en tanto su ubicación de acuerdo al PIB per cápita fue el número 60.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización general: El subsector público del sistema de servicios de salud, está formado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que proporciona el seguro de salud (el cual incluye atención integral en salud, prestaciones en dinero y prestaciones sociales); el Instituto Nacional de Seguros (INS), que cubre los riesgos laborales y de tránsito; el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), que regula la provisión de agua de consumo humano y la eliminación de aguas residuales; y el Ministerio de Salud (MS), que vigila el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y efectúa la rectoría sectorial. El MS forma parte del Poder Ejecutivo en tanto que la CCSS, el INS y el AyA son organismos desconcentrados y autónomos, con ley y patrimonio propios, dirigidos cada uno de ellos por una Junta Directiva y un Presidente Ejecutivo. De acuerdo con la Ley General de Salud y un Decreto Ejecutivo de 1989, la Universidad de Costa Rica y los Gobiernos Municipales también forman parte del Sistema Nacional de Salud (17,18). Por otra parte, desde el punto de vista del presupuesto estatal, el Ministerio de Hacienda también agrupa en el sector de la salud a organismos descentralizados con funciones específicas como el Instituto de Investigación en Nutrición y Salud (INCIENSA), el Centro Nacional de Drogas (CENADRO) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (19).

De acuerdo a la Ley General de Salud y a la Ley de la Administración Pública la coordinación del sector corresponde al MS y existe un Consejo Nacional del Sector Salud creado en 1998 por decreto presidencial, a través del cual se acuerdan acciones sectoriales para atender problemas de salud pública, como la lucha antituberculosa, la mortalidad infantil, la evaluación de hospitales y la investigación en seres humanos (20,21). La separación de funciones impulsada por la reforma sanitaria, establece que el MS debe desempeñar sólo funciones de rectoría sectorial. Sin embargo, debido a que aún no concluye la transferencia de programas asistenciales hacia la CCSS, en la práctica el MS continúa a cargo del programa de educación y alimentación a niños pobres menores

de siete años (CEN-CENCINAI) así como del control de vectores. Con el fin de ejercer la rectoría sectorial, el MS transformó su estructura y redujo su personal a partir de 1998, quedando formado por un despacho ministerial (Ministro y Viceministro), la dirección general, seis direcciones centrales, nueve regiones sanitarias y 80 áreas de salud (22).

Por mandato constitucional la CCSS es la institución que debe proveer servicios públicos para atender el seguro de salud y maternidad a toda la población. Estos servicios se planifican a través de seis gerencias centrales, siete regiones sanitarias y 93 áreas de salud, en tanto que la provisión está a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención, relacionados entre sí por mecanismos de referencia de pacientes. En el primer nivel, la CCSS organiza el acceso a través de las áreas de salud mencionadas, en las que existen puestos de salud, centros de salud y clínicas, que ofertan servicios de cinco programas de atención integral dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos, en la mayoría de los casos a través de equipos de atención integral de salud o EBAIS, que atienden en promedio a 3,500 habitantes cada uno (23). En 1997 algunas áreas de salud empezaron a firmar anualmente compromisos de gestión con el nivel central, en los cuales se establecen metas de resultado de los cinco programas asistenciales mencionados. A la fecha todas las áreas firman dichos compromisos. Además, en 1988 la CCSS inició una modalidad de compra de servicios básicos de primer nivel a organismos no públicos denominados cooperativas de salud. Los resultados fueron favorables en términos de cobertura, calidad y costo, por lo que en el 2001 ya se contrataban a cuatro cooperativas y una fundación de la Universidad de Costa Rica, que en su conjunto atendían a 400,000 hab. En el segundo nivel se ofertan servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento médico y quirúrgico de las cuatro especialidades básicas, los cuales son proporcionados por 10 clínicas mayores, así como por 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. El tercer nivel proporciona atención especializada, así como tratamientos médicos y quirúrgicos complejos, a través de 3 hospitales nacionales generales y 5 hospitales nacionales especializados (mujeres, niños, geriatría, psiquiatría y rehabilitación). La oferta de algunos servicios hospitalarios como radioterapia, oftalmología y anatomía patológica es limitada, por lo que la CCSS compra servicios a hospitales o empresas privadas. Con todo, esta medida a la fecha es insuficiente, y no ha resuelto la lista de espera para internamiento quirúrgico, la que a principios del 2001 incluía cerca de 14,000 pacientes. Por otra parte, en diversas ocasiones la calidad de atención y la transparencia en la contratación y precio de los servicios privados, han sido cuestionadas. Por la sociedad, la Defensoría de los Habitantes y organismos reguladores del Estado, como por la Contraloría General de la República (24). Si bien, la Ley General de Salud establece que la salud es un bien de interés público tutelado por el Estado y que todo habitante

tiene derecho a las prestaciones de salud, la CCSS reconoce que solo el 80% de la población está asegurada bajo la modalidad obligatoria, voluntaria, como pensionado o como dependientes de alguno de ellos. Del 20% restante, el 10% es asegurada bajo subsidio por el Estado debido a que es considerada población pobre y el otro 10% de no asegurados, en caso necesario, pueden solicitar los servicios públicos y pagar directamente por ellos (25).

Existe un subsector privado de servicios de salud en creciente expansión, el cual cuenta con una red propia de establecimientos. Las encuestas de hogares revelan que el 30% de la población los utiliza cuando menos una vez al año (26). La demanda directa de estos servicios por los usuarios, su compra por instituciones públicas como la CCSS y el INS, la insuficiente oferta de servicios públicos y la aparición de empresas aseguradoras privadas bajo la modalidad de medicina prepagada, han estimulado las inversiones en el subsector privado de salud. Su expansión se puede estimar indirectamente por la creciente captación de profesionales de salud, que aumentó del 9.9% al inicio de los noventa a 24% al final de esa década. El financiamiento de este subsector tiene dos fuentes: el pago directo de usuarios y el pago que recibe de organismos públicos como el INS y la CCSS que le compran servicios para atender la enfermedad ocupacional y la enfermedad general de sus afiliados, respectivamente.

2.2 Recursos del sistema:

2.2.1. Recursos humanos: Se conocen mejor los recursos del subsector público que los del subsector privado pero los colegios de profesionales son una fuente importante para conocer las cifras totales en el país.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD

TIPO DE RECURSO	AÑO							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Razón de médicos por 10,000 habs.*	11.0	11.7	12.2	16.1	16.8	17.9	18.8	16.0
Razón de enfermeras (os) profesionales por 10,000 habs.**	5.4	5,5	5.6	5,7	5.6	3,5	3.5	3.2
Razón de odontólogos por 10,000 habs.*	4.2	4.1	4.1	4.1	4.1	4.2	4.5	4.9
Razón de técnicos de laboratorio por 10,000 habs**.	ND	ND	ND	3.2	ND	1.9	1.9	2.5
Razón de farmacéuticos por 10,000 habs.*	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	4.4
Razón de radiólogos por 10.000 habs.								0.5
No. de egresados de posgrado en Salud Pública.	17	21	19	7	27	56	23	30

Fuente: * Colegios de Profesionales. 1999. ** Solo incluye a los incorporados a la CCSS, pero cabe aclarar que el promedio nacional total es 11.3 por 10,000. Las tasas del 2000, se calcularon con base en los datos reales del censo del mismo año.

En general, se observa una tendencia creciente del número de médicos por el aumento no regulado de centros educativos privados, pero las demás categorías profesionales permanecen igual o tienden a disminuir (27). Si bien el subsector público sigue siendo el principal empleador y el subsector

privado ha incrementado su captación, el desempleo de profesionales de la salud se triplicó entre 1990 y 1999, al pasar de 0.4% a 1.2% (28).

RECURSOS HUMANOS EN LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES PÚBLICAS, 2000

Institución	Médicos	Enfermeras	Enfermeras auxiliares	Otros trabajadores	Personal Administrativo	Servicios Generales
H. Calderón Guardia	253	117	342	317	353	381
H. San Juan de Dios	277	218	594	395	438	602
H. Carlos Sáenz H.	145	129	235	149	249	276
H. México	247	173	338	340	306	432
H. de la Mujer.	37	26	71	42	57	83
H. Psiquiátrico	38	33	173	125	132	327
Total	997	696	1753	1368	1535	2101

Fuente: Anuario Estadístico de la CCSS. 2000

El salario promedio de los trabajadores del subsector público ha crecido moderadamente. Como ejemplo, el sueldo promedio de los trabajadores de las ramas médicas de la CCSS (incluye a médicos, microbiólogos y odontólogos) fue de 587, 594, 621 y 650 USD, entre 1996 y 1999. Cabe aclarar que el sueldo total de estos trabajadores es mayor, debido a que reciben pagos adicionales por antigüedad, dedicación exclusiva y capacitación. De 1997 al 2000 se crearon 2,473 plazas en la CCSS, la mayoría de ellas destinadas a las áreas de salud y los equipos básicos de atención integral (EBAIS) en el primer nivel de atención. En ese lapso fue notorio el crecimiento anual constante de plazas de los profesionales de salud (3.38%, 8.06%, 3.99% y 1.36%).

2.2.2. Medicamentos y otros productos sanitarios: El número de productos farmacéuticos registrados por el Ministerio de Salud se mantuvo estable en la última década y se ha promovido la desregulación y reducción del costo de algunos de ellos con el fin de alentar su libre venta (29). Existe una política de control parcial del precio de los medicamentos con el fin de mejorar su acceso y reducir el margen de ganancia en su etapa de venta al consumidor, el cual fue inferior al 30% entre 1998 y el 2000. El MS regula el registro, producción y venta de medicamentos, así como la importación y consumo de estupefacientes y psicotrópicos. En el año 2000 se inició un servicio al público llamado “línea 800” el cual se proporciona información terapéutica y orienta sobre el precio de medicamentos.

La CCSS cuenta con una lista oficial de medicamentos de uso obligatorio en todos sus establecimientos que incluye un total de 399 principios activos clasificados en 54 grupos terapéuticos. Los hospitales y clínicas tienen protocolos de tratamiento estandarizados para las principales patologías y, por reglamento, todas las farmacias del país cuentan con profesional de farmacia. En el año 2000 los cinco productos de mayor venta en el sector privado fueron:

Diclofenaco 50 mg (USD 1.11); Naproxeno 75 mg (USD 3.73); Amlodipina 5 mg (USD 1.31); Acitromizina 500 mg (USD 11.10) y Fluxetina 20 mg (USD3.31)(30). Los cinco productos de mayor gasto en ese mismo año fueron: Pamidronato, USD1,650 000; Nelfinavir, USD1,616 933; Sulinadco, USD1,403 431; Cromoglicato aerosol, USD1,395 745, y Indinavir USD1,396 660.

ALGUNOS INDICADORES DE MEDICAMENTOS, 1993 - 1999

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Productos farmacéuticos registrados*	5,041	5,085	5,087	5,090	5,120	4,860	5,631
Porcentaje de medicamentos de marca*	60%	60%	60%	60%	60%	90%	85%
Por ciento de medicamentos genéricos*	40%	40%	40%	40%	40%	10%	15%
Gasto total en medicamentos (precio de venta a público en miles de USD)	39,368	39,753	42,639	49,888	54,865	51,700	ND
Gasto per cápita en medicamentos (precio en USD)**	13.10	13.93	13.70	14.24	14.41	17.50	15.41
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos**	ND	8.5	8.0	9.4	8.4	6.9	6.7
Porcentaje del gasto ejecutado por el MS destinado a medicamentos.***	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fuentes: * Dirección de Registros y Controles, MS. ** Solo Seguro Social. *** No aplica, ya que no es proveedor de servicios.

El sistema público de servicios tiene 25 bancos de sangre que colectan 56,000 unidades al año, 50% por donación voluntaria y el resto por reposición. Está prohibido el pago a donantes de sangre.

2.2.3. Equipamiento y tecnologías: En general los servicios públicos (CCSS) cuentan con el equipamiento básico en todos sus niveles de atención, pero aunado al déficit de personal, existe deficiencia de equipos para tratamientos especializados como los de radioterapia por lo que algunos servicios se deben comprar a organismos externos a la institución. En cuanto a la complejidad del equipamiento, cuatro hospitales nacionales cuentan con tomógrafo y unidades de trasplante, de diálisis y de cuidados intensivos, y siete hospitales regionales más, cuentan solo con unidad de cuidados intensivos. Un estudio sobre las condiciones del equipo hospitalario, realizado por la Gerencia de Operaciones de la CCSS en el primer semestre del 2001, reveló que eran más en el 6.6%, regulares en el 6.4% y buenas en el restante 87%.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO BASICO EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1999*

Subsector	Tipo de recurso			
	Camas Censables x 1000 hbs.	Laboratorios Clínicos x 100,000 hbs.	Bancos de Sangre x 100,000 hbs.	Equipo de Radiodiagnóstico X 1000 hbs.
Público (CCSS)	1.6	3.65 (130 lab.)	0.7 (25 bancos)	0.011
Privado	ND	2.4 (85 lab.)	0.1 (6 bancos)	ND
Total	ND	6.5 (215 lab.)	0.8 (29 bancos)	

Fuente: Departamento de Estadística de la CCSS. 1999. * Cálculo efectuado con base poblacional de 3, 558,697 hbs.

En el 2000 la CCSS destinó el 4.42% de su presupuesto de operación al mantenimiento de equipo, pero debido a que sólo el 55% de su personal de mantenimiento tiene formación técnica y el resto es empírico, una parte del presupuesto se utilizó en contratación de servicios privados.

EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN, 1999

Subsector	Tipo de recurso					
	Salas de parto		Laboratorio clínico		Equip. de radiodiagnóstico	
	2do. Nivel	3er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel
Público (CCSS)	13	11	122	8	32	8
Privado	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Total	13	11	122	8	32	8

Fuente: Anuario Estadístico de la CCSS, 1999.

2.3 Funciones del sistema de salud

2.3.1. Rectoría: Con el proceso de reforma, en la década de los noventa se reafirmó el papel rector del MS y se definieron sus cuatro funciones básicas de rectoría: dirección y conducción; vigilancia de la salud; regulación de servicios; e investigación y desarrollo tecnológico. A partir de 1998 el MS modificó su estructura orgánica, redefinió sus procesos de trabajo, efectuó ajustes a su personal y capacitó a sus funcionarios para desempeñar nuevas tareas. Para ejercer la dirección y conducción sectoriales existe un órgano de concertación coordinado por el MS (Consejo Sectorial de Salud) y dos instrumentos (Política de Salud, Plan Nacional de Salud). La regulación de servicios se realiza por áreas de especialización y está coordinada por tres direcciones centrales que son: de servicios de salud, de ambiente, y de registros y controles. La vigilancia de la salud se coordina desde una dirección central con el mismo nombre y se apoya en unidades operativas a nivel regional y cantonal. En materia de investigación y desarrollo tecnológico, el MS aún no cuenta con programas rectores. El MS no ejerce ninguna influencia sobre el financiamiento del subsector público, el cual es autorizado y distribuido centralmente por el Ministerio de Hacienda (MH). La Contraloría General de la República (CGR) y el MH son las instancias que controlan el financiamiento y el gasto público en salud, pero los organismos descentralizados como la CCSS, el AyA y el INS, cuentan además con mecanismos propios de recaudación, contraloría y auditoría del gasto. La dedicación exclusiva del MS a la rectoría, ha consolidado a su vez el papel de la CCSS como único asegurador y proveedor público de servicios para los riesgos de enfermedad general y maternidad. El MS coordina algunos programas intersectoriales para atender problemas prioritarios de salud pública, como los de prevención de la mortalidad infantil, VIH/SIDA, vacunación y lucha antitabáquica, pero la participación del subsector privado es solo esporádica. Las acciones intersectoriales e interinstitucionales se acuerdan en el Consejo de Ministros y en el Consejo Sectorial de Salud, y el seguimiento se realiza a través del Sistema Nacional de Evaluación. En su

papel rector, el MS realiza acciones de regulación y evaluación de los establecimientos y de la producción de servicios de salud. Estas acciones requieren mayor coordinación y concertación con la CCSS para que sus resultados sean mejor utilizados. Un ejemplo de ello es que los resultados de la acreditación de establecimientos de salud, estrategia iniciada por el MS en 1997 con el fin de mejorar la calidad de atención, habitualmente no son utilizados por la CCSS para formular planes de mejora continua. (31). Por otra parte, el MS legalmente no tiene influencia en la acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos en salud, ya que el Consejo Nacional de Rectores (CONARE) regula la educación pública y el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) la educación privada. Sin embargo, la insuficiente regulación de esta última así como del Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), ha propiciado que proliferen las instituciones de educación privadas y se saturen de estudiantes los establecimientos de salud de la CCSS, respectivamente. Existe una Comisión Interinstitucional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud que no tiene atribuciones reguladoras, y solo estimula discretamente el análisis y la investigación de necesidades sectoriales de recursos humanos (32). Con relación a la vigilancia sanitaria, existen diversos sistemas de información sobre la situación de salud, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios, pero su heterogeneidad en calidad y oportunidad así como la deficiente coordinación entre ellos, limita el análisis y la oportuna toma de decisiones. Existen mecanismos para la regulación de medicamentos pero no para los dispositivos y equipos médicos; sin embargo, el MS formuló en el 2001 una propuesta para su reglamentación y ese año la CCSS elaboró el plan de atención a la salud de las personas, que propone intervenciones basadas en la evidencia científica y el uso racional de tecnologías (33).

2.3.2. *Financiamiento y gasto:* La información de los flujos de financiamiento y gasto de las instituciones del subsector público está disponible y en general es oportuna. No obstante, contiene múltiples criterios de agrupación e interpretación, por lo que su consolidación carece de una metodología única. Ello provoca la existencia de valores distintos para una misma variable. Para enmendar esta deficiencia, a partir del 2001 se ha iniciado, con el apoyo del Banco Central, las instituciones del sector salud y la asesoría de la OPS, el desarrollo del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud. La información del sector privado es limitada, ya que el sector salud no cuenta con potestad jurídica para exigirla y hay poca disposición de los agentes privados para facilitar sus registros voluntariamente.

El financiamiento del subsector público de salud descansa fundamentalmente en la contribución de los afiliados al seguro social. Los montos aportados por concepto de afiliación representan casi el 80% del total de ingresos de ese subsector y el 55% del total de ingresos al sector salud. La

participación de fondos del Tesoro Público es limitada y tiene una marcada tendencia a disminuir, ya que en 1993 representaba el 18.3% y en 1999, solo el 9.2%, como consecuencia del traslado de programas de prevención y promoción, del Ministerio de Salud a la CCSS. En cuanto a la composición público-privada del financiamiento, las estimaciones disponibles señalan una relación promedio del 70% y 30%, respectivamente, y una continua expansión del subsector privado, siendo los hogares los que le financian con más del 90% (34).

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR DE LA SALUD, 1993 –1999

(EN MILLONES DE USD Y EN % DEL PIB)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
SUBSECTOR PUBLICO	487.3	496.8	493.6	582.2	632.1	679.0	714.6
Porcentaje del PIB	5.1%	4.7%	4.2%	4.9%	4.9%	4.8%	4.5%
1.1. MS y otras inst. públicas de los niveles central, regional y local ⁽¹⁾	111.0	105.8	101.2	98.2	92.9	86.9	77.4
1.1.1.Financiamiento interno:	111.0	105.8	101.2	98.2	92.9	86.9	77.4
Fondos del Tesoro	89.4	90.5	77.1	78.8	74.9	76.2	65.5
Fondos propios	21.6	15.3	24.0	19.4	18.1	10.7	11.9
1.1.2.Financiamiento externo							
1.2. Seguro Social ⁽²⁾	376.3	391.0	392.4	484.0	539.1	592.1	637.2
Aportes de los afiliados	328.3	338.9	337.7	426.0	474.3	506.9	565.3
Venta de bienes y servicios	33.3	37.2	40.1	26.6	31.8	38.1	47.0
Ingresos de capital	14.7	14.9	14.7	31.4	33.0	47.1	24.9
SUBSECTOR PRIVADO⁽³⁾	162.3	184.0	201.3	218.1	243.9	276.2	311.5
Porcentaje del PIB	1.7%	1.7%	1.7%	1.8%	1.9%	2.0%	2.0%
2.1.Seguros privados	2.7	3.2	3.6	4.1	4.7	5.6	6.5
2.2.ONGs (sin fines de lucro)	13.7	15.2	16.3	17.3	19.0	21.1	23.3
2.3. Financiamiento de los hogares para servicios privados.	145.9	165.6	181.4	196.7	220.2	249.6	281.6
TOTAL	649.6	680.8	694.9	800.4	876.0	955.2	1,026.0
Porcentaje del PIB	6.8%	6.4%	5.9%	6.7%	6.8%	6.8%	6.5%

Fuentes: Autoridad Presupuestaria del MH; Kleysen (1992) y, Picado y Sáenz (2000). (1) Las instituciones incluidas en este grupo son: MS, CENADRO, CTAMS, IAFA, INCIENSA y, OCIS. (2) Corresponde a los ingresos del Seguro de Salud, administrados por la CCSS. (3) Estimación realizada a partir de: Kleysen (1992) Picado y Sáenz (2000)

El gasto privado se concentra básicamente en los rubros de medicamentos, servicios dentales y consultas ya que por razones de costo para efectos de hospitalización suele recurrir a los servicios públicos que ofrece la CCSS. Los gastos por concepto de seguros privados y esquemas de medicina prepagada aún son pequeños pero su tendencia indica un aumento para los próximos años. Los ingresos por concepto de cooperación externa redujeron drásticamente su participación en la década de los noventa (de 33.5% de los ingresos totales en 1992 a tan sólo un 1% en 1995). A partir de 1994, la ayuda externa se transformó en concesión de préstamos a tasas de interés bajas y

a largo plazo, destacando los otorgados por el BM, España y el BID para impulsar y apoyar la reforma sectorial.

GASTO EN SALUD Y DEUDA EXTERNA

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto Público en Salud per Capita en USD	146.6	145.5	140.9	162.0	171.7	180.2	185.3
Gasto Público en Salud/Total Gasto Público	23.8%	18.8%	18.3%	20.2%	21.3%	21.6%	20.3%
Gasto Total en salud per cápita en USD	195.4	199.4	198.3	222.7	238.0	253.5	266.1
Gasto Total en salud, como % del PBI	6.7	6.4	5.9	6.8	6.8	6.8	6.5
Deuda ext. en salud/Deuda ext. Total	2.0%	1.6%	1.4%	1.6%	1.7%	1.8%	1.7%

Fuentes: Autoridad Presupuestaria del Ministerio de Hacienda, Contraloría General de la República. Kleysen (1992), Picado y Sáenz (2000).

El gasto público y el gasto total en salud per cápita, se incrementaron en forma constante en los últimos años; no así el gasto público en salud como proporción del total del gasto público ni del gasto total en salud como porcentaje del PBI, que permanecieron relativamente estables. Esto último se debe, no tanto a un crecimiento insuficiente del gasto en salud, sino a una fuerte expansión del PBI, cuya tasa promedio de crecimiento anual fue de 5.4% en el periodo 1992-1999.

GASTOS DEL SECTOR SALUD POR FUNCIONES , 1993-1999, EN MILLONES DE USD

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PUBLICO⁽¹⁾	400.2	467.1	604.0	631.8	705.7	752.2	806.8
Promoción, atención preventiva y atención curativa	286.6	345.7	473.6	494.4	556.9	588.2	630.8
Formación de RRHH	7.7	8.3	8.6	8.5	8.6	9.4	9.5
Producción y compra de Insumos	84.9	96.1	96.4	106.9	108.6	125.5	125.3
Administración	17.4	15.8	22.6	18.7	23.5	24.3	30.9
Edificaciones	3.5	1.2	2.8	3.3	8.1	4.9	10.3
	0.9%	0.3%	0.5%	0.5%	1.1%	0.7%	1.3%
2. SUBSECTOR PRIVADO	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Promoción y atención preventiva							
Atención Curativa							
Formación de RRHH							
Regulación							
Producción y compra de Insumos							
Administración							
Edificaciones							
TOTAL							

Fuente: (1) Solo incluye gastos de la CCSS. Dirección de Presupuesto, Caja Costarricense del Seguro Social.

Para los gastos del sector por funciones, en el subsector público sólo existe información de la CCSS. Las actividades de promoción, prevención y curación de la salud consumen casi el 80% del gasto total. Los otros rubros mantienen participaciones relativamente estables, aunque las edificaciones muestran una tendencia creciente en los últimos años. En cuanto a los recursos destinados a la prestación directa de servicios de salud, de acuerdo a los informes de ejecución de presupuesto, la mitad del gasto se concentra en el III nivel de atención, mientras que el primer y segundo nivel, comparten la otra mitad. Durante 1997, 1998 y 1999 el gasto del primer nivel representó el 20.7, 17.5 y 21.0%, respectivamente; el segundo nivel gastó el 29.7, 32.7 y 30.0%. Antes de la reforma sectorial, el primer nivel solo recibía el 12% pero los compromisos de gestión tienden a estabilizar esa asignación en una cifra cercana al doble (35). En cuanto a los egresos por objeto de gasto, los pagos por servicios personales son el rubro más importante, representando en el quinquenio 1995-1999, el 68.6% del total (36). El concepto de materiales y suministros mantiene un peso estable del 20%. Pese a que no existe una serie de datos sobre medicamentos, los datos disponibles refieren que en 1998 se gastaron USD 46.6 millones, el 8.5% del gasto total de la CCSS en ese año. En el sector privado no hay información por objetos de gasto.

GASTOS DEL SECTOR SALUD POR OBJETO, 1993 – 1999 EN MILLONES DE USD

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PUBLICO(1)	486.8	538.2	607.1	600.1	606.7	626.6	654.3
Servicios personales	281.5 57,8%	346.7 64,4%	427.0 70,3%	403.9 67,3%	412.4 68,0%	423.4 67,6%	457.5 69,9%
Servicios no personales	65.8 13,5%	64.9 12,1%	64.0 10,6%	67.9 11,3%	66.1 10,9%	69.2 11,0%	59.2 9,1%
Medicinas y fármacos							
Materiales y suministros	127.6 26,3%	119.5 22,2%	111.9 18,4%	120.7 20,1%	121.5 20,0%	127.1 20,3%	134.8 20,6%
Equipos médicos y sanitarios							
Otros equip. y reparaciones	11.9 2,4%	7.1 1,3%	4.2 0,7%	7.6 1,3%	6.7 1,1%	6.9 1,1%	2.8 0,4%
Construcción de obras							
2. SUBSECTOR PRIVADO	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Servicios personales							
Servicios no personales							
Medicinas y fármacos							
Materiales y suministros							
Equipos médicos y sanitarios							
Otros equip. y reparaciones							
Construcción de obras							

Fuente: (1) Solo incluye gastos de la CCSS. Dirección de Presupuesto, Caja Costarricense del Seguro Social.

2.3.3. Aseguramiento sanitario. El seguro de salud es universal, cubre a todos los habitantes del país y está a cargo de la CCSS. El aseguramiento es obligatorio para todos los trabajadores asalariados y pensionados, los pobres son asegurados por el Estado y el resto se puede asegurar en forma voluntaria. El seguro de salud es financiado en forma tripartita: los patrones aportan el 9.25% sobre el monto de las planillas de pago, los trabajadores el 5.50% de su salario y el Estado el 0.25% sobre la planilla nacional de sueldos. Existe información confiable sobre la cobertura del aseguramiento en salud y en 1999 la CCSS reportó que tenía asegurado al 89% de la población (asegurados directos más familiares y pensionados) mediante siete diferentes modalidades de afiliación y que había 402,245 personas sin seguro (37). Sin embargo, legalmente el 100% de la población puede acceder a la atención médica, al margen de su condición de aseguramiento y nacionalidad. El seguro de salud de la CCSS se concreta en la atención primaria integral mediante cinco programas dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos, así como en la atención hospitalaria, servicios de apoyo diagnóstico- terapéuticos, medicamentos y atención dental para todos los asegurados. Algunos extranjeros y ciudadanos nacionales compran su seguro de salud a una empresa nacional (INS) y a empresas extranjeras. Además, existen empresas privadas de aseguramiento prepago, cuyo ingreso en 1998 fue cercano al 10% del gasto privado en salud.

2.3.4. Provisión de servicios de salud poblacional: El MS prácticamente ha transferido todos los programas de base poblacional, de promoción y protección de salud, a la CCSS (con excepción de los de nutrición infantil, control de vectores, de algunas zoonosis y de saneamiento básico), pero continúa dictando algunas pautas normativas. En la última década se ha enfatizado la prevención de enfermedades crónicas, mediante programas especiales como los de detección de diabetes, hipertensión y de cáncer en la mujer, pero se continúan realizando los programas de prevención de enfermedades infecciosas como diarrea y cólera, infecciones respiratorias agudas y tuberculosis pulmonar. El MS aún tiene a cargo los programas de prevención y control del dengue y la malaria, así como el de mantenimiento de la eliminación de la rabia canina. En materia de protección específica, la vacunación sigue siendo un programa prioritario. En 1999 se alcanzaron coberturas en menores de un año de DPT, antipolio, BCG y sarampión, del 93%, 93%, 82% y 92%, respectivamente. En el 2000 estas coberturas fueron de 88%, 80%, 92% y 82%, observándose de manera general un descenso en este último año. Por otra parte, en el 2001 se efectuó una jornada nacional de vacunación antirubeola que cubrió al 100% de las mujeres en edad fértil. En 1994 se obtuvo el certificado de erradicación de poliomielitis y entre 1996 y el 2000 no hubo casos de difteria y tétanos neonatal. Existen programas de salud pública para atender deficiencias de algunos

micronutrientes (yodo, ácido fólico, flúor y vitamina A). Por último, la atención prenatal y del parto, por personal capacitado, en el 2001 logró coberturas del 70% y 97.5% respectivamente.

2.3.5. Servicios de atención individual.

En general la información para la gestión de los servicios de salud a las personas en el primer y segundo niveles de atención no es suficientemente confiable, debido a la pluralidad de criterios en los sistemas de información y evaluación vigentes. Los usuarios no tienen la opción de elegir los servicios ordinarios de la CCSS; sin embargo, mediante la denominada “medicina mixta” los asegurados puede pagar la consulta a médicos privados de su elección y luego obtener los medicamentos y los estudios de gabinete en la CCSS.

Nivel primario de atención: En el año 2000 la CCSS tenía 732 equipos básicos de atención integral de salud o EBAIS formados por médico, auxiliar de enfermería y uno o varios asistentes técnicos de atención primaria o ATAPs. Cada equipo atiende en promedio a 3,500 hab. En ese año sólo el 70% de la población estaba cubierta por esos equipos, por lo que el resto debe acudir a la consulta externa convencional y a urgencias. Algunos centros de primer nivel cuentan con sistemas de información computarizados que se usan principalmente en la gestión administrativa y menos en el registro clínico. La producción del primer nivel se muestra a continuación.

PRODUCCION DE SERVICIOS, 2000

Tipo de Servicio	Número	Tasa por 1000 habitantes
Consultas y controles por profesional médico	7, 736,860	2,030
Consultas y controles por profesional no médico	327,285	86
Consultas y controles por odontólogo	1,350,758	354
Consultas de urgencia	3,313,100	869
Exámenes de laboratorio	32,275,903	8,471
Placas radiográficas	1,807,267	474

Fuente: Anuario de la Caja Costarricense del Seguro Social. 2000.

En 1999, los cinco grupos de consulta externa más frecuentes en la CCSS fueron los siguientes: 17.27% del sistema respiratorio; 8.84% del sistema genitourinario; 8.28% del sistema osteomuscular; 7.34% del sistema circulatorio y 6.17%, causas endocrinas y metabólicas (38).

Nivel secundario de atención: En el año 2000 la CCSS tenía 10 clínicas, 13 hospitales periféricos y 7 regionales, una red teóricamente suficiente para cubrir al 100% de la población. Todos tienen sistemas de información computarizados para la gestión administrativa y el registro clínico.

INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, 2000

Total de egresos	Índice ocupacional	Promedio días de estadía
325,216	81.67%	5.46

Fuente: Anuario de la CCSS. 1999.

En 1999 los principales grupos de causas de egreso hospitalario fueron: 32.62% las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; 9.01% por enfermedades del aparato digestivo; 6.88% por enfermedades del aparato respiratorio; 5.30% causas del sistema circulatorio y; 4.99% por tumores.

Nivel terciario de atención: La CCSS cuenta con 3 hospitales generales de referencia nacional ubicados en la capital del país (México, San Juan De Dios y Calderón Guardia), así como cinco hospitales nacionales especializados (de mujeres, de niños, de ancianos, de rehabilitación, y de psiquiatría). Se encuentra en proyecto el Instituto Nacional de Cáncer.

2.3.6. Calidad técnica: Existe un programa sectorial de mejoramiento continuo de la calidad y equipos de profesionales de los hospitales públicos, las regiones y las áreas de salud, capacitados en métodos y herramientas para mejorar la calidad (39). También destaca la evaluación sistemática de la calidad en los diferentes niveles de atención que realiza el MS a través de procedimientos como la acreditación de hospitales, la evaluación integral del primer nivel de atención, el análisis de la mortalidad infantil y materna, y la evaluación de entidades trazadoras como el cáncer de cuello uterino. Además, algunos hospitales cuentan con comités de ética, pero su trabajo está orientado principalmente a evaluar proyectos de investigación clínica más que a la revisión de la calidad y la ética en la atención (40). La mayoría de los hospitales de segundo y tercer nivel cuentan con comités de infecciones hospitalarias pero su funcionamiento no es regular. En 1999 el 21.7% de los partos atendidos en la CCSS fueron por cesárea. La tasa de mortalidad materna en 1999 fue de 19x100,000 n.v. y la infantil de 11.8 x 1000. En ese mismo año la tasa de autopsias fue de 13.38 x100 defunciones y el 60% de las muertes maternas e infantiles fueron analizadas.

2.3.7. Calidad percibida: En 1998 se efectuó la primera medición global de la satisfacción de usuarios en la CCSS y a partir del año 2000 los compromisos de gestión establecieron la obligatoriedad de medirla anualmente a través de una encuesta institucional estandarizada. En ese año, el 92% de los hospitales y el 77% de las áreas de salud la llevaron a cabo y sus resultados revelan que más del 70% de los usuarios se sienten satisfechos con la atención. Por otra parte, el MS realiza entrevistas a las madres atendidas en los servicios de salud y los resultados muestran que sólo el 45% de ellas son informadas de las complicaciones del embarazo, parto y cuidado del recién nacido. Como mecanismos adicionales para identificar problemas de calidad de atención, a partir de 1999 la CCSS promovió en cada establecimiento de salud una oficina para orientar al usuario sobre sus derechos, así como juntas de salud que vigilan la calidad de atención. En el año 2000 se realizó una encuesta en 107 juntas de salud y solo el 54% de ellas había participado en acciones de calidad (41). En el 2000 cobró impulso el uso de prácticas clínicas basadas en la evidencia en dos hospitales nacionales con el fin de mejorar la calidad de atención.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1. Seguimiento del proceso

3.1.1. Seguimiento de la dinámica: En la década de los años noventa, diversos factores tanto endógenos como exógenos dieron origen a la reforma sectorial y al proceso de modernización institucional. Entre los primeros se pueden citar el aumento creciente de la relación gasto en salud/PIB (de 6.9% en 1988 a 8.5% en 1999) así como la tendencia creciente del gasto hospitalario en relación al gasto ambulatorio; el predominio de una planificación normativa y una gestión centralizada; la inequidad en la asignación de recursos con poca inversión en los cantones de menor desarrollo social; un gasto inferior al 20% en el primer nivel; el crecimiento anual del 16,4% en el gasto hospitalario; la reducción en la productividad (las consultas bajaron de 3.9 por persona en 1988 a 3.6 en 1999); el modelo dicotomizado de salud con una CCSS curativa y un MS preventivo; y el desequilibrio financiero del sector salud entre 1986 y 1995, con un crecimiento anual de la economía de 65.1% y gastos de 74.9%. Entre los factores exógenos destacan la crisis financiera del país debida al menor crecimiento económico y aumento de egresos por pago de la deuda; la transición demográfica con aumento de mayores de 60 años; el cambio del perfil epidemiológico debido al incremento de enfermedades crónicas; y la necesidad de fortalecer la rectoría y separar las funciones dentro del sistema de salud (42).

A principios de los años noventa y como parte de la reforma de Estado, la unidad preparatoria de proyectos del sector salud coordinó la formulación de un "proyecto de reforma del sector salud" con cuatro componentes o proyectos específicos: rectoría y fortalecimiento del MS, fortalecimiento institucional de la CCSS, nuevo sistema de asignación de recursos financieros y adecuación del modelo de atención en salud. En 1992 la Asamblea Legislativa aprobó las leyes 7374 y 7441 para gestionar dos préstamos, uno del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por USD 4.3 millones para apoyar la rectoría y fortalecimiento ministerial, y otro del Banco Mundial (BM) por USD22 millones para apoyar la ejecución de los demás proyectos específicos de la reforma sectorial. En junio de 1994 se inició la ejecución de los proyectos específicos mencionados y para cada uno de ellos se establecieron metas, actividades, fechas de cumplimiento, responsabilidades y criterios generales de evaluación. Las unidades ejecutoras de estos proyectos han realizado su seguimiento y evaluación. Sin embargo, los resultados tienen escasa difusión y son poco conocidos. En el 2001 se inició la negociación de un nuevo préstamo al BM para continuar algunos procesos de la reforma sectorial, que en caso de aprobarse, se ejecutará con el nuevo gobierno que inicia en el 2002 (43, 44).

3.1.2. Seguimiento de los contenidos

Marco jurídico: Además de la Ley General de Salud (LGS) de 1973, que establece las bases para la rectoría ministerial, y las leyes de 1992 para el financiamiento de la reforma, se han aprobado otras reglamentaciones para respaldar el proceso de reforma sectorial, como el decreto ejecutivo 27446-5 de 1998 que crea el Consejo Nacional del Sector Salud, la Ley de Desconcentración de Hospitales del mismo año, y el Reglamento de las Juntas de Salud de 1999. Si bien los objetivos de la reforma son mejorar la cobertura y aumentar la eficiencia del gasto, por su parte la política de salud propone lograr dos metas: reducir las diferencias del nivel de salud entre las regiones del país, y asegurar a todos la misma oportunidad, eficacia y calidad de atención frente a necesidades similares. Estos instrumentos jurídicos y de política sanitaria permiten al MS ejercer la conducción sectorial y la coordinación intersectorial en un ámbito que abarca desde la regulación ambiental hasta la atención de problemas emergentes como el SIDA y reemergentes como la malaria.

Derecho a los cuidados de salud y al aseguramiento: La Constitución y los primeros tres artículos de la LGS establecen la universalidad y el derecho a la atención de salud para todos los habitantes del país (45,46). La afiliación y cotización al seguro público de salud, enfermedad y maternidad que administra la CCSS son obligatorias para todos los trabajadores asalariados; la afiliación de los pobres es subsidiada por el Estado y el resto de la población se puede asegurar voluntariamente (47).

Rectoría y separación de funciones: Las funciones de rectoría y provisión de servicios están separadas, pero está pendiente de concluirse la transferencia de algunos programas preventivos y asistenciales como el de nutrición infantil (CEN-CINAI) desde el MS hacia alguna otra institución del Estado. Para ejercer la rectoría sectorial, el MS transformó su estructura orgánica y capacitó a su personal para desempeñar nuevas tareas. Sin embargo, estas transformaciones aún están en proceso y un ejercicio de medición efectuado en abril del 2001 mostró que en el país aún existen debilidades para el desempeño de algunas funciones esenciales de salud pública (FESP), tales como las de investigación para solucionar problemas de salud pública, la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios, el desarrollo de recursos en salud pública y la promoción de la salud, entre otras (49). En cuanto a la regulación del financiamiento sectorial, la participación del MS prácticamente es nula ya que además de no contar con apoyo político, tampoco cuenta con personal capacitado y no dispone de información sistematizada en una cuenta nacional de salud. La vigilancia de la salud está poco desarrollada en el país debido al predominio de un modelo clínico y la menor importancia del quehacer en salud pública. En cambio, existen avances en la regulación de los servicios, el medio ambiente y los insumos para la salud. En materia de regulación de los servicios de atención a las personas, destacan los esfuerzos del MS para realizar la habilitación y

acreditación de los establecimientos públicos y privados, así como la evaluación de los EBAIS. No obstante, los resultados de estos mecanismos de regulación y mejoramiento de la calidad son poco utilizados ya que no existen acuerdos al respecto entre la CCSS y el MS, ni mecanismos que obliguen a la primera a cumplir las recomendaciones del segundo (50). La CCSS reporta al MS los datos de producción de servicios, morbilidad y mortalidad pero por razones administrativas y técnicas, este reporte no se hace con la oportunidad necesaria para una vigilancia de salud eficiente. La CCSS edita un anuario estadístico y el MS su memoria anual, con el fin de informar a la legislatura y a la opinión pública. A fin de mejorar la gestión de esta su función aseguradora, desde 1997 la CCSS desarrolla procesos internos para separar el financiamiento (recaudación y asignación presupuestaria), la compra (mediante compromisos de gestión con los proveedores) y la provisión de servicios de atención médica (proveedores internos y externos). Para realizar el monitoreo de la calidad de atención y producción de servicios la CCSS creó en 1999 un órgano interno denominado Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS) cuyo funcionamiento aún es cuestionado por funcionarios internos y externos a la institución.

Modalidades de descentralización. La Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS aprobada en 1998, promueve la desconcentración de competencias y recursos a los niveles subnacionales de esa institución. La ley otorga mayor competencia a los establecimientos para administrar recursos y comprar servicios a terceros. Por otra parte, el MS también se encuentra en un proceso de desconcentración de competencias a los niveles regional y local, para que estos puedan ejercer las funciones propias de la rectoría sectorial. Ambos casos llevan implícita la transferencia de riesgo y responsabilidades, pero la Ley de Desconcentración de Hospitales, además, proporciona el respaldo legal para que éstos empiecen a operar con una lógica contractual y de negociación con el nivel central, utilizando como instrumento los compromisos de gestión.

Participación y control social. La reforma sectorial ha promovido la participación social mediante el trabajo domiciliario y la capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud desde los EBAIS. La CCSS reglamentó a partir de 1999 el funcionamiento de las Juntas de Salud, organismos comunitarios facultados para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud, así como para vigilar la calidad de los servicios. Una evaluación realizada en el 2000 muestra que el 40% de estas Juntas se desempeña en forma regular (51).

Financiamiento y gasto: La CCSS y el MS tienen datos sobre sus presupuestos pero el país no dispone de un sistema de información consolidado sobre financiamiento, flujos financieros y gastos en salud, ya que aún se está desarrollando el sistema de cuenta nacional de salud. La CCSS cuenta con un modelo de asignación de recursos basado en la productividad y, desde 1997, se asigna el

presupuesto a los establecimientos de acuerdo a criterios de capitación para el primer nivel de atención, y de unidades de producción hospitalaria (UPH) para el segundo y tercer nivel, mediante compromisos de gestión. En la CCSS las funciones de financiamiento, compra y provisión de servicios se han separado del siguiente modo: la Gerencia Financiera recauda fondos para el seguro de salud y las pensiones, a través de un sistema centralizado de recaudación (SICERE) (52); la Gerencia Administrativa, a través de su Dirección de Compra de Servicios, compra los servicios de salud a 120 proveedores mediante compromisos de gestión (29 de los cuales son hospitales de la CCSS) y la Gerencia Médica establece las normas para la atención que proporcionan los proveedores. La reforma ha asignado mayor presupuesto para el primer nivel de atención (del 12% previo a la reforma al 21% en 1999). El gasto total en salud per cápita aumentó de USD195.4 a USD 266.1 entre 1993 y 1999. Ello guarda relación con el crecimiento económico y el aumento del financiamiento del seguro de salud de la CCSS, que pasó de 4.1% a 4.8% del PIB en ese mismo período. Esa tendencia podría cambiar debido a la reducción del crecimiento económico y porque se espera que los compromisos de gestión contribuyan a la contención del gasto.

Oferta de servicios y modelo de atención: La principal estrategia utilizada en la reforma sectorial para mejorar el acceso a los servicios básicos de salud y las coberturas ha sido la adecuación y desarrollo de un modelo de atención integral con cinco programas asistenciales, cuyas acciones en el primer nivel de atención son realizadas por equipos básicos de atención integral de salud o EBAIS, cuya sede son pequeñas clínicas o establecimientos periféricos en las 90 áreas de salud del país. Los programas asistenciales están relacionadas con prioridades de atención identificadas a través del análisis de situación, y para reforzarlas se formuló en el 2001 el Plan de Atención a la Salud de las Personas o PASP (48). La CCSS ha incrementado la oferta y el acceso a los servicios de salud a través los EBAIS, y por mecanismos complementarios como el de médico de empresa, la medicina mixta y la compra de algunos servicios a terceros (53, 54). Además de la provisión completa de servicios en los establecimientos de la CCSS (o en algunas de las cooperativas o establecimientos con las que tienen contratos), para ampliar el acceso y la oferta existen dos modalidades que operan a manera de copago. Una de ellos se denomina medicina mixta (el asegurado paga la consulta a un médico privado de su elección y la CCSS paga los servicios de diagnóstico y medicamentos). Y la otra es conocida como médico de empresa (la empresa contrata a un médico para atender a trabajadores y familiares y la CCSS paga los servicios de diagnóstico y los medicamentos). El modelo de atención también facilita el acceso de servicios de primer nivel pues los EBAIS efectúan trabajo domiciliario para identificar individuos y familias en riesgo y, además, proporcionan cuidado domiciliario sobre ciertas patologías. Los pacientes del primer nivel

que requieren atención especializada son referidos a unidades del segundo y tercer nivel, pero aún persisten fallas en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, ya que sólo el 28.4% de los EBAIS efectúa el control y seguimiento de los pacientes. El segundo y tercer nivel de atención también han aumentado el acceso mediante la ampliación de horarios y la compra de servicios a terceros (radioterapia, oftalmología y anatomía patológica). No obstante, los esfuerzos institucionales aún son insuficientes para reducir y evitar las listas de espera mayores a 3 meses en ciertas especialidades como ginecología, ortopedia y cirugía general, así como para estudios diagnósticos (gastroscopía y mamografía) y en la consulta externa especializada.

Modelo de gestión: La herramienta operativa del nuevo modelo de asignación de recursos en la CCSS es el compromiso de gestión, el cual ha inducido a los directores de áreas de salud y hospitales a asumir una actitud gerencial, obligándolos a capacitarse y desarrollar habilidades para gestionar los recursos a su cargo. La histórica relación benefactora y proteccionista del nivel central hacia el nivel local y los establecimientos, gradualmente se va transformando en una relación de tipo contractual en la que ambos comparten riesgos y responsabilidades. Los compromisos de gestión se utilizan también como herramienta para negociar con proveedores externos y entre los diferentes niveles administrativos del nivel central. En el primer nivel el financiador (los servicios centrales de la CSS) compra un paquete de servicios “*per capita*” (pago por capitación), y en los hospitales compra “*Unidades de Producción Hospitalaria*” (UPH). Este modelo de gestión inició en las zonas rurales y periféricas de menor nivel socioeconómico y se extendió gradualmente al medio urbano. En 1995 se incorporaron al modelo 274 establecimientos con 227 EBAIS, entre 1996-1998 se unieron 222 establecimientos con 198 EBAIS, y de 1999 al 2000 se agregaron otros 227 EBAIS, para un total de 652. En el 2000 el 70 % de la población estaba cubierta por este modelo readecuado, pero en el medio rural la cobertura llegaba al 90% y la meta de 800 EBAIS para el 2002, tenía un avance del 81.5%. La capacidad de compra y venta de servicios de los proveedores se ha fortalecido con la Ley de Desconcentración de Clínicas y Hospitales de 1998, la cual estimula la autogestión de los establecimientos y el uso de criterios empresariales. A partir del año 2000 todos los hospitales y áreas de salud firmaron compromisos de gestión con metas y objetivos, cuya evaluación cuantitativa es efectuada por la unidad compradora de la Gerencia Administrativa, como requisito para firmar los compromisos del año subsiguiente.

En 1988 por primera vez se entregó la gestión de un establecimiento de salud de la CCSS del área metropolitana (Pavas) a trabajadores de salud organizados en una cooperativa. A la fecha la CCSS atiende a unas 400,000 personas (11% de la población asegurada) mediante compromisos de gestión con 4 cooperativas de salud y un convenio con la Universidad de Costa Rica.

Recursos humanos: La Escuela de Salud Pública y otras facultades de la UCR, así como el INCAE, la UNED y el CENDEISS, principalmente, han colaborado con a capacitar recursos humanos del sector para atender necesidades planteadas por la reforma. Las relaciones laborales de los trabajadores de salud se rigen por disposiciones legales de carácter general, como el Código de Trabajo y el Estatuto de Servicio Civil, así como por regulaciones profesionales específicas como la Ley de Estatuto de Servicios Médicos y los Estatutos de Servicios de Enfermería. La mayoría de los trabajadores de mayor antigüedad del sector cuentan con empleo estable (en el MS el 85% tiene plaza en propiedad) y están sindicalizados, pero tanto los compromisos de gestión como la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas, han impulsado nuevas alternativas de contratación, esquemas laborales más flexibles, y nuevas modalidades de pago, reduciendo con ello la creación de nuevas plazas. Esta situación ha creado inconformidad en los numerosos grupos sindicales existentes en el país, quienes han protestado y manifestado pronunciamientos desfavorables hacia la reforma en diversas ocasiones pero sin mayores consecuencias debido a las negociaciones entre las partes en conflicto. El sector aún no satisface sus necesidades de personal capacitado para desempeñar funciones gerenciales y de rectoría en el nivel central, así como en el nivel periférico para funciones propias de la autoridad sanitaria y para la operación del nuevo modelo de atención, y existe rezago en la adecuación de los perfiles de puesto y los académicos.

Los colegios de médicos y de enfermeras han iniciado la certificación basada en procesos de educación continua, cuyos contenidos incluyen temas relacionados con la reforma. Sin embargo, el país no cuenta con políticas claras de formación de recursos humanos y la proliferación y aumento de centros educativos y de egresados está superando la capacidad de absorción del sector público e incrementando el desempleo de profesionales de salud. Como ejemplo se puede citar el descenso en la contratación de médicos por la CCSS entre 1985, 1990, 1995 y 1999, que fue del 93.7%; 85.0%; 74.5% y 51.9%, respectivamente. El sector no tiene un sistema de incentivos por desempeño pero los profesionales reciben beneficios económicos por ajuste anual de salarios, dedicación exclusiva y carrera profesional o administrativa. Hay programas de capacitación financiados con fondos nacionales, o con créditos del BID y BM, y por organismos internacionales como la OPS, pero la inversión global no se conoce con precisión. La CCSS invirtió en 1999 el 0.2% de su presupuesto (431 millones de colones) en docencia y formación profesional.

Calidad y evaluación de las tecnologías de salud: No existe en el país un programa sectorial de evaluación de la calidad de los equipos y de los dispositivos médicos. El MS está desarrollando una reglamentación al respecto y la CCSS ha iniciado un proceso para la formación de ingenieros clínicos, con el fin de mejorar la evaluación de los equipos y la gestión tecnológica,

respectivamente. Por otra parte, el MS realiza la acreditación de establecimientos y servicios de salud desde 1998, como parte de su función de regulación sanitaria y del programa sectorial de mejoramiento de la calidad, basada en estándares que evalúan principalmente la infraestructura y los equipos disponibles.

3.2. Evaluación de los resultados

En este perfil la reforma se evalúa por el impacto de los cuatro componentes definidos en su agenda (rectoría y fortalecimiento del MS, fortalecimiento institucional de la CCSS, nuevo sistema de asignación de recursos financieros y adecuación del modelo de atención en salud) en las siguientes cinco categorías analíticas: equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social. Obviamente, la modificación de los indicadores de estas categorías no puede ser atribuida sólo a la reforma sectorial sino también a la influencia de otras variables.

3.2.1. Equidad

En cobertura: Las coberturas de atención básica han mejorado en las siete provincias del país, así como en el medio urbano y rural, pero aún existen algunas diferencias entre distintos segmentos poblacionales atribuibles a deficiencias en la asignación y a problemas de gestión de recursos. Los siguientes son ejemplos de promedios nacionales de cobertura de acciones básicas de atención primaria de salud: en el 2000 las coberturas de vacunación en menores de un año fueron: DPT3, 88%; OPV3, 80%; BCG, 92% y sarampión 82%. En el mismo año, el 89% de las mujeres recibieron atención prenatal, el 97% de los partos fueron atendidos por personal entrenado y el 75% de las mujeres usaron anticonceptivos (55).

En distribución de recursos: El promedio del gasto público en salud per cápita fue de USD185 en 1999, sin embargo, los recursos para producir servicios de salud, tales como el personal y las camas de hospital, no están distribuidos entre las provincias y cantones de acuerdo a un criterio poblacional o por necesidades de atención, por lo que se infiere que el gasto per cápita no tiene una distribución equitativa entre ellos. En 1999 el promedio nacional de médicos y enfermeras era de 15 y 11.3 por 10,000 hab, respectivamente. Los promedios más bajos se encontraban en las regiones con mayores tasas de población rural y de mortalidad infantil y materna (56). Un estudio efectuado en 1998 combinando datos de la CCSS y de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, mostró que los recursos humanos estaban centralizados, ya que la Región Chorotega tenía solo 6.4 médicos por 10,000 hab y la Región Central 10.5. Por su parte, el número de enfermeras era de 1.6 por 10,000 hab en la Región Brunca y de 4.4 en la Región Central. Un problema adicional es el desequilibrio entre profesionales para la atención integral de salud ya que la razón médico/enfermera era de 2.4 en la Región Brunca y de 4.1 en la Región Central (57). Otro

estudio de 1998 mostró que, si bien el promedio de camas a nivel nacional era de 20x10,000 hab, en las zonas rurales incorporadas a la reforma en ese mismo año era sólo de 9x10,000 hab, en tanto que en las zonas no incorporadas a la reforma y que principalmente pertenecen al medio urbano, había 24x10,000 (58). Es decir, pese a los avances aún son necesarios esfuerzos adicionales para lograr mayor equidad en la distribución de los recursos humanos y materiales.

En acceso: Entre 1995 y el 2000 se redujo el porcentaje de subregistro de la mortalidad de 2.1 % a 1.0%, y el porcentaje de defunciones sin ningún tipo de asistencia médica es tan bajo que no podría notarse la influencia de la RS sobre estos indicadores. Un estudio de 1998 mostró que la reforma había mejorado el acceso geográfico a unidades de atención básica y que era prácticamente similar en el medio rural y en el urbano (distancias promedio de 1.28 y 1.10 kms. al establecimiento más próximo, respectivamente). Del mismo modo, las zonas incorporadas a la reforma en 1995 mejoraron la disponibilidad del número de horas-médico anuales por 1000 hab. (de 42 horas promedio en 1994 a 59 en 1998). La atención de primer nivel se otorga sin demora el mismo día en prácticamente todos los establecimientos del país, así como la atención de urgencias. Pero la consulta de especialidades y algunos estudios y procedimientos quirúrgicos especializados pueden demorar hasta 6 meses. Para mejorar el acceso, se han creado mecanismos legales, administrativos y financieros que permiten ampliar el horario de las clínicas y contratar servicios a terceros. Sin embargo, aún existen listas de espera superiores a tres meses en diversas especialidades.

En el uso de recursos: La reforma sectorial parece haber contribuido a producir un leve aumento en el uso de los servicios de consultas externas, ya que la razón de consultas ambulatorias por mil habitantes y por año fue como sigue: 1,944 en 1994; 2,237 en 1998; 2,265 en el 2000. Este resultado es congruente con la mejoría gradual observada en la oferta y en el acceso al sistema de servicios promovidos por la reforma, principalmente para el primer nivel de atención. Ello parece corroborarse por el comportamiento de la razón de las consultas de medicina general y de especialidades en esos mismos años, que fue de 1.74, 2.17 y 2.25. En cambio, en la atención hospitalaria se observa un uso similar de los recursos e inclusive un leve descenso, ya que el número de egresos por cada 1000 habitantes en los mismos años fue de 89.5, 85.3 y 86.1x1000, respectivamente. Ello se puede deber, entre otros factores, a la mayor racionalidad en el internamiento y a la mejor capacidad resolutive del primer nivel, con lo que se estaría contribuyendo a la contención de los costos. Por otra parte, la reforma también ha influido en la atención prenatal, ya que en el 2000 se logró el 89% de cobertura de la meta comprometida por las áreas de salud. Sin embargo, no ha influido en la atención del parto por personal entrenado, que fue del 98%, debido a que esta proporción ya era muy elevada desde antes de iniciar la reforma.

3.2.2. Efectividad y calidad

Efectividad: La separación de funciones promovida por la reforma tiene como propósito mejorar el desempeño del MS como ente rector y de la CCSS como proveedor de servicios públicos de salud. El MS ha impulsado el monitoreo permanente de las mortalidades infantil y materna mediante comisiones de análisis en todos los niveles de organización, así como la regulación de la calidad de atención mediante la habilitación y acreditación de establecimientos. Por su parte, la CCSS ha mejorado las coberturas, organizando los servicios por zonas geopoblacionales llamadas áreas de salud y con base en EBAIS. Estas mejoras están contribuyendo a cambios en la efectividad de los servicios y en la reducción de brechas entre las diversas regiones. En los años 1999 y 2000, descendió la mortalidad infantil a 11.8 y 10.2 x 1000, respectivamente, con relación a la tasa de 12.6 x 1000 de 1998. La tasa promedio de bajo peso al nacer en el periodo 1990-98 fue de 7%, y desde 1980 es una de las más bajas de la región de las Américas. La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino muestra una tendencia descendente: entre 1994 y 1998 disminuyó de 9.06 a 7.70x 100,000 mujeres. En la década de los noventa, se observó un descenso en la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles como sarampión, rubéola y tosferina. En contraste, algunos problemas cuyo comportamiento se asocia estrechamente a factores socioeconómicos y culturales, como el SIDA y la tuberculosis, se han incrementado. Las tasas de mortalidad por causas cardiovasculares específicas como las enfermedades isquémica, cerebrovascular, y de la circulación pulmonar, se han mantenido estables entre 1989 y 1998, siendo en este último año de 54, 26 y 16x 100,000, respectivamente. En cambio, la tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva en el mismo periodo se triplicó (de 3 a 10x100,000). Si bien en la morbilidad general el porcentaje de las enfermedades isquémicas, cardiovasculares y tumores aumentó durante los años noventa en realidad sus tasas disminuyeron de 537x100,000 en el periodo 1970-1974 a 377x100,000 en el periodo 1985-1998. La tasa de mortalidad por diabetes aumentó de 6.6 a 8.5x10,000 entre el trienio 1985-87 y el de 1994-96. Este panorama epidemiológico muestra que uno de los principales retos del actual modelo readecuado de atención sigue siendo promover estilos de vida saludables.

Calidad técnica: Existen grupos capacitados para evaluar la calidad de la atención y la mortalidad materno infantil en el 100% de las áreas de salud, y en el 80% se ejecutan planes de intervención para resolver los problemas identificados. El 70% de las áreas de salud utiliza protocolos para mejorar los procesos de atención de “entidades trazadoras” tales como el crecimiento y desarrollo, el embarazo en adolescentes y la amenaza de parto prematuro. El 89% de los expedientes de pacientes de primera vez cumple con la norma de calidad establecida por la CCSS. Los hospitales tienen en promedio 82% de ocupación y algunos indicadores que reflejan la calidad de atención son

los siguientes: mortalidad hospitalaria 19x1000, mortalidad postoperatoria 6.5x1000 y mortalidad materna hospitalaria 1.7x1000. Uno de los problemas de calidad es la lista de espera superior a tres meses, tanto para consulta especializada como para atención quirúrgica, ya que en promedio, el 75% de los hospitales tienen una o más especialidades con ese problema. Los 29 hospitales cuentan con programas de mantenimiento correctivo pero sólo 3 de ellos tienen programas de mantenimiento preventivo. Los resultados de la evaluación de los compromisos de gestión del año 2000, permiten conocer la proporción de cobertura con calidad (definida como coberturas que cumplen con las normas básicas de atención), con relación a la cobertura total lograda en ese año, por cada uno de los cinco programas asistenciales. En menores de un año la cobertura total fue de 93%, pero la cobertura con calidad solo del 47%; en los niños de 1 a 6 años la cobertura total y con calidad fueron de 44% y 25%, respectivamente; en adolescentes ambas fueron de 29% y 14%; en la atención prenatal se logró el 89% y 42%; y en el adulto mayor fue de 44% y 33%. Estos resultados muestran que, en general, la calidad sólo se logra en la mitad de las atenciones. Sin embargo, la aplicación sistemática de un método de evaluación de la calidad como parte de los compromisos de gestión, debe ser visto como un avance para el mejoramiento continuo en el futuro. Existen dos hechos que son atribuibles al modelo de atención impulsado por la reforma y a los compromisos de gestión; uno de ellos es la integralidad de la atención en el primer nivel mediante EBAIS, que incluye el suministro oportuno de medicamentos esenciales; y el otro, es el de la incidencia de las infecciones hospitalarias, que ha disminuido desde que éstas se toman como criterio de calidad en la evaluación de los compromisos. El índice promedio de infecciones hospitalarias en 1999 fue de 9.6%, con un rango de 3.6% a 20%, siendo la más común la de piel y mucosas (ocurrió en el 69% de los hospitales) y le siguen las infecciones del tracto urinario y de las vías respiratorias (se presentaron en el 48% y el 41% de los hospitales, respectivamente).

Calidad percibida: En el sistema público de salud no existe la posibilidad de que el usuario seleccione el centro de atención y tampoco al profesional médico, ya que ambos son asignados por la CCSS de acuerdo al lugar de residencia. Algunos asegurados con capacidad de pago y no satisfechos con las listas de espera y/o la calidad de atención recurren a un sistema alternativo de la CCSS llamado medicina mixta, en el que pagan la consulta de un médico privado, pero los medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete son proporcionados por la CCSS. El 80% de las áreas de salud cuentan con programas de calidad y tienen una oficina de contraloría ciudadana que atiende los aspectos de calidez y trato al usuario. Los hospitales de la CCSS también cuentan con una oficina de contraloría para atender las quejas de los asegurados y una junta de salud, cuya función es vigilar el uso de los recursos asignados y la calidad de atención. En el año 2000, la

SUGESS efectuó una encuesta a usuarios de 22 establecimientos sobre la calidad de atención, encontrando que el 19% calificó de inaceptable el tiempo de espera para obtener cita, el 13% de excesivo el tiempo en sala de espera para consulta, 16% calificó de excesivo el tiempo para recibir los medicamentos, el 88% estuvo de acuerdo con el trato médico recibido, y el 81% refirió haber recibido explicaciones del médico. La Defensoría de los Habitantes también contribuye a la calidad de los servicios y permanentemente efectúa estudios y recomendaciones al Estado y al sector.

3.2.3. Eficiencia

En la asignación de recursos: Con el fin de aumentar la eficiencia, la reforma ha impulsado la asignación de recursos financieros a los establecimientos mediante la modalidad de compromisos de gestión y con base a metas de cobertura, productividad y calidad. La evaluación de estos compromisos muestra que en promedio, el 97% de las áreas de salud con consulta especializada y el 96% de los hospitales cumplen con las metas de producción comprometidas. La reforma también ha contribuido a mejorar la asignación de recursos para la atención primaria, ya que en 1994, antes de la reforma, sólo se asignaba el 12% del gasto en salud y en 1999 se asignó el 21%. La reforma también ha dado prioridad al medio rural y al urbano marginal, asignándoles mayores recursos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Este fortalecimiento del primer nivel de atención puede permitir que la CCSS incorpore gradualmente los programas preventivos y la promoción de la salud que le han sido transferidos por el MS. Por su parte, el 93% de los hospitales cuenta también con programas de promoción de estilos de vida sanos y en el 95% se brinda atención integral a casos de violencia intrafamiliar, aunque la coordinación intersectorial para atender este problema aún es débil.

En la gestión de recursos: Los resultados de la evaluación anual de los compromisos de gestión, muestran una tendencia al mejoramiento de las coberturas, la productividad y la calidad, tanto en hospitales como en áreas de salud. En el año 2000 la cobertura en las áreas de salud fue del 93% y el 89% para la atención infantil y la atención prenatal, respectivamente. El promedio de consultas por hora médica contratada fue de 3.5 y el promedio de consultas generales y especializadas por hab. fue de 1.4 y 0.6, respectivamente. Los hospitales tuvieron una calificación promedio de 85% en los indicadores de calidad y productividad, con un rango de 70% a 99%. El ingreso hospitalario por 100 hab. fue de 8.1, el porcentaje de ocupación de camas fue del 82%, el giro de camas de 55.5, la estancia hospitalaria de 5.5 días y la estancia preoperatoria de 1.1 días.

3.2.4. Sostenibilidad: Encuestas de opinión pública realizadas por la prensa escrita revelan que la población considera que la salud es importante e identifica el valor de las instituciones relacionadas con ella. Las funciones de la CCSS son claramente reconocidas y, a pesar de las quejas que existen

sobre la atención médica, los ciudadanos reconocen su importancia como garante del seguro público de salud. Por su parte, las funciones de rectoría que desempeña el MS son menos conocidas, mantienen un perfil bajo y no están suficientemente divulgadas, dentro y fuera del sector salud. La gestión de recursos financieros a nivel sectorial tiene limitaciones, debido a la falta de información sistematizada y desagregada sobre el financiamiento y gasto en salud, tanto público como privado. Sin embargo, la reforma está alentando el desarrollo de sistemas de información contable en hospitales y áreas de salud, con una clara orientación hacia la facturación de los servicios que ambos ofrecen. Los estudios actuariales realizados por la CCSS, de acuerdo a ciertas hipótesis, sugieren que el seguro de salud tiene sostenibilidad financiera para los próximos 10 años. Con el fin de aumentar este horizonte, la CCSS ha mejorado su sistema de recaudación mediante un mecanismo centralizado puesto en operación en el 2001. Los altos funcionarios del sector, tanto de la CCSS como del MS, están capacitados para negociar y gestionar fondos externos, y se prevé que para fines del 2001 ambas instituciones habrán concluido la negociación de un nuevo préstamo bancario para continuar los procesos de reforma por los siguientes cinco años.

3.2.5. Participación y control social: La reforma ha promovido espacios formales para la participación social dentro del propio sistema de servicios de salud; son ejemplo de ello las juntas de salud en todos los establecimientos y las contralorías de ciudadanos en la mayoría de ellos. Por otra parte, a nivel gubernamental las instituciones del sector rinden cuentas de su actuación a través del Sistema Nacional de Evaluación. Fuera del sector oficial, la Defensoría de los Habitantes y los medios de comunicación son mecanismos de contraloría ciudadana que han promovido la opinión pública sobre temas relacionados con la salud y la intervención de las autoridades de salud.

* En la segunda edición del perfil participaron 30 profesionales y tomadores de decisión relacionados con el sector de la salud del país así como el equipo técnico de la OPS/OMS en Costa Rica. En la revisión externa del documento, participaron: la Dirección de Desarrollo de la Salud y la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud; la Gerencia Médica, la Gerencia de Modernización, la Gerencia de Pensiones y la Gerencia Financiera de la Caja Costarricense del Seguro Social; la Dirección de la Autoridad Presupuestaria del Ministerio de Hacienda; y la Escuela de Salud Pública, la Escuela de Medicina, la Escuela de Enfermería, la Escuela de Nutrición y el Programa de Tecnología en Salud de la Universidad de Costa Rica. La coordinación técnica corrió a cargo de la Representación de la OPS/OMS en Costa Rica. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

Bibliografía

1. Estado de la Nación. 7°. Informe. Costa Rica 2000. <http://www.estadonacion.or.cr/Pag-prin/informes.html>
2. Gaceta Oficial. Julio 4 del 2001. <http://imprenal.go.cr>
3. MIDEPLAN. Sistema Nacional de Evaluación (SINE) Costa Rica 2000. <http://www.mideplan.go.cr>
4. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 1998-2002 <http://www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/politicas/politicas.htm>
5. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud. 1999-2004 <http://www.netsalud.sa.cr/ms/contenid.htm>
6. Fondo Monetario Internacional. Información de países. 2001 <http://www.imf.org/external/country/index.htm>
7. MIDEPLAN. Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDE). Costa Rica 2000 <http://www.mideplan.go.cr>
8. Ministerio de Relaciones Exteriores. Cooperación externa para el desarrollo. 2000
9. Fundación Arias. Población migrante nicaragüense en Costa Rica. Realidades y respuestas 2000 <http://www.arias.or.cr/documentos>
10. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1999. PCP/INISA/ Costa Rica <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/plani/metodo.htm>
11. IX Censo Nacional de Población y Vivienda, INEC. Costa Rica, 2000. <http://www.inec.go.cr/INEC2/pagcenso.htm>
12. INEC. Estadísticas Vitales. Principales causas de muerte 1994 – 2000. <http://www.inec.go.cr/INEC2/publicaciones.htm>
13. INEC. Mortalidad Infantil. Boletín 1, Marzo, 2001. <http://www.inec.go.cr/INEC2/morinfantil.htm>
14. MS/INCIENSA/CCSS/OPS-OMS. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica. 1999.
15. Idem. IX Censo Nacional de Población y Vivienda INEC. Costa Rica, 2000. <http://www.inec.go.cr/INEC2/infocenso.htm>
16. Idem. Séptimo Informe del Estado de la Nación. 2000. <http://www.estadonacion.or.cr/Pag-prin/informes.html>
17. Ley General de Salud de Costa Rica. 1973.
18. Decreto Presidencial que incorpora a la UCR y a los municipios en el sector salud. 1989.
19. Ministerio de Hacienda. http://www.hacienda.go.cr/autoridad_presupuestaria/estudios_y_cifras.html
20. Decreto Presidencial que crea el Consejo Nacional de Salud. 1998.
21. Ministerio de Salud. Anuario Estadístico del 2000.
22. Decreto Presidencial que aprueba la estructura orgánica actual del Ministerio de Salud. 1998.
23. CCSS. Organigrama Institucional. Diciembre de 1999.
24. Defensoría de los Habitantes. Estudio técnico sobre radioterapia de pacientes de la CCSS. 2001
25. CCSS. Utilización de servicios de salud. 1996 – 2000.
26. Picado, Ch. G. Y Saénz, V. K.: Estimación del gasto privado en servicios de salud de Costa Rica. Junio 2000.
27. Idem. MIDEPLAN. Sistema de indicadores sobre desarrollo sostenible, SIDE. Costa Rica, 2000.
28. MS, CCSS, OPS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Costa Rica, 2001.
29. Ministerio de Salud. Estadísticas de la Dirección de Registros y Controles. 2001.
30. CCSS. Dirección Técnica, Sección de Farmacia. Estudio del precio de los medicamentos y de mayor venta.
31. Ministerio de Salud. Resultados de la habilitación y acreditación de establecimientos y servicios. 2000.
32. Idem. MS, CCSS, OPS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Costa Rica, 2001.
33. CCSS. Plan de atención a la salud de las personas 2001 – 2006. 2001.
34. CCSS. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. 1999.
35. Sanchez Arguedas, J. C.: Modernización de la CCSS. 2001
36. Chacón Arce D. Gasto Público en Salud, 1998. CCSS. Presidencia Ejecutiva. D.A.P.E. 1999.
37. CCSS. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Sistema Administrador de Información en Seguridad Social. 1999.
38. CCSS. Anuario Estadístico. 2000. <http://www.ccss.sa.cr/actuarial/indipres.htm>
39. MS, CCSS, AyA, INS. Programa Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad. 1998.
40. Academia Nacional de Ciencias. Encuesta de Comités de Ética Hospitalaria. 2001.
41. CCSS. Superintendencia General de Servicios de Salud. Encuesta de Juntas de Salud. 2000.
42. Proyecto de reforma del sector salud. Gerencia de Modernización. Marzo del 2001.
43. MS-CCSS-BID. Proyecto. Rectoría y Fortalecimiento del MS. Unidad Ejecutora. 2000.

44. CCSS. Proyecto de Modernización de la CCSS. 2001.
45. Ley General de Salud de Costa Rica. 1973.
46. Constitución Política de Costa Rica.
47. Ley Constitutiva del Seguro Social. 1943. <http://www.ccss.sa.cr/>
48. CCSS. Gerencia de Modernización. Plan de Atención a la Salud de las Personas. PASP. 2001.
49. Ministerio de Salud-OPS/OMS. Medición del desempeño de las FESP en Costa Rica. 2001.
50. Ministerio de Salud. Dirección de Servicios de Salud. Habilitación/acreditación de Servicios de Salud. 2000.
51. CCSS. SUGESSS. Encuesta sobre el desempeño de las Juntas de Salud. 2001.
52. CCSS. Gerencia Financiera. Sistema Centralizado de Recaudación. SICERE. 2001. <http://www.ccss.sa.cr/cisere>
53. CCSS. El ABC del modelo de atención integral de la salud.
<http://196.40.21.237:81/pub/publicaciones/ma002500.htm>
54. CCSS. Servicios médicos. <http://www.ccss.sa.cr/> . Servicios.
55. CCSS. Gerencia de Administración. Evaluación de los compromisos de gestión. 2000. <http://www.ccss.sa.cr/> . Publicaciones.
56. CCSS. Anuario Estadístico 2000. <http://www.ccss.sa.cr/actuarial/publicaciones.html>
57. Santacruz, V.J.: Distribución de Recursos Humanos en Costa Rica. OPS Costa Rica, 1998.
58. Rosero, B. L. Y Güell, D. Oferta y acceso a servicios de salud en Costa Rica. 1999.
<http://www.paho.org/search.DbSRReturn.asp>

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
ECUADOR**

(1ra edición, 3 de febrero de 1999)

(modificado, 17 de junio de 1999)

(2da edición, 8 de noviembre de 2001)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

De conformidad con la Constitución Política de la República vigente desde el 10 de Agosto de 1998, el Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico. Su gobierno es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada.

La población total estimada para 2000, es 12.645.495 habitantes; el 60.6 % se concentra en áreas urbanas y el 39.4% en zonas rurales. La tasa de crecimiento anual para 1995-2000 fue 1,9%.

En estos dos últimos años el país está saliendo lentamente de una profunda crisis política, económica y social que afectó duramente a todos los sectores y con mayor impacto en los grupos humanos desprotegidos. El PNB per-cápita cayó a USD 1,100 en el 2000 y ha aumentado a USD 1,329 en el año 2001. La inflación se situó a finales de diciembre del 2000 en 96 % y se estima que estará por debajo del 30 % anual acumulado en el 2001. El gasto público total en 2000 fue de 28.8 % del PIB, mientras que el gasto público de salud fue de 0,8% del PIB.

El deterioro de las condiciones de vida se evidencia en el incremento de la pobreza de 46 % en 1998 a 69 % en 1999-2000 y del desempleo neto (9.6 % en 2000) con un subempleo superior al 50 % la población total. Ello ha impulsado un flujo migratorio sin precedentes a varios países del mundo. El analfabetismo afecta al 8% de los hombres y al 12% de las mujeres. La población indígena tiene un índice mayor y sus niveles educativos se encuentran por debajo del promedio. La prevalencia de desnutrición en menores de 5 años es superior al 40 %, según datos para 1998. En el último Informe de Desarrollo Humano del PNUD, se evidencia el empeoramiento del Índice de Desarrollo Humano del país al pasar del puesto 68 en 1995 al puesto 72 en 1999.

El sector salud ecuatoriano está constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro. Las principales instituciones del sector, el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), tienen en conjunto el mayor volumen de la infraestructura de atención. La gestión del MSP se basa en la propuesta de la organización de áreas de salud que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención, con un esquema de desconcentración técnica y de algunas acciones administrativas, y de programación y ejecución del presupuesto. El IESS tiene un esquema de desconcentración administrativa en 9 regiones, con una red de servicios propios y contratados que operan de acuerdo a directivas de planificación y financiamiento central..

En estas últimas décadas ha persistido un modelo de atención en los servicios de salud centrado en lo curativo, hospitalario e individualista. En las orientaciones estratégicas para la gestión descentralizada de los servicios se ha propuesto desarrollar modelos de atención basados en la

realidad local con base a la atención primaria de salud, dando énfasis a la promoción de la salud, y la participación de los individuos, familias y comunidades.

En suma, persisten problemas fundamentales en la organización, gestión y financiamiento del sector salud para garantizar un acceso equitativo a servicios de salud. Un 25-30% de la población ecuatoriana carece de acceso regular a servicios de salud; dos terceras partes no tiene un plan de aseguramiento, hay insuficiente presupuesto para las acciones de salud, subsiste la incoordinación de las instituciones y la centralización de las decisiones sobre asignación de recursos, desafíos que están siendo abordados desde una perspectiva sectorial.

En este sentido y con base en las reformas constitucionales de 1998 que definieron el derecho a la salud, su promoción y protección, el Ministerio de Salud Pública (MSP) con apoyo del Consejo Nacional de Salud (CONASA) ha emprendido en un amplio proceso de consulta y participación interinstitucional para la definición de políticas de Estado en salud, y para la organización del sector salud a través de un Sistema Nacional de Salud que promueva la cobertura universal, la desconcentración y descentralización de la gestión y la participación de los gobiernos locales y de las organizaciones sociales.

1. Contexto

1.1. Contexto Político

El Ecuador es un estado unitario, soberano, democrático, pluricultural y multiétnico, con marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la insular de Galápagos. Su gobierno, es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada.¹ Para la administración del Estado y la representación política, existen 22 provincias, 215 cantones y 1149 parroquias (361 urbanas y 788 rurales) y las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas establecidas por ley.

La Presidencia de la República, a través del Sistema Nacional de Planificación y de la Oficina de Planificación (ODEPLAN), es el organismo responsable de establecer los objetivos nacionales permanentes en materia económica y social, fijando metas de desarrollo a corto, mediano y largo plazo que deberán alcanzarse en forma descentralizada. La Secretaría del Frente Social, conformada por los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Bienestar Social, Vivienda y Medio Ambiente, es el organismo encargado de la política social.

La evolución política del país en los últimos cinco años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad. Entre 1996 y el 2000 se han sucedido cuatro Gobiernos.

Los principales problemas políticos y sociales que afectan directamente la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia; el hecho de que entre un 25-30% de la población ecuatoriana no tiene acceso a los servicios institucionales de salud y tres cuartas partes no tiene protección de seguridad social. Incide en ello la falta de un Sistema Nacional de Salud organizado conforme lo establece la Constitución Política del Estado.

1.2. Contexto Económico

A comienzos del 2001 la economía ecuatoriana vive aún los efectos de su más profunda crisis a causa de: a) congelamiento de depósitos, b) uso indebido de fondos públicos, c) la caída de precios del petróleo, d) inflación por encima del 50 % anual en los últimos cinco años, y e) peso de la deuda pública equivalente a 128.4 % del PIB. Todo ello ha producido una grave recesión económica y caída de los ingresos reales. En el 2000 el precio del dólar aumentó a 29.731 sucres lo que motivó el inicio del proceso de dolarización del sistema monetario ecuatoriano como un esfuerzo por controlar la hiperinflación. La dolarización, el acuerdo logrado con el Fondo Monetario Internacional (FMI), el incremento del ingreso de divisas (como resultado del aumento en el precio del petróleo y las crecientes remesas de los emigrantes - 1000 millones de dólares/año), y la apertura legislativa a las leyes de modernización durante el año 2000, han ido estabilizando la

economía. No obstante, en diciembre 2000 la inflación cerró en 96,4%. Se plantea para finales del 2001 una meta de inflación menor al 30,0%.

Algunos Indicadores Económicos

INDICADOR	AÑO						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PNB per cápita, en USD	1,564	1,627	1,655	1,723	1,109	1,100	1,329
Población Económicamente Activa, en millones	3,10	3,22	3,37	3,56	3,80	4,04	SD
Gasto Público total, como porcentaje del PIB	23.8	SD	SD	22.1	31.3	31.9	28.8
Porcentaje de inflación anual	22.8	25.5	30.7	43.4	60.7	96.4	(*)
Porcentaje de Desempleo (abierto)	6.9	10.4	9.2	11.5	14.4	9.0	SD
Gasto Público social, como porcentaje del PIB	4.4	4.4	4.4	5.9	5.1	4.3	5.8
Gasto Social, como porcentaje del Gasto Público	SD	36.0	SD	29.0	19.5	17.1	20.0
Gasto Público en salud del Gobierno Central, Ministerio de Salud como porcentaje del PIB	1.1	1.0	0.8	0.9	0.5	0.6	0.8

Fuentes: Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Informe sobre el Desarrollo Humano en el Ecuador, editado por el PNUD en 1999 y Base de datos de la Cámara de Comercio de Quito. (*) El Plan económico del Gobierno prevé un valor inflacionario menor al 30 % para fines del 2001.

Entre 1991 y 1998 el Producto Interno Bruto (PIB) del Ecuador creció un 2.6 % anual en promedio. El sector más dinámico fue el petróleo y las minas con 4.1% de promedio anual, el manufacturero aumentó un 2.8 %, el de servicios un 2.2. % y el agrícola/pesquero 2.1%. Pero esta tendencia se contrajo drásticamente en 1999 por la fuerte devaluación de la moneda. El PIB per - cápita en 1998 fue de USD 1.723 y en 1999 de USD 1.109, un 36 % inferior, iniciándose la recuperación en 2001. La participación del financiamiento externo en los ingresos del presupuesto público disminuyó de un 25.1 % en el año 2000 a un 9.46 % en el presupuesto del 2001.

1.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico

La población del Ecuador para el año 2000 se estima en 12.645.495 habitantes² (60,6% urbana), con una densidad de 49.3 hab./Km². El 49,9% de la población vive en la región de la costa, 44,5% en la sierra, 4,7% en la Amazonía, 0,1% en la región insular y 0,7% en zonas no delimitadas geopolíticamente. La capital Quito y el puerto principal Guayaquil concentran el 47,9% de la población urbana. La población tiene una estructura piramidal de base amplia donde predomina la población menor de 15 años (33.8 %). Las personas de 65 años o más aumentaron a 4,7% en 2000 (4,1% en 1990). La tasa de crecimiento estimada anual para 1995-2000 fue 1,9.

Las estimaciones del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), indican que 12.5 % de la población es indígena perteneciente a 13 nacionalidades y un 2.8 % son negros.

La tasa de natalidad en 1998 fue de 22,7 por 1.000 habitantes, lo que representa una disminución de 11,7% respecto del valor corregido de 1990 (25,7). El 71,1% de los nacidos vivos tuvieron asistencia durante el parto (81,8% en el área urbana y 40,1% en la rural). Según la Encuesta

Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 99), la tasa global de fecundidad de mujeres bajó de 4,0 hijos por mujer en el período 1985-1990 a 3,3 en 1994-1999. El descenso responde al aumento de escolaridad en las mujeres, a su creciente incorporación al mercado de trabajo y a la migración de zonas rurales a urbanas, con mayor acceso a servicios de salud. Para el período 1995-2000 se estima una esperanza de vida de 69,9 años para la población general (67,3 años para hombres y 72,5 para mujeres) lo que representa un aumento de 1 año con respecto al período 1990-1995.

Indicadores demográficos y de salud por años

INDICADORES	AÑO					
	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa bruta de natalidad	25.7	23.7	23.2	22.8	22.7	ND
Tasa bruta de mortalidad general	4.9	4.4	4.5	4.4	4.5	4.5
Tasa de mortalidad infantil	30.3	20.4	19.8	20.1	18.8	ND
Tasa de mortalidad materna	117.2	62.7	71.7	59.6	55.4	ND

Fuentes: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC.

La mortalidad general disminuyó de 4,8 x 1000 habitantes en 1994 a 4,5 en 1999; en los hombres se mantuvo en 5,1 x 1000 y en las mujeres de 4,0 a 3,9 x 1000 en los mismos años. Para los años de 1990, 1995 y 1999, la mortalidad por todas las causas mostró disminución; las tasas de mortalidad más altas en ambos sexos corresponden a las enfermedades del aparato circulatorio; las causas externas le siguen en los hombres y las enfermedades transmisibles en las mujeres. Estas últimas causas son las que más disminuyeron entre 1990 y 1999, prácticamente a la mitad, en ambos sexos: de 97,0 a 54,6 x 100.000 hombres y de 84,8 a 44,3 x 100.000 mujeres.

Las tasas de mortalidad por tumores malignos se mantuvieron estables en los hombres (59,2 a 52,7 x 100.000, de 1990 a 1999) y bajaron en las mujeres de 67,3 a 57,3 concentrándose en las mayores de 15 años. Las enfermedades del aparato circulatorio disminuyeron más en las mujeres que en los hombres. Las afecciones originadas en el período perinatal se redujeron considerablemente, más en las niñas que en los niños (297 y 232 muertes menos por 100.000 nacidos vivos respectivamente). Las tasas de mortalidad por causas externas no variaron entre 1990 a 1999 en los varones (de 99,5 a 99,9) y disminuyeron algo en las mujeres (de 29,1 a 24,1) entre esos años. La notable disparidad entre las tasas por causas externas de hombres y mujeres refleja diferenciales de género que inciden en la salud. El porcentaje de defunciones con certificación médica fue de 86,8% en 1999, un aumento de 2,3 puntos respecto de 1995.

En el perfil de morbilidad, coexisten problemas asociados con el subdesarrollo y otros relacionados con la "modernidad". Entre los primeros predominan: las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, malaria, tuberculosis pulmonar, enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición global, desnutrición crónica y anemia. Entre los segundos: las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades hipertensivas, accidentes

de transporte, diabetes mellitus, agresiones y tumores malignos, SIDA y problemas de salud mental. Entre las enfermedades de notificación obligatoria las infecciones respiratorias agudas (tasa de 5517 por 100.000 habitantes en el 2000) prácticamente triplican a las enfermedades diarreicas (tasa de 1785) y sextuplican los casos de malaria.

Destaca la marcada y sostenida reducción de la morbilidad y mortalidad debido a las Enfermedades Prevenibles por Vacuna (EPV) que son objeto del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) entre 1985 y 2000. El último caso de poliomielitis ocurrió en 1990. Desde 1998 no se ha confirmado ningún brote de sarampión; la incidencia de tétanos neonatal ha descendido un 98% desde que se inició el plan de eliminación en 1989; los casos de difteria se presentan de manera esporádica después de la intervención realizada a raíz de la epidemia de difteria en 1994 y los brotes de tosferina han disminuido en frecuencia y magnitud. Estos logros han sido evidentes al tiempo que la vigilancia epidemiológica de estos eventos ha mejorado. Es de esperar que con la introducción de la vacuna contra el *Haemophilus Influenzae* se podrán reducir las meningitis y neumonías bacterianas agudas hasta en un 60% y 20% respectivamente en los menores de cinco años.

Los principales factores de riesgo para la salud siguen siendo los relacionados con el hacinamiento en las viviendas, la contaminación ambiental, la mala calidad del agua, las deficiencias nutricionales, y el incremento de la violencia y la inseguridad.

1.4. Contexto Social

A medida que se ha profundizado la crisis fiscal, la inversión social (educación, salud, trabajo y bienestar) ha tenido un descenso de 36 % en 1996 a 17 % en el 2000. El presupuesto para el año 2001 contempla una leve recuperación del gasto social ascendiendo a 20% del presupuesto global.

A su vez, el gasto público en salud bajó de 1,43% del PIB en 1985 a 1,1% en el año 1995, y a 0,55% del PIB en 1999. En 1995, el quintil más pobre de la población recibió el 7,6% del gasto en salud, mientras que el quintil más rico recibió 38,1%. En el ámbito educativo, sólo 53% de la población indígena accede a la educación primaria, 15% a la secundaria y menos de 1% a la superior. Así también persiste una alta tasa de analfabetismo, 10.2 % en mayores de 15 años, afectando más a las mujeres indígenas del área rural andina, 30 %. Igualmente se registra un 54% de desnutrición en la población indígena menor de 5 años.

En 1999 la población en pobreza alcanzó 69% a nivel nacional, 55 % a nivel urbano y más del 80% en el rural. Según el Informe de Desarrollo Humano del PNUD, aplicando el método de consumo, en 1994 el 40,3% de la población total tenía alguna necesidad básica insatisfecha (NBI) con un 60,8% en la zona rural y 27,0% en la urbana. En 1999 se incrementó al 42.2 % a nivel nacional, (24.1 % en medio urbano y 67.2 % en medio rural).

El desempleo en áreas urbanas aumentó de 9,2% en 1998 a 16,6% en 1999, tendencia que empezó a revertirse a finales del 2000 descendiendo a 9,6%. Gran parte de este descenso tiene relación con la migración de desempleados ecuatorianos a otros países, particularmente a Estados Unidos y a España. La clasificación del Ecuador en el Índice de Desarrollo Humano empeoró pasando del puesto 68 en 1995 al puesto 72 en 1999.

Incidencia de la Pobreza en el Ecuador, por Areas, 1990-1999

AREA	1990	1995	1998	1999
Nacional	50 %	34 %	46 %	69 %
Urbana	SD	19 %	30 %	55 %
Rural	SD	56 %	69 %	88 %

Fuentes: MSP: Proyecto Salud y Desarrollo (Ayuda memoria), Quito, 2000. Larrea, C. y otros. "La geografía de la pobreza en el Ecuador". Secretaría Técnica del Frente Social Quito, 1996.

Un 8% de los hombres y 12% de las mujeres de la población total son analfabetos. Un 30% de los hablantes de lengua indígena lo son, frente a 10% de hispanoparlantes. Sólo 53% de la población indígena accede a la educación primaria, 15% a la secundaria y menos de 1% a la superior.

De acuerdo al Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI) el déficit nacional de vivienda se estimó en algo mas de un millón de unidades habitacionales para el año 2000. Se estima que alrededor del 60% de las viviendas en el país se han construido en sectores informales.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización general del sector salud

Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento particular, sin que existan mecanismos de articulación y de coordinación interinstitucional. Lo anterior no ha permitido aunar esfuerzos y recursos para desarrollar una propuesta nacional de cobertura y calidad de los servicios de salud. En consecuencia, organizar un Sistema Nacional de Salud es un propósito fundamental de la política sectorial que se incluyó en la reforma Constitucional vigente desde 1998.

El **Subsector Público** está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente), los servicios de salud de algunos Municipios y los de las Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. Estos últimos, aunque son entes privados actúan dentro del sector público, y disponen del 85.4 % de los establecimientos.

Al *Ministerio de Salud Pública (MSP)* le corresponde la regulación, dirección y control del sector contando con una Dirección de Salud en cada Provincia y en su interior por Areas de Salud que son

circunscripciones geográfico - poblacionales coincidentes en su mayoría con el ámbito político - administrativo del cantón. Estas funcionan como una unidad de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de la cual dependen los servicios básicos de salud (Puestos, Subcentros, Centros y Hospitales Cantonales).

Unidades de Atención de Salud por Instituciones del Sector Salud, 1999

INSTITUCIÓN	No. de Unidades Ambulatoria	No. de Unidades de Internación	Total Unidades	Porcentaje
Ministerio de Salud Pública	1.561	121	1.682	47.8
Inst. Ecuatoriano de Seguridad Social	1.001	18	1.019	28.9
Seguro General	429	18	447	
Seguro Campesino	572	---	572	
Sanidad de FFAA Y Policía	96	20	116	3.2
Ministerio de Bienestar Social	26	---	26	
Otros Ministerios	101	---	101	
Junta de Beneficencia de Guayaquil	1	4	5	
Soc. Lucha contra el Cáncer (SOLCA)	1	5	6	
Municipios	12	3	15	
Otros Entidades (Fiscomisionales, INNFA)	28	5	33	
SUBTOTAL PUBLICOS	2.827	176	3.003	85.4
Privados con fines de lucro	1	351	352	
Privados sin fines de lucro *	147	16	163	
SUBTOTAL PRIVADOS	148	367	515	14.6
TOTAL	2.975	543	3.518	100.0

Fuentes: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de salud, 1999. * Incluye a instituciones Religiosas, ONG's y otras particulares.

Para la prestación de servicios, el MSP cuenta con 27.761 funcionarios y empleados distribuidos en 1.644 establecimientos de salud ambulatorios y 121 hospitales (25 de tipo general, 85 cantonales y 14 especializados).³ La coordinación con otras instituciones si bien aún es limitada, ha sido abordada por el Consejo Nacional de Salud (CONASA), ente de concertación sectorial que asesora al Ministro de Salud Pública en materia de políticas de salud y que tiene como propósito fundamental el propiciar la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

El *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)* mantiene un régimen de afiliación personal orientado básicamente a proteger a los trabajadores dependientes tanto del sector público como de las empresas privadas en un esquema de seguro social que incluye prestaciones económicas y de atención médica, con las cuales cubre a 10 % de la población del país, básicamente de trabajadores del sector formal urbano (aproximadamente el 28 % de la PEA). La afiliación de los trabajadores del área rural lo conforma el Seguro Social Campesino, cuya cobertura de carácter familiar incluye prestaciones sociales (mortuoria, invalidez, vejez) y atención médica primaria que se proyecta a una cuarta parte de la población campesina del país. El IESS dispone de un esquema de administración regionalizada (9 regionales), según el número de afiliados a la institución. Cuenta con 11.474 entre profesionales, funcionarios y empleados, que prestan atención de salud en 1.019 unidades

ambulatorias entre servicios propios y anexos en las empresas y 18 centros hospitalarios (3 regionales y 15 provinciales). Dentro de los ambulatorios se incluyen 572 unidades de atención primaria correspondientes al Seguro Social Campesino.

El Seguro General se financia con los aportes de los empleadores que por ley corresponde al 3.41 % de valor de la nómina salarial. Por su parte, el Seguro Social Campesino se financia con el 1% del valor de la nómina de modo tripartito: 0,35 % del valor de la nómina de los asegurados urbanos, 0.35 % de aporte de los empleadores y 0.30 % de aporte del Estado, a lo que se adiciona una cuota mensual simbólica de los jefes de familia, de 1% del salario mínimo vital; es decir, es un régimen financiado solidariamente por el Programa General del IESS y por el Estado.

La *Sanidad de Fuerzas Armadas y Policía* dispone de 96 servicios ambulatorios y 20 de hospitalización para sus miembros y familiares. Desde hace cinco años funciona con la modalidad de seguro de salud, a través del Instituto del Seguro de Salud de Fuerzas Armadas (ISSFA). De igual modo funcionan los servicios de salud para los policías y sus familiares, protegidos en parte también por un régimen de aseguramiento (ISSPOL). Cuentan con 4.254 funcionarios profesionales y empleados que prestan sus servicios en 116 unidades operativas (20 hospitalarias) pertenecientes a estas instituciones, cuya cobertura estimada es de un 3.0 % de la población nacional. Se financian con los aportes del presupuesto general del Estado y la venta de servicios a miembros no relacionados con las Fuerzas Armadas y Policía y también por las contribuciones del régimen de aseguramiento.

La *Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG)* es una entidad autónoma de servicio social con más de 100 años de vida que se rige por sus propios estatutos jurídicos bajo un cuerpo directivo conformado por personalidades notables de la ciudad de Guayaquil. Cuenta con 3.535 profesionales, funcionarios y empleados que trabajan en 4 hospitales, 2 de medicina general y 2 especializados, asentados en la ciudad de Guayaquil. El financiamiento proviene principalmente de la Lotería Nacional equivalente a 4.5 % del aporte total al sector salud con rendimientos financieros de sus inversiones, y de la recuperación parcial de costos de los servicios de salud y de otros servicios como el alquiler de salas de velación.⁴ También se mantiene un pequeño aporte del Presupuesto General del Estado que no supera el 5 % de su presupuesto.

La *Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA)* es una entidad privada de finalidad social que cubre buena parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer. Su organización se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país y regidas por un cuerpo directivo. Cuenta con 1.095 trabajadores que laboran en 5 hospitales especializados. Recibe asignaciones fiscales y parte de los impuestos directos a transacciones en el sistema financiero, lo que genera un ingreso anual superior a 23

millones de dólares⁵ y que le ha permitido la inversión en los últimos años para el desarrollo de una moderna infraestructura hospitalaria.

Los *Servicios de Salud Municipal* tienen a cargo las Direcciones de Higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario. En los últimos años varios Municipios han avanzado en la organización de servicios de salud preventivos y curativos. No obstante, aún son pocos los Municipios que disponen de servicios de salud de tipo ambulatorio 32 unidades⁶ y sólo dos son de carácter hospitalario, a cargo del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

Otras Entidades Públicas: Se incluyen los servicios de otros Ministerios como el de Bienestar Social, Educación, Ministerio de Recursos Naturales, Relaciones Exteriores, Universidades y otras instituciones de carácter fisco - misional que mantienen algunos servicios como parte de sus programas de acción social, en su mayoría de carácter ambulatorio (menos del 1% del total).

El **Subsector Privado** está integrado por entidades privadas con fines de lucro (Hospitales, Clínicas, Dispensarios, Consultorios, Farmacias y las Empresas de Medicina Pre-pagada) y las organizaciones privadas sin fines de lucro como diversas ONG's, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 14.6 % de los establecimientos del país. Los servicios privados se financian por el gasto directo de las familias. Las entidades privadas para su funcionamiento deben estar registradas y autorizadas por el MSP. Se estima que 13.684 personas trabajan en este subsector, de ellas 12.025 en instituciones con fines de lucro y 1.659 en establecimientos sin fines de lucro. Cuenta con una capacidad instalada de 367 establecimientos con internación, mayormente tipo Clínicas, 351 con fines de lucro y 16 sin fines de lucro, y 148 unidades de tipo ambulatorio (1 con fines de lucro y 147 sin fines de lucro). Igualmente existen 10.000 consultorios médicos particulares, la mayoría ubicados en las principales ciudades, la mayoría con infraestructura y tecnología elemental. También existen empresas de Medicina Pre-pagada y cubren un 2.2% de la población de los estratos de medianos y altos ingresos.

2.2 Recursos del Sistema

Recursos Humanos. Aunque el sistema de información no es totalmente confiable, en 1999 los principales recursos humanos tuvieron la siguiente proporción por 10.000 habitantes: médicos 13,8, odontólogos 1,6, enfermeras 5,0, obstétricas 0,8 y auxiliares de enfermería 10,7. Se puede notar que hubo un importante crecimiento entre los años 90-99 especialmente de médicos (74%) y enfermeras (76.3 %); no así de odontólogos (31.4 %) ni de auxiliares de enfermería (8.3%).

La distribución de los recursos humanos es muy irregular entre provincias; la mayor concentración ocurre donde hay centros formadores, principalmente Azuay, Pichincha, Loja y Guayas con 23,8, 20,2, 15.0 y 13,3 médicos por 10.000 habitantes, respectivamente. El MSP es el principal empleador

Principales recursos humanos en el sector de la salud (*)

TIPO DE RECURSO HUMANO	1990	1995	1999
Médicos por 10.000 hab	9,5	13,3	13,8
Enfermeras por 10.000 hab	3,4	4,6	5,0
Odontólogos por 10.000 hab	1,5	1,6	1,6
Aux. de Enfermería por 10.000 hab	11,9	11,8	10,7
Número de Tecnólogos de Laboratorio	ND	ND	2.895

Fuente: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de Salud – 1990, 1996 y 1999. (*) Corresponde al personal que trabaja en establecimientos públicos y privados de salud).

de la fuerza laboral del sector (41.7 % del total). Le sigue el sector privado lucrativo y la seguridad social. En relación a los médicos, el sector privado con fines de lucro emplea al 38.3 %, el Ministerio de Salud Pública al 28.8 % y la seguridad social al 9.0%. En cuanto a la formación de salubristas, con la apertura de nuevos postgrados de salud pública en varias universidades del país se prevé que mejore la provisión de este recurso en los próximos años.

Recursos Humanos en instituciones públicas, 1999

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos	Enfermeras	Odontólogos	Auxiliares Enfermería	Personal administrativo	Servicios generales
Ministerio de Salud	4.925	3.112	1.193	6.363	1.592	5.218
Ministerio de Defensa	591	280	109	623	197	517
Min. Bienestar Social	37	3	13	22	5	24
Min. Gobierno y Policía	229	149	52	130	73	167
Otros Ministerios	187	17	104	32	4	10
IESS	1.550	992	154	1.478	903	1.172
Anexos IESS	584	166	173	247	11	86
Seguro Campesino	561	-	-	566	-	-
Municipios	155	106	32	70	46	89
SOLCA	286	180	-	160	196	145
Otras *	689	333	36	1.615	285	1.165
Priv. Lucrativos	6554	819	54	1.743	888	1.763
Priv. Sin fines de lucro	727	96	77	277	209	212
TOTAL	17.075	6.253	1.997	13.326	4.409	10.568

Fuentes: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de Salud - 1996/ y Catastro de Recursos y de Servicios de Salud 1997. Documento Preliminar. OPS/OMS⁸ (*) Incluye: Junta de Beneficencia de Guayaquil, Sociedad Protectora de la Infancia, Fisco-Misionales, Universidades, Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA).

Medicamentos y otros Productos Sanitarios. Si bien la estructura y composición del mercado de medicamentos y sus problemáticas comunes no han variado sustancialmente, en los últimos años se han iniciado cambios importantes en las políticas institucionales y en la legislación sobre medicamentos genéricos.. Las líneas fundamentales de la política se orientan a garantizar la disponibilidad, acceso, calidad, uso racional y menor precio de los medicamentos en general. En 1999, se registraron 6.903 medicamentos.⁹ De ellos, 28% circula regularmente en el mercado, el 7% como medicamentos genéricos. Son comercializados por 320 empresas, 45 de las cuales representan el 85% del mercado. Los laboratorios con mayor participación del mercado farmacéutico son los consorcios transnacionales que ocupan las 8 primeras posiciones y más del

40% del valor del mercado. El Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos se revisa generalmente cada dos años. En él se incluyen 297 medicamentos. Es de uso obligatorio en todas las instituciones del subsector público de salud y de referencia para el subsector privado.

Evolución del Mercado de Medicamentos

INDICADOR	1990	1994	1995	1996	1997	1998
Valor de ventas de medicamentos (precio de venta a público en miles de USD) (V)	166.916	190.082	216.070	250.070	332.157	344.943
Total de unidades vendidas (en miles unidades) (U)	76.773.6	61.242.2	70.267.5	91.820.0	97.218.0	73.378.8
Relación V/U (Precio unitario)	2.17	3.10	3.07	2.72	3.41	2.83
Gasto per-capita en medicamentos (precio de venta a público en USD)	16.2	16.9	18.8	21.4	27.8	28.3

Fuente : Los Medicamentos . Revista del Proyecto Ecuador/OPS-OMS/Holanda, año III, No.10.11,12, Diciembre 1998

Más del 80% de los fármacos que se consumen son importados. Según la estructura del mercado, el 91,3% es de productos denominados "éticos" y 8,7% denominados productos "populares" o de venta libre. El valor total del mercado farmacéutico para 1995 fue de aproximadamente USD 216 millones; es decir, 128% del gasto total en salud del Gobierno Central. En 1998, ascendió a 344 millones de dólares, debido más a un incremento de precios (22% anual promedio) que a cantidad de unidades vendidas (crecimiento anual promedio de 4,5%). Al término del año 2000 por la aguda crisis económica que experimenta el país, se produjo una drástica caída de un 30%, estimándose en un valor de 240 millones de dólares. El mayor consumo es de antibióticos (33%), seguido de los anti-inflamatorios no esteroideos-AINES-(20.5 %) y de las vitaminas y minerales (12.8%) tanto en unidades como en valores monetarios. Estos grupos representan dos tercios del total. El otro tercio se distribuye entre analgésicos, antiparasitarios, antimicóticos, antiácidos, antiulcerosos, antihistamínicos y antidiarreicos. La comercialización se efectúa en un 75 % a través de las ventas en farmacias privadas (4.500 en el país), en un 22% por medio de instituciones de salud públicas y privadas y el 3 % como ventas directas, distribuidores, programas especiales de ONG's, etc. 90% de las farmacias están ubicados en áreas urbanas (85% farmacias urbanas y 5% periurbanas) y apenas un 10% en zonas rurales, donde se asienta el 40% de la población nacional.

La "Ley de producción, importación, comercialización y expendio de Medicamentos de Uso Humano" de marzo del 2000, establece normativas orientadas a ampliar el mercado de medicamentos genéricos, incentivando su producción nacional y facilitando su registro mediante el procedimiento de "homologación" para los productos importados.

Equipamiento y Tecnologías. Es difícil el análisis económico, tecnológico y la programación de reposición y los planes de mantenimiento adecuado por falta de información fidedigna.

Disponibilidad de Equipamiento en el sector salud, 1999

SUBSECTOR	Camas Hopital	Laborat Clínicos	Bancos Sangre	Equipos Radiodx	Autocla- ves	Respira- dores	Electro- cauterio
Público	14.675	252	7	*	*	*	*
Privado (c/s fines de lucro)	4.408	340	21 **	*	*	*	*
TOTAL	19.083	592	28	1.671	2789	871	1.073

Fuente: INEC – Anuario de Recursos y Actividades de Salud – 1999¹⁰, INEC – Anuario de Estadísticas Hospitalarias - 1999¹¹.

(*) Datos no desagregados. (**) Pertenecientes a la Cruz Roja Ecuatoriana.

El equipamiento es obsoleto, funcionando parcialmente y sin un adecuado mantenimiento, aproximadamente un 80%. El porcentaje destinado a mantenimiento preventivo y correctivo, considerándolo como gasto de operación, fue del 0.03% del total del presupuesto asignado¹². En el país existen 3.678 técnicos para tareas de mantenimiento, entre profesionales y personal auxiliar, cuya formación es meramente empírica. Los equipos de alta tecnología son únicamente destinados a hospitales de referencia nacional y de alta complejidad, particularmente en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca. Esto incluye a hospitales del subsector público y del subsector privado.

El Sistema Nacional de Sangre está conformado por tres niveles: **Nacional**, representado por el Comité Nacional de Sangre con su Secretaría Nacional y el Comité Técnico; constituye el nivel de mayor jerarquía de la Red de Bancos y Depósitos de Sangre; **Zonal** constituido por seis coordinadoras zonales, dependen jerárquicamente de la Secretaría Nacional de Sangre, se constituyen en el nivel de mayor jerarquía operativo y su Red está constituida por todos los bancos y depósitos de sangre ubicados en las provincias de su influencia; y **Local** constituido por los bancos de sangre y depósitos de sangre ubicados en las diferentes provincias, estos dependen jerárquicamente del nivel zonal y se constituyen en el nivel operativo del Sistema Nacional de Aprovechamiento de Sangre y sus Derivados. La red de Bancos de Sangre está constituida por 38 Bancos pertenecientes a 5 Instituciones autorizadas para este desempeño y de ellos, el 79.9% pertenece a la Cruz Roja Ecuatoriana. En el 2000, el 30.3% de la sangre provino de donantes voluntarios y el 69,7% de familiares o compensatorios. La tasa de recolección de sangre por 10.000 habitantes es de 68 unidades para el 2000, valor muy por debajo de recomendado internacional. El porcentaje de fraccionamiento de sangre fue del 67,2%, existiendo un 32,8% que todavía se transfunde como sangre total, ya sea por falta de equipamiento necesario para su fraccionamiento o por que el médico solicitante la prefiere; siendo lo ideal el fraccionamiento de todas las unidades de sangre donadas, para optimizar el uso de todos sus componentes.

2.3 Funciones del Sistema de Salud

Entre 1997 y 1998 tuvo lugar un proceso de consulta nacional para definir los roles del Estado en la Salud y las Políticas de Salud. Producto de esta iniciativa se definieron cuatro roles : a) rectoría ; b)

acceso equitativo (aseguramiento y financiamiento), c) Provisión descentralizada de servicios; y, d) promoción de salud.

Rectoría: La conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizadas por entes públicos y privados, es responsabilidad del MSP. Se destaca la necesidad de reforzar el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública para abordar el liderazgo de los procesos de reforma sectorial y de descentralización en marcha.

En el año 2001 la autoridad de salud en Ecuador ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.¹³

La coordinación intrasectorial, es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, organismo asesor del Ministro de Salud Pública creado en 1980, conformado por 13 representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector salud. Este organismo, funciona a través de comisiones de expertos (Planificación, Reforma, Medicamentos, Recursos Humanos, Bioética), con participación de delegados de las diferentes instituciones, para la definición de normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación general. Se destacan como ejemplo, la historia clínica unificada, las normas de atención en salud materno - infantil y la formulación del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. En los últimos cinco años, su labor se ha centrado en la búsqueda de consensos para el desarrollo de la propuesta de reforma del sector salud, cuyo eje es la organización del Sistema Nacional de Salud; el apoyo a la formulación de políticas nacionales de salud, la calificación de proveedores de medicamentos genéricos y el seguimiento a los procesos de descentralización y de reforma a la ley de la Seguridad Social.

Aseguramiento de la Atención de Salud. Se estimó en 1994 que sólo el 22.7 % de la población está afiliada a algún sistema de seguro. La mayor parte de la cobertura corresponde al sistema público conformado por los servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), general y campesino, y los seguros de las Fuerzas Armadas y Policía, que en conjunto cubren el 20.5 %. A lo que se suma una porción pequeña de aseguramiento a través de las empresas de medicina pre-

pagada (un 2.2 %). No existen otros estudios más actualizados sobre este particular. El subsector público cubre aproximadamente al 58% de la población ecuatoriana, especialmente en atención hospitalaria.¹⁴ Más de un 20 % de la población no tiene acceso a los servicios institucionales de atención médica.

Financiamiento y Gasto. En los últimos tres años, se han iniciado en Ecuador los estudios de las Cuentas Nacionales en Salud (CNS). Hasta la fecha se han efectuado los estudios para 1995¹⁵ y 1997¹⁶ con base a la institucionalización en la Dirección de Planificación del MSP, apoyada por el proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA) y en coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, y el apoyo técnico de PHR (Partnerships for Health Reform) auspiciada por USAID.

En 1997, el gasto total en salud fue de USD 739'583.957 equivalente a un 3,8 % del PIB, un 21.% menos que en 1995 (4,6% del PIB). El 50.4% del gasto proviene del sector público y un 49.2 % del sector privado. Cabe destacar que el 88% del total del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares, el cual se aplica fundamentalmente a la adquisición de medicamentos y otros insumos, (61,0%), atención médica, (24,3%) y a exámenes de laboratorio, insumos odontológicos y aparatos ortopédicos (4.7%). El 74,7% de este gasto se realizó en el área urbana y 25.3% en el área rural.

Distribución del Gasto en Salud, según proveedores, 1997

INSTITUCIONES (PROVEEDORES)	GASTO TOTAL (en miles de USD)	%
Públicas, para población no asegurada		
MSP *	185.794	25,1
Municipios	4.806	0,6
Otros	437	0,1
Públicas, para población asegurada		
IESS	153.534	20,8
SSC	14.118	1,9
FFAA y Policía	14.137	1,9
TOTAL PUBLICO	372.832	50,4
Privadas con fines de lucro		
Unidades Médicas **	126.105	17,1
Laborat.e Imagenología	25.476	3,4
Farmacias	120.152	16,2
Medicina Pre -pagada	10.617	1,4
Privadas sin fines de lucro		
J. de Beneficencia Gquil.	33.411	4,5
SOLCA	26.698	3,2
INNFA	1.813	0,2
Cruz Roja Ecuatoriana	3.538	0,5
Otras ONG's	19.129	2,6
TOTAL PRIVADO	363.944	49,2
Organismos Externos	2.806	0,4
TOTAL	739.583	100,0

Fuente: Informe Final de la Estimación de Cuentas Nacionales de Salud. Ecuador, 1997. (*) Incluye al SNEM, INH, CEMEIN (**) Incluye Hospitales, Clínicas, Consultorios y Dispensarios privados.

La estructura del gasto público en salud (MSP, Seguro Social, Municipios, Sanidad de Fuerzas Armadas y Policía) si bien refleja un incremento porcentual respecto a 1995, ha experimentado una reducción el componente del gobierno central (de 1.1 % del PIB en 1995 a 0.9 % en 1997) coherente con la tendencia decreciente observada en el gasto social. Las cifras porcentuales entre 1997 y 2000 son las más bajas de toda la historia de la salud pública en el país; en 1990 fue de 1,6% del PIB, para 1995 se redujo a 1,1% y en 2000 cayó a 0,64% del PIB. En 2001 se espera una leve recuperación hasta 0,84% del PIB. Como proporción del presupuesto general del Estado, el gasto del MSP descendió del 5,2% en 1995 al 2,72% en 2000. En la propuesta de presupuesto para el año 2001 se fijó en 2,87% del total, que corresponde a aproximadamente USD 11,4 per cápita.

Presupuesto del Ministerio de Salud, 1980-2000

AÑOS	ASIGNACIÓN SECTOR SALUD	% DEL PRESUPUESTO NACIONAL
1980	2.290	5.10
1985	12.245	6.50
1990	98.515	5.90
1995	501.499	4.66
1996	475.498	3.20
1997	630.000	2.80
1998	1'080.000	4.10
1999	1'450.000	4.00
2000	2'140.000 (USD72'0)	3.70/2.72 *
2001	3'550.000 ** (USD146'0)	2.87

Fuentes: Varias (Informes MSP y Min. Economía y Finanzas) (*) Por efecto de maxi-devaluación y dolarización al convertir sucres a dólares este porcentaje se reduce a 2.72 %. (**) Pro-forma presupuestaria presentada en el Congreso. A partir de este año rige plena dolarización, pero se presenta el dato equivalente en sucres con fines comparativos de la serie.

En la Seguridad Social, el gasto en servicios de salud que en 1995 alcanzó el 1,0% del PIB, ha disminuido a 0,97% del PIB en 1997 y al 0,87 % en 1998. El mayor porcentaje (78,5%) se gastó en tres de las provincias más urbanizadas del país donde el Instituto tiene los hospitales más grandes. El Seguro Social Campesino a medida que ha aumentado su cobertura, ha incrementado su participación en los egresos financieros del IESS, de 1,7% en 1985 a 2,1% en 1998, aunque no es muy significativa considerando que financia un volumen importante de la población campesina. Un 81.2 % del gasto se dedica a la atención curativa y un 18.8 % a la atención preventiva. Por niveles de atención, el primer nivel asume el 34,1% del gasto, el secundario el 29,7% y el terciario llega al 36,0 %, según el estudio de las Cuentas Nacionales. La estructura del gasto en salud por objetos de gasto muestra en primer lugar en servicios hospitalarios (34,4%), medicamentos (29,3%), servicios médicos ambulatorios (23,6%), servicios de salud pública (11,7%) e investigación en salud (0,9%). Un 31,8% del gasto público de salud se destina a las personas de escasos recursos cuando la pobreza afecta a cerca del 70% de la población del país.

La distribución del gasto es diferente en las instituciones del sector. En el MSP la mayor proporción del gasto se destina al pago de personal (74%), mientras que en el IESS este rubro corresponde al 45,6%, el 24% se dedica a medicamentos y el 20% a otros gastos directos de operación, los cuales son también mayores que en el MSP.

2.4 Provisión de Servicios. Las instituciones del sector salud realizan diversos programas de atención ambulatoria. El MSP fundamentalmente efectúa actividades de prevención y protección de la salud con la atención de la morbilidad prevalente. El IESS atiende las necesidades de sus afiliados, sobre todo la demanda de morbilidad y de igual modo lo hacen los servicios de sanidad de las FAAA y Policía. La JBG y SOLCA atienden principalmente a nivel hospitalario. El sector privado, con excepciones, básicamente se dedica a la atención de los eventos de morbilidad.

Servicios de Salud Poblacional: El MSP lleva a cabo una serie de programas de promoción y protección de la salud. Estos incluyen: salud materno-infantil, control del niño sano, detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, inmunizaciones, control y vigilancia epidemiológica, entre otros. El MSP esta promoviendo el mejoramiento del entorno ambiental y el fortalecimiento de entornos psicosociales y culturales a través de los distintos programas y proyectos de la Dirección de Promoción y Atención de la Salud. Asimismo esta coordinando con el Ministerio de Educación el desarrollo de la iniciativa de Escuelas Saludables, y con la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME) el desarrollo de Municipios Saludables El marco jurídico de modernización del Estado menciona expresamente la participación social y comunitaria como un requisito básico para su implantación y desarrollo y reconoce todas las formas de organización barriales y comunitarias existentes. En ese contexto, en el ámbito de la salud existen acuerdos para empoderar a la comunidad en la toma de decisiones mediante comités cantonales y locales de salud, así como comités de usuarias para vigilancia del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

Las iniciativas de prevención, control y/o erradicación abarcan: tuberculosis; dermatología sanitaria (incluye enfermedad de Chagas, Lepra y Leishmaniasis); enfermedades tropicales (dengue y malaria); oncocercosis, rabia; SIDA y enfermedades de transmisión sexual; enfermedades crónicas no transmisibles; cólera; y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que se inició en 1996, trata de disminuir la mortalidad en las áreas de mayor riesgo.

Cobertura Programas de Vacunación, menores de cinco años, 1999

	1998 *%	1999**%
BCG	98,2	100.0
DPT (3ª dosis)	84.9	79.9
Anti-Polio (3ª dosis)	83.0	69.5
Anti-Sarampión	88.5	74.5

Fuente *: MSP, Departamento de Estadística, 1999; **OPS, Indicadores Básicos.(Ed. 2000).

Los programas de atención a la población se han ampliado por medio de propuestas integradas de atención. Por ejemplo, el programa integrado de control de las deficiencias de micronutrientes en 1995 con flúor, hierro y vitamina A, orientado a mujeres embarazadas y niños mediante la fortificación de alimentos como sal y harina de trigo. La formulación de un paquete de atención y normas técnicas para salud sexual y reproductiva (1998) incorpora aspectos de género, violencia intrafamiliar y bioseguridad en los programas tradicionales de salud materna y planificación familiar. En 1995, se creó la Dirección Nacional de Salud Ambiental y en 1998 se estableció la Dirección de Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud (PAIS), con el propósito de coordinar los programas técnico-normativos de atención a las personas (Materno- Infantil, Nutrición, Estomatología, Salud Mental, Control de TBC, Rabia, Crónico-degenerativas, etc).

Principales Coberturas Atención Materno-Infantil, 1999

TIPO DE ATENCIÓN	% NACIONAL	% MSP
Control pre-natal	80,6	69,0
Atención del Parto	69.2	34.4
Control Post-parto	36,0	15,0
DOC	41,0	4.9
Regulación de la fecundidad	SD	3.6
Control de niño sano (0-5)	91.3	60.5
Atención de EDA's	20,0	SD
Atención de IRA´s	57.2	SD
Atención de ETS	40,0	SD

Fuentes: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de Salud, 1999; CEPAR, Endemain-II, 1999.

Servicios de atención individual: En 1997 se inició la normatización de la vigilancia, la canalización de la información y la incorporación de otras instituciones de salud (IESS, Policía) al sistema de vigilancia. Las condiciones de deterioro social y el incremento de población en condiciones de pobreza, ha influido en el aumento de la demanda de servicios públicos de salud, especialmente de atención materno - infantil incentivada por el aporte económico de la Ley de Maternidad Gratuita. El acceso de grupos sociales desprotegidos se ha visto favorecido por las intervenciones del Proyecto FASBASE, que brinda atención integral a una población de unos dos millones de habitantes de las zonas de pobreza y mayor riesgo. Evaluaciones preliminares del proyecto, que se inició en 1993, indican un aumento de la accesibilidad para un 80% de estos grupos, sobre todo en las zonas rurales.

Nivel primario de atención: En relación con las coberturas de los distintos prestadores de servicios sólo se ha logrado cuantificar la atención brindada en los servicios públicos. No existe un registro confiable de las atenciones, sobre todo de las ambulatorias, de los servicios privados. En los servicios primarios del MSP, un 60% de establecimientos cuenta con sistemas automatizados para apoyo de la gestión. En la actualidad se está desarrollando un Sistema Integrado de Información en Salud, que entrará en funcionamiento en toda la red de servicios del MS. La gran mayoría de

establecimientos tanto ambulatorios como de hospitalización cuentan con equipos de computación que se han adquirido por iniciativa propia, para mejorar la gestión de los servicios.

Consultas de Morbilidad, 1999

INSTITUCIÓN	Total Consultas	Primeras Consultas	Consultas Subsecuentes	Emergencias
Ministerio de Salud Pública	4'819.372	2'809.113	949.736	1'060.523
Sanidad de Fuerzas Armadas	549.363	251.041	239.077	59.245
Sanidad de la Policía Nacional	228.816	130.078	78.714	20.024
Ministerio de Bienestar Social	17.956	9.702	5.742	2.512
Municipios	139.294	78.412	46.880	14.002
Otros Ministerios	231.239	165.095	58.784	7.360
SOLCA	256.389	70.888	173.939	11.562
Otras Instituciones *	671.155	244.946	378.514	47.700
SUBTOTAL PUBLICAS	6'913.584	3'759.270	1'931.386	1'222.928
Privados con Fines de Lucro	436.716	244.941	129.559	62.619
Privados sin Fines de Lucro	598.409	375.143	195.495	29.798
SUBTOTAL PRIVADAS	1'035.125	617.654	325.054	92.417
TOTAL	7'948.709	4'376.924	2'256.440	1'315.345

Fuente: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de Salud, 1999 (*) Incluye: Junta de Beneficencia de Guayaquil, Sociedad Protectora de la Infancia, Fisco-Misionales, Universidades, Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA).

Es importante resaltar la sobrecarga de actividades de recuperación de la salud a que se dedican los servicios de salud, siguiendo un patrón de gasto curativo. Más del 85% de las consultas preventivas son realizadas por el Ministerio de Salud Pública.

Número/Tipo de Consultas realizadas en los establecimientos de salud, 1999

TIPO DE ACTIVIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Total de consultas de morbilidad	7'948.709	52,71
Total de Consultas de Prevención	3'573.190	23,69
Total de Consultas de Emergencia	1'315.345	8,72
Total de Consultas Odontológicas	1'965.207	13,03
Total de Visitas Domiciliarias	276.312	1,83
TOTAL DE CONSULTAS	15'078.763	100,00

Fuente: INEC. Anuario de Recursos y Actividades de Salud, 1999.

Nivel Secundario. En 1999 se produjeron 51.2 egresos por 1000 habitantes (97.8 % casos agudos), cifra ligeramente superior a la observada desde 1985. El 45,3% de los egresos se dieron en el MSP, el 14,9 % en los de hospitales de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, y 12,7% en el IESS. El número de camas disponibles por habitante se redujo en 1999 a 1.5, compensándose por el incremento del giro de cama y la reducción del número de días de estadía. El porcentaje de ocupación se redujo de 57.1 % en 1990 a 47.4 % en 1999, tanto en establecimientos públicos como privados. En 1998 se registraron 1.2 consultas por habitante, 74,2% de morbilidad y 25,8% de fomento y prevención, lo que establece una relación preventivo/curativo de 1 a 4. Del total de consultas reportadas, el 44,9 % se registraron en establecimientos ambulatorios y hospitalarios del MSP, el 33,5% en el IESS, 3,1% en los servicios de la JBG, y 19,5% en otros proveedores públicos y privados.

Evolución de indicadores hospitalarios básicos, 1985-1999

INDICADOR	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Numero camas disponibles	17.004	17.804	18.830	18.510	18.821	19.083
Camas por mil habitantes	1.7	1.6	1.5	1.6	1.5	1.5
% ocupación camas disponibles	57,1	53,4	53,8	49,7	49,2	47,4
Rendimiento o giro de camas	30	33	34	32	34	33
Egresos hospitalarios	506.901	583.056	513.809	600.806	631.557	635.766
Egresos por mil habitantes	49.4	50.9	52.5	50.3	51.9	51.2
Promedio de días de estada	7.0	5.9	5.8	5.6	5.4	5.2
Defunciones hosp. por mil hbs.	1.0	0.9	1.0	0.9	0.9	0.9

Fuente: INEC. Anuario de Actividades y Recursos de Salud, 1999

El transporte de pacientes a los servicios de urgencia ha mejorado en algunas ciudades con el apoyo de la Red Nacional de Emergencias Médicas que está operando en Quito, Guayaquil y Cuenca con el auspicio del MS, la administración de los Municipios respectivos y la coordinación con el sistema de información de la Policía Nacional, Cruz Roja y Bomberos. Todavía son deficitarias las condiciones de atención de urgencias en las unidades operativas, equipamiento, formación profesional, y las estrategias de educación y prevención. Lo anterior constituye un desafío para el Consejo Nacional de Red de Emergencias Médicas (CONAREM) que preside el delegado del MS. Calidad de la atención. Se trata de impulsar la calidad de la atención, tanto en aspectos de eficacia o capacidad resolutoria (según niveles de organización tecnológica) y de calidez (calidad percibida, basada en la aceptabilidad y satisfacción del usuario), pero algunos instrumentos ya diseñados aun no se han puesto en práctica como los atinentes a la acreditación de los servicios (públicos y privados), certificación profesional, encuestas periódicas de satisfacción, etc.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

3.1. Seguimiento del Proceso

Seguimiento de la dinámica.

Fase de inserción del tema de la reforma en salud. En 1993, se emitió la Ley de Modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios, y se creó el Consejo Nacional de Modernización (CONAM). El CONAM se adscribió a la Presidencia de la República y en 1994 se propuso la reforma del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), incluyendo las prestaciones de salud. De este modo, la reforma del Sector ingresó en el esquema de Reforma del Estado, asociada a la reforma de la Seguridad Social.

Fase de formulación y discusión de propuestas. En 1994 se generaron las primeras propuestas de reforma del sector: una por el CONAM y otra por una Comisión Técnica conformada por delegados del MSP y del Ministerio de Bienestar Social. El CONAM comenzó a difundir ampliamente su propuesta de reforma a la Seguridad Social en 1995, cuyos contenidos de privatización (administradoras privadas del fondo de pensiones y libre oferta de seguros privados en salud), fueron rechazados por la mayor parte de las fuerzas sociales y políticas del país. Con este antecedente, se inició un debate nacional. A través de la Comisión de Reforma del Consejo Nacional de Salud (CONASA), el MSP presentó una propuesta de Lineamientos Generales de Reforma del Sector Salud en 1995, la cual tenía como eje la conformación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) y un esquema de aseguramiento de la atención de base pública basado en una alianza entre el IESS y el MSP. Con la colaboración de la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR), conformada por el Banco Mundial, el BID, USAID y la coordinación de OPS/OMS, se inició un amplio proceso de información, diálogo y generación de consensos alrededor de aspectos básicos de la reforma. El documento de CONASA buscó generar consenso para un plan de implementación de la reforma, pero en un primer momento esto no se logró ya que la JBG y SOLCA consideraron que la propuesta del SNS podía afectar su autonomía institucional. Igualmente, varias provincias y cantones del país cuestionaron el centralismo de la propuesta nacional y demandaron una gestión más descentralizada y participativa, lo que dio lugar a la creación de Consejos Cantonales de Salud para impulsar la reforma desde escenarios locales. En 1996, emergieron las propuestas de reforma de la Dirección Médica del IESS y la preparada por el Ministerio de Bienestar Social, cuyo énfasis se centra en la propuesta de un Sistema Integrado de Salud (SIS), articulando los nodos central, provincial y local. Igualmente, el Consejo Superior del IESS presentó a la opinión pública la Propuesta de Reforma Integral del Seguro Social Ecuatoriano, en el ámbito económico, legal y de salud. En suma, en 1996 había 18 propuestas de reforma del sector de la salud y 21 del de seguridad social como referente para la nueva administración de gobierno. Lógicamente durante esta etapa no se llegaron a definir indicadores de seguimiento y evaluación en ninguna de las propuestas analizadas.¹⁷

Discontinuidad del proceso de reforma. La dinámica inicial de debate no tuvo continuidad con el cambio de gobierno en agosto 1996. El CONASA se inactivó por algunos meses y los acuerdos iniciales no se concretaron. Se origina entonces lo que algunos denominan una "reforma silenciosa", caracterizada por: a) reducción del papel del Estado en la salud, con recortes presupuestarios y de personal institucional; b) la propuesta de "autonomía de gestión" de los servicios se cambió a "autonomía de financiamiento" y se plantearon mecanismos de recuperación de costos, basados en tarifas de mercado de acuerdo a la capacidad de pago local; c) convenios piloto de traspaso de

algunos hospitales a los municipios; y d) un nuevo proyecto de privatización del IESS al reactivar la propuesta de Ley de reforma a la seguridad social auspiciada por el CONAM. Cuando se instaló un gobierno interino en marzo 1997, se convocó al CONASA para continuar el abordaje del proceso de reforma y retomar la direccionalidad del mismo para promover los consensos básicos en esta materia y propiciar la coordinación de políticas y acciones del sector salud.

Fase de Reanudación del Proceso de Reforma. Entre 1997 y 1998 el CONASA aprobó los términos generales para la formulación del Plan Operativo de Reforma y se reanudó el proceso. No obstante, no se ejecutó por la serie de paros laborales de médicos y trabajadores de la salud quienes solicitaban reivindicaciones salariales y presupuestarias para el sector salud. A pesar de la crisis político-institucional del país y del agravamiento de la crisis socio-económica, entre 1997 y 2000 se desarrollaron importantes elementos para sustentar la reactivación del proceso de reforma en los actuales momentos: a) Definición del rol del Estado en la Salud; b) Formulación de un marco de políticas nacionales de salud; c) Reforma Constitucional en salud; d) Modernización inicial del Ministerio de Salud Pública; e) Experiencias demostrativas de descentralización en salud; f) Propuesta del Sistema Nacional de Salud; y g) Propuesta de Reforma a la ley de Seguridad Social. Específicamente en el período 1998-1999 destaca la desconcentración de la gestión de personal del MSP hacia los niveles provinciales y las áreas de salud, de los fondos de autogestión hacia los hospitales y de los fondos de la Ley de Maternidad Gratuita y de Protección a la Infancia hacia los Consejos Cantonales de Salud, cuando esto fue factible, o hacia las Direcciones Provinciales de Salud cuando lo anterior no fue posible.

Seguimiento de los Contenidos

En general los grandes contenidos de las propuestas de reforma promovidas por el CONASA están centrados en: a) reforma legal; b) organización del sistema nacional de salud; c) aseguramiento; desconcentración y descentralización; d) financiamiento; e) participación social.

Marco Jurídico. El entorno jurídico básico para el inicio del proceso de reforma lo constituye la Ley de Modernización del Estado de 1993. Ella originó propuestas de privatización de las empresas públicas, programas de reducción del tamaño del estado, reforma de la seguridad social, desconcentración y descentralización. En 1997 se expidió la Ley Especial de Descentralización y Participación social, la cual incluye la transferencia de competencias y recursos en materia de salud a los Municipios, disposición que no se pudo aplicar debido a la falta de su reglamentación y resistencia política de diversos grupos. El reglamento fue promulgado en julio de 2001 lo cual espera dinamizar este proceso a pesar de las dificultades operativas y discordancias de estas normativas con las actuales condiciones de gestión local. En 1998 se reformuló la Ley de Maternidad gratuita de 1994 que no se había aplicado cabalmente. Dicha reforma contiene

elementos programáticos y financieros para la cobertura de salud a las mujeres y a niños(as) menores de cinco años en el marco de la descentralización y la participación social. El más importante esfuerzo realizado entre 1997 y 1998 es la formulación de Políticas Nacionales de Salud con amplia participación y consenso, y que fueron base para la inclusión de importantes textos en la reforma Constitucional de 1998. Entre los contenidos sustanciales de esta normativa constitucional se mencionan: a) La garantía del Estado del derecho a la salud, su promoción y protección; b) El acceso a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; c) Los programas y acciones de salud pública universales y gratuitas; d) La rectoría del estado en materia de salud, vigilancia de la aplicación de las políticas y del funcionamiento de las entidades del sector; e) La organización de un Sistema Nacional de Salud con funcionamiento desconcentrado, descentralizado y participativo; f) El financiamiento de las entidades públicas proveniente de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del presupuesto general del estado, de los usuarios según su capacidad económica y de otras fuentes que sean definidas; y g) El incremento anual de la asignación fiscal para salud pública.

Aseguramiento. El objetivo de lograr el aseguramiento universal ha sido retomado con fuerza en la propuesta de reforma del sector impulsada por el CONASA en 2001, en el marco de la construcción de un Sistema Nacional de Salud. En esta propuesta el MSP asumiría el rol rector, el IESS se encargaría del aseguramiento - con la participación de otras instituciones públicas que cumplen esta función actualmente como las FFAA y la Policía-, con la provisión plural público-privada de un plan integral de prestaciones. La propuesta es la base para la Ley orgánica del Sistema Nacional de Salud que se discutirá en el Congreso en los próximos meses. El Congreso Nacional continúa discutiendo a finales de 2001 las reformas a la Ley del Seguro Social que incluye la modernización de la gestión y la desconcentración del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Ella establece la gerencia autónoma respecto a otras prestaciones y una aproximación inicial a la separación de funciones de financiamiento y de provisión de servicios. Se espera que sirva para dinamizar la cobertura a sectores actualmente desprotegidos y para elaborar un plan de cobertura universal de la atención de salud junto con otras instituciones del sector y en particular el MSP.

Rectoría y Separación de funciones. La propuesta del CONASA de 2001 establece que la rectoría le corresponde al MSP con participación del CONASA, el aseguramiento a varias instituciones, con la perspectiva de que el asegurador público universal sea progresivamente el IESS, el financiamiento a todas las instituciones sobre una fuerte base del presupuesto general del Estado, y la provisión plural con participación de prestadores públicos y privados bajo normas reguladas de acreditación, calidad y costos, tanto de los servicios pertenecientes a instituciones públicas como privadas.

Se ha destacado la necesidad de fortalecer la rectoría institucional del MSP a nivel sectorial, para asumir el liderazgo de los procesos de cambio que la reforma implica. Ello incluye la definición del rol del Estado en la salud, la reingeniería de sus estructuras sobre todo en los niveles central y provincial, y la desconcentración de la gestión técnica, administrativa y financiera en apoyo a las Áreas de Salud. La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en Ecuador efectuada siguiendo el instrumento de evaluación impulsado por OPS/OMS en 2001 reveló que la función de *Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud* obtuvo el resultado más alto. Presentaron resultados mínimos de desempeño las funciones relativas a *Desarrollo de RRHH en salud pública*, *Promoción de la salud*, y *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*.¹⁸

Descentralización. Desde comienzos de los años 90, el MSP comenzó un proceso de desconcentración de la gestión en las denominadas "áreas de salud" como unidades geográfico-poblacionales donde se organiza el sector salud para la cobertura universal de la atención de salud. En el período 1994-2001 el proyecto FASBASE, financiado por el Banco Mundial apoyó 41 de las 160 áreas de salud en todo el país. Las propuestas de reforma sectorial han mantenido los procesos de desconcentración y descentralización como uno de los ejes de cambio. Se han desarrollado experiencias piloto o demostrativas apoyadas por el proyecto MODERSA (Modernización de los Servicios de Salud, también financiado por el Banco Mundial) que opera desde 1998 con el modelo de "Sistemas Descentralizados de Servicios de Salud" así también por ONG's como CARE y CEPAR, la cooperación de OPS/OMS y de los Gobiernos de Bélgica, Holanda, Alemania (GTZ) y la iniciativa de algunos Municipios.

En una reciente publicación,¹⁹ se analizaron las opiniones de entrevistados sobre los principales logros del proceso de reforma del sector salud. "El haber iniciado la desconcentración y descentralización..." ocupó el primer lugar con un 23.1 % del total, seguido de "La formulación de las entidades locales de gestión en salud..", con un 12.9 %. Esta apreciación es un referente fundamental para interpretar los avances de los proyectos demostrativos a nivel local, ya que la descentralización es la estrategia principal del proceso de reforma. Esta tendencia se vio reforzada por la Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social.

Participación y Control Social. El MSP mediante la aplicación del Decreto Ejecutivo # 502, de 1999 puso en marcha el fortalecimiento de la "autonomía de gestión" de los establecimientos de salud para "abrir espacios de participación de la comunidad en la gestión de los servicios y asegurar atención preferente a las personas de mayor necesidad". Con base en esto se han creado instancias de veeduría como los Comité de Participación y Control de Gestión, y los Comités de Modernización al interior de los Hospitales.²⁰

Según la ley orgánica de las Juntas Parroquiales de reciente expedición (octubre, 2000), la Asamblea Parroquial es el "...espacio que garantiza la participación ciudadana.", que además tiene que formular el "Plan de Desarrollo Parroquial" y ejercer el Control Social en el ámbito territorial de su competencia. Este organismo es la instancia formal para el proceso organizativo y de participación en la gestión local de los servicios de salud y de monitoreo social de la equidad y calidad, ampliando la tradicional acción de los comités de salud, club de madres, etc. La ley de maternidad gratuita vigente, prevé también la organización de "comités de usuarias" para vigilar el cumplimiento de los beneficios estipulados en la ley, ejerciendo el derecho de monitoría necesario y apoyo al desarrollo de los derechos ciudadanos desde una perspectiva de género.

Financiamiento y Gasto. Se ha completado la segunda ronda de elaboración del estudio de Cuentas Nacionales en Salud (CNS) con datos de 1997 e iniciado la del año 1998, a cargo de la Dirección de Planificación y Financiamiento del MSP y en coordinación con el Banco Central, y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Oferta de servicios y modelos de atención. En relación a modificaciones en la oferta y modelos de atención, hay cuatro elementos de aporte en el proceso de reforma: a) El diseño de modelos de atención que integran la promoción y atención de salud y su inserción en planes de desarrollo local; b) El inicio de propuestas de articulación conceptual y operativa de la medicina moderna y oficial con prácticas ancestrales y alternativas; c) La perspectiva de organización sectorial a nivel macro-nacional (SNS), y d) a nivel local (SILOS) para optimizar esfuerzos y recursos en procura de impulsar planes de cobertura universal.

Modelo de gestión. Se han desarrollado experiencias demostrativas de modelos de gestión local a través de instancias tales como: los Consejos Cantonales de Salud; los procesos de "gestión autónoma" de los servicios del MSP; las modalidades de reembolso en base a producción que aplica parcialmente el programa de maternidad saludable establecido por la Ley de maternidad gratuita; las pruebas piloto del MSP-MODERSA en Cuenca, Tena y Barrio Colinas del Norte-Quito de contratación y pago por servicios; experiencias locales en áreas de pago por episodio y fondos locales para mantener un inventario de medicamentos (Proyecto APS-Coop. de Bélgica); y la concesión de la administración de unidades de salud a Organizaciones No Gubernamentales sin fines de lucro (por ejemplo. Centro de Salud de Carcelén en Quito a cargo del Club de Leones). Se han producido también iniciativas locales de gestión con esquemas de prestación con base en "riesgo compartido", tercerización de servicios hospitalarios e incentivos según indicadores de desempeño.

Recursos Humanos. Predomina en este campo la problemática laboral, los bajos salarios, la falta de incentivos, la desinformación de los procesos de cambio entre los trabajadores y niveles operativos,

la carencia de un estatuto o carrera funcionaria y de programas de educación continua entre otros. En términos de recursos humanos calificados en temas indispensables para abordar los desafíos de la reforma, se realiza formación de post-grado en doce cursos de salud pública a nivel nacional, incluyendo Economía de la Salud, Gestión Local y otros.

3.2. Evaluación de resultados

Como no se ha avanzado en la formulación de un Plan de Implementación de la Reforma, no existe una base informativa específica, universal y confiable o estudios de evaluación con base en indicadores previamente definidos que permitan dar cuenta de los resultados de las acciones del proceso de RSS y de los cambios que son atribuibles a dicho proceso.

Equidad. No hay una medición de los impactos sobre la equidad. No obstante algunos datos de mejoramiento en la cobertura de acciones como el control pre-natal entre 1994 y 1999, la atención del parto institucional por personal entrenado, y la cobertura del programa de inmunizaciones muestran algunos avances a pesar de la profunda crisis política y financiera que ha afectado al sector y en particular a los servicios del MSP y del IESS. Sin embargo, el gasto per cápita ha ido disminuyendo, al igual que la disponibilidad de camas por habitante y las barreras de acceso a los sectores sociales más pobres no se han modificado. Los mecanismos de recuperación de costos implementados en los servicios del MSP parecen haber aumentado dichas barreras, excepto en lo referente a atención del parto donde se ha mejorado el acceso a los servicios debido a la aplicación de la Ley de Maternidad gratuita.

Efectividad y Calidad. No hay evidencia de que las fases iniciales del proceso de reforma hayan incidido en la reducción de los indicadores como mortalidad general, infantil y materna. Más bien se comienza a observar un leve estancamiento en la tendencia decreciente en los últimos años de estos indicadores (INEC, 1998-1999). Algunos indicadores como la mortalidad por cáncer cérvico-uterino, incidencia de HIV/AIDS y mortalidad por complicaciones agudas de diabetes mellitus e hipertensión arterial en menores de 25 años han aumentado.

En cuanto a la calidad técnica, en algunos hospitales piloto del MSP se han comenzado programas de control de calidad con sus respectivos Comités. En el IESS se han iniciado aplicaciones de protocolos de estandarización normativa para ciertas patologías. Se desconoce el porcentaje de estas intervenciones. En cuanto a la calidad percibida, no se implementan redes de información y consulta ciudadana para determinar el grado de uso y satisfacción con los servicios recibidos. La calidez de la atención sigue siendo una propuesta a desarrollar.

Eficiencia. La eficiencia es una variable de escasa medición en los servicios públicos, no obstante la progresiva incorporación de metodologías de costos y de sistemas de información gerencial. Para la asignación más eficiente de recursos financieros se ha diseñado una propuesta técnica que considera

variables de población, pobreza, brechas de demanda, recursos de oferta y un manejo desconcentrado en las áreas de salud, pero no se ha implementado por restricciones de control en los niveles central (MSP y Ministerio de Economía) y provinciales.

Sostenibilidad. La crisis económica y sus secuelas de inestabilidad política y administrativa han dilatado la implementación del un plan de acción en materia de reforma, por lo que se agotan las expectativas ciudadanas por el cambio así como las posibilidades de acuerdos entre las instituciones del sector salud.

Participación y control social. Los procesos de desconcentración de los servicios del MSP (autonomía de gestión), las experiencias demostrativas de sistemas descentralizados de salud, la instauración de los Consejos Cantonales de Salud, la organización de usuarias para las veedurías de la Ley de Maternidad gratuita y la aplicación de la Ley Orgánica de Juntas Parroquiales, están abriendo espacios para la expresión ciudadana en el proceso de reforma.

* La segunda edición del Perfil fué preparada por un grupo de 31 profesionales y decisores políticos nacionales representantes de el Ministerio de Salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Seguro Social Campesino, el Distrito Metropolitano de Quito, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA-MANABI), la Fundación CIMAS, la Fundación Ecuatoriana de la Salud, el Centro de Estudios de Población, el Proyecto APS - FENOCIN, la Universidad Católica, la Universidad Central del Ecuador, la Universidad Andina Simón Bolívar, la Universidad de Cuenca, la Universidad de Loja, el Consejo Nacional de Salud, la UNICEF, la GTZ, la Unión Europea y la representación de la OPS/OMS/Ecuador. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la representación de la OPS/OMS en Ecuador. La revisión externa fué encomendada a la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina y Ciencias de la Salud (AFEME). La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA y NOTAS

¹ Constitución de la República (Art.1)

² Proyección de la población para el año 2000, sobre la base del Censo de 1990.

³ Según fuentes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Según fuentes del MSP, se estima que para el año 2000, el número total de unidades operativas disponibles es de 1755, de las cuales 124 son unidades de internación y 1631 ambulatorias.

⁴ Estudio de Cuentas Nacionales para 1995 y 1997.

⁵ CNS, 1997.

⁶ No se incluyen los servicios ambulatorios desarrollados recientemente por el Municipio de Guayaquil en el Programa "Más Salud" que cuenta con unidades móviles equipadas con recursos de atención primaria y que cubren sobre todo las zonas más pobres de la urbe.

⁷ INEC:1999

⁸ OPS/OMS: Op Cit., 1997

⁹ Dirección Nacional de Control Sanitario del MSP, 1999.

¹⁰ INEC: Op. Cit. 1996

¹¹ INEC: Anuario de Estadísticas Hospitalarias 1996, Quito, 1997

MSP. Cuentas Nacionales, 1997

¹² Ministerio de Finanzas y Crédito Público: Liquidación presupuestaria, 1996, Quito, 1997

¹³ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.

¹⁴ Los porcentajes son recogidos de varios documentos que hacen aproximaciones y no mediciones reales de la cobertura.

¹⁵ CEPAR, 1999

¹⁶ MSP, 2001.

¹⁷ Echeverría, R.: El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador, 1993-2000 (2T).Ed. Cepar, Quito,2000

¹⁸ Ministerio de Salud, Gobierno del Ecuador y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria del Ecuador. Informe Preliminar, octubre 2001 (mimeo).

¹⁹ CEPAR: Políticas de Salud y Reforma Sectorial (La opinión de los actores de la salud en el país), Ed Cepar. Quito, 1999.

²⁰ MSP: Informe anual de actividades (10 de agosto/99). Gestión del Dr. Edgar Rodas.

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD
EL SALVADOR**

(1a. ed. 10 de diciembre de 1998)

(2a ed. 15 de junio de 2001)*

(Levemente modificado el 26 de Noviembre de 2001)

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

La República de El Salvador es un Estado republicano con un gobierno de elección democrática y representativa. La población de El Salvador para el año 2000 fue de 6,276,037 habitantes, concentrándose en el área urbana (58.41%). La población indígena se estima en un 11%, ubicada principalmente en el área rural. Las políticas gubernamentales se originan en la Presidencia de la República y son ejecutadas a través de las carteras de estado en los 14 departamentos. La administración política local está conformada por 263 Consejos Municipales, presididos por alcaldes que son elegidos cada tres años. El sector social está coordinado por una comisión de ministros, quienes acuerdan políticas de desarrollo nacional. Desde 1994 el Gobierno identificó la necesidad de imprimir cambios sustanciales en su sistema de salud. El actual Gobierno elaboró el programa para el período 1999-2004, el cual impulsa hacia: (i) una reforma del Sector Salud para construir un sistema nacional equitativo, eficiente, eficaz y participativo; (ii) descentralizar e introducir incentivos de mercado en la provisión de servicios de salud; y (iii) incentivar proyectos locales de promoción de salud, prevención de enfermedades, y saneamiento básico y ambiental, que promuevan la participación organizada de la comunidad y de los Gobiernos Locales.

Los indicadores macroeconómicos muestran la disminución de la tasa de inflación, el mantenimiento de la tasa de cambio y un crecimiento económico anual de 2.96 % en el último quinquenio. La esperanza de vida al nacer de la población en el año 2000 fue de 69.7 años (65.6 años en hombres y 72.5 años en mujeres). El 46.0% de la población es menor de 19 años. En 1999, el 18.1% de la población mayor de 10 años era analfabeta (20.4% de las mujeres y 15.5% de los hombres). La pobreza aún afectaba a un 41.3% de los hogares (32.8% de hogares del área urbana y 55.4% del área rural). El 16.7% de hogares salvadoreños vivía en extrema pobreza (10.3% de los hogares urbanos y 27.4% de los rurales). En 1998, El Salvador se ubicó en la posición 104 (calificación de 0.696) en el Índice de Desarrollo Humano de un total de 174 países. En relación al índice de Desarrollo relativo al género, se ubicó en el lugar 83. Entre los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación de salud y en la prestación de servicios de salud destacan: el estancamiento del crecimiento económico, un elevado crecimiento poblacional, la prevalencia del binomio desempleo/subempleo con un 7% de desempleo general y 29% de la población económicamente activa urbana subempleada; y la pobreza, con 51.9% de la población en pobreza relativa y 25.3% en pobreza absoluta.

El sector de la salud está constituido por dos subsectores: el *público*, integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el Bienestar Magisterial, la Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); y el *privado* que incluye entidades lucrativas y no lucrativas. En 1998, la población

salvadoreña gastó un 8.3% del PIB en salud (USD 165 anuales por persona). En este mismo año el financiamiento privado fue 54.4% del financiamiento total.

El Salvador cuenta con 7,298 médicos registrados, con una razón de médicos por habitante que se ha incrementado de 9.1 a 12.11 por 10,000 h entre 1994 y 1999. La razón de enfermeras profesionales por 10,000 h. se incrementó en mayor proporción que en el caso de los médicos; y la razón de enfermeras/médico se ha incrementado a 0.5 entre 1994 y 1999.

El gasto público en salud y el gasto del MSPAS destinado a medicamentos mostraron una moderada tendencia al descenso. No se cuenta con una política nacional de medicamentos, aunque se ha avanzado en su formulación. Existe un cuadro básico de medicamentos con unos 550, su uso es obligatorio en los establecimientos del MSPAS y se revisa cada dos años.

El 63% de los hospitales públicos de El Salvador tienen más de 30 años de funcionamiento, con limitaciones en la reposición de equipos e infraestructura y en la transferencia tecnológica. Constantes daños a la infraestructura y el equipamiento debido a desastres naturales han afectado a los establecimientos de salud. Cerca de la mitad de las camas hospitalarias y un 25% de la red ambulatoria fueron afectados por los terremotos de enero y febrero del 2001.

En los últimos años se ha priorizado el programa ampliado de inmunizaciones y se mantienen coberturas alrededor o sobre el 95%. Asimismo se han priorizado el programa de detección y tratamiento de la tuberculosis, la prevención de VIH-SIDA y los programas de la estrategia de Escuelas Saludables. También se observa un importante incremento en la producción de los servicios públicos de salud.

Los últimos dos gobiernos han realizado esfuerzos para transformar la estructura organizativa predominante en el subsector público de salud. En 1999 se conformó el Consejo Nacional de Reforma en Salud (CNRS), presidido por el Ministro de Salud e integrado por representantes del ISSS, ONGs, proveedores privados de servicios de salud, gremios profesionales y empresariales, y usuarios e instituciones formadoras de recursos humanos en salud. A finales del año 2000 fue entregada al Presidente de la República la “Propuesta de Reforma Integral de Salud” surgida de dicho Consejo. Los Lineamientos de la Reforma incluyen: (i) Consolidar un sistema nacional de salud; (ii) Consolidar un modelo de atención integral; (iii) Consolidar un modelo de provisión mixta; (iv) Consolidar un modelo de gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud; (v) Institucionalizar la participación social como un eje transversal del sistema de salud; (vi) Promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud; (vii) Invertir en los recursos humanos para la salud como elemento central del cambio y la gestión del sistema de salud; (viii) Fortalecer de la intersectorialidad en la respuesta organizada a los retos de salud; y (ix) Garantizar los servicios esenciales de salud a toda la población. Se reconoce la necesidad de profundizar el debate público sobre financiamiento y marco legal del sector para construir consensos.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto Político: La República de El Salvador es un Estado republicano con un gobierno de elección democrática y representativa que está constituido por tres poderes independientes: legislativo, ejecutivo y judicial. El poder ejecutivo cuenta con carteras de estado que representan los ámbitos sociales, económico y político. Existen distintas formas de organización político - administrativas tales como entidades autónomas, semi autónomas, gobiernos municipales y organizaciones representativas de la sociedad civil. La tendencia es hacia la descentralización.

Las políticas gubernamentales se originan en la Presidencia de la República y son ejecutadas a través de las carteras de estado en los 14 departamentos. La administración política local está conformada por 263 Consejos Municipales, presididos por alcaldes que son elegidos cada tres años. El sector social está coordinado por una comisión de ministros, quienes acuerdan políticas de desarrollo nacional. Al interior de cada uno de los ministerios existen direcciones de planificación que analizan y elaboran el Plan de Acción para cada uno de los mandatos presidenciales. Desde 1994 el Gobierno identificó la necesidad de imprimir cambios sustanciales en su sistema de salud,¹ a través de la modernización del Sector Público y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)². El Plan de Gobierno de la República de El Salvador 1994-1999 consideró objetivo del quinquenio llevar a cabo una reforma del sistema de salud.³ El Plan Nacional de Salud 1994-1999 del MSPAS fue formulado para viabilizar el cumplimiento y la coordinación de los múltiples programas que deberían desarrollar las instituciones del sector con la participación de la comunidad en el marco de la modernización del Estado.⁴ Dicho plan contemplaba las siguientes estrategias generales: descentralización, coordinación interinstitucional, tecnología apropiada, investigación en salud, participación social, desarrollo institucional, coordinación y cooperación externa, desarrollo de recursos humanos y educación para la salud. El actual Gobierno de El Salvador elaboró el programa para el período 1999-2004, denominado “La Nueva Alianza”, estableciendo seis áreas estratégicas de acción. Entre ellas, la “Alianza Solidaria” establece el “Fomento a la Participación Local y Descentralización de la Gestión Gubernamental”, y el “Acceso Efectivo a los Servicios Básicos”, precisando las siguientes acciones en el sector de la salud: (i) Iniciar la reforma del Sector Salud orientada a la construcción de un sistema nacional equitativo, eficiente, eficaz y participativo; (ii) Descentralizar e introducir incentivos de mercado en la provisión de servicios de salud; y (iii) Incentivar proyectos locales de promoción de salud, prevención de enfermedades, y saneamiento básico y ambiental, que promuevan la participación organizada y sostenida de la comunidad y de los Gobiernos Locales.⁵

Entre los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación de salud y en la prestación de servicios de salud destacan: el estancamiento del crecimiento económico, un elevado crecimiento poblacional, la prevalencia del binomio desempleo/subempleo con un 7% de desempleo

general y 29% de la población económicamente activa urbana subempleada⁶; y la pobreza, con 51.9% de la población en pobreza relativa y 25.3% en pobreza absoluta⁷.

1.2 Contexto Económico: Para 1999 los principales rubros que aportaron al PIB fueron la industria manufacturera, principalmente maquila (22,8%); el comercio y turismo (19,8%); la agricultura y pesca (12.8%); los alquileres de vivienda (8.5%) y transportes almacenamiento y comunicaciones (7.8%).⁸ La exportación del café y las remesas familiares de los salvadoreños que trabajan en el exterior son las principales fuentes de divisas. Las remesas alcanzaron cifras de 1,644 millones de dólares en el año 2000, equivalentes a 12.43% del PIB. Las exportaciones de café alcanzaron USD 298 m en 2000, equivalentes a 2.25% del PIB de ese año.⁹

El Salvador: Indicadores Económicos, 1993-2000

INDICADOR	AÑO							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB per cápita en precios constantes, en USD corrientes	1285	1457	1676	1782	1884	1988	2026	2106
Población Económicamente Activa, en miles	2,001	2,113	2,136	2,227	2,245	2,403	2,445	ND
Gasto Público Total, como porcentaje del PIB	ND	16.41	14.40	15.30	14.85	16.01	15.76	ND
Gasto Público Social, como porcentaje del PIB	ND	4.02	4.07	4.77	4.77	5.42	5.71	ND
Tasa de inflación anual	12.1	8.9	11.4	7.4	1.9	4.2	0.28	2.43

Fuentes: Banco Central de Reserva de El Salvador,^{10,11} FUSADES¹²

Los indicadores macroeconómicos muestran la disminución de la tasa de inflación en el período, el mantenimiento de la tasa de cambio y un crecimiento económico anual de 2.96 % en el último quinquenio¹³. El financiamiento externo representó el 18.8% del financiamiento del MSPAS en 1997¹⁴. Los principales donantes fueron: Estados Unidos, Suecia, Holanda, Alemania, España, Unión Europea y organismos multilaterales como OPS/OMS, UNFPA y UNICEF. La cooperación externa representó el 9.0% del financiamiento del componente público del sector de la salud, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

1.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico. La esperanza de vida al nacer de la población en el año 2000 fue de 69.7 años (65.6 años en hombres y 72.5 años en mujeres)¹⁵. La tasa promedio anual de crecimiento poblacional fue de 2.0%, en el periodo 1995-2000 mientras que la tasa de crecimiento natural anual fue de 2.2% y la migración rural de 151,000 habitantes. El 46.0% de la población es menor de 19 años. En 1999 las mujeres representaron el 50.9% de la población. La tasa bruta de natalidad y la tasa global de fecundidad en el período 1995-1999 mantienen una tendencia a la disminución según se aprecia en la tabla siguiente. La tasa bruta de mortalidad se redujo en el período 1993 a 1999 de 6.7 a 6.0.

De acuerdo con la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC)¹⁶ el subregistro de mortalidad en el periodo 1990-1996 fue de 22.9% y las defunciones por causas no definidas en 1998 fueron de 17.8%, aunque disminuyeron a 12.4% en 1999.

El Salvador, Indicadores Demográficos, 1993-1999

	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa bruta de natalidad x 1000 h	29.02 ^(d)	28.97 ^(d)	28.11 ^(d)	28.17 ^(d)	27.78 ^(d)	27.6 ^(d)	27.2 ^(d)
Tasa global de fecundidad	ND	ND	3.4 ^(b)	3.3 ^(b)	3.2 ^(b)	3.2 ^(b)	3.1 ^(a)
Tasa bruta de mortalidad x 1000 h	6.7 ^(d)	6.5 ^(d)	6.4 ^(d)	6.3 ^(d)	6.2 ^(d)	6.1 ^(d)	6.0 ^(d)
Tasa de mortalidad materna x 100,000 nv	ND	120 ^(a)	120 ^(a)	120 ^(a)	120 ^(a)	120 ^(a)	120 ^(a)
Tasa de mortalidad infantil x 1000 nv	41 ^(c)	38.2 ^(d)	36.4 ^(b)	34.8 ^(b)	33.4 ^(b)	32 ^(b)	35 ^(c)

Fuentes: a) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social¹⁷; b) DIGESTYC¹⁸; c) FESAL 98¹⁹; d) Ministerio de Economía²⁰

La mortalidad por grandes grupos de dolencias o causas presentó la siguiente distribución en 1999: enfermedades del sistema circulatorio, 22.01%; causas externas, 20.52%; enfermedades transmisibles, 14.81%; neoplasias, 11.08%; ciertas afecciones originadas en el período perinatal 2.57% y total de las demás enfermedades, 29.21%.²¹

Las cinco primeras causas de mortalidad general para 1999 fueron: enfermedades isquémicas del corazón, 11.08%; agresiones y homicidios, 9.31%, lesiones por accidentes de tránsito, 6.73%; influenza y neumonía, 6.13%; e insuficiencia cardíaca congestiva 5.61%. Las muertes por causas externas y por agresiones y homicidios representan un porcentaje mayor de la mortalidad masculina que de la femenina; las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias son una causa de muerte más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.²²

El porcentaje de muertes por enfermedades transmisibles es menor que el porcentaje de muertes por causas externas o algunas enfermedades no infecciosas. Sin embargo, el 21.45% de las muertes por influenza y neumonía, el 7.19% de las muertes por septicemias y el 53.10% de la muertes por diarrea y gastroenteritis ocurrió en menores de un año en 1999.²³ De acuerdo con la misma fuente, el porcentaje de mortalidad por estas mismas causas fue de 55.45%, 49.33% y 24.25% respectivamente, entre los mayores de 65 años en 1999.

Entre los tumores malignos contribuyentes a la mortalidad figuran: el del estómago (16.7%), el de útero (13.9%) y el de próstata (5.99%).²⁴

Los cinco diagnósticos de morbilidad más frecuentes en la consulta externa de establecimientos del MSPAS en 1999 fueron: (i) infecciones agudas de vías respiratorias superiores, (ii) parasitismo intestinal, (iii) infección de vías urinarias, (iv) diarreas, y (v) enfermedades infecciosas de la piel.²⁵

En los estudios de situación nutricional se reporta que en los períodos de 1988 a 1993 y de 1993 a 1998, la desnutrición global (peso/edad) varió de 11.2% a 11.8 % y la desnutrición crónica

(talla/edad) de 22,8% a 23%. Sin embargo, la desnutrición severa figura como quinta causa de muerte en los hospitales del MSPAS, tanto para el grupo de 1 a 4 años, como para el grupo de 5 a 14 años, y como séptima causa de muerte en estos hospitales para los menores de un año.²⁶ De acuerdo con la misma fuente, las cinco primeras causas de muerte intrahospitalaria y en hospitales del MSPAS entre menores de un año para 1999 fueron: prematurez, 24.6%; trastornos respiratorios específicos del período perinatal, 20.46%; malformaciones congénitas, 11.64%; sepsis bacteriana del recién nacido, 10.6%; neumonía y bronconeumonía, 10.45% . En estos hospitales, el porcentaje de muertes por neumonía y bronconeumonía fue 14.98% y el de muertes por diarrea, 7.25% entre niños y niñas menores de 5 años.

En 1999, las cinco primeras causas de mortalidad en menores de un año fueron: infecciones originadas en el período perinatal; malformaciones congénitas, neumonías; diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso; y enfermedades endocrinas y nutricionales.²⁷

La mortalidad infantil para el período 1988-1993 fue de 41 por 1000 n.v. y descendió en el período 1993-1998 a 35. Según cifras del Banco Mundial para 1998, la mortalidad infantil era 31 por 1000 nacidos vivos.²⁸

Los casos de malaria en 1996 fueron de 5,884, en 1999 de 1,201 y para el año 2000 se reportaron 753 casos; el índice parasitario ha descendido de 1.0 en 1996 a 0.2 en 1999. La presencia del dengue es endémica con brotes epidémicos: en 1999 se presentaron 558 casos de dengue clásico y 70 casos de dengue hemorrágico y en el 2000 se presentó una epidemia, con 16,697 casos de dengue clásico y 411 de dengue hemorrágico. El número de casos VIH positivos registrados desde 1984 a marzo del 2000 es de 2,990, y de SIDA de 6,016, reflejando una tasa acumulada de casos de cada una de estas entidades de 47.64 y 95.85 x 100,000, respectivamente, para el año 2000. El 67.7% de los casos ocurrió entre 15 y 39 años. Los casos de tuberculosis registrados en 1997 alcanzaron la cifra de 28.0/100,000.²⁹

El consumo de drogas está aumentado. Las drogas de mayor consumo son alcohol, tabaco, marihuana, crack y cocaína. La categoría trastornos mentales y del comportamiento debidos al alcohol son la novena causa de muerte y 43.76% de los casos ocurre en personas entre 15 y 44 años de edad.³⁰ Entre 1993 y 1997 el consumo promedio anual de cigarrillos por adulto fue 484.³¹ Tanto los datos de morbilidad como los de mortalidad señalan que la carga de enfermedad no es la típica de un país subdesarrollado e incluye enfermedades infecciosas y una alta proporción de no infecciosas.

1.4 Contexto Social. La población de El Salvador para el año 2000 fue de 6,276,037 habitantes³², concentrándose en el área urbana (58.41%). La población indígena se estima en un 11%, ubicada principalmente en el área rural. En 1999, el 18.1% de la población mayor de 10 años era analfabeta (20.4% de las mujeres y 15.5% de los hombres); mientras en el área rural era 29.1%, en el área

urbana alcanzaba el 10.7%. En 1999, la pobreza aún afectaba a un 41.3% de los hogares salvadoreños (32.8% de hogares del área urbana y 55.4% del área rural). El 16.7% de hogares salvadoreños vivía en extrema pobreza en 1999 (10.3% de los hogares urbanos y 27.4% de los rurales). El sector que absorbe mayor número de pobres es el agropecuario; la pobreza afecta particularmente a los hogares con jefes de 60 años o mayores. Se acentúa en los hogares más numerosos, donde sólo hay una persona perceptiva de ingresos y en aquellos hogares en los que quien ejerce la jefatura está desempleada o subempleada. Igualmente, el patrón de distribución de ingresos está muy afectado por factores educativos, demográficos, de género y político-económicos.^{33, 34} El 20% de los salvadoreños con menores ingresos recibe 3.4% del ingreso y el 20% con mayores ingresos recibe 56.5%; es decir, 16.6 veces más. El decil de menores ingresos recibe el 1.2% del ingreso y el decil de mayores ingresos el 40.5%; es decir, 33.7 veces más.³⁵ La tasa de desempleo fue de 7% en 1999, ligeramente inferior a la registrada durante la década que osciló entre 7 y 8%. En ese mismo año, la tasa de desempleo urbano era 29.0%.

En 1998, El Salvador se ubicó en la posición 104 (calificación de 0.696) en el Índice de Desarrollo Humano de un total de 174 países, cifras que lo catalogan como país de desarrollo mediano. En relación al índice de Desarrollo relativo al género, se ubicó en el lugar 83 con un valor de 0.693.³⁶

2. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. Organización General. El sector de la salud está constituido por dos subsectores: el *público*, integrado por el MSPAS, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el Bienestar Magisterial, la Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); y el *privado* que incluye entidades lucrativas y no lucrativas. Los últimos dos gobiernos han realizado esfuerzos para transformar la estructura organizativa predominante en el subsector público (modelo centralizado con una organización burocrática/profesional) en una estructura moderna en términos de organización y gestión, desconcentrada y descentralizada en cuanto a la provisión y a la administración de los servicios. Las instituciones del subsector privado lucrativo mantienen el modelo empresarial y predomina la libre práctica profesional. En las privadas no lucrativas la tendencia es a la conformación de organizaciones no gubernamentales que trabajan con financiamiento externo, subsidios públicos o fondos privados en áreas territoriales específicas o en temas circunscritos.

El Gobierno de El Salvador propuso en 1996 que el Plan de Modernización del Sector Salud se realizará en tres fases³⁷; la primera de modernización institucional (1995-1999), la segunda que proyecta la modernización del sector salud y la consolidación de la primera fase (1999-2004); y la tercera dedicada a la consolidación del proceso de modernización del sector, cuyo desarrollo está proyectado entre 2004 y 2009. En una primera etapa, el Ministerio de Salud reorganizó 5 instancias

regionales en 18 direcciones departamentales de salud. El año 2000 inició la segunda etapa estableciendo una nueva estructura orgánica, administrativa y funcional expresada en la conformación de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), considerados como la unidad operativa descentralizada de los servicios de salud³⁸. En esta etapa se espera la reorganización de la red de servicios y la consolidación de 28 SIBASI a nivel nacional³⁹. Con los SIBASI se espera incrementar la conformación de redes de servicios de salud y la participación de todas las instituciones locales que ofertan servicios en el área que cubre el SIBASI.

El MSPAS tiene una red de servicios a nivel nacional, que se ha incrementado de 427 establecimientos en 1996 a 610 en el 2000. El MSPAS cuenta con 30 hospitales, 4,677 camas hospitalarias, 357 Unidades de Salud, 171 Casas de Salud, 52 Centros Rurales de Nutrición, y una clínica para empleados. Esta red tiene tres niveles de atención de complejidad creciente: **el primer nivel** con enfoque preventivo y servicios de baja complejidad: centros rurales de nutrición, casas de salud y unidades de salud; **el segundo nivel** oferta programas preventivos y hospitalización (hospitales nacionales periféricos y hospitales generales centrales); **el tercer nivel** oferta servicios curativos especializados y hospitalización (hospitales de especialidades).

El ISSS atiende a los trabajadores de las empresas e instituciones públicas y privadas. Son derechohabientes los trabajadores cotizantes y los jubilados del ISSS, así como sus cónyuges e hijos menores de 6 años. La red de servicios del ISSS está formada por 10 hospitales, 35 unidades médicas, 31 clínicas comunales y 177 clínicas empresariales, en donde se proporciona hospitalización, atención ambulatoria y servicios preventivos.⁴⁰ Las demás instituciones del sector público ofrecen servicios de atención médica y hospitalización.

El sector privado lucrativo dispone de clínicas, hospitales generales y especializados, concentrados en el área de la capital y las zonas urbanas de las principales ciudades del país. Los principales hospitales son: de Diagnóstico, de la Mujer, Centro Pediátrico y Centro Ginecológico. Las principales aseguradoras en salud son SISA, Pan American Life, ASESUISA y Salud Total. Su naturaleza jurídica es de sociedades anónimas. Los hospitales privados venden servicios al ISSS y a la Asociación Magisterial. Las instituciones privadas no lucrativas ofrecen servicios médicos y preventivos en la zona rural del país y servicios de hospitalización en la capital a través de Organizaciones No Gubernamentales; el principal hospital de este tipo es el Hospital Pro-Familia.

En 1998, el presupuesto del MSPAS alcanzó 1,979,250,000 colones (USD 226.244,161), de los cuales 1,739.5 millones (USD 198.7 m) fueron financiados internamente. El presupuesto se incrementó con 239.8 millones de colones (USD 27.4 m) provenientes del financiamiento externo. En ese año, el financiamiento proveniente de fondos del tesoro fue de 1,587.2 m de colones (USD 181.4 m.). El ISSS tuvo un financiamiento de USD 227,6 millones y según las estimaciones oficiales un gasto de USD 161.3 millones en 1998. El financiamiento del subsector privado y su

gasto (sin incluir el financiamiento y el gasto de ONG) para 1998 fue de USD 566.3 millones (USD 550,5 millones fueron gasto directo los hogares y USD 15.9 millones fueron a seguros privados).⁴¹

2.2 Recursos del Sistema. Recursos Humanos. El Salvador cuenta con 7,298 médicos registrados, con una razón de médicos por habitante que se ha incrementado de 9.1 a 12.11 por 10,000 h entre 1994 y 1999. La razón de enfermeras profesionales por 10,000 h. se incrementó en mayor proporción que en el caso de los médicos; y la razón de enfermeras/médico se ha incrementado a 0.5 entre 1994 y 1999. Se observa una tendencia al crecimiento en el número de los especialistas en salud pública a nivel de maestría; tres diferentes universidades ofrecen programas de maestría y hasta 1999 habían egresado 144 profesionales. Existe un profesional de la salud por cada 321 habitantes y un técnico en salud por cada 865 habitantes.⁴² En el MSPAS (1999) hay una relación de 2.3 médicos generales por cada médico especialista, mientras que en el ISSS (1998) es de 2.2 médicos especialistas por cada médico general. La proporción de profesionales sin relación laboral institucional permanente es de 24.66% en médicos; 85.55% en odontólogos; 37.53% en enfermeras; 69.87% en farmacéuticos; 28.96% en laboratorio clínico; y 54.00% en técnicos radiólogos. La remuneración media mensual para profesionales contratados por el MSPAS en el año 2000 es: médicos, USD 1193.46; odontólogos, USD 972.47; enfermeras USD 613.88; farmacéuticos, USD 434.06; laboratoristas clínicos, USD 571.15; radiólogos, USD 413.42.

Recursos Humanos en el Sector Salud, 1993-1999

Tipo de recurso-año	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10,000 habitantes	ND	9,1	ND	ND	12	11.7	12.11
Razón de enfermeras profesionales por 10,000 habitantes	ND	3,8	ND	ND	3,9	4,4	6,,56
Razón de odontólogos por 10,000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	4,94
Razón de técnicos medios de Laboratorio por 10,000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	1,49
Razón de farmacéuticos por 10,000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2,71
Razón de radiólogos por 10,000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0,2
No. de egresados de postgrado en Salud Pública	0	0	0	0	0	44	100

Fuentes: GIDRHUS, Observatorio de los Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud⁴³

Recursos Humanos en Instituciones Públicas, 1999- 2000

Institución	Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Otros trabajadores	Personal Administrativo	Servicios generales
MSPAS	2,759	1,831	3,186	4,403	4,897	ND
*ISRI	52	16	5	ND	ND	ND
*Medicina Legal	123	7	--	ND	ND	ND
ISSS	1,675	549	1,306	922	ND	ND
Sanidad Militar	71	21	202	ND	ND	ND

Fuentes: MSPAS⁴⁴; ISSS⁴⁵

Medicamentos y otros Productos Sanitarios.

El gasto público en salud y el gasto del MSPAS destinado a medicamentos mostraron una moderada tendencia al descenso. Actualmente no se cuenta con una política nacional de medicamentos, aunque se ha avanzado en su formulación. Existe un cuadro básico de medicamentos con unos 550, su uso es obligatorio en los establecimientos del MSPAS y se revisa cada dos años. La población con acceso permanente a los medicamentos incluidos en la lista es del 80% aproximadamente. La distribución de medicamentos en el MSPAS se realiza por grupos poblacionales según el área geográfica de cada establecimiento. Existen normas de tratamiento para patologías prevalentes de origen infecto-contagioso, principalmente en los hospitales del tercer nivel de atención. De acuerdo al *Manual Descriptivo de Clases*, entre los requisitos para la jefatura de farmacia hospitalaria se exige el perfil de profesional universitario en Química y Farmacia legalmente inscrito en la Junta de Vigilancia respectiva.

Medicamentos y otros Productos Sanitarios, 1993-1999

Indicador	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No. total de nuevos productos farmacéuticos regis trados en el año*	949	822	790	813	1,111	1,104	936
Porcentaje de medicamentos de marca	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de medicamentos genéricos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto total en medicamentos del sector publico (en USD)**	ND	ND	ND	48,996,824	44,938,726	46,802,020	ND
Gasto per capita en medicamentos del sector publico (en USD)**	ND	ND	ND	8.47	7.60	7.74	ND
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos	4%	ND	ND	15.23%	12.85%	11.13%	12.00%
Porcentaje del gasto ejecutado por el MSPAS destinado a medicamentos	ND	ND	ND	17.04%	16.28%	11.39%	10.80%

Fuente: CSSP⁴⁶, MSPAS⁴⁷. Informe ANSAL⁴⁸ * Hasta el año 2000 el CSSP ha registrado 10,909 productos; ** Solamente incluye el gasto del MSPAS e ISSS.

La red nacional de Bancos de Sangre de El Salvador registró 76,096 donaciones durante el año 2000. No se registraron en este período donaciones remuneradas; los donantes voluntarios fueron el 12.2%, los donantes familiares y de reposición, el 87.6%; y el 0.2% restante lo constituyeron donantes autólogos y de aféresis. Existen protocolos estandarizados para el control y tamizaje de la sangre, el 100% de las unidades de sangre fueron tamizadas para HIV, HbsAg, HCV, Sífilis, Chagas y otros, durante el año 2000.

Equipamiento y Tecnologías. El 63% de los hospitales públicos de El Salvador tienen más de 30 años de funcionamiento, con limitaciones en la reposición de equipos e infraestructura y en la transferencia tecnológica.⁴⁹ Constantes daños a la infraestructura y el equipamiento debido a desastres naturales como terremotos e inundaciones han afectado a los establecimientos de salud. Cerca de la mitad de las camas hospitalarias y un 25% de la red ambulatoria fueron afectados por los terremotos de enero y febrero del 2001. Ocho de los treinta hospitales de la red nacional del MSPAS presentan obsolescencia física y/o funcional y alto grado de vulnerabilidad⁵⁰ y otros siete

hospitales presentan daños a sus componentes funcionales o estructurales que ameritan reparaciones, reforzamiento y reconstrucción, reposición de equipos y otras reparaciones⁵¹. Los daños estimados para reconstrucción y rehabilitación de la red nacional de salud a consecuencia de los terremotos del enero y febrero de 2001 se calcularon en 250 millones de USD^{52, 53}. El 80% de los equipos de alta tecnología están concentrados en los establecimientos del segundo y tercer nivel; el 70% de estos equipos se encuentran en la capital. Los equipos de diálisis renal se concentran en el Hospital de Referencia Nacional, la cirugía oftalmológica se realiza en 3 de los 30 hospitales, mientras 25 de los 30 hospitales del MSPAS reportan equipos de endoscopia y 29 de los 30 tienen instalados equipos de Rayos X.. El presupuesto de mantenimiento es de 3 a 5% del presupuesto total de los hospitales. Entre 75 y 85% se destina al pago de salarios. Un 30% del personal de mantenimiento tiene formación técnica o profesional y el 70% carece de entrenamiento formal.⁵⁴ El Ministerio de Salud se encuentra implementando un Sistema Integrado de Mantenimiento para los SIBASÍ⁵⁵, como parte del proceso de modernización institucional, habiendo además diseñado guías metodológicas para el diagnóstico de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud⁵⁶, la operación de equipos médicos y la capacitación de agentes polivalentes de mantenimiento para el nivel local⁵⁷. En el ISSS la distribución de equipos de alta tecnología está desconcentrada para los servicios de diálisis, tratamiento intensivo, neonatología, transplantes y tomografía axial. El presupuesto de operación destinado a conservación y mantenimiento en el ISSS fue de USD12.3 millones en el año 2000.

Disponibilidad y Equipamiento en el Sector Salud, Año 2000

SUBSECTOR	Camas censables x 1000 habs.	Equipos de radiodiagnóstico básico x 1000 habs.	Laboratorios clínicos x 100,000 habs.	Bancos de sangre x 100,000 habs.
Público				
MSPAS	0.97	0.01	2.44	0.59
ISSS	1.51*	0.03*	1.52*	0.012*
Sanidad Militar	(259)**	ND	ND	ND
Subtotal				
Privado	ND	ND	ND	ND
Subtotal				
TOTAL				

Fuentes: MSPAS⁸, ISSS⁵⁹. * En relación a la población derechohabiente ** Número de camas en hospitales militares, no se conoce la población de cobertura.

Disponibilidad y Equipamiento en el Sector Salud, Año 2000

Subsector	Tipo de recurso							
	Salas de parto		Laboratorio clínico			Equipos de radiodiagnóstico		
Público	1er. Nivel	2do. Nivel	1er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel	1er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel
MSPAS	9	52	93	26	5*	4	135	60
ISSS		18		13	2		25	5
Subtotal	9	70	93	39	7	4	160	65
Privado (con o sin fines de lucro)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Subtotal								
TOTAL								

Fuentes: MSPAS⁶⁰, ISSS⁶¹. MSPAS/OPS⁶² * Incluye laboratorio de referencia en Laboratorio Central.

2.3 Funciones del Sistema de Salud.

Rectoría. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es la entidad rectora del sector de la salud y la autoridad sanitaria nacional. El Consejo Superior de Salud Pública es responsable de la regulación de salud, la cual se expresa en el Código de Salud.⁶³ El MSPAS controla y aplica sanciones. Las principales funciones del MSPAS son normativas, de gestión de los recursos públicos de salud y de prestación de servicios. Las funciones de la Salud Pública, definidas en el Código de Salud son: formular y orientar la política estatal en materia de salud, en el marco de las políticas nacionales y de los planes de desarrollo económico y social; intervenir en el estudio y aprobación de tratados, convenios y cualquier acuerdo internacional relacionado a la salud; proveer y/o financiar los servicios de salud para la población sin recursos; fomentar y normar actividades de investigación científica y tecnológica; coordinar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de la salud entre otras. Las funciones de la salud pública, definidas en el Código de Salud no se corresponden con las definidas como tales por los organismos internacionales de salud.⁶⁴ El Código se encuentra en revisión para adecuarlo a los procesos de reforma sectorial y ha sido sometido a amplias consultas en el sector salud⁶⁵. En el año 2001 la autoridad de El Salvador ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

El financiamiento público del sector lo asigna el Ministerio de Hacienda, y lo transfiere al nivel central del MSPAS y a los hospitales, quienes cuentan con autonomía presupuestaria; los controles y auditorías los efectúa la Corte de Cuentas de la República.⁶⁶

La provisión de servicios de salud por proveedores privados, el licenciamiento profesional, la instalación de farmacias y otros servicios regulados, son autorizados por el Consejo Superior de Salud Pública a través de sus Juntas de Vigilancia. Las funciones de financiamiento, aseguramiento

y provisión no están concentradas en una sola institución gubernamental; los empleados públicos son atendidos por el ISSS, el cual cubre los riesgos a los que están expuestos los trabajadores: enfermedad o accidente común, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, maternidad, invalidez, vejez y muerte. El ISSS funciona como una entidad autónoma y se relaciona con los poderes públicos a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

En los últimos tres años se han desarrollado esfuerzos intersectoriales importantes, como los programas de “Escuela Saludable” (MSPAS y Ministerio de Educación MINED) y de “Municipios Saludables” (MSPAS y Alcaldías Municipales) y la puesta en marcha de los SIBASI. El Plan de Gobierno 1999-2004 establece entre sus principales estrategias el fomento de la participación social y la descentralización de la gestión gubernamental, promueve la transferencia de competencias y recursos financieros a los gobiernos locales (municipios) y promueve la participación de las comunidades, empresas, entidades religiosas y ONGs en la prestación de servicios básicos.⁶⁷

Las autoridades sanitarias disponen de sistemas de información parciales para la vigilancia de enfermedades, producción de servicios y seguimiento de la situación de salud. A partir de 1996 se implementó el registro de Cuentas Nacionales de Salud, mejorando la información sobre financiamiento y el gasto en salud de los subsectores público y privado.

El MSPAS cuenta con una Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, encargada de la formulación de la política nacional de Recursos Humanos. Está en formulación una política nacional en el sector. La acreditación de las instituciones formadoras de profesionales en salud es responsabilidad del Ministerio de Educación (MINED), quien evalúa la capacidad resolutive para desarrollar las mismas. Actualmente la Universidad de El Salvador, a través de la Facultad de Medicina, desarrolla un proyecto para la acreditación de las especialidades médicas de postgrado que se desarrollan en los Hospitales de tercer nivel del MSPAS. El proceso de acreditación de las instituciones de salud es efectuado por el MSPAS y el Consejo Superior de Salud Pública produce el dictamen final. No existen organismos públicos y/o privados cuya función exclusiva sea la evaluación de tecnologías en salud o la acreditación de servicios de salud.

Financiamiento y Gasto. En 1998, la población salvadoreña gastó un 8.3% del PIB en salud; ello corresponde a USD 165 anuales por persona. En este mismo año, como se puede constatar en la tabla siguiente, el financiamiento privado fue 54.4% del financiamiento total y 57% de gasto total del sector (el financiamiento privado es igual al gasto privado).

Los gastos en salud del MSPAS por niveles de atención estimados oficialmente para 1998 fueron USD 58.5 para el primer nivel, USD 69.6 m. para el segundo nivel de atención y USD 49.5 millones para el tercer nivel.⁶⁸ En 1998, el ISSS gastó USD 14.8 millones en el primer nivel de atención, USD 52.7 millones en el segundo nivel y USD 60.9 millones en el tercer nivel.

La Dirección General de Estadística y Censo reporta que el gasto privado en salud se distribuye de la siguiente manera: honorarios médicos, 26%; hospitalización, 17%; medicamentos, 42%; y otros servicios médicos, 15%.

Aseguramiento. La Constitución de la República vigente establece que “El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento”. De acuerdo con la Constitución, la obligación de velar por la conservación y el restablecimiento de la salud recae sobre las personas y el Estado.⁶⁹ Sin embargo, en la práctica toda la población salvadoreña está cubierta de determinados riesgos y/o daños para su salud a cambio de una determinada contraprestación económica, ya sea por instituciones del subsector público o del privado. Igualmente, el MSPAS cubre a todos los ciudadanos sin excepción en sus servicios médico/hospitalarios, financiados, entre otras fuentes, por fondos del tesoro público y por los aportes voluntarios de los usuarios.

Financiamiento del Sector Salud, 1993 - 1997 en USD

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PUBLICO				386,093,852	413,824,988	475,118,234	
MINSA y otras Inst. Públicas de los niveles centrales, regionales y local				194,532,809	200,030,606	226,244,161	
1.1.1. Financiamiento interno:				156,401,481	162,487,418	198,768,186	
Fondos del Tesoro	N.D.	N.D.	N.D.	149,665,711	145,774,829	181,447,070	N.D.
Fondos Propios	N.D.	N.D.	N.D.	6,735,769	16,712,589	17,321,116	N.D.
1.1.2. Financiamiento externo	N.D.	N.D.	N.D.	38,131,328	37,543,188	27,475,975	N.D.
1.2. Seguro Social				173,943,588	193,528,100	227,619,623	
Aportes de los afiliados *	N.D.	N.D.	N.D.	161,659,488	180,363,396	207,627,246	N.D.
Venta de Bienes y Servicios	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Ingresos de Capital **	N.D.	N.D.	N.D.	10,158,010	10,178,872	12,413,314	N.D.
Otros ingresos				2,126,090	2,985,832	7,579,063	
1.3. Tras instituciones Públicas				17,617,455	20,266,283	21,254,450	
Bienestar Magisterial				6,026,396	7,196,785	8,281,234	
Sanidad Militar				6,522,487	7,199,293	12,973,216	
Hospital de ANTEL				5,068,571	5,870,206		
2. SUBSECTOR PRIVADO				461,645,764	553,111,846	566,349,335	
2.1. Seguros Privados ****	N.D.	N.D.	N.D.	10,680,571	14,865,371	15,871,771	25,736,571
2.2. ONG's (sin fines de lucro)	N.D.	N.D.	N.D.	1,369,313	1,103,617	n.d.	n.d.

2.3. Financiamiento de los hogares/servicios privados	N.D.	N.D.	N.D.	449,595,880	537,142,857	550,477,563	532,054,957
TOTAL				847,739,616	966,936,834	1,041,467,569	
% del PIB				8.22	8.68	8.70	

Fuente: MSPAS⁰. Los números cursivos son estimados. * Incluye los aportes patronales y de asegurados. ** Constituye los productos de inversiones. *** Para 1998 y 1999, cifras corregidas. **** Información del proyecto PROSAMI.

Gasto en Salud, 1993-1999

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto Público en salud per Capita en USD	ND	ND	ND	55.4	59.2	69.1	ND
Gasto Público en Salud/Total Gasto Público	ND	ND	ND	20.3	21.1	21.8	ND
Gasto Total en salud per Cápita en USD	ND	ND	ND	134.9	152.7	165.4	ND
Gasto Total en salud como % del PIB	ND	ND	ND	7.6	8.1	8.3	ND
Deuda ext. En salud/Deuda ext. Total	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente : MSPAS,⁷¹

Ha sido estimado que en el año 2000, el 15% de la población estaba cubierta por el ISSS y 5%, por el sector privado.⁷² El ISSS es financiado parcialmente por fondos del Estado y por cotizaciones de los derechohabientes titulares; el sector privado está financiado por el usuario, por seguros privados o por fondos de ONGs.

Gasto en Salud del ISSS y MSPAS por Tipo de Gasto. 1996 - 1998*

TIPO DE GASTO	1996	1997	1998
Remuneraciones	1,368,226,350	1,519,299,990	1,880,582,920
Formación de recurso humano	126,489,298	127,060,650	109,793,629
Gastos de operación	217,350,968	177,704,170	167,599,824
Alimentos para humanos	205,234,079	168,736,969	192,263,691
Medicamentos	322,586,982	329,446,367	235,107,260
Utiles menores medico-quirur. y de lab.	68,715,830	74,675,384	56,485,808
Insecticidas y fumigantes	61,982,469	29,063,838	74,032,516
Inversión	76,548,740	133,750,253	158,832,767
Transferencias corrientes y de ctal.	10,092,403	19,992,283	79,558,763
Otros gastos	13,593,690	49,108,479	121,228,787
Total	2,470,820,809	2,628,838,383	3,075,485,965

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección de Planificación/Economía de la Salud. * Cifras para 1998 son preliminares.⁷³

El MSPAS está haciendo esfuerzos para ofrecer a toda la población un paquete básico de servicios de salud enfocado a prevenir riesgos en las personas y los daños en el medio ambiente, y ha oficializado la oferta de servicios preventivos para la mujer y el niño.

Las principales diferencias entre las prestaciones ofrecidas por el MSPAS y el ISSS son que mientras el MSPAS ofrece atención a prácticamente todos los ciudadanos y ofrece servicios extramuros más amplios, el ISSS sólo la ofrece a sus afiliados (titular, compañera(o) niños hasta 6 años) exceptuando la hospitalización para los niños. El ISSS tiene mayor oferta de especializaciones y más servicios de apoyo.

2.4 Provisión de servicios. Servicios de salud poblacional. El MSPAS ha definido una integración matricial, que incluye programas por grupos de población (atención al niño, adolescente, adulto, salud de la mujer y adulto mayor); por problema o daño a la salud (salud oral, tuberculosis, control de vectores, SIDA/VIH, inmunizaciones, saneamiento ambiental) y por entornos de acción (individuo, familia, comunidad y ambiente), con el objetivo de desarrollar acciones programáticas

integradas.⁷⁴ Se ha priorizado el programa ampliado de inmunizaciones y se mantienen coberturas alrededor o sobre el 95% en DPT, Antipolio, BCG y MMR, desde 1995. Durante 1999 las coberturas reportadas fueron: DPT 3ra dosis, 98%; Antipolio 3ra dosis, 99%; MMR, 93%. También se han priorizado el programa de detección y tratamiento de la tuberculosis, la prevención de VIH-SIDA y los programas de la estrategia de Escuelas Saludables, que ofrece control del crecimiento y desarrollo, atención en nutrición, salud oral y medicina curativa con cobertura nacional al 100% de las escuelas públicas. Alrededor del 55% de las mujeres embarazadas son cubiertas con atención materna por el MSPAS. El 74% de los partos del año 2000 fueron atendidos institucionalmente, mientras que el 26% restante fueron cubiertos por parteras tradicionales, muchas de ellas capacitadas. Se observa una tendencia a la disminución en la proporción de partos atendidos por parteras (35% en 1996 y 26% en el 2000), en relación inversa al incremento de partos institucionales.⁷⁵ Durante el año 2000 se ha dado énfasis a la atención de la salud mental, con la constitución del Consejo Nacional de Salud Mental, de carácter intersectorial y el desarrollo de un modelo de atención basado en: el hospital general, los servicios ambulatorios del primer nivel y las instituciones bienestar infantil, de educación, policía nacional y ONGs, especialmente en atención a la violencia doméstica y general.⁷⁶ A finales del 2000 se inició un programa de reducción del cáncer cérvico uterino. El ISSS ha fortalecido la atención preventiva y ambulatoria en centros de salud.

Servicios de atención individual. Los sistemas de información y los procesos de registro de datos han mejorado. Se ha implantado el Sistema de Información Gerencial WINSIG en todos los hospitales públicos del MSPAS y se ha iniciado su instalación en el ISSS. El uso de la información para la toma de decisiones se ha incentivado con la descentralización, pero aún es incipiente en los niveles locales.⁷⁷ Actualmente el margen de subregistro se estima en un 20%. Factores socioeconómicos, especialmente la pobreza, así como la existencia de instituciones públicas con poblaciones cautivas, dificultan el acceso a los servicios. De acuerdo con el MSPAS, éste cubre al 80% de la población, mientras que el ISSS tiene responsabilidad sobre un 15% y los otros proveedores privados sobre el 5%. El MSPAS provee el 95% de cobertura en vacunación y el 70% de las consultas médicas, de urgencia, odontológicas y de enfermería; el ISSS un 15%, y el sector privado (incluyendo ONGs, y servicios lucrativos) el otro 15%. En relación a los egresos hospitalarios, el MSPAS provee el 69%, el ISSS 21%, y el sector privado un 10%. La mayoría de establecimientos de salud disponen de sistemas computarizados de información y cuentan con personal calificado para operar los equipos. Actualmente se está implementando el Sistema de Información Gerencial (WINSIG) en los SIBASI.

En 1999 las primeras causas de consulta reportadas por el MSPAS fueron, en orden descendente: control del niño sano; infecciones respiratorias agudas; control del embarazo normal; detección precoz del cáncer cérvico-uterino y parasitismo intestinal.

Producción de Servicios, 2000

	Número	Tasa por 1,000 habitantes
Consultas y controles por profesional médico	12,624,535	2,112
Consultas y controles por profesional no médico	746,182	119
Consultas y controles por odontólogo	1,879,026	299
Consultas de urgencia	1,543,120	246
Exámenes de laboratorio	12,420,286	1,979
Placas radiográficas	1,520,331	242

Fuente: MSPAS, ISSS. Incluye producción del MSPAS e ISSS, no incluye a proveedores privados, ONGs y otros.

Las visitas domiciliarias por parte del personal del MSPAS son de carácter preventivo. El 80% de hospitales con más de 50 camas poseen equipos computarizados, utilizados para el Sistema de Información Gerencial, vigilancia epidemiológica e información técnica-administrativa. El 90% de los hospitales de menos de 50 camas tienen equipos de cómputo.

Se observa un importante incremento en la producción de los servicios públicos de salud. Las consultas médicas del MSPAS se incrementaron en un 32% entre 1998 y 1999 (5,603,888 en 1998 y 7,391,523 en 1999) alcanzando un índice de 1,2 consultas por habitante al año, mientras que las consultas odontológicas fueron de 0,2 por habitante/año, para 1999. Las atenciones en salud para los derechohabientes en el ISSS en el 2000 fueron de 4,365,813 consultas médicas y 333,558 consultas odontológicas.

Producción de Servicios, 2000

Indicador	MSPAS	ISSS
No. total de egresos	321,986	82,703
Índice ocupacional	89.9%	75.5%
Promedio días de estadía	5	5.2

Fuente: MSPAS, ISSS .

Las primeras causas de egresos hospitalarios para el MSPAS en 1999 fueron: (i) atención del parto; (ii) complicaciones en el embarazo, parto y puerperio; (iii) neumonía y bronconeumonía; (iv) diarrea y (v) trastornos respiratorios del período perinatal; En el ISSS (2000) las cinco primeras causas de egreso hospitalario fueron: (i) parto único espontáneo sin otra especificación; (ii) atención materna por cicatriz uterina; (iii) insuficiencia renal crónica no especificada; (iv) cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis y (v) aborto no especificado incompleto sin complicación .

Calidad Técnica. En 1999 el MSPAS formuló el proyecto de garantía de calidad de los servicios de salud y conformó el Grupo Gestor de la Calidad. En el año 2000, como parte de la modernización institucional se creó la Dirección General de Aseguramiento de la Calidad. Los objetivos del proyecto son: (i) Fortalecer la capacidad normativa y Reguladora del MSPAS en materia de calidad de atención de los servicios de salud e (ii) Implementar un proceso a nivel nacional, que contenga todos los elementos estratégicos para el desarrollo de la Garantía de la Calidad de la atención en

salud, en la red de servicios del MSPAS, y que sea aplicable por todas las instituciones del sector en el marco de la Reforma Sanitaria en El Salvador.⁷⁸

Calidad Percibida. Se realizan esfuerzos para mejorar el trato al usuario, particularmente en las áreas de calidad de atención y género, en enfermedades crónicas y en la atención obstétrica⁷⁹, programas de orientación e información al usuario, etc. El actual modelo de atención no incorpora los aspectos étnicos y culturales de los usuarios. Actualmente se trabaja en una propuesta de atención integrada de medicina occidental y tradicional con las poblaciones indígenas.⁸⁰ No existen comités de arbitraje y conciliación específicos para salud, aunque existe una entidad nacional de defensa de los consumidores.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica.

Como respuesta a iniciativas regionales de OPS/OMS,⁸¹ del Banco Mundial⁸² (BM), de la USAID y del BID, el gobierno decidió impulsar una profunda reforma del sistema de salud y tal decisión es consignada en el documento Plan de Gobierno de la República de El Salvador 1994-1999.⁸³ El proceso se planificó en tres fases: i) de modernización institucional, ii) de modernización del sector salud y de consolidación de la modernización institucional y iii) fase de consolidación de la modernización sectorial.

La estrategia de reforma ha sido objeto de presiones de gremios, sindicatos y diversas agrupaciones de la sociedad civil y como producto de la negociación de los conflictos, en marzo de 1998 se conformó, por mandato presidencial, la Comisión Nacional de Salud (CONASA), la cual aproximadamente un año después presentó una propuesta de lineamientos para la reforma del sistema de salud en El Salvador⁸⁴. Además de esta propuesta, otros sectores presentaron las suyas: el Colegio Médico y la Iniciativa Ciudadana⁸⁵; la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES)⁸⁶; los sindicatos de trabajadores⁸⁷ y de médicos trabajadores del Instituto salvadoreño de Seguridad Social (ISSS)⁸⁸, y la Comisión Nacional para el Desarrollo⁸⁹.

El cambio de gobierno de junio de 1999 mantuvo el desarrollo del plan de modernización y de reforma del sector salud. Su Plan de Gobierno (1999-2004) establece “Iniciar la reforma del sector salud orientada a la construcción de un sistema nacional ejecutivo, eficiente, eficaz y participativo⁹⁰”. En 1999 se conformó el Consejo Nacional de Reforma en Salud (CNRS), presidido por el Ministro de Salud e integrado por representantes del ISSS, ONGs, proveedores privados de servicios de salud, gremios profesionales y empresariales, y usuarios e instituciones formadoras de recursos humanos en salud⁹¹. El propósito del CNRS era formular un documento de consenso sobre la reforma del sector salud, que integrara las propuestas de diversos sectores sociales del país. A

finales del año 2000 fue entregada al Presidente de la República la “Propuesta de Reforma Integral de Salud”⁹² surgida de dicho Consejo. Este documento de consenso integra nueve lineamientos generales, principios, valores y estrategias para su aplicación en el corto, mediano y largo plazo.

Los lineamientos de la Reforma del Sector de la Salud en El Salvador incluyen: (i) Consolidar un sistema nacional de salud; (ii) Consolidar un modelo de atención integral; (iii) Consolidar un modelo de provisión mixta; (iv) Consolidar un modelo de gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud; (v) Institucionalizar la participación social como un eje transversal del sistema de salud; (vi) Promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud; (vii) Invertir en los recursos humanos para la salud como elemento central del cambio y la gestión del sistema de salud; (viii) Fortalecer de la intersectorialidad en la respuesta organizada a los retos de salud; y (ix) Garantizar los servicios esenciales de salud a toda la población. Al mismo tiempo se reconoce la necesidad de profundizar el debate público sobre financiamiento y marco legal del sector para construir su consenso.

Seguimiento de los contenidos. La propuesta de reforma integral de salud del CRSS contiene los lineamientos antes señalados que, junto con los principios con los que se corresponden, representan los aspectos desarrollados en la propuesta de consenso con algunas limitaciones y contradicciones menores⁹³. Sin embargo, entre los aspectos no desarrollados suficientemente por la propuesta destacan: el marco legal de la reforma, la forma de financiamiento, el modelo de provisión mixta, el sistema de pago a proveedores, el sistema de rendición de cuentas y el sistema de priorización de atenciones que pasa por una conceptualización acertada de la carga de enfermedad por atender y de lo que se debe prevenir.

En relación con el marco legal, tanto los documentos del CRSS como los del MSPAS reconocen el vacío que representa no contar con un marco legal coherente, tanto para concretar estrategias como los SIBASI, como para el desarrollo de la reforma. Tanto el CRSS, como el MSPAS prevén que el marco legal deberá regular nuevos roles y respetar acuerdos y convenios nacionales e internacionales y han señalado recomendaciones pertinentes. El marco legal deberá regular la relación pública/privada, el financiamiento, el sistema de pago, de rendición de cuentas y el de priorización de atenciones individuales, poblacionales y ambientales.

El CRSS espera que el marco legal consolide la estructura operativa legal de la reforma y que se armonice con las leyes y reglamentos existentes. Actualmente se ha realizado la compilación de las leyes relativas al sistema de salud de El Salvador⁹⁴ y se ha formulado el anteproyecto de Código de Salud para su revisión y consulta por parte de las entidades del sector y otros actores involucrados⁹⁵. Se han aprobado la Ley, el reglamento y las políticas de Equiparación de Oportunidades para personas con Discapacidad⁹⁶ y el programa de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC Salud), y se ha aprobado la Ley que regula el transplante de órganos.

Derecho a los cuidados de salud y al aseguramiento en salud. El MSPAS ha desarrollado una campaña para difundir el decálogo de derechos y deberes de la población relacionados a la salud por diversos medios de comunicación. Se promueve y acompaña el derecho a la atención en salud a poblaciones indígenas. El documento de “Propuesta de Reforma Integral en Salud”, propone en su primera etapa garantizar Servicios Esenciales de Salud para la población rural y urbano marginal.

Tanto el Plan de Gobierno 1994-1999 como la propuesta de reforma integral presentada en diciembre del 2000 por el CRSS, así como otros documentos contienen propuestas de paquetes básicos de prestaciones o de servicios esenciales de salud. La Propuesta de Reforma del CRSS, utiliza el enfoque de *Servicios esenciales* como estrategia de ampliación de cobertura y como compromiso del estado para contribuir a la equidad. Y establece el aseguramiento de un grupo de intervenciones mínimas de inicio que se otorgaran a la población que hasta al momento no tiene acceso regular a los servicios de salud.

El personal del MSPAS ejecuta un paquete básico fundamentado en la propuesta de atención preventiva de la institución presentada en 1998, dirigida a niños hasta los 11 años, al adolescente, la mujer en edad fértil, adulto y tercera edad, la cual incluye prestaciones de tipo preventivo y curativo.

Rectoría y separación de funciones. El MSPAS ha adquirido el compromiso de fortalecer su rol de rectoría, el cual es reconocido por todas las instancias del sector públicas y privadas. Actualmente está readecuando la organización y gestión de sus estructuras en todos sus niveles y promoviendo un plan de reestructuración para la separación de funciones de rectoría, regulación y provisión de servicios. El modelo de gestión establecido por el MSPAS se caracteriza por ser: a) Regulador y conductor y, b) Proveedor/operativo.

Sin embargo, la propuesta de reforma de salud del CRSS establece que como rector del proceso, el MSPAS deberá conducir el nuevo sistema que deberá ser complementario con el sector privado lucrativo y no lucrativo. Las instituciones públicas deberán establecer las condiciones de cooperación con los proveedores privados, lo cual presenta retos en términos de coordinación, de integración y de rendición de cuentas, entre otros.

La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en El Salvador efectuada siguiendo el instrumento de evaluación impulsado por OPS/OMS en 2001 reveló que las funciones de *Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*, y *Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud* obtuvieron los resultados más altos. Presentaron resultados mínimos de desempeño las funciones relativas a *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*, y *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*.⁹⁷

La propuesta de reforma ha tomado en cuenta la necesidad de contar con un sistema de información funcional para asignar recursos. No sólo propone el desarrollo de un sistema que elabore cifras veraces, difundidas transparentemente a toda la población, sino que se impulsarán programas y estrategias de difusión de derechos y de promoción de la participación social, sobre todo con fines de evaluación del desempeño del sistema y de facilitar al cumplimiento de los objetivos de la reforma.

Modalidades de descentralización. Aunque tanto los documentos relacionados con la reforma de salud del MSPAS y algunas de sus acciones muestran la existencia de un proyecto descentralizador, los esfuerzos realizados hasta ahora han sido de desconcentración, puesto que la transferencia de recursos y responsabilidades ocurre dentro de la misma entidad y es tutelada por el nivel rector o central. Es el caso de los SIBASI y de las clínicas comunales y clínicas empresariales del ISSS. Sin embargo, los SIBASI contemplan la gestión descentralizada, y la propuesta de reforma del CRSS considera que la descentralización debe ser un eje transversal en el nuevo sistema. Incluso contempla la perspectiva de transferir competencias, responsabilidades y recursos a las municipalidades.

Participación y control social. La participación social es considerada un elemento fundamental o eje transversal del proceso de reforma, así como un lineamiento que responde al principio de democracia. La participación social deberá concretar una auditoría y una contraloría social que faciliten el cumplimiento de los objetivos de la reforma y consecuentemente es un espacio de derechos reconocidos⁹⁸. La participación social en salud se ha definido en la planificación, en la provisión de servicios y como contraloría social.⁹⁹ Por otra parte, concretamente existen experiencias en la conformación de los Comités de Consulta Social de los SIBASI. Los SIBASI están concebidos como la capacidad de movilizar recursos comunitarios, municipales y departamentales y con la capacidad de proveer servicios de atención primaria y hospitalaria de segundo nivel directamente. Prevé la cobertura preferencial y hasta exclusiva de la población rural y urbana marginal, sin referencia específica a grupos étnicos particulares.¹⁰⁰

Financiamiento y gasto Los sistemas de información sobre financiamiento y gasto han sido fortalecidos. En el año 2000 ya se contaba con estimaciones confiables del gasto y del financiamiento hasta 1997-1998. Tales cuentas y estimaciones son confiables y homologables por unidad territorial e incluso por establecimiento. Esto ha sido producto del fortalecimiento de la Dirección de Planificación e Investigación, Unidad de Economía de la Salud, como parte de la continuidad de esfuerzos de la iniciativa de Cuentas Nacionales en Salud impulsada por OPS/OMS y del Proyecto para la Reforma del Sector Salud/USAID.

La RS contempla aumentar la participación del sector privado en el financiamiento y en la prestación de los servicios de salud. Es posible hablar de cuatro tendencias en cuanto al financiamiento y gasto: (1) aumento del presupuesto público, medida que tiene baja probabilidad de concreción; (2) aumento del endeudamiento internacional; (3) aumento de impuestos indirectos y a sustancias nocivas y (4) la desviación del gasto público para pagar servicios ofrecidos por el sector privado.

Oferta de servicios y modelo de atención. La oferta de servicios de salud presenta cambios, especialmente en el primer nivel de atención del MSPAS y el ISSS, para el cual se ha analizado la demanda de atención en los establecimientos y los problemas de salud en el entorno comunitario. Como consecuencia, se han definido grupos de riesgo y poblaciones vulnerables, a quienes habrá de brindárseles servicios a partir de las propuestas de atención definidas en programas de: atención al adolescente; al adulto mayor; a la violencia intrafamiliar; y a la salud mental. La mayoría de establecimientos del MSPAS han organizado la consulta escalonada y por citas; las unidades de salud han ampliado los horarios de atención hasta las 7 p.m. Existen planes de atención en fines de semanas y períodos vacacionales. En algunos establecimientos del MSPAS, se realizan jornadas de cirugía ambulatoria. Existe referencia y contrarreferencia de pacientes por niveles de atención principalmente donde han iniciado los SIBASI. La propuesta de Reforma del CRSS establece que el eje del modelo es el primer nivel de atención, y que luego se avanzará en ampliar los servicios. El modelo debe responder a la atención integral de la familia y al medio ambiente.

Modelo de gestión. El nivel central del MSPAS ha definido el modelo de gestión descentralizada de los SIBASI. Existen experiencias con respecto a la provisión de servicios públicos con gestión privada en áreas específicas de los SIBASI. Estas experiencias han establecido nuevas modalidades en la delegación de responsabilidades para la provisión de servicios de salud por parte de terceros a través de contratos de gestión. Por su parte, el ISSS está desarrollando un modelo de compra de servicios a la gestión privada.

Recursos humanos. Se creó el *Observatorio de Recursos Humanos* en el cual se han integrado las instituciones formadoras de recursos humanos, facultades y escuelas de medicina, enfermería, odontología, química y farmacia, técnicos en salud, conjuntamente con los principales empleadores, como el MSPAS, ISSS, ONG, y el Colegio Médico de El Salvador y otros organismos gremiales. Se ha publicado el documento “Conjunto de Datos Básicos del Observatorio de los Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud, El Salvador 2000”, en el que recoge la información sobre: (i) disponibilidad de recursos humanos; (ii) flujos de formación y capacitación de los RRHH; (iii) vínculos de trabajo; (iv) desempeño y productividad; (v) remuneraciones, salarios, ingresos y sistemas de beneficios; (vi) regulación laboral y profesional; y (viii) organización, conflictos y negociación colectiva. La Universidad de El Salvador (UES) está revisando su diseño curricular

para establecer cambios de acuerdo a las nuevas necesidades de la formación profesional. El MSPAS y la UES han iniciado la especialidad de Medicina Familiar en el Hospital Saldaña. El Colegio Médico, y dos organismos sindicales del sector han participado en la propuesta de la política de RRHH en salud. Actualmente, se trabaja en el manual de definición de puestos y perfiles ocupacionales; en la definición de modelos de remuneraciones y de relación y contratación laboral. El CRSS recomendó establecer una política de recursos humanos de carácter sectorial que promueva y regule su formación y actividad profesional; enmarque las relaciones laborales; y administre y asigne el recurso con equidad.

Calidad y evaluación de tecnologías en salud. No existen políticas o instancias de evaluación de tecnologías en salud. El país participa en la evaluación postal de aparatos de radioterapia, con apoyo de la Organización Mundial de Energía Atómica y OPS.

3.2 Evaluación de resultados. Equidad y Cobertura. Los esquemas completos de vacunación se han incrementado en los últimos 4 años para las vacunas básicas del PAI (BCG, Antipolio, DPT y MMR). Sin embargo, dichos incrementos han sido mayores en el área rural que en la urbana. Según datos de FESAL 98, las coberturas son: BCG (95%), polio y DPT (85%) y MMR (86%).

El 76% de las mujeres embarazadas tuvieron al menos un control prenatal. De estas, el 57,2% tuvo un control antes de las 12 semanas. De las madres con al menos un control prenatal, el 73.2% recibió el control en establecimientos del MSPAS, el 15.4% en los del ISSS y el 9.7% en establecimientos privados.

En distribución de recursos. De 1996 a 1998 el gasto total en salud per cápita se incrementó de 134.9 a 165.4 USD; y el gasto público per cápita, de 55.4 a 69.9 USD. La cantidad de profesionales y técnicos inscritos en las diferentes Juntas de Vigilancia del Consejo Superior de Salud, fueron 18,699 y 6,939 respectivamente; la relación entre este número y la población en El Salvador es de 1 profesional de la salud por cada 321 habitantes y de 1 técnico en salud por cada 865 habitantes. Esta situación es crítica. En cuanto a la relación de cama hospitalaria por 1,000 habitantes, el MSPAS reportó una relación de 0,79 para 1999 y de 1 para el primer semestre del 2000.

En acceso. Durante el período de 1997 a 2000, el MSPAS ha aumentado la red de servicios del primer nivel de atención, especialmente en el área rural, a través de los Centros Rurales de Nutrición (52) y las Casas de la Salud (171). En el área urbana se ha redistribuido a profesionales médicos especialistas, desconcentrándolos de hospitales de tercer nivel a unidades de salud, en especialidades de dermatología, ginecología y pediatría.

El 100% de la población es atendida el día que lo solicita en los servicios de atención primaria; pero las listas de espera para procedimientos quirúrgicos pueden llegar hasta los 5 ó 6 meses, con un promedio de 3 meses.

En el uso de los recursos. El MSPAS en 1999, reportó 1,23 consultas médicas por año/habitante, alcanzando coberturas que varían hasta el 86% en el área rural y 58% en el área urbana. El 58% de los partos se atienden en las instituciones de salud y el 32 % por parteras capacitadas.

Efectividad y calidad técnica. La mortalidad infantil ha tenido un franco descenso a expensas de la disminución de la mortalidad neonatal. La tasa de mortalidad materna ha mantenido cifras estables en el último quinquenio. Asimismo, se reporta la disminución de las enfermedades inmunoprevenibles y de la mortalidad materna.

Calidad técnica. El MSPAS, a través del Proyecto de Mantenimiento Hospitalario de GTZ/OPS, ha actualizado el diagnóstico de la infraestructura física y del equipo biomédico. Para ello, se ha publicado el “Modelo del Sistema Integrado de Mantenimiento” y se ha capacitado a cuadros técnicos de mantenimiento en las áreas propuestas para los SIBASI .

Calidad percibida. Se ha elaborado el "Proyecto de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud de El Salvador. Actualmente, el proyecto se impulsan los procesos de acreditación y categorización de los servicios. La “Ventana del Director” funciona en 11 SIBASI. Ella permite el acceso de los usuarios a la oficina del director de los hospitales nacionales, con el fin de compartir cualquier observación o comentario respecto de la calidad que los usuarios perciben en la atención en salud. El grado de satisfacción de los usuarios varía según los servicios: los resultados en el nivel de atención primaria son mayores que en el caso de los hospitales.

Eficiencia en la asignación de recursos. Actualmente, se está llevando un proceso de reforma del sector agua potable y saneamiento, el cual involucra a todos los sectores con responsabilidades y funciones (la gestión global, la prestación de servicio de abastecimiento, vigilancia, regulación y control). Persiste la inequidad en el abastecimiento de agua entre los sectores urbano y rural (92,4% de la población urbana cuenta con el servicio, y solo 25,3% en el área rural). En saneamiento ambiental, la cobertura para el área urbana fue de 86% y de 50% para el área rural. Se han tenido logros en la acción intersectorial entre Universidades, Ministerio de Educación, Ejército y sociedad organizada para el control de la epidemia de dengue y la prevención de las ETS/SIDA. El MSPAS, la Policía Nacional Civil, el Ministerio de Educación, las empresas privadas y las ONG’s han unificado esfuerzos para transformar las actitudes y prácticas de la población, especialmente de los jóvenes. Se han formado el Comité Nacional de Salud Mental, el Comité Interinstitucional de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y el Comité de Salud Reproductiva, y se ha avanzado en la creación de normativa para salud reproductiva.

Sostenibilidad. El proceso de modernización del MSPAS ha favorecido la creación de la Comisión de Cuentas Nacionales en Salud, instancia de carácter intersectorial e interinstitucional responsable de sistematizar y analizar la información relacionada con el gasto público y privado en salud. El 80% de los establecimientos de la red de servicios del MSPAS están autorizados para hacer uso de

los ingresos obtenidos por recuperación de costos. Dentro del marco de creación de los SIBASI se proponen mecanismos de financiamiento tales como: retribución de subsidios cruzados entre instituciones del sector; elaboración de instrumentos para la captación de fondos provenientes de seguros para conductores; y desarrollar la subsidiaridad y la solidaridad en el financiamiento.

Participación y control social. El interés mostrado por el MSPAS¹⁰¹ y otras instituciones de salud, la preocupación de las ONG por participar en la gestión en salud, y el incremento del protagonismo social demandado por las comunidades y líderes comunitarios¹⁰², orienta a que todas las instituciones nacionales, agencias internacionales y otros actores de la sociedad incrementen su apoyo a las iniciativas para implementar la cogestión social en salud. Actualmente se encuentra en proceso la formulación de proyectos de legalización de formas flexibles de participación social para la identificación, priorización, programación, ejecución y control de las acciones en salud. Puntos de coincidencia entre las instituciones nacionales y las agencias internacionales son la comunicación social sanitaria, el desarrollo de investigaciones científicas en salud y la divulgación de la información en el área de los SIBASI.

* La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de doce profesionales y decisores políticos nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, de la Facultad de Medicina y de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de El Salvador, del Grupo Intersectorial de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, y de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. También se recibieron aportes por parte de personal técnico del Colegio Médico de El Salvador, de la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), de la Agencia de Cooperación de la República Federal Alemana (GTZ) y del Banco Interamericano de Desarrollo en El Salvador. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en El Salvador. La revisión externa fue encomendada a la Dirección de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS.

- ¹ ANSAL, La Reforma de Salud: Hacia su equidad y eficiencia, Informe Final. San Salvador, Mayo 1994.
- ² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Caracterización y Agenda para la Modernización del MSPAS, Programa de Modernización del Sector Público, Julio 1994.
- ³ Gobierno de El Salvador. Plan de Gobierno de la República de El Salvador. 1994-1999 ¡El Salvador, país de oportunidades! Segunda edición. 1995.
- ⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Nacional de Salud 1994-1999, Gobierno de El Salvador, San Salvador, Octubre 1994.
- ⁵ Gobierno de El Salvador, La Nueva Alianza: Programa de Gobierno 1999-2004, Documento de Trabajo, San Salvador, 28 de junio de 1999.
- ⁶ PNUD. Informe de Desarrollo Humano en El Salvador. 2000. En prensa.
- ⁷ World Bank. World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty. Oxford University Press. New York. 2001.
- ⁸ Banco Central de Reserva de El Salvador. Revista Económica Trimestral, Abril, Mayo, Junio 2000.
- ⁹ Banco Central de Reserva de El Salvador, Indicadores Económicos Anuales 1993-2000, <http://www.bcr.gob.sv/boletin.htm#Cuentas Nacionales>.
- ¹⁰ Banco Central de Reserva de El Salvador Departamento de Cuentas Macroeconómicas, Informe de la gestión financiera del Estado.
- ¹¹ Banco Central de Reserva de El Salvador Boletín Estadístico Mensual, Enero 2001.
- ¹² Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES) ¿Cómo está nuestra economía?, San Salvador, 1999.
- ¹³ Banco Central de Reserva de El Salvador, Indicadores Económicos Anuales 1993-2000, <http://www.bcr.gob.sv/boletin.htm#Cuentas Nacionales>.
- ¹⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cuentas Nacionales de Salud 1997: Estimación del gasto nacional en salud en El Salvador. Dirección de Planificación e Investigación, Unidad de Economía de la Salud. OPS, San Salvador 2000.
- ¹⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, <http://www.mspas.gob.sv> estadísticas, indicadores de salud e infraestructura. 1999 – 2000.
- ¹⁶ Ministerio de Economía, DIGESTYC, Dirección General de Estadísticas y Censos.
- ¹⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Boletín Informativo, Unidad de Información en Salud, Dirección de Planificación e Información. Vol.1, Nº 1, El Salvador 1999.
- ¹⁸ Dirección General de Estadísticas y Censos, El Salvador.
- ¹⁹ Asociación Demográfica Salvadoreña: Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 98, República de El Salvador, C.A., Abril 2000.
- ²⁰ Ministerio de Economía, www.mined.gob.sv
- ²¹ OPS/OMS. Diez primeras causas de muerte. 1999. http://www.ops.org.sv/Situacion por ano/Situacion general 1999/Indicadores 1999/Mortalidad 1999/Grandes 1999/grandes_1999.htm (6 abril 2001)
- ²² OPS/OMS. Diez primeras causas de muertes 1999. <http://www.ops.org.sv/Situacion por ano/Situacion general 1999/Indicadores 1999/Mortalidad 1999/diezprimeras 1999/body diez primeras 1999.htm> (6 marzo 2001)
- ²³ OPS/OMS. Ibid. 23.
- ²⁴ OPS/OMS. Diez primeras causas de muerte.1999 http://www.ops.org.sv/Situacion por ano/Situacion general 1999/Indicadores 1999/Mortalidad 1999/Neoplasias 1999/neoplasias_1999.htm (6 marzo 2001)
- ²⁵ MSPAS. Estadísticas. Diez diagnósticos más frecuentes de morbilidad. 1999. <http://www.mspas.gob.sv/morbilidad99.htm> (21 marzo 2001).

- ²⁶ MSPAS. Diez causas más frecuentes de mortalidad hospitalaria 1999. Dirección de Planeación Estratégica. Gerencia de Información en Salud. S/f.
- ²⁷ PNUD. Informe de Desarrollo Humano en El Salvador. 2000. En prensa. Op. Cit 7.
- ²⁸ World Bank. World Development Report 2000/2001. Op. Cit. 8
- ²⁹ UNDP. Human development report 2000. Human Development Indicators. Oxford University Press. New York, Oxford. 2000.
- ³⁰ OPS/OMS Op. Cit. 22
- ³¹ UNDP, Op. Cit. 30
- ³² DIGESTYC, Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1992 y Proyecciones 2000.
- ³³ PNUD. Informe de Desarrollo Humano en El Salvador. 2000. En prensa. Op. Cit 7.
- ³⁴ DIGESTYC. Encuesta de hogares de propósitos múltiples 1999. DIGESTYC. Ministerio de Economía.
- ³⁵ World Bank. World Development Report 2000/2001. Op. Cit. 8
- ³⁶ UNDP. Human Development Report 2000. Op. Cit. 30
- ³⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Salud en El Salvador, Visión de Futuro: Documento Marco. Op. Cit. 6.
- ³⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Marco Conceptual y Operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) , Julio 2000. San Salvador.
- ³⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) Definición geográfica y poblacional , Octubre 2000. San Salvador.
- ⁴⁰ ISSS. Estadísticas 1999. Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- ⁴¹ Rubio Santos, G.M. Financiamiento y gasto nacional en salud en El Salvador durante el período 1996-1998: Implicaciones políticas. Trabajo de graduación preparado para la Facultad de Ciencias del Hombre y de la Naturaleza, para optar al grado de Maestría en Salud Pública. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. San Salvador. 2000.
- ⁴² GIDRHUS. Conjunto de Datos Básicos de Recursos Humanos en Salud en El Salvador, Grupo Intersectorial de Desarrollo de los Recursos Humanos y Observatorio de Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud. UES, Colegio Médico de El Salvador, MSPAS, OPS. San Salvador, diciembre 2000. http://observatorio_rh.tripod.com
- ⁴³ GIDRHUS; Ibid.
- ⁴⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección Administrativa Financiera, Unidad de Recursos Humanos.
- ⁴⁵ Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Unidad de Planificación.
- ⁴⁶ Consejo Superior de Salud Pública.
- ⁴⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación, Unidad de Economía de la Salud y UFI.
- ⁴⁸ ANSAL, Op. Cit. 2
- ⁴⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de actividades y recursos de los Hospitales Públicos en El Salvador. Serie Aportes para la Reforma del Sector Salud, No. 12, San Salvador, Diciembre 2000.
- ⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud, Análisis físico funcional de los Hospitales de El Salvador, Propuesta de Acciones. San Salvador, febrero 2001.
- ⁵¹ Borscheck, Rubén y Retamales, Rodrigo. Daños observados en los hospitales de la red asistencial de salud de El Salvador en el terremoto del 13 de enero de 2001, Centro Colaborador de la OPS/OMS en Mitigación de Desastres en los Establecimientos de Salud, Universidad de Chile, 24 de Enero de 2001.
- ⁵² CEPAL. El Terremoto del 13 de Enero del 2001 en El Salvador, Impacto Socioeconómico y Ambiental. 21 de febrero de 2001.
- ⁵³ CEPAL. El Salvador: Evaluación del Terremoto del Martes 13 de febrero de 2001. 28 de febrero de 2001.
- ⁵⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección Administrativa, Departamento de Mantenimiento General.
- ⁵⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Modelo del Sistema Integrado de Mantenimiento para los Sistemas Básicos de Salud Integral, SIBASI, Proyecto de Mantenimiento Hospitalario MSPAS/GTZ y Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Básicos de Salud Integral ASDI/OPS, San Salvador, Noviembre 2000.
- ⁵⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Metodológica para el diagnóstico de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud en los Sistemas Básicos de Salud Integral, Proyecto de Mantenimiento Hospitalario MSPAS/GTZ y Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Básicos de Salud Integral ASDI/OPS, San Salvador, Noviembre 2000.
- ⁵⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual del Asistente Polivalente de Mantenimiento, Proyecto de Mantenimiento Hospitalario MSPAS/GTZ y Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Básicos de Salud Integral ASDI/OPS, San Salvador, Noviembre 2000.
- ⁵⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación en Salud, Gerencia de Información en Salud.
- ⁵⁹ ISSS, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Dirección de Planificación.
- ⁶⁰ MSPAS, Dirección de Planificación, Unidad de Información en Salud.
- ⁶¹ ISSS, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Dirección de Planificación
- ⁶² MSPAS-OPS, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de actividades y recursos de los Hospitales Públicos en El Salvador. Op.Cit. 50

- ⁶³ Código de Salud, de El Salvador en: OPS. Leyes relativas al sistema de salud de El Salvador, Serie: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador, Atilio Castro Salazar, compilador. OPS, San Salvador, 1999.
- ⁶⁴ Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas: Instrumento para la Medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. OPS/OMS, CDC, CLAISS. Marzo 2001.
- ⁶⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Anteproyecto de Código de Salud (borrador). El Salvador. C.A. 2001 (mimeo)
- ⁶⁶ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
- ⁶⁷ Gobierno de El Salvador, La Nueva Alianza: Programa de Gobierno 1999-2004, Documento de Trabajo, San Salvador, 28 de junio de 1999. Op. Cit 1.
- ⁶⁸ Rubio Santos, G.M. Financiamiento y gasto nacional en salud en El Salvador durante el período 1996-1998: Implicaciones políticas. Op. Cit. 42
- ⁶⁹ Asamblea Legislativa. Constitución Política de la República de El Salvador. 1983.
- ⁷⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación, Unidad de Economía de la Salud. 2001.
- ⁷¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación, Unidad de Economía de la Salud. 2001.
- ⁷² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación en Salud, Gerencia de Información en Salud.
- ⁷³ Los totales del gasto en salud por año calendario, no corresponde al GASTO EN SALUD PUBLICO, publicados en los informes de CNS de 1996, 1997 y las cifras preliminares de 1998 porque no se han incorporado a estos totales las cifras de cooperación externa, Bienestar Magisterial y recursos propios no reportados en la ley de presupuesto.
- ⁷⁴ Nieto, Lidia Eugenia. El Proceso de Reforma del Sector Salud en El Salvador, y su ruta de desarrollo. Memorias del Seminario Taller de Participación Ciudadana y Contraloría Social en Salud. 2001.
- ⁷⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación en Salud, Gerencia de Información en Salud.
- ⁷⁶ Consejo Nacional de Salud Mental. Política Nacional de Salud Mental de El Salvador, 2001.
- ⁷⁷ MSPAS. Gestión en Salud, Boletín N° 2, El Salvador, Diciembre 2000.
- ⁷⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Proyecto de garantía de la calidad de los servicios de salud, Dirección General de Salud, Serie: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador, No. 7, OPS, San Salvador, 1999.
- ⁷⁹ Ramos, L., Herrera, A.D., Ceirano, V., Manzano, R. y Pittman, P. Estudio sobre género y la dimensión socio emocional de la calidad de la atención en salud: El caso de diabetes mellitus tipo II en el Hospital Rosales y la Unidad de Salud de San Miguelito. Serie: Aportes para la reforma del Sector Salud en El Salvador. OPS. San Salvador, septiembre 1999.
- ⁸⁰ Consejo Coordinador Indígena Salvadoreño. Pueblos Indígenas, Salud y Condiciones de Vida en El Salvador. OPS, CCNIS, Concultura. 1999.
- ⁸¹ Organización Panamericana de la Salud. Reunión Especial sobre reforma del sector salud, 29-30 de septiembre de 1995, Washington D.C., División de Salud y Desarrollo Humano OPS/OMS, 1996.
- ⁸² World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Oxford University Press. New York. 2001.
- ⁸³ Gobierno de El Salvador. Plan de Gobierno de la República 1994-1999. Op. Cit. 4.
- ⁸⁴ Comisión Nacional de Salud, Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud en El Salvador, San Salvador, febrero 1999.
- ⁸⁵ Colegio Médico de El Salvador, Propuesta de política y estrategia de salud. Iniciativa ciudadanos por la Salud, San Salvador, Julio de 1999.
- ⁸⁶ Panadeiros, M, La organización del sistema de salud en El Salvador: Una propuesta de reforma, noviembre 1998.
- ⁸⁷ STISS, Modelo de protección social para El Salvador, Ponencia en el Taller de Iniciativas del Sector Salud, octubre 1998.
- ⁸⁸ SIMETRIS, Modelo de modernización hospitalaria basado en la participación del/la derechohabiente y del/la trabajador/a, Octubre 2000
- ⁸⁹ Comisión Nacional de Desarrollo, Bases para el Plan de Nación, capítulo XIII Reforma del Sistema de Salud, San Salvador, enero de 1999.
- ⁹⁰ Gobierno de El Salvador, La Nueva Alianza: Programa de Gobierno 1999-2004, Documento de Trabajo, San Salvador, 28 de junio de 1999. Pag. 27 Línea Estratégica 3.3.3.
- ⁹¹ Presidencia de la República. Decreto Presidencial No. 15 del 20 de Julio de 1999.
- ⁹² Consejo de Reforma del Sector Salud. Propuesta de Reforma Integral de Salud, San Salvador, 15 de diciembre de 2000.
- ⁹³ Mesa-Lago, C. La reforma del sector salud en El Salvador. Análisis de la propuesta del Consejo de Reforma y pautas para su seguimiento. Friedrich Eber Stiftung. Representación en El Salvador. FESSAL. 2001.
- ⁹⁴ OPS. Leyes relativas al sistema de salud de El Salvador, Serie: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador, Atilio Castro Salazar, compilador. OPS, San Salvador, 1999.
- ⁹⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Anteproyecto Código de Salud Borrador, El Salvador, C.A. 2001.
- ⁹⁶ Gobierno de El Salvador, Política Nacional, Ley y Reglamento de Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad, Asamblea Legislativa, decreto 888 de 27 de abril de 2001.
- ⁹⁷ Ministerio de Salud de El Salvador y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria del El Salvador. Informe Preliminar, mayo 2001 (mimeo).

⁹⁸ Mesa-Lago, C. La reforma del sector salud en El Salvador. Op. Cit. 92

⁹⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memorias del Taller de Participación Ciudadana y Contraloría Social en Salud, San Salvador, Junio 2001. mimeo.

¹⁰⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Marco Conceptual y Operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI). Op. Cit 39.

¹⁰¹ Betancourt, H. Descentralización, Corresponsabilidad, participación ciudadana y contraloría de la Gestión en salud, Memorias del Taller de Participación Ciudadana y Contraloría Social. Junio 2001.

¹⁰² Elas, M. y Rodríguez, M. Organización de las redes de servicios y cogestión local de salud: experiencia del SIBASI Morazán, Reunión centroamericana de intercambio de experiencias sobre reforma sectorial y desarrollo de los sistemas locales OPS-ASDI, Antigua, Guatemala, 21 al 23 de marzo 2001.

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
GUATEMALA**

(1a. ed. 13 de Noviembre de 1998)

(Revisado, 5 de Diciembre de 1999)

(2a. ed, 12 Diciembre de 2001)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Guatemala está constituida como república unitaria y la Constitución Política define a la nación como una democracia representativa. Guatemala se divide en 8 regiones (que agrupan 22 departamentos) y cada departamento en municipios. Hay 331 municipios en total y cada uno elige a su alcalde. La Constitución considera autónomas a las municipalidades y éstas manejan su propio presupuesto. Algunos ministerios, incluyendo el de Salud, han desconcentrado la función de ejecución presupuestaria hacia instancias administrativas subnacionales denominadas Direcciones Departamentales de Salud. Las coyunturas políticas y económicas que el país enfrenta influyen en la situación de salud y en el desempeño de los servicios. Entre ellas, el deterioro de la balanza comercial a raíz de la reducción de volúmenes y precios de las principales exportaciones; la depreciación del quetzal, y el deterioro del poder adquisitivo de la moneda.

En el año 2000 la población guatemalteca se estima en 11.3 millones de habitantes, el 22% residentes en la ciudad capital y el 60% en el área rural. El 43% de la población es indígena, perteneciente a 21 grupos lingüísticos. Los grupos indígenas mayoritarios son Kiché (30% de la población del país); Mam (18%), Cachiquel (16%) y Qeqchi' (11%). El crecimiento natural de la población muestra una tendencia al descenso para el quinquenio 2000-2005. La población analfabeta en el año 2000 es de 36% de la población de entre 15 y 64 años. La encuesta de 1998 estima 2.8 millones de habitantes en situación de indigencia. La pobreza se concentra en el área rural y en los grupos indígenas. El desempleo abierto fue de 5.6% en 1998. El 35% de las mujeres trabajan; de ellas el 33% lo hacen para un familiar en forma remunerada. En 1999 el comercio fue la rama de la economía más dinámica (24.5% del PIB) seguida por agricultura (23.1%); industria manufacturera (13.4%); transporte y comunicaciones (9.2%) y resto de las actividades (29.8%).

La esperanza de vida al nacer para ambos sexos se estimó en 65.87 años en el quinquenio 2000-2005. Las tasas de natalidad y mortalidad general presentaron una disminución sostenida. En el país hay un subregistro de la mortalidad del 8%. Las enfermedades transmisibles dan cuenta de más de la cuarta parte de las defunciones. La mortalidad infantil tiende a disminuir y en 1999 se reportó 30.5 por cada mil nacidos vivos. Sus principales causas son neumonías y bronconeumonías, diarreas, recién nacidos pretérmino y septicemia no específica. Entre las enfermedades emergentes y reemergentes el sarampión muestra una tendencia errática y descendente, el cólera una tendencia descendente a partir de 1993, y la malaria, el dengue y el VIH-SIDA una tendencia ascendente.

El sistema nacional de salud está conformado por tres grandes subsectores, ninguno de ellos hegemónico en términos de cobertura o recursos financieros: i) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dispone en cada departamento de una Dirección de Área que conduce una red

de servicios de salud integrada por hospitales, centros de salud tipo A y B, puestos de Salud y centros de convergencia. El Programa de Accesibilidad a los Medicamentos ha permitido la adquisición de medicamentos a precios reducidos en las comunidades más postergadas; ii) El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), es una institución autónoma con un régimen legal propio, financiada a través de cuotas patronales y del empleado. Dispone de 1.4 camas por cada 1,000 derechohabientes. El Programa de Accidentes cubre a todos los trabajadores formales pero los de Enfermedad Común y Maternidad están limitados al área metropolitana y a algunos Departamentos. El sistema privado de seguros de salud es limitado; iii) El subsector privado se divide en lucrativo y no lucrativo, éste último integrado por aproximadamente 1,100 ONGs de las cuales, el 82% son nacionales, y de éstas un 18% desarrollan acciones de salud. Las ONG's son un importante aliado en la extensión de cobertura de servicios básicos de primer nivel de atención financiada por el Ministerio de Salud. El subsector privado lucrativo está formado por hospitales privados, sanatorios, laboratorios y farmacias, fundamentalmente en la capital y ciudades más importantes. Su cobertura es limitada. El Ministerio de Salud ejerce formalmente la conducción sectorial mediante la aplicación del Código de Salud que establece las funciones de conducción, regulación, vigilancia, aseguramiento, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud en el nivel nacional. La supervisión y control de la red de servicios es más específica a las ONGs prestadoras de servicios de salud, en el marco de la extensión de cobertura en el primer nivel de atención. El seguimiento del financiamiento y del gasto en salud se hace a través de los estudios de Cuentas Nacionales en Salud. El gasto en salud representó el 6.4% del ingreso mensual de hogares en 1999. El destino mayoritario de ese gasto fue el IGSS, seguido por los gastos en productos médicos y farmacéuticos (32%). Los copagos por los usuarios se han introducido en algunos servicios públicos, particularmente allí donde operan patronatos.

La reforma sectorial se inició en 1996 con el "Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud" financiado por el BID y ejecutado por el Ministerio de Salud. Sus objetivos son: a) la extensión de cobertura de los servicios de salud, particularmente a poblaciones sin acceso; b) el aumento del nivel de gasto público y la ampliación de las fuentes de financiamiento; c) la reorientación de la asignación de los recursos públicos con criterios de equidad y eficiencia; y d) la generación de una respuesta social organizada para la movilización y fiscalización de los recursos públicos. La reforma no tiene un plan de acción sino que sigue lineamientos políticos, estratégicos y programáticos para su desarrollo. La reforma está en fase de implementación, siendo la extensión de cobertura y el cambio en el financiamiento los componentes más avanzados. Una de las modificaciones más importantes de la estrategia originalmente planteada

fue la inclusión del IGSS en las iniciativas de extensión de cobertura a trabajadores informales. Además, las Direcciones de Áreas de Salud incrementaron el seguimiento de las ONG's locales a través de convenios con valor legal. El impacto de la extensión de cobertura aún no ha sido evaluado pero se han planteado indicadores para determinarlo.

El Ministerio de Salud ha iniciado una reflexión sobre su papel como institución rectora. Para mejorar el ejercicio de su función, se crearon la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud y el Laboratorio Nacional de Salud. A partir del año 2000, el Ministerio fortaleció el modelo de atención integral, capacitando al personal en su lugar de trabajo. A fines del año 2001 se inició un proceso de capacitación a nivel operativo de todo el personal responsable de la conducción de los servicios para fortalecer la capacidad resolutive de los cuadros de dirección de área y de los equipos distritales. A finales del 2001 se cuenta con planes elaborados localmente en función de la situación de salud de cada lugar. Además, tanto en el IGSS como en 42 hospitales del Ministerio de Salud se ha introducido el programa de gestión WINSIG diseñado por la OPS/OMS, herramienta que le está permitiendo a estas instituciones hacer mejores análisis de la producción de los servicios de salud.

1. Contexto

1.1.Contexto Político: Guatemala está constituida como república unitaria y la Constitución Política define a la nación como una democracia representativa. Sin embargo, aún en su historia reciente ha sufrido varias rupturas al orden constitucional, la última en 1993. El gobierno actual fue electo por sufragio en noviembre de 1999, fecha en la cual se eligieron nuevos representantes al Congreso y alcaldes. Guatemala se divide en 8 regiones (que agrupan 22 departamentos) y cada departamento en municipios. Hay 331 municipios en total y cada uno elige a su alcalde. La Constitución considera autónomas a las municipalidades y éstas manejan su propio presupuesto. Desde 1994 se distribuye entre las municipalidades el 10% del presupuesto del Estado.

Algunos ministerios, incluyendo el de Salud, han desconcentrado la función de ejecución presupuestaria hacia instancias administrativas subnacionales denominadas Direcciones Departamentales de Salud. Ellas elaboran anteproyectos de programas operativos y presupuestos que son consolidados por las unidades centrales de planificación y presupuesto. Cada ministerio, a su vez, traslada al Ministerio de Finanzas Públicas el anteproyecto de presupuesto de su ramo, y éste consolida el Anteproyecto de Presupuesto General de Ingresos y Gastos de la Nación, para su presentación ante el Congreso de la República. La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-, en consulta con los Ministerios, Secretarías y otras dependencias, elabora los Programas Nacionales de Desarrollo, de vigencia quinquenal. Además, la Dirección de Políticas Económicas y Sociales de esta entidad provee información y orientaciones para que el Ejecutivo pueda armonizar en sus programas y proyectos las áreas de política económica y social. Se ha conformado un Gabinete Social que conduce el Vicepresidente, el cual reúne, entre otros, a los Ministros de Salud y de Educación.

La Matriz de Política Social 2000-2004 del Gobierno perfila los lineamientos básicos en el ámbito de la salud con énfasis en los sectores de mayor postergación. En ese contexto se inscribe el Plan Nacional de Salud vigente, el cual incluye políticas sobre: a) Salud Integral de los Grupos Familiares; b) Salud de los Pueblos Mayas, Garífuna y Xinca, con énfasis en la Mujer; c) Salud de la Población Migrante; d) Desarrollo y Fortalecimiento de la Salud Integral a otros Grupos; e) Ampliación de la Cobertura de Servicios Básicos de Salud con Calidad y Sostenibilidad; f) Desarrollo de Saneamiento Básico y del Ambiente; g) Acceso a Medicamentos Esenciales y Medicina Tradicional; h) Desarrollo Estratégico del Recurso Humano; i) Desarrollo, Desconcentración y Descentralización Institucional; j) Coordinación Intra e Intersectorial; k) Mejoramiento y Optimización de la Cooperación Externa l) Desarrollo del Financiamiento del Sector Salud, y m) Salud Reproductiva, Seguridad Alimentaria y Nutricional. Las políticas de salud reflejan las directrices del área social dentro del Programa de Gobierno. En el continuo de

cambio organizacional introducido por la reforma sectorial, las políticas de salud han servido para mantener la orientación a lo largo de la transición de gobierno.

Las coyunturas políticas y económicas que el país enfrenta influyen en la situación de salud y en el desempeño de los servicios. Entre ellas se cuenta el deterioro de la balanza comercial a raíz de la reducción de volúmenes y precios de los principales productos de exportación; la depreciación del quetzal, y el deterioro del poder adquisitivo de la moneda.

1.2.Contexto Económico:

Algunos indicadores económicos, 1993-2000

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB US\$ corrientes (millones)	11,339	12,932	14,632	15,656	17,787	19,375	18,289	19,032
PIB Per Capita (US\$ Corrientes)	1,133	1,257	1,467	1,528	1,690	1,794	1,649	1,672
Población Económicamente Activa, en miles	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto Público como % PIB	10.48	9.15	9.19	9.15	10.58	ND	ND	ND
Tasa de inflación anual	11.64	11.59	8.61	10.85	7.13	7.48	4.92	ND

Fuente: Datos del Banco de Guatemala

Durante 1999 el comercio fue la rama de la economía más dinámica aportando el 24.5% de l PIB. Le siguen en orden de importancia la agricultura con un 23.1%; la industria manufacturera, con 13.4%; transporte, almacenaje y comunicaciones con 9.2%; y otras actividades con el 29.8%. Igualmente, en 1999 los ingresos totales del gobierno central ascendieron a Q14,923.9 millones y el financiamiento externo neto fue de Q3,379.0 millones, lo cual representa el 22.64%.¹

1.3. Contexto Demográfico y Epidemiológico: La esperanza de vida al nacer para ambos sexos se estimó en 65.87 años para el quinquenio 2000-2005. La diferencia por sexo demuestra un promedio de 5.86 años más de vida para las mujeres (68.87) que para los hombres (63.01). Durante el último decenio la expectativa de vida se incrementó en más de 3 años. La tasa estimada de crecimiento natural de la población para el quinquenio 2000-2005 es de 27.40 x 1000 habitantes; la tasa muestra una tendencia hacia el descenso, ya que al inicio de la década de los noventa alcanzaba la cifra de 30.53 por mil habitantes. La tasa de crecimiento total, estimada para el quinquenio 2000-2005 es de 25.76 por mil habitantes, pero su tendencia descendente es menos acentuada que al inicio de la década, cuando era de 26.26 por mil habitantes. Durante el decenio 1990-2000 la variable migración tuvo una tendencia ascendente de -4.27 a -1.64 por mil habitants, lo cual explica lo anteriormente expuesto². La razón de dependencia elaborada a partir de la población estimada para el año 2000 es de 89.2%.

Las tasas de natalidad y mortalidad, la mortalidad materna y la mortalidad infantil presentaron un descenso sostenido en el período 1993-98. Durante el período 1995-2000 se estimó un promedio

Indicador	AÑO					
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Tasa bruta de natalidad ⁽¹⁾	39.10	39.26	37.20	36.87	36.19	35.07
Tasa global de fecundidad ⁽²⁾	ND	ND	5.40	ND	ND	ND
Tasa bruta de mortalidad ⁽³⁾	7.80	7.69	6.53	5.92	5.44	5.34
Tasa de mortalidad materna ⁽³⁾	101.58	99.34	99.44	92.66	95.76	97.25
Tasa de mortalidad infantil ⁽³⁾	46.16	43.25	39.94	34.84	35.90	35.05

Fuentes: (1) Cálculos propios con base en nacimientos registrados y población estimada del INE. 1998 MSPAS-SIGSA. Situación de Salud en Guatemala. Indicadores Básicos 1998. Cálculo propio con base en nacimientos SIGSA y población estimada INE. Tasa x 100. (2): INE-CELADE. Guatemala Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Tasas Estimadas 1990-1995 y 1995-2000. Hipótesis Media. (3) 1993-1997= Cálculos propios con base en defunciones registradas (totales y maternas), población estimada y nacidos vivos registrados. 1998= MSPAS.SIGSA. Indicadores Básicos 1998.

de 65,500 defunciones anuales y para 1999, 53,235 defunciones. Se calcula un subregistro de la mortalidad del 18.73% en 1999. Una importante proporción de la mortalidad del país es atribuible a las enfermedades transmisibles. Durante los años 1993-98 ellas constituyeron más de la cuarta parte del total de las defunciones. Los síntomas y causas mal definidas también tienen una presencia importante y permiten asumir deficiencias en el registro de la causa de muerte. Las enfermedades del aparato circulatorio están subestimadas ya que, por ejemplo, no incluyen la morbilidad cerebrovascular. Hay un predominio de enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales, así como de enfermedades carenciales y crónicas que corresponden al perfil epidemiológico de años anteriores. Las cifras de 1997 evidencian que: a) la T.B. pulmonar afectó en mayor proporción (81%) a los habitantes entre 20 y 74 años de edad; b) las enfermedades del corazón se concentran en la población de 50 años y más; c) las deficiencias nutricionales afectaron más a los grupos extremos de la vida, pues el 27% de las defunciones ocurrieron en menores de 5 años y el 49% en la población de 60 años y más, y d) la violencia (por arma de fuego) afectó con mayor proporción (85%) a la población entre 15 y 49 años y la gran mayoría de las defunciones (93%) ocurrieron en el sexo masculino.

Las cifras disponibles sobre la mortalidad infantil para 1999 indican un total de 11,157 defunciones en menores de 1 año, distribuidas como sigue: a) Neumonías y bronconeumonías, 36.51%; b) Diarreas, 9.11%; c) otros recién nacidos pretérmino, 4.13%; d) Septicemia no especificada, choque séptico, 3.86%; e) Sepsis bacteriana del recién nacido no especificada, 3.05% y f) Resto de causas, 43.34%.³ Durante 1993 ocurrieron 24,971 defunciones en menores de 5 años de edad. De ellas, el 24.1% se debió a infecciones respiratorias agudas (bronconeumonía, neumonía e influenza) y el 16.6% a enfermedad diarreica aguda.⁴

En cuanto a enfermedades emergentes y reemergentes, el sarampión tuvo una tendencia un tanto errática y descendente en los últimos años, como sigue: 1993: 1.08; 1994: 0.66; 1995: 0.60; 1997:

2.01 y 1998: 0.009 por 100,000 habitantes. El cólera mostró tendencia descendente a partir de 1993, año en que se registró la tasa más elevada 307.29 x 100,000 habitantes. En 1994 y 1995 descendió a 162.56 y 77.96, respectivamente. En 1997 descendió a 9.64 y en 1998 fue de 52.53. En cuanto a la malaria, la tendencia fue ascendente a partir de 1995 (255.57) y en 1998 se registraron 806.60 casos x 100,000 habitantes; tasas que incluyen casos clínicos y confirmados. El dengue ha presentado una tendencia ascendente, y para 1998 fué de 42.50 por 100,000 habitantes. Entre 1984 y 1999 se reportaron 3,294 casos de VIH SIDA, de los cuales el 23% se registraron en el transcurso de los primeros nueve meses de 1999. Sin embargo, el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA reconoce fallas estadísticas derivadas de problemas de diagnóstico, subregistro y retraso en la notificación. La mayor tasa de incidencia se registró en 1996, 8.15 por 100,000 habitantes; y la razón hombre/mujer fue de 3 a 1⁵.

1.4. Contexto Social: Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística basadas en el último censo, Guatemala contaba en el año 2000 con 11.3 millones de habitantes; 5.6 millones hombres y 5.7 millones mujeres. El 22.1% de la población reside en la ciudad capital. En 1998, el 39.7% de la población residía en el área urbana y el 60.3% en el área rural⁶. El 43% de la población es indígena, perteneciente a 21 grupos lingüísticos. Los grupos indígenas mayoritarios son Kiché (30% de la población del país); Mam (18%), Cachiuel (16%) y Qeqchi´(11%). Cada una de las etnias restantes no alcanza a representar el 5% de la población total del país⁷.

Las proyecciones de población analfabeta para el año 2000 estiman un índice de 36.4% de la población comprendida entre 15 y 64 años.⁸ Las cifras alentadoras en el nivel primario de la educación contrastan con el limitado acceso de los jóvenes a los ciclos de educación básica y diversificada (juntos, ambos constituyen el nivel medio). En los últimos años, las variaciones en la tasa bruta de escolaridad no indican progreso significativo.

Además de ser un país con ingreso per cápita bajo, Guatemala presenta un nivel elevado de pobreza y fuertes disparidades en el ingreso. Estas condiciones se han moderado entre las dos encuestas más recientes (1989 y 1998). No obstante, aún hay 2.8 millones de habitantes en situación de indigencia, con ingresos per cápita de menos de un dólar al día, y bajo el umbral de los USD 2 diarios per cápita, subsisten 6 millones de habitantes. Aunque las cifras relativas muestran una incidencia menor de la pobreza, de hecho el número de pobres aumentó en 500 mil personas, mientras que la pobreza extrema se mantuvo estable en 2.8 millones de personas, lo cual es reflejo de que la sociedad es objeto de una extrema inequidad económica. De manera global, en 1989 Guatemala presentaba un índice de Gini⁹ de 0.55¹⁰. Sin embargo, es importante agregar

que durante la última década la desigualdad ha disminuido pues la razón del ingreso promedio del 20% más rico y el 20% más pobre pasó de 23.6 en 1989 a 17.3 en 1998. La

Indicadores de Pobreza, 1989 y 1998*

Indicadores	1989	1998
Población total (en millones)	8.7	10.6
Porcentaje de Pobres	63.1	56.7
Número de personas bajo la línea de pobreza (en millones)	5.5	6.0
Distancia media a la línea de la pobreza (en porcentaje de la línea de pobreza)	50.4	45.5
Recursos necesarios para eliminar la pobreza como porcentaje del ingreso de las familias	21.8	15.7
Recursos necesarios para eliminar la pobreza como porcentaje del ingreso de las familias no pobres	27.7	19.3
Ingreso medio de los pobres (en quetzales por persona, por mes)	193.0	212.2
Volumen total de recursos necesarios para extinguir la pobreza en cada año (mil millones de quetzales)	12.9	12.7

Fuente: GUATEMALA. *La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano 2000*. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Cuadro 3.1, Pag. 43. * NOTAS: Se utilizó el ingreso del trabajo sumado a otros ingresos. La línea de pobreza utilizada fue la de 1999 (Q 389.30 por persona, por mes).

pobreza golpea más duramente a la población indígena (74.2% de pobreza contra el 40.9% de los no indígenas), y en el área rural el porcentaje de pobres (75.6%) casi triplica el del área urbana (28.8%)¹¹. La tasa oficial de desempleo abierto pasó de 3.7% en 1995 a 5.6% en 1998¹². Sin embargo, para 1995 estimaciones no oficiales indican que el desempleo ascendió a 44%, evidenciando las limitaciones que el sistema productivo tiene para absorber la mano de obra disponible. El 65% de las mujeres no trabaja actualmente y la mayor parte no ha trabajado en los últimos doce meses. Entre las mujeres que trabajan (35% del total) la mayoría lo hace de manera regular cinco días a la semana. De ellas, un 33% labora para un familiar en forma remunerada, pero cuando carecen de escolaridad, aunque trabajen con familiares, un 6% no recibe remuneración económica por el trabajo realizado¹³.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización General

Para el conjunto del sistema. El sistema nacional de salud está conformado por tres grandes subsectores, tradicionalmente poco articulados entre sí, pero que actualmente están conformando nuevas redes de relaciones en el marco de la reforma sectorial. Ninguno de estos sistemas es hegemónico en términos de cobertura o recursos financieros. El *subsector público* incluye al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Ministerio de Salud) y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). El *subsector privado* se divide en lucrativo y no lucrativo. El primero incluye médicos, hospitales, sanatorios, laboratorios clínicos y farmacias; y el sector no-lucrativo a las ONGs. Históricamente ha existido una tendencia a la segmentación de la población

por su capacidad de pago o su inserción en el proceso productivo; por ejemplo, los pobres e indigentes son atendidos por el Ministerio de Salud, los asalariados de las áreas urbanas por el IGSS, y la población de mayores recursos por el sector privado. Igualmente, existe duplicación de servicios y, con frecuencia, doble o triple cotización. En tal sentido, un paciente puede recurrir durante el curso de su enfermedad a un puesto del Ministerio, a un laboratorio privado y finalmente puede ser intervenido quirúrgicamente en el seguro social. Una experiencia piloto en el departamento de Escuintla de atención coordinada a la población abierta por parte de los dos proveedores públicos (Ministerio de Salud y Seguro Social) ha perdido impulso y parece estar próxima a desaparecer. Con la reforma del sector salud, sin embargo, parece estar emergiendo un modelo donde el Ministerio de Salud Pública fortalece su papel conductor y regulatorio, el IGSS el de intermediación financiera y los proveedores particulares ofertan sus servicios a ambos.

Instituciones públicas. En Guatemala la desconcentración de los servicios públicos se ha realizado mediante la creación de direcciones departamentales adscritas a un Ministerio de línea, con atribuciones de manejo presupuestario bajo el esquema de fondos rotativos. El nuevo gobierno (2000-2004) promueve el traslado de competencias administrativas y operativas a las municipalidades, en especial los servicios de salud y educación. Sin embargo, aún se carece del marco jurídico, metodológico e instrumental para tal descentralización.

El *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social* es la dependencia del poder ejecutivo designada para ejercer la rectoría del sector salud. Es uno de los principales proveedores directos de servicios a población abierta. Desde 1997 está desarrollando el papel de financiador y regulador de servicios básicos de salud, prestados por ONGs a poblaciones que antes carecían de acceso a cuidados de salud. Las unidades administrativas subnacionales se denominan Direcciones Departamentales de Salud. Existe al menos una por departamento, lo que permite algún grado de coordinación con otras dependencias del Estado con similar nivel de descentralización. En cada departamento las Direcciones de Área asumen la responsabilidad de conducir la Red de Servicios de Salud de su jurisdicción, integrada por el hospital y varios Distritos de salud, los cuales están integrados por Centros y Puestos de salud. En el marco del proceso de extensión de cobertura iniciado en 1997 se creó la figura del “Centro de Convergencia Comunitario” que es un espacio físico (en el edificio de la escuela, alcaldía, o un local construido por la comunidad para el efecto) periódicamente visitado por un *médico ambulatorio* para atender la demanda acumulada en la localidad en el transcurso de aproximadamente un mes.

Con la introducción del Sistema Integral de Atención en Salud ha habido un importante incremento en la infraestructura de servicios de salud del país, particularmente de Centros

Comunitarios. Recientemente, el Ministerio de Salud fue reorganizado para adecuar sus unidades a las funciones derivadas del nuevo Código de Salud, de los Acuerdos de Paz y de la Reforma Sectorial. El Reglamento Orgánico del Ministerio ya recoge la nueva estructura..

El *Instituto Guatemalteco de Seguridad Social* es una institución formalmente autónoma financiada por contribuciones obligatorias de trabajadores y patronos basadas en el salario, que cuenta con una red propia de servicios para la provisión de las atenciones. El IGSS cubre a los trabajadores formales afiliados al régimen, principalmente en la capital y la costa sur del país. La cobertura del Programa de Accidentes se extiende a todos los trabajadores formales pero la de los Programas de Enfermedad y Maternidad esta limitada al área metropolitana y a algunos departamentos. La autoridad superior del IGSS es la Junta Directiva que cuenta con representantes de distintos sectores. A pesar de ser una institución autónoma, el Gerente del IGSS es nombrado por el Presidente de la República. El IGSS mantiene una compleja red de instituciones, programas y servicios que pueden diferenciarse de acuerdo a dos fines principales, si son servicios de salud o servicios previsionales. El IGSS cuenta con 24 hospitales, 30 consultorios, 18 puestos de primeros auxilios y 5 salas anexas en Hospitales Nacionales. Seis de los hospitales y diez consultorios se encuentran en el departamento metropolitano de Guatemala. De las camas disponibles, 2,162 se ubican en los hospitales, 198 en consultorios y 87 en salas contratadas a otras entidades de salud, que representan una proporción combinada de 1.4 camas por cada 1,000 derechohabientes. Se cuenta además con 350 clínicas de consulta externa, es decir, una clínica por cada 4,703 derechohabientes. Con el objetivo de ampliar la cobertura de sus servicios, el IGSS contrata servicios de proveedores privados lucrativos para efectuar intervenciones electivas con largas listas de espera y consultas ambulatorias en especialidades médicas.

Actores privados. El *subsector privado* se divide en lucrativo y no lucrativo. El subsector privado lucrativo está conformado por médicos, hospitales y sanatorios en la capital y en las ciudades más importantes del interior. Laboratorios clínicos y farmacias complementan la red privada. El subsector privado no lucrativo está integrado por Organizaciones no Gubernamentales (ONGs). De las casi 1,100 ONGs en Guatemala, el 82% son nacionales y de éstas, el 18% desarrollan acciones de salud. Las ONGs de salud desarrollan principalmente acciones de salud preventiva (80%) y la prestación de servicios clínicos es menos frecuente (20%). Apenas el 5% tiene cobertura nacional siendo el departamento de Guatemala el que cuenta con mayor presencia de ONGs en salud. Le siguen los departamentos de Sololá, Chimaltenango, Alta Verapaz, Quiché, Totonicapán, San Marcos y Chimaltenango, todos ellos con alta concentración de población indígena y rural. Las ONGs constituyen un importante aliado en la extensión de cobertura de

servicios básicos de primer nivel, con financiamiento público del Ministerio de Salud. No existe en el país un sistema privado de seguros de salud fuertemente desarrollado. Este representa menos del 1% del gasto privado de los hogares¹⁴. El gasto privado en salud se direcciona directamente a los proveedores de servicios. El grupo de mayores ingresos se orienta preferentemente a clínicas y hospitales privados y el de menores ingresos preferentemente a farmacias. El siguiente cuadro presenta las relaciones entre los distintos subsistemas descritos, alrededor de algunas funciones de la salud pública.

Relaciones entre los subsistemas de atención por las funciones que realizan

Función	Componentes de la función	Institución que la realiza
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Impuestos generales - Impuestos al Salario - Pago de bolsillo - Cooperación externa 	<ul style="list-style-type: none"> - Gobierno (Ministerio de Finanzas) (27.3%) - Empresas (22%) - Hogares (42.9%) - Instituciones donantes (7.8%)
Aseguramiento	Empleados formales incluidos en la planilla laboral y sus familias (17% de la población total) reciben servicios <i>amplios</i> de salud en caso de accidente, enfermedad común y maternidad. La institución aseguradora cuenta con sus propios establecimientos a donde el afiliado consulta directamente.	<ul style="list-style-type: none"> - IGSS Social es la principal institución aseguradora de los servicios a los que el afiliado tiene derecho y puede reclamar (cobertura 17%) - Los seguros privados cubren a menos del 5% de la población. - El MSPAS no garantiza la provisión de un conjunto de intervenciones ni los usuarios las suelen reclamar como derecho (cobertura estimada 54%)
Provisión	<ul style="list-style-type: none"> - Los agentes financieros mayores poseen redes propias de servicios asistenciales - Desde 1995 ha incrementado paulatinamente el número de proveedores privados que prestan servicios públicamente financiados 	<ul style="list-style-type: none"> - Puestos, Centros de Salud y Hospitales del MSPAS - Dispensarios y hospitales del IGSS - Clínicas, Sanatorios y hospitales privados.
Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> - Al MSPAS se le ha delegado la autoridad de ejercer la rectoría en salud. - En la práctica las funciones de conducción, regulación se ejercen sobre sus propia red de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - MSPAS sobre sus propias instituciones y sobre campos particulares de ámbito nacional como la calidad de medicamentos y alimentos. - El IGSS sobre la propia red de servicios asistenciales. - El Colegio de Médicos sobre la acreditación y habilitación profesional.

2.2 Recursos del Sistema

La falta de información actualizada sobre la situación de la fuerza de trabajo en salud se cuenta entre las más graves carencias que enfrenta la planificación de la salud. No existen investigaciones recientes que permitan conocer la dinámica de la formación y el empleo. Los datos son fragmentarios y se basan en la disponibilidad de personal de las dos entidades mayores del sector público. Sin embargo, entre la fuerza de trabajo en salud es común el pluriempleo, principalmente entre personal con pregrado, que posee un puesto en una de las dos mayores instituciones, y a veces en ambas.

En el Ministerio de Salud la dotación de recurso humano por disciplinas de salud, durante 1998, continuó presentando un alto grado de concentración en ámbitos hospitalarios, mientras que las áreas de salud que administran centros y puestos tuvieron menos recursos y recursos de menor formación. Con la introducción del Sistema Integral de Atención en Salud se ha producido un reforzamiento del primer nivel de atención, particularmente allí donde se da el primer contacto en las comunidades. No hay mediciones periódicas de la productividad de empleados públicos ni controles estrictos de los horarios laborales de los médicos, lo cual es oportunidad y a la vez consecuencia del pluriempleo.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD

TIPO DE RECURSO	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10,000 habs. (1)	ND	ND	ND	6.56	ND	10.3	ND
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 habs. (2)	ND	ND	ND	1.15	ND	18.4	ND
(*) Razón de odontólogos por 10,000 habs (3)	ND	ND	ND	ND	ND	0.1	ND
(*) Razón de técnicos medios de Laboratorio por 10,000 habs. (4)	ND	ND	ND	ND	ND	0.48	ND
Razón de farmacéuticos por 10,000 habs.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
(*) Razón de radiólogos por 10,000 habs. (5)	ND	ND	ND	ND	ND	0.02	ND
No. de egresados de posgrado en Salud Pública (6)	ND	ND	ND	ND	24	ND	8

Fuente(s): (1) y (2): 19. (3), (4) y (5): MSPAS. Indicadores Básicos 1998 (6) 1997: 19; 1999: Fac. CC MM. Maestría de Salud Pública
Nota: Datos sólo del Sector Público. Para 1998 el total de enfermeras incluye 3823 graduadas y 16,075 auxiliares. Los egresados de postgrado corresponden a la Maestría de la Fac. CC. MM de USAC. (*) datos solamente del MSPAS.

RECURSOS HUMANOS, MSPAS (1998) E IGSS (1999)

Institucion	Tipo de Recurso					
	Medicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Otros trabajadores	Personal Administrativo	Servicios generales
MSPAS	1,764 ⁽¹⁾	1,216 ⁽¹⁾	6,368 ⁽¹⁾	2,759 ⁽²⁾	1,585 ⁽²⁾	3,125 ⁽²⁾
IGSS	1,421	678	2,408	602	2,791	1,902

Fuentes: (1) Departamento de Recursos Humanos, del IGSS. Datos a Septiembre de 1999. Dirección de Recursos Humanos del MSPAS, Datos a diciembre de 1998. (2) MSPAS. Memoria Vigilancia Epidemiológica, 1999.

Medicamentos y otros Productos Sanitarios

En 1990 el mercado de genéricos no superaba el 5%¹⁵ y en 1998 no era superior al 8%.¹⁶ Desde 1987 no existe una política de control de precios de medicamentos en el país. Se tienen establecidos márgenes de ganancias del laboratorio al distribuidor (20%) y del distribuidor al consumidor final (30%). El Plan Nacional de Salud 2000-2004 contiene una política explícita de acceso a medicamentos esenciales para mejorar la accesibilidad física y financiera de la población a estos medicamentos así como para fortalecer y/o crear botiquines rurales en las comunidades.

La creación del Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM) ha permitido que las ventas sociales y los botíquines rurales adquieran medicamentos a precios de mercado abierto mediante lo que se obtienen economías de escala.¹⁷ Esto ha mejorado la accesibilidad a medicamentos esenciales en las comunidades más postergadas¹⁸.

INDICADOR	1991	1994	1995	1998	1999
Número de productos farmacéuticos comercializados	4,364	9,258	10,000	ND	9,945
Porcentaje de medicamentos de marca	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de medicamentos genéricos	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto total en medicamentos a precio de venta al público (millones US\$)	100	143.7	159	142.9	147
Gasto per cápita en medicamentos a precio de venta al público (US\$)	10.57	13.9	15.9	13.23	13
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje del gasto ejecutado por el MS destinado a medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND

Fuentes: Años 91 a 98: 20 y 21. 1999: OPS. Informe preliminar de Condiciones de Salud en las Américas/2002. Datos del Depto. De Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines del MSPAS indican que durante 1999 el número de medicamentos registrados fue de 18,500; de los cuales el 75% son productos de marca y el 25% genéricos.

El listado básico de medicamentos del IGSS sirve de base para elaborar el contrato abierto de medicamentos. Su aplicación es obligatoria para el Ministerio de Salud, el IGSS y el Ministerio de Finanzas (como ente regulador de las compras y contrataciones del Estado). Los medicamentos suelen ser dispensados de acuerdo al criterio del prescriptor. Recientemente, tanto el IGSS como el Ministerio de Salud comenzaron a desarrollar protocolos estandarizados para las afecciones de mayor prevalencia. Los únicos protocolos que se aplican de forma generalizada son los dirigidos a las condiciones y patologías incluidas en Conjunto de Servicios Mínimos provisto por el SIAS. El Acuerdo Gubernativo 712-99, Reglamento para el Control Sanitario de los Productos Farmacéuticos y Afines, establece la presencia de un farmacéutico/a en hospitales de más de 20 camas y su responsabilidad como director técnico en establecimientos farmacéuticos. Guatemala cuenta con 31 bancos de sangre en instituciones del Ministerio de Salud. El número de donaciones en el 2000 fue de 25,482 (un promedio de 822 por banco). Virtualmente el 100% de las donaciones son tamizadas para VIH, hepatitis B, sífilis y tripanosoma cruzi¹⁹.

Equipamiento y Tecnologías

Las entidades del sector público de salud carecen de inventarios actualizados del equipo médico y no médico y de su distribución por centros de atención de diferente nivel. Se desconoce tanto el estado actual de los equipos como sus necesidades de mantenimiento preventivo y reparativo. No se siguen procedimientos de asignación de responsabilidad por los equipos, lo que repercute en abandono y pérdidas. Esta situación afecta a los equipos antiguos y a las nuevas adquisiciones, las cuales corren riesgo por no existir un sistema adecuado de información sobre equipo y mobiliario.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR SALUD, 1999

SUBSECTOR	TIPO DE RECURSO			
	Camas Censables	Laboratorios Clínicos	Bancos De Sangre	Equipo De Radiodiagnóstico
Publico		ND	ND	ND
MSPAS	5932	ND	31	ND
IGSS	2611*	19	6	35
<i>Subtotal</i>	7981	ND	ND	ND
Privado	ND	382	ND	ND
TOTAL		405	37	35

Fuente: IGSS: Depto. Actuarial y Estadístico. *En lo que respecta a encamamiento, algunos de estos servicios son contratados en hospitales nacionales o privados de la localidad.

2.3 Funciones del Sistema de Salud

Rectoría. El Código de Salud Vigente (aprobado en Noviembre 1997) establece que el MSPAS tiene a su cargo la rectoría del sector salud, entendida ésta como la “conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional... para cumplir con las funciones anteriores tendrá las más amplias facultades para ejercer todos los actos y dictar todas las medidas que conforme las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio competen al ejercicio de su función”. En esa línea de acción se integró, mediante Acuerdo Gubernativo, el Consejo Nacional de Salud como una instancia que asesora al Despacho Ministerial en aspectos vinculados a la coordinación interinstitucional, la formulación del Plan Nacional de Salud, y la ejecución y evaluación de acciones en ese ámbito.

El Ministerio de Salud es el responsable de ejercer la regulación y autoridad sanitaria, pero su capacidad de injerencia sobre otros actores es limitada. El nuevo Código de Salud define las funciones que competen al Ministerio en el ámbito de la salud pública y la nueva estructura organizativa incluye una Dirección General de regulación sobre los programas de atención a las personas, el medio ambiente, productos farmacéuticos y similares, establecimientos de salud y control de alimentos. En la actualidad la injerencia es más efectiva en el registro y control de medicamentos y alimentos.²⁰

En el año 2001 la autoridad de Guatemala evaluó las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y

capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.²¹

El Ministerio de Salud ejerce supervisión y control solamente sobre el financiamiento que le es asignado. No ejerce control sobre los recursos públicos asignados a otras instituciones. No hay supervisión de entes privados ni control de su financiamiento. No hay tampoco una regulación por parte del ente rector del aseguramiento del IGSS o de entidades privadas. El control del uso de los recursos financieros del Ministerio de Salud se ejerce mediante Auditoría Interna y Externa. La primera está a cargo de auditores propios del Ministerio, y la segunda corresponde a la Contraloría General de Cuentas de la Nación y, en ocasiones, a auditores designados por Agencias de Cooperación. No hay supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de los proveedores privados. La excepción son las proveedoras de servicios de salud (PSS) que tienen convenio con el Ministerio de Salud en el marco de la extensión de cobertura del primer nivel de atención.

No existen programas intersectoriales bien desarrollados. La coordinación es mayor con otros proveedores de servicios públicos y privados, con los que más bien se han desarrollado relaciones comerciales. El Ministerio de Salud y el IGSS firmaron el 8 de junio de 1999 un Convenio de Atención Primaria en Salud para el Departamento de Escuintla a través del SIAS. Esto ha permitido la atención a población abierta en el primer nivel sin que el usuario tenga que demostrar su afiliación institucional.

Existen datos sobre situación de salud, producción de servicios y financiamiento del propio Ministerio de Salud en 28 formularios que alimentan el sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). Este sistema incluye módulos de Estadísticas de Salud, Recursos Humanos, Suministros, Financiero y de Activo Fijo. Actualmente se encuentra en proceso de rediseño. No hay un sistema de información para el ejercicio de rectoría, que informe sobre la intervención de otras instituciones y agencias del sector.

Existe una Dirección de Recursos Humanos y asesores específicos, pero no se cuenta con una política aprobada de recursos humanos. La administración de recursos humanos es centralizada, aunque las direcciones departamentales de salud están en proceso de establecer sus propios departamentos de recursos humanos. Las funciones del departamento son fundamentalmente administrativas. La tarea de planeación prospectiva de los procesos de formación, capacitación y reclutamiento no se efectúan de forma sistemática. El Colegio de Médicos acredita a los profesionales egresados de la universidad nacional y privadas. No existe un proceso previo de

acreditación o validación del programa de estudios. De igual manera, no existe un proceso de acreditación de las escuelas privadas de enfermería.

Tradicionalmente no ha existido un sistema de acreditación formal de establecimientos de salud; solamente existía un departamento de inscripción de los establecimientos. Para cumplir las estipulaciones del nuevo Código de Salud, el Ministerio de Salud estableció una Dirección General de regulación, vigilancia y control de la salud, dentro de la cual se estableció un departamento de acreditación, regulación y control de establecimientos de salud. Sin embargo, está en proceso de consolidación institucional.

Actualmente, se están definiendo protocolos para la práctica clínica tanto en el Ministerio de Salud como en el IGSS. Ambas instituciones acordaron la emisión de normas de atención en el campo materno infantil. Los únicos protocolos vigentes y en uso son los elaborados para el Conjunto Mínimo de Atenciones que fundamenta la extensión de cobertura en el primer nivel de atención. No existe un mecanismo sistemático para la evaluación de tecnologías que se incorporan al sector salud público o privado, ni instancias públicas o privadas dedicadas a ello.

Financiamiento y Gasto

Existen estadísticas confiables y actualizadas sobre financiamiento y gasto de las instituciones públicas de salud. No existe tradición de efectuar la contabilidad periódica del gasto privado. El Ministerio de Salud con apoyo de PHR/USAID está intentando establecer un sistema de Cuentas Nacionales en Salud para registrar estos datos de forma continua²⁴ utilizando las encuestas de ingreso y gasto de los hogares, y se han publicado ya dos estudios: el primero cubre el período 1995-1997 y el segundo cubre 1998. Actualmente, la Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud está preparando el informe para el período 1999-2000.

GASTO EN SALUD POR ENTIDAD Y SECTOR, 1990 – 1998

INDICADOR	1990	1995	1996	1997	1998
PIB Per Capita (USD Corrientes)	826,00	1466,71	1528,15	1690,45	1794,11
Gasto Público como % PIB	10,22	9,19	9,15	10,58	12,44
Gasto MSPAS (USD corrientes)	73.953.725	102.835.171	92.901.301	122.478.429	123.975.509
Gasto MSPAS % PIB	0,93	0,70	0,59	0,69	0,64
Gasto MSPA% gasto Gob.	9,08	7,65	6,49	6,51	5,14
Gasto IGSS (USD corrientes)	63.845.600	153.300.000	101.646.536	125.100.041	177.507.809
Gasto IGSS % PIB	0,80	1,05	0,65	0,70	0,92
Gasto privado (USD corrientes)	127.691.200	132.953.985	141.807.344	162.048.383	517.969.370
Gasto privado % PIB	1,60	0,91	0,91	0,91	2,67
Gasto nacional en salud % PIB	3,32	2,66	2,15	2,30	4,23
Gasto nacional salud per/capita (USD)	28,87	39,00	32,83	38,93	75,88

Fuente: Elaboración en base a estudios de cuentas nacionales en salud; MSPAS 1999 y 2000

El Instituto Nacional de Estadística realizó una encuesta nacional de ingresos y gastos familiares (ENIGFAM) a unos 8 mil hogares en 1998-1999. Según ella, el gasto en salud alcanzó un valor mensual de USD 45 millones. Su peso sobre el ingreso mensual de los hogares fue, en promedio de 6.4%. El valor anualizado del gasto en salud ascendió a USD 630 millones lo cual equivale a 3.5% del PIB. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares (ENIGFAM) indica que el destino mayoritario del gasto de hogares es hacia el IGSS por medio de deducciones de la planilla laboral (39%). El 53% de este gasto se realiza en la ciudad capital de Guatemala y el 74% corresponde a familias no indígenas. Le sigue en importancia el gasto en productos médicos y farmacéuticos (32%), que debido a la práctica de automedicación presenta un patrón de distribución más homogéneo en el país y por grupo de ingreso.

Los seguros privados de enfermedad y maternidad representan apenas el 0.36% del gasto en salud de los hogares, gasto que se concentra en la ciudad capital (98.4%) y en grupos no indígenas (98.5%)²². No existe financiamiento público del aseguramiento privado.

El gasto en salud presenta una asociación estrecha con el nivel de ingresos. El decil de hogares con más altos ingresos es responsable del 30% del gasto en salud. Este grupo ejerce casi la totalidad del gasto en seguros privados, el 42% del gasto en aparatos, el 39% del gasto en servicios hospitalarios y el 38% de los gastos ambulatorios. Existen patrones de gasto diferentes entre la población de mayores y menores ingresos. La población de menores ingresos recurre principalmente en la automedicación, lo que se refleja en un 40% del gasto destinado a productos médicos y farmacéuticos. También es importante el gasto en seguridad social, aunque el 40% de las familias con menores ingresos únicamente aporta el 6% del gasto total destinado al IGSS. En cambio, el decil de más altos ingresos contribuye al 30% de ingresos del IGSS y más del 90% del gasto en seguros privados.²³ En cuanto al financiamiento externo, datos de SEGEPLAN indican que durante el último quinquenio el monto desembolsado de la cooperación técnica y financiera al país alcanzó USD 1,600 millones; de los cuales el 55.3% fue reembolsable y el 44.7% no reembolsable. Más del 59% de esos recursos se destinaron para apoyar el proceso de paz y el resto se destinó a otros programas y a la reconstrucción tras el Huracán MITCH.

Aseguramiento sanitario

El aseguramiento privado todavía está poco desarrollado. No hay datos recientes sobre número de asegurados pero según la Superintendencia de Bancos, crece a un ritmo de 14% anual y ocupa el 4% del gasto nacional de salud. La información que proporciona el IGSS sobre su población afiliada es confiable y actualizada. El Ministerio de Salud no cuenta con una población cautiva que se perciba vinculada a un régimen de aseguramiento. No hay compromisos de servicios

universalmente garantizados y la población tampoco los exige. En el IGSS, que si cuenta con derechohabientes que cotizan a través de impuestos al salario, hay más claridad sobre los servicios que está obligado a proveer y los afiliados y patrones los demandan.

El porcentaje de población sin cobertura se estima en un 18.8 %. El grueso de esta población sin acceso son indigentes residentes en el área rural y su cobertura es responsabilidad del Ministerio de Salud. El Sistema Integrado de Atención en Salud -SIAS- pretende la provisión de un paquete básico de servicios de salud a grupos que hasta ahora no cuentan con ellos.

El IGSS cuenta con diferentes regímenes de aseguramiento. Toda la población asegurada está cubierta por el programa de accidentes. En la ciudad capital y algunos departamentos los asegurados están cubiertos, además, por los programas de enfermedad común y maternidad.

De 1996 hasta inicios del 2000 se habían suscrito convenios con ONGs para proveer un paquete básico de atenciones a 4.5 millones de habitantes que antes no contaban con acceso a los servicios de salud. De haberse implementado estos convenios, se habría alcanzado, virtualmente, un 100% de cobertura. Los convenios implicaban, sin embargo, una serie de compromisos secuenciales que incluyen la capacitación de personal, el levantamiento de censos, la elaboración de mapas y finalmente la entrega progresiva de los servicios incluidos en el llamado “Conjunto de Servicios Básicos”. Hasta finales de 1999, la mayor parte de ONGs bajo convenio aún no estaban entregando prestaciones de salud. Con el inicio del nuevo Gobierno, muchos de los contratos ya suscritos fueron revisados y algunos rescindidos por lo que a finales del año 2000 se ha cubierto aproximadamente 3.5 millones de habitantes.

2.4. Provisión de Servicios

El Ministerio de Salud es el encargado de proveer servicios de salud poblacional. Este desarrolla programas de promoción de la salud y protección contra riesgos, programas radiales y televisivos para la prevención del SIDA, dengue o enfermedades prevenibles por vacunación. Los resultados no han sido evaluados. El Plan Operativo del Departamento de Promoción y Educación en Salud (MSPAS) para el año 2000, incluye entre sus líneas de acción la divulgación de prácticas positivas para la salud y la vida, así como orientación para el uso de la red de servicios.

De igual manera, el *paquete de servicios* de extensión de cobertura ha sido diseñado específicamente para la población que antes no recibía atenciones de salud pública y que el Ministerio intenta incorporar con el modelo propuesto en el primer nivel. Este conjunto de servicios constituye más una *propuesta* del oferente que una *demand*a de la población. El conjunto de servicios para 1998, comprendía: a) servicios básicos, donde se incluyen: atención a la mujer embarazada (control prenatal, aplicación toxoide tetánico, entrega de micronutrientes, atención del parto limpio, puerperio e interconcepcional); atención del infante y el preescolar

(vacunación, control del IRA, control diarrea/colera, evaluación y atención nutricional en menores de dos años); atención a la demanda de emergencias y morbilidad (atención de diarrea/colera, IRA, dengue/malaria, tuberculosis, rabia y ETS/SIDA) y la atención del medio (Control de vectores, control de zoonosis, disposición sanitaria de excretas y basuras, control de la calidad del agua.); b) los servicios ampliados, comprenden atención a la mujer en edad fértil (detección precoz del cáncer y planificación familiar), atención infantil y preescolar (evaluación y atención nutricional de menores de 5 años) y atención de emergencias y morbilidad (según demanda local). Existen programas de detección temprana del cáncer de cervix. El Ministerio de Salud, el IGSS, la Asociación Pro Bienestar de la Familia y la Liga Contra el Cáncer efectúan programas continuos. La cobertura es difícil de estimar. No se han evaluado los resultados. Durante 1999, APROFAM utilizó medios masivos y alternativos en castellano y en 5 idiomas mayas para transmitir mensajes de importancia de la atención prenatal, planificación familiar, prevención de cancer uterino/mama y VIH/SIDA y sobre oferta de servicios

La información proporcionada por el sistema de información es fiable pero poco utilizada para la gerencia y administración. La consolidación y el análisis no suelen efectuarse en el nivel local. La traducción de los datos en información útil para la gerencia no está próxima al lugar de toma de decisiones. Sin embargo, en algunos servicios de Distrito y en las Direcciones de Area de Salud se procesan los datos en tablas y gráficos para su análisis por el equipo de salud en la denominada Sala Situacional. Este proceso está regulado por el Sistema de Información Gerencial –SIGSA–, pero no se conoce con exactitud cuántos servicios de salud operan en ese marco.

Con el deterioro de los servicios públicos, hubo mayor uso de los servicios privados en el área urbana y rural. Alrededor de 1990, el 32.5% de las personas extremadamente pobres consultaban clínicas privadas, mientras que entre los no pobres la proporción era de 51%.

El primer contacto de la población con el sistema asistencial suele efectuarse en un puesto de salud atendido por una enfermera auxiliar. Estos servicios no cuentan con sistema de cómputo.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, 1997-1998

SERVICIOS	MSPAS	IGSS*	Tasa por 1000/h
Consultas y controles por profesional médico	958114	2,161,641	165
Consultas y controles por profesional no médico	ND	ND	ND
Consultas y controles por odontólogo	ND	187,281	ND
Consultas de urgencia	601174	641,824	100
Exámenes de laboratorio	1331253	6,218,829**	278

Fuente: OPS: "Estudio sobre la Red de Servicios Públicos de Salud en Belice, El Salvador, Guatemala y Honduras" (mimeo). Agosto, 1997. Notas: *1997; ** 1998

Las cinco causas mas frecuentes de consulta para 1998 fueron la infección respiratoria aguda (19.6%), el parasitismo intestinal (9.6%), la enfermedad diarreica (7.9%), las neumonias y bronconeumonias (5.7%), las dermatosis (3.2%) y el resto de causas (53.8%).

Existen modalidades de vista domiciliaria por personal entrenado. El SIAS contempla visitas domiciliarias cada dos meses a cargo del promotor de salud que controla las existencias de sueros, da tratamiento contra la tuberculosis y realiza promoción y educación en salud.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS MSPAS, 2000

INDICADOR	
No. total de egresos	312,223
Índice ocupacional	77%
Promedio días de estadía	51

Fuente: WINSIG oficina de control de gastos y producción hospitalaria UPS3 MSPAS, 2,000.

La mayor parte de las instituciones publicas hospitalarias y en particular el IGSS enfrentan problemas con el tiempo de demora en atención de pacientes y en el sistema de citas para la atención de pacientes. Como alternativa se plantea la externalizacion de los servicios a través de la compra de los mismos a agentes privados. La cobertura en servicios para el segundo nivel mantiene los porcentajes referidos para el sistema en su conjunto. La distribución de recursos físicos por nivel asistencial da una idea de la cobertura de las dos instituciones del sector público.

Calidad.

Los programas de calidad de los hospitales, a pesar de haber sido instituidos, no se encuentran funcionando. No existen comités de ética. El porcentaje de cesáreas sobre el total de partos es del 25%. No se encuentra disponible el dato del índice de necropsias o de muertes auditadas. El 90% de los establecimientos tienen comités de infecciones nosocomiales pero no existe un índice consolidado de las infecciones.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS SECTORIALES

3.1. Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica. En Guatemala existieron iniciativas innovadoras de transformación de los servicios de salud que no fueron llamadas “Reforma”. Por ejemplo, en 1989 el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) inició un programa de extensión de cobertura a la Costa Sur, fundamentado en la atención primaria y en el trabajo conjunto con ONGs y empresas privadas. Propiamente la reforma sectorial se inició en 1996 con el denominado “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud” financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y ejecutado por el Ministerio de Salud. Las condiciones para los desembolsos fueron diseñados por técnicos del BID y negociadas luego con las autoridades de salud del país. Entre

otras se incluyen las siguientes²⁴: a) las políticas macroeconómicas deberán ser congruentes con los objetivos del Programa, b) el establecimiento de mecanismos de coordinación sectoriales por medio de la emisión de un proyecto denominado, “Ley de Coordinación del Sector Salud”, c) la reorganización y descentralización administrativa y financiera del Ministerio de Salud, d) la racionalización del personal y el mejoramiento de los sistemas gerenciales, e) el aumento de los recursos públicos asignados al Ministerio de Salud para asegurar la sustentabilidad financiera del proceso de extensión de cobertura, f) la reorientación de los recursos públicos a los servicios básicos, g) el desarrollo de cambios legales e institucionales que faciliten la participación del sector privado en el financiamiento, administración y provisión de servicios de salud, h) el desarrollo de programas de recuperación de costos y la formación de patronatos, i) el desarrollo de un nuevo modelo de atención de salud fundamentado en la descentralización, la dotación de un paquete mínimo de atenciones y la participación comunitaria. La negociación inicial del préstamo del BID y del contenido de la reforma fue un proceso en el que participaron el Ministerio de Finanzas Públicas, el Ministerio de Salud y funcionarios del BID. No hubo una consulta poblacional amplia de la propuesta. Los trabajadores del Ministerio de Salud, en cambio, sí participaron en etapas críticas del proceso, como en los talleres que fueron realizados para el diseño del modelo de extensión de cobertura. Las condiciones del préstamo fueron predefinidas, pero a partir de ese momento, las autoridades sanitarias han ejercido un papel de liderazgo en el proceso de negociación de los objetivos y contenidos de la Reforma Sectorial.

En la actualidad existe una agenda para la reforma del sector que sigue las orientaciones del convenio del empréstito suscrito. Sus objetivos son: a) extender la cobertura de los servicios de salud, focalizándolos en poblaciones que no tienen acceso e incrementando la capacidad resolutoria de los servicios; b) aumentar el nivel de gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento; c) reorientar la asignación de los recursos públicos con criterios de equidad y eficiencia; d) generar una respuesta social organizada para la movilización y fiscalización de los recursos públicos²⁵. En el diseño original de la propuesta participaron técnicos y funcionarios del Ministerio de Salud. Se conformó una unidad ejecutora con personal no perteneciente al Ministerio de Salud. Se contrató además a un consultor internacional que diseñó el proceso de extensión de cobertura. Éste fue modificado con la participación de técnicos de distintos niveles del MSPAS dando pie a la creación del Sistema Integral en Salud (SIAS).

Más que un Plan de Acción, existen lineamientos políticos, estratégicos y programáticos para la reforma. El inicio de las acciones propuestas ha sufrido distintos retrasos por lo que la Reforma Sectorial apenas se encuentra en su fase de implementación inicial, siendo los componentes de

reforma financiera y extensión de cobertura los más avanzados. Estos no han tenido, sin embargo, la oportunidad de demostrar impacto en la situación de salud de la población. Una de las modificaciones más importantes en las estrategias originalmente planteadas fue la inclusión del IGSS en las iniciativas de extensión de cobertura a trabajadores informales.

Por la corta evolución del proceso no se han efectuado evaluaciones del proceso de reforma. En todo caso, no fueron predefinidos criterios de evaluación, ni existen planes para realizarla.

A principios de 2001 estaba por concluir la primera fase del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, responsable de la ejecución de los compromisos incluidos en el préstamo sectorial. El mayor logro de esta fase fue el diseño e implementación inicial de un modelo de extensión de servicios de salud a través de la contratación de Organizaciones no Gubernamentales. Hasta inicios de 2001 habían alrededor de 80 contratos suscritos que cubrían 3.2 millones habitantes²⁶. El impacto de esta extensión de cobertura no ha sido evaluado.

A mediados de 2001 se iniciaron gestiones para el inicio de una segunda fase del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, igualmente financiada por el BID. Esta contempla el fortalecimiento del segundo y tercer nivel de atención y la participación del IGSS en una entrega armonizada de servicios de salud por parte de los proveedores públicos.

Seguimiento de los Contenidos

Marco Jurídico. En 1997 se emitió un nuevo Código de Salud, actualizando varias disposiciones y reforzando el papel rector del Ministerio de Salud. Los artículos más polémicos hacían referencia a la posibilidad de recuperar costos en los servicios públicos y abrir la provisión de los servicios públicos a agentes privados. Precisamente estas modificaciones al Código de Salud respondían a las demandas impuestas por la reforma sectorial. La equidad se define en el código como: a) la obligación del Ministerio de Salud de proveer servicios gratuitos a quienes carezcan de medios para costear toda o parte de la atención médica; b) la orientación prioritaria del Ministerio de Salud hacia la atención de la población carente de acceso a servicios. Los cambios en el Código de Salud no hacen referencia a la garantía de otros derechos que son responsabilidad de otros sectores como educación o trabajo.

Derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento. No hay forma de garantizar el derecho a los cuidados de salud. Las canastas básicas no son explícitas, los servicios no siempre cuentan con la capacidad resolutoria para ofertarlas y los usuarios no las demandan porque no tienen conciencia de su derecho. Se están introduciendo programas específicos de extensión de cobertura. El Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) pretende proveer un plan básico de servicios de salud, diseñado por técnicos del Ministerio de Salud a poblaciones que nunca antes había recibido atenciones públicas de salud. Estos grupos postergados son, en su mayoría, indígenas residentes

en las áreas rurales del norte y occidente del país. Esta es también la población que exhibe los mayores índices de pobreza y más precarios indicadores de salud. El Sistema descansa en la participación de ONGs y empresas privadas en la provisión de los servicios y se encuentra en fase de evaluación y rediseño. La extensión de cobertura, que ha sido el eje central de la reforma del sector salud del país, ha sido apoyada por otros componentes que han tenido resultados positivos, particularmente las reformas financieras que permitieron un manejo más ágil, transparente y descentralizado de los recursos financieros. Las nuevas modalidades de contratación y pago a los proveedores de medicamentos, por ejemplo, permitieron ahorros que financiaron la misma extensión de cobertura, en los primeros años de implementación.

Sin embargo, en los últimos dos años (2000 – 2001) se ha desacelerado el ritmo de incremento del proceso de extensión de cobertura. Entre los factores que b explican se encuentran: a) un modelo de entrega de servicios orientado por el oferente que no creó las bases para una demanda organizada e informada que sostuviera el modelo mientras la nueva administración de gobierno ajustaba sus cuadros técnicos; b) h dependencia de técnicos nacionales y extranjeros que no forman parte de la estructura orgánica del Ministerio de Salud y que, por las mismas razones, no institucionalizaron el proceso; c) un flujo de recursos financieros poco predecible, los importantes ahorros derivados de una compra más eficiente de medicamentos, por ejemplo, resultaban extraordinarios y no era predecible que financiaran más que las etapas iniciales e inversiones de corto plazo; d) mecanismos de control y evaluación laxos hacia las ONGs contratadas en el período 1995–1999, por lo que evaluaciones recientes han llevado a la interrupción de contratos con varios proveedores; e) disminución de los recursos financieros del estado para sostener el incremento de cobertura. En tal sentido, la extensión de cobertura ha alcanzado a poblaciones relativamente “urbanizadas”. Los costos para cubrir a poblaciones más postergadas y dispersas son mayores²⁷.

Rectoría. El Ministerio de Salud ha iniciado un ejercicio de reflexión sobre su papel como institución rectora. En el marco de la RESSCAD ha solicitado apoyo continuo para esta actividad a la OPS/OMS. Dentro de los cambios estructurales en la dirección del Ministerio de Salud, para mejorar el ejercicio de su función rectora, se creó la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, la cual cubre aspectos internos al Ministerio de Salud (como la normalización de programas de atención a las personas y el Laboratorio Nacional de Salud, para la vigilancia) y regulación de agentes externos (alimentos, productos farmacéuticos y similares, establecimientos de salud, programas de salud y ambiente). Se está mejorando la producción del

sistema de información en salud. Sus informes, sin embargo, aún son insuficientes para tomar decisiones y asignar recursos en los distintos niveles.

La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en Guatemala reveló que la función de *Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública* y la función de *Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud* obtuvieron los resultados más altos. Presentaron resultados mínimos de desempeño las funciones relativas a *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*, e *Investigación en Salud Pública*.²⁸

Tanto en el Ministerio de Salud como en el IGSS existe la tendencia a aumentar la participación privada en la provisión de los servicios financiados con recursos públicos. El Ministerio de Salud está estableciendo contratos con ONGs para la provisión de servicios en el área rural y el IGSS está contratando proveedores privados para la prestación de algunas atenciones como partos, prostatectomías, atención oftalmológica. Las dos instituciones continúan asumiendo directamente y de forma simultánea las tareas de financiamiento, provisión y regulación de los servicios.

En el marco del SIAS se están transfiriendo responsabilidades y recursos, en modalidades más desconcentradas, a las Direcciones de Área de Salud. Con creciente frecuencia las Áreas de Salud donde el SIAS se está implementando establecen convenios con ONGs locales para la provisión de servicios. El convenio es el instrumento jurídico por el cual esta relación se fija y regula.

Con la reforma de la administración financiera existe más autonomía para la formulación y ejecución del presupuesto asignado a nivel local. Las acciones de administración de los recursos humanos, como el nombramiento y remoción de personal siguen aún centralizadas.

Participación y control social. La participación social es expresamente un objetivo de la reforma sectorial. Los mecanismos para facilitar esta participación y control social, sin embargo, son aún débiles. En buena medida el SIAS descansa en el apoyo de voluntarios de salud pertenecientes a las mismas comunidades donde el sistema se desarrolla. Estos constituyen el primer contacto entre la comunidad y el sistema de servicios de salud. Aunque se ha establecido la necesidad de que exista una contraparte organizativa de la comunidad, las que existen generalmente no son organizaciones comunitarias formales y legalmente constituidas, ni específicamente vinculadas a la promoción y cuidado de la salud. La Instancia Nacional de Salud, de reciente formación, aglutina a varias ONGs y grupos comunitarios organizados con el propósito de impulsar un modelo de salud originado en las necesidades de la población y que respete sus valores culturales.

Financiamiento y gasto. Los sistemas de información financiera permiten agregar la contabilidad de las instituciones públicas (Ministerio de Salud e IGSS). Esto no ocurre de forma periódica y sistemática y para dar cuenta del gasto público en salud deben realizarse estudios *ad hoc*.

Recientemente se han efectuado en el país dos estudios consecutivos de Cuentas Nacionales en Salud que cubren el período 1997-1999. Esto ha permitido identificar con algún grado de precisión los flujos de financiamiento y gasto del sector. El gasto privado (de bolsillo) sólo puede ser inferido por encuestas de ingresos y gasto de hogares (la última publicada en 2000). Recientemente se ha estimado el gasto en salud de las ONG²⁹, con la limitante que estas organizaciones no suelen dedicarse exclusivamente a la prestación de atenciones de salud. Por ello, el gasto en salud por unidad territorial no incluye a estos dos últimos subsectores (privado lucrativo y no lucrativo).

Se están introduciendo medidas para modificar: a) la composición del financiamiento, pues se han introducido contribuciones de los usuarios (más propiamente copagos) en algunos servicios públicos, particularmente en aquellos en los que operan *Patronatos* como entes encargado de la recaudación y administración de estos fondos; b) la evolución esperable del gasto público, pues el gasto del Ministerio de Salud ha aumentado aproximadamente en 20% en relación a 1995; c) la distribución del gasto público por agentes gastadores, pues se ha incrementado la participación de las ONG como proveedores de servicios del Ministerio de Salud y de empresas privadas (o profesionales en práctica independiente) como proveedores del IGSS; d) la distribución del gasto público por niveles de atención, pues tras la introducción del SIAS el financiamiento se ha orientado al primer nivel de atención; e) la distribución del gasto público por componentes, pues la compra a gran escala, al contado y una mejor negociación permitió reducir el gasto en medicamentos y orientar los ahorros, entre otros renglones, al aumento salarial.

Oferta de servicios. Las características principales de la redefinición del modelo de atención son la elaboración explícita de planes básicos de servicios y la contratación de organizaciones privadas para la provisión de los servicios públicamente financiados. En las comunidades donde se cuenta ahora con servicios provistos por el nuevo modelo de extensión de cobertura (SIAS) se han establecido *Centros de Convergencia* que constituyen el espacio físico donde, de forma espontánea o referidos por un *voluntario de salud*, los pacientes de la localidad son atendidos durante las visitas periódicas que efectúa el *médico comunitario*. No se han introducido nuevos procedimientos para la atención clínica. La definición explícita de las intervenciones a ser ofertadas en el primero y segundo nivel de atención afinará el sistema de referencia y contrareferencia. Los resultados no han sido evidentes hasta el momento.

Bajo el nuevo modelo de extensión de cobertura la provisión pública de servicios de salud se está realizando a través de ONGs. Esto ha significado un cambio del agente más que del *paquete* provisto. De la misma forma el IGSS ha contratado proveedores privados en Suchitepéquez. La

oferta de servicios en ambas instituciones no se ha modificado en calidad y cantidad, pero se ha logrado incrementar más ágilmente la cobertura.

La creación del Programa Nacional de Salud Reproductiva por parte del Ministerio de Salud ha dado impulso a un área tradicionalmente desatendida por parte de las instituciones públicas.

Durante la pasada administración de gobierno, el Ministerio de Salud estableció compromisos de gestión las Direcciones de Área del país, el cual descansaba en el aumento de la cobertura y la reducción de la incidencia de algunas enfermedades. No se evaluó la efectividad de esta medida y la práctica ha sido abandonada por la actual administración.

En el Ministerio de Salud la compra de servicios se realiza a través de convenios entre esta institución y una ONG determinada. El costo del plan de servicios por usuario está predefinido, de forma que la transferencia de recursos a la ONG esta en función de la población adscrita³⁰. Por su parte el MSPAS ha iniciado esfuerzos para mejorar su capacidad de regulación y fiscalización de los agentes privados. La nueva administración ha implementado un sistema de evaluación y control de las ONG que ha conducido a la interrupción de varios convenios por incumplimiento.

Modelo de gestión. Los establecimientos públicos no se estén organizado con criterios de autogestión, ni se entrega la gestión de los establecimientos públicos a entes privados. Estas alternativas no han sido seriamente consideradas a la fecha.

Recursos humanos. Los recursos humanos en salud no han sido objeto de desarrollo particular derivado del proceso de reforma sectorial. No han habido modificaciones sustantivas en el proceso de formación, capacitación y acreditación. En el marco del proceso de reforma, sin embargo, se ha incrementado el personal contratado a corto plazo (por servicios profesionales). Por una parte esto permitió implementar ágilmente un complicado modelo de extensión de cobertura, pero por otro, fue la causa de su fragilidad al momento que, con el cambio político, hubo sustitución de los técnicos contratados a corto plazo. Hasta el momento los incentivos económicos no se han vinculado al desempeño. Asimismo no existe un mecanismo que permita prever las demandas futuras de personal y la capacidad de absorción del sector público y privado del recurso humano formado. Posiblemente la creación de la Maestría de Salud Pública en el seno de la Universidad Nacional y de una Universidad privada ha sido el cambio más relevante en el desarrollo de los recursos humanos del país.

Calidad y evaluación de tecnologías en salud. No existen mecanismos o instancias encargados de la acreditación de la calidad de los servicios, sean estos clínico-asistenciales o de formación de personal. De la misma forma, no existen mecanismos de evaluación de la tecnología incorporada en los ámbitos públicos o privados.

3.2. Evaluación de los Resultados

Sobre Equidad: La extensión de cobertura, como pilar de la reforma sectorial, comenzó en Alta Verapaz, el departamento con mayor incidencia de pobreza e indicadores de salud más deteriorados del país. Durante 1997 y 1998 el Ministerio de Salud suscribió 108 convenios con 73 organizaciones para dar atención con servicios básicos a 2.5 millones de personas, distribuidas en 19 departamentos, con énfasis en los de mayor población indígena

POBLACIÓN RURAL CUBIERTA POR EL SIAS (HASTA OCTUBRE DE 1998)

Departamentos	Población cubierta	% de población rural cubierta
75% -100% indígenas	716,374	41.27
50% -74% indígenas	497,477	28.53
25% -49% indígenas	553,170	39.29
0% -24% indígenas	315,703	19.20
Guatemala	165,350	23.39
Todo el país	2.248,074	32.18

Fuente: Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, 1999. Guatemala: El rostro humano del desarrollo rural, edición 1999.

En cobertura: El aumento del gasto del Ministerio de Salud en los dos últimos años ha permitido aumentar la cobertura de un conjunto de servicios mínimos. No obstante, el gasto en salud por usuario efectivamente atendido no ha aumentado significativamente. Es decir, el incremento presupuestario del Ministerio de Salud ha servido más para extender la cobertura que para aumentar la canasta básica de la población que ya contaba con servicios. La tasa de médicos y enfermeras por habitante no se ha modificado significativamente en los últimos 5 años, así como tampoco el número de camas por habitante. En cambio, en varias áreas de salud se han incorporado médicos y paramédicos a la atención de salud en las propias comunidades (ver cuadro en sección de recurso humanos).

En Acceso: El acceso ha sido mejorado, particularmente en aquellas comunidades en las cuales se ha implantado el SIAS. Este sistema no descansa en la creación de nueva infraestructura, sino en el acercamiento de los proveedores a las comunidades y la referencia de los casos que lo ameritan a centros asistenciales *de convergencia*. Por otra parte, el IGSS ha reducido algunas listas de espera quirúrgicas mediante la contratación de proveedores privados.

Por ser la reforma del sector salud un proceso relativamente incipiente, resulta difícil atribuirle los cambios en el acceso o en el uso de los recursos. Sin embargo, en preparación a la ejecución del segundo tramo del préstamo sectorial, están ejecutándose estudios de línea de base contra los cuales se realizarán comparaciones periódicas del avance en temas como el acceso, la cobertura,

la calidad de los servicios y la participación social. La “Línea Basal para la Evaluación de la Extensión de Cobertura con Servicios Básicos de Salud en el Primer Nivel de Atención” reveló un desempeño poco satisfactorio de varias de las ONG contratadas³¹. Entre otras razones se identificaron³²: a) poblaciones reales menores que las declaradas con lo que algunas ONG operaban con superhábit no declarados; b) falta de incentivos para pasar de la etapa de levantamiento de censo y croquis a la de entrega de prestaciones, pues los recursos asignados son los mismos, mientras que los costos de la etapa de provisión de servicios son mayores; c) ausencia de acreditación formal de las ONGs contratadas, careciendo muchas de competencias elementales para la prestación de los servicios.

Efectividad y Calidad

Efectividad. No existen evidencias de que la reforma del sector salud haya influido en la reducción de brechas en mortalidad infantil o materna, recién nacidos con bajo peso al nacer, cáncer cérvico-uterino, HIV, diabetes mellitus o hipertensión arterial. La disponibilidad de medicamentos esenciales ha mejorado en los distintos niveles de atención. Esto ha sido producto de una negociación de mayores volúmenes, el pago al contado a los proveedores, la eliminación de algunos focos de corrupción y el establecimiento de una red de Ventas Sociales de Medicamentos y Botiquines Rurales en las comunidades beneficiadas con el proceso de extensión de cobertura.

Calidad: La calidad técnica y percibida de la provisión de los servicios no han sido hasta ahora uno de los objetivos mayores del proceso de reforma. Las acciones aisladas que se han realizado hasta ahora no forman parte de iniciativas articuladas con el proceso de reforma sectorial.

Eficiencia

Las asignaciones presupuestarias están vinculadas al diseño de programas operativos, con independencia del nivel de gasto del período anterior. El impacto del gasto no suele ser evaluado. No existen evidencias de que la reforma sectorial haya influido directamente en el suministro de agua potable y otros servicios de saneamiento del medio. Por otra parte, la dedicación de recursos al SIAS ha aumentado el gasto en atención primaria como porcentaje del gasto en salud. La reasignación de recursos no ha favorecido directamente las acciones de autocuidado de la salud o la prevención de patologías de alta prevalencia. Igualmente, no existen evidencias de que la reforma haya introducido medidas de rendimiento actualizadas en los servicios de salud. Tampoco pueden atribuirse a la reforma cambios en los indicadores de rendimiento de la producción hospitalaria. La productividad no constituye, hasta ahora, un criterio para la asignación presupuestaria. El ingreso obtenido en los servicios por cobro de atenciones (co-pago)

no es significativo ni constituye un aporte importante para desplegar nuevas acciones por parte de los recaudadores.

Sostenibilidad

La estrategia de extensión de cobertura se encuentra en una etapa de mucha fragilidad. Además de las razones políticas y técnicas descritas deber agregarse la falta de liquidez financiera por parte del estado. En el MSPAS esto se ha traducido en el incumplimiento del pago, durante el primer semestre de 2001, a las ONG contratadas.

Participación y Control Social

La reforma sectorial no ha evaluado la contribución del proceso de extensión de cobertura sobre el grado de participación social y el control social en las funciones del sistema.

* La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 15 profesionales y decisores políticos nacionales representantes de el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Instituto de Fomento Municipal, y la representación en Guatemala de la OPS/OMS. La coordinación técnica del grupo nacional corrió a cargo de la representación en Guatemala de la OPS/OMS. La revisión fue encomendada a la firma consultora GDS. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

- ¹ GUATEMALA: La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano 2000. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, 2000.
- ² INE-CELADE. Guatemala Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050.
- ³ MSPAS.SIGSA, 1999.
- ⁴ Cálculos con base en cifras INE.CIE-9
- ⁵ Las fuentes utilizadas en todos los casos fueron Boletines Epidemiológicos Nacionales No.13 y 14; Indicadores Básicos 1997 y 1998; todos del MSPAS.
- ⁶ INE. Proyecciones de Población 1995 – 2000. WWW. INE. Gob.gt
- ⁷ Lima, Ricardo. Aproximación a la Cosmovisión Maya. Universidad Rafael Landívar/IIES. Guatemala 1995
- ⁸ CONALFA, 2000.
- ⁹ Como medida de inequidad, un índice de Gini de 1 indica inequidad absoluta, y un índice de 0 equidad absoluta.
- ¹⁰ PNUD. Informe de Desarrollo Humano 2001. www.undp.org/hdr2001/indicator.
- ¹¹ World Bank: “Guatemala: An Assessment of Poverty”. Report No. 12313-GU, Country Department II, Human Resources Operations Division, Latin America and the Caribbean Regional Office, Washington, 1995.
- ¹² Departamento de Estadística, Ministerio de Trabajo. Guatemala 1998.
- ¹³ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999
- ¹⁴ Valladares R., y Barillas E. (2001). Estimación del gasto de hogares en desarrollo humano. Informe de Consultoría para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/ Informe de Desarrollo Humano 2001 (en preparación).
- ¹⁵ El Mercado Farmacéutico, Programa de Medicamentos Esenciales OPS/OMS 1991.
- ¹⁶ Informe División de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos, MSPAS.
- ¹⁷ Forma de adquisición de suministros que se basa en una negociación conjunta de precios (entre el MSPAS, IGSS, y Ministerio de la Defensa) y adquisición descentralizada.
- ¹⁸ Estos fueron los resultados de evaluaciones efectuadas por GSD en Alta Verapaz (para APRESAL) y en Sayaxche, Petén (para PNUD) en los años 1999 y 2001, respectivamente.
- ¹⁹ Información oficial proporcionada por el Programa Nacional de Sangre.
- ²⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Anteproyecto de Código de Salud (borrador). El Salvador. C.A. 2001 (mimeo)
- ²¹ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos

(CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.

²² GSD Consultores Asociados. Estimación del Gasto de Hogares en Desarrollo Humano preparado para el PNUD.

²³ Valladares R., y Barillas E (2001). Estimación del gasto de hogares en desarrollo humano. Informe de Consultoría para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/ Informe de Desarrollo Humano 2001 (en preparación).

²⁴ MSPAS: “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Guatemala”, Octubre de 1995.

²⁵ MSPAS: “Lineamientos Políticos, Estratégicos y Programáticos...” Op. Cit. Pag. 31.

²⁶ Comunicación personal con el Dr. Roberto Marengo, Director del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud

²⁷ Comunicación personal con el Dr. Roberto Marengo, Director del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud

²⁸ Ministerio de Salud Pública de Guatemala y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Guatemala. Informe Preliminar, mayo 2001 (mimeo).

²⁹ GSD Consultores Asociados: “Los Flujos de Financiamiento ...” Op. Cit. Pag. 15.

³⁰ Q. 40/habitante/año, para poblaciones asignadas de 10,000 habitantes aproximadamente.

³¹ MSPAS, “Línea Basal para la Evaluación de la Extensión de Cobertura con Servicios Básicos de Salud en el Primer Nivel de Atención”. Guatemala, 2000.

³² Comunicación personal con el Dr. Roberto Marengo, Director del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
HONDURAS**

(1a. ed. 17 de Septiembre de 1998)

(2a. ed. 10 de Abril de 2001)*

(Levemente modificado el 26 de Noviembre de 2001)

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

La República de Honduras está gobernada por tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. El territorio se divide política y administrativamente en departamentos (18) y éstos en municipios (298). Los gobernadores de los departamentos son nombrados por el Presidente de la República y los Alcaldes son electos por votación popular. La planificación y desarrollo de la política de salud, que está inserta en la Agenda Social del Gobierno, es coordinada por el Ministerio de la Presidencia a través de la Unidad Nacional de Análisis Técnico (UNAT) y en la Secretaría de Salud por la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG). Entre los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud destacan: a) un 66% de hogares bajo la línea de pobreza, de los cuales el 49% están bajo la línea de indigencia; b) incremento de áreas urbanas marginales; c) dispersión de la población rural en zonas de difícil acceso; d) debilidad en la coordinación de la red de servicios de salud pública; e) insuficiente coordinación entre prestadores públicos y privados y f) baja disponibilidad de recursos financieros.

El ingreso per cápita es de USD 870.35 muy inferior a la media de América Latina. Honduras dedica 26.5% del PIB a gasto público total, 9% a gasto social y 2.8 % a gasto en salud. En 1999 la población total del país se estimó en 6,048,157 habitantes (56% en el área rural), con un crecimiento anual de 2.5%, una tasa de natalidad (31 por mil hab.) y de mortalidad (5.3 por mil) descendentes, y una esperanza de vida al nacer ascendente (69.6 años). Su población joven (53% son menores de 19 años) y el incremento de la población mayor de 65 años representan una fuerte presión sobre los servicios de salud.

Existen nueve etnias culturalmente diferenciadas: Lencas, Pech, Garífunas, Chortís, Tawanhkas, Tolupanes o Xicaques, Misquitos, Nahoas y población negra de habla inglesa. El 33.6% de la mortalidad general lo generan accidentes y violencias, problema que ha ido en constante aumento. La mortalidad materna (108x 100,000 nv) y la mortalidad infantil (42x1,000 nv) han mostrado tendencia a la disminución. Entre las enfermedades transmisibles sobresale la tuberculosis (con leve descenso) y entre las crónicas no transmisibles, la diabetes (con incidencia ascendente). Aumentan las enfermedades cardiovasculares y las transmitidas por vectores, entre las que el dengue representa un serio problema. Se han evidenciado logros en la vacunación con un descenso en la incidencia de polio y sarampión. Honduras ocupa el lugar 114 (entre 174 países) en la clasificación de Desarrollo Humano con un índice de 0.641. El 20% de la población más pobre recibe el 4.3% del ingreso mientras que el 20% más rico recibe el 59.3%.

El Sector de la Salud está constituido por un subsector público, compuesto básicamente por la Secretaría de Salud, a la que corresponde asumir el rol rector y regulador del Sector, y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); y un subsector privado formado por instituciones con o sin fines de lucro. La

Secretaría de Salud está organizada en Regiones Sanitarias (9) divididas en Areas de Salud (39) las cuales no coinciden con la división político administrativa. El 52% de la población es cubierta por la Secretaria de Salud y 11% por el IHSS. Se desconoce el porcentaje cubierto por las aseguradoras privadas. La Secretaría de Salud tiene una red de atención ambulatoria (1,136 Centros) y una red de atención hospitalaria (28 hospitales con 4,093 camas) relacionadas mediante un débil sistema de referencia y contrarreferencia. El IHSS cuenta con 5 clínicas de atención ambulatoria, 2 sistemas médicos de empresas y 3 hospitales (548 camas). La oferta de camas disponibles ha permanecido casi inalterable en los últimos años, correspondiendo 67% a la Secretaria de Salud, 11% al IHSS y 22% al sector privado. Existen 8.7 médicos, 3.2 enfermeras, y 2.6 odontólogos por cada 10,000 hab. El Gasto Nacional en Salud per cápita fue de 48,8 USD¹. La Reforma Sectorial (RS) se inició a partir de 1990 en el marco de Proceso Nacional de Modernización del Estado, pero no se estructuró ninguna agenda. En 1999 dentro del proceso nacional de reconstrucción y transformación posterior al huracán Mitch, se establecieron los “Lineamientos de Política 1999-2001” con el propósito de satisfacer con equidad, calidad, solidaridad y participación ciudadana las aspiraciones en salud de la población. En febrero del 2000, la Secretaría de Salud creó el Consejo Técnico de la Gestión del Desarrollo Institucional (CTGI) el cual es responsable de gestionar el plan estratégico para el período 2000-2001 y de transición al nuevo gobierno, auxiliado técnicamente por la conformación de grupos temáticos. Hasta ahora no se cuenta con criterios ni indicadores específicos para la evaluación de la RS y dada la etapa incipiente no se ha efectuado ninguna evaluación de la misma. Entre las acciones jurídicas destacan la revisión e introducción de reformas al Código de Salud y la discusión en el Congreso una propuesta de ley marco de la Seguridad Social. Actualmente la Secretaría de Salud está revisando el rol de rectoría, sus funciones y su organización, y ya cuenta con una misión y una visión construidas con alta participación. El proceso de separación de funciones no ha avanzado, ni se están creando nuevas instituciones públicas o superintendencias que formulen políticas de financiamiento, aseguramiento o provisión. No hay decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública ni se está redefiniendo el modelo de atención. No hay concesión de servicios públicos a empresas privadas, ni se conocen gestiones al respecto. No hay datos que sustenten que la RS haya influido sobre la reducción de brechas en el estado de salud o en la atención de salud pues los cambios observados son de naturaleza multicausal y multisectorial.

El gobierno está negociando con organismos internacionales una estrategia de Reducción de la Pobreza, que incluye un componente importante de Reforma Sectorial, la cual tiene altas posibilidades de mantener su direccionalidad y estrategias, pues se dispone de recursos financieros para el mediano plazo (3años).

1. CONTEXTO

1.1. Contexto Político: Honduras es una República democrática e independiente con un gobierno organizado en tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. La administración del Estado corresponde al Presidente. El territorio se divide política y administrativamente en departamentos (18) y éstos en municipios (298). Cada departamento tiene un Gobernador, nombrado por el Presidente de la República. La autoridad municipal es ejercida por una Corporación Municipal presidida por el Alcalde, cuyos miembros son electos por votación popular. Tradicionalmente, la administración pública ha sido centralizada pero en la actualidad se está dando una transferencia gradual de funciones a los gobiernos municipales sustentada en la Ley de Municipalidades. La administración de los distintos sectores está encomendada a las Secretarías de Estado (15), algunas de las cuales están desconcentradas territorialmente en Oficinas Regionales. Los recursos financieros del Estado son administrados por la Secretaría de Finanzas que supervisa la recaudación por medio de sus oficinas regionales (9). La planificación y gestión del desarrollo está coordinada por el Ministro de la Presidencia, el cual es asesorado por el Gabinete Económico y el Gabinete Social formados por los Secretarios de Estado de diferentes ramos. El Ministerio de la Presidencia cuenta con un órgano de apoyo para esta función, que es la Unidad Nacional de Análisis Técnico (UNAT). A su vez la Secretaría de Salud tiene una Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG). El Gabinete Social está constituido por las Secretarías de Salud, Educación y Trabajo y se encarga de proponer al Presidente de la República las medidas de la política social. Los lineamientos del Plan Nacional de Gobierno enmarcan la política de salud. Cada una de las municipalidades, como instancia de gobierno local, goza de autonomía para formular y gestionar sus propios programas de desarrollo. La política de salud se inserta en los programas nacionales a través de planes y programas estratégicos. En general, las necesidades de la población son atendidas mediante servicios públicos del gobierno central y/o municipal, empresas autónomas del Estado y entidades privadas, con o sin fines de lucro. Entre los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud destacan: a) la existencia de un 66% de hogares bajo la línea de pobreza (1999)² de los cuales el 49% son indigentes; b) el incremento de áreas urbanas marginales por la fuerte migración a las principales ciudades del país; c) la dispersión de la población rural en zonas montañosas de difícil acceso; d) la debilidad, poca coordinación y conducción del sistema salud; e) la insuficiente o nula coordinación entre prestadores públicos y privados; f) la ineficiente utilización de los recursos financieros.

1.2. Contexto económico: Honduras tiene un ingreso per cápita (USD 870.35) claramente inferior a la media de América Latina (USD 6,728)³. El bajo ingreso se debe fundamentalmente a la baja capacidad de

producción del país. El PIB per cápita creció a una tasa promedio anual de 0.04% entre 1993 y 1999, pasando de USD 678.86 a USD 870.35.

Indicadores Económicos y Sociales

Indicador	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita (USD)	678.86	639.27	721.97	722.15	819.98	887.50/p	870.35/e
Tasa de Inflación anual	13.0	28.9	26.8	25.3	12.8	15.7	10.9
Financiamiento ext./ingresos públicos	47.5	13.7	12.0	7.2	8.6	ND	ND
Gasto Público Total, como % del PIB	27.6	26.3	26.5	27.4	26.3	26.8	ND
Gasto Público Social, como % del PIB	10.2	8.8	9.2	8.6	8.0	8.3	10.1
Gasto Público en Salud, como % del PIB	3.2	2.9	3.5	3.0	2.3	2.3	2.8
Población Económicamente Activa (miles)	1,798	1,833	1,882	1,988	2,158	2,169	2,388

Fuentes: * Departamento de Estudios Económicos del Banco Central de Honduras, Secretaría de la Presidencia. Estudio sobre el Gasto en Servicios Sociales Básicos. ND: información no disponible; /p: preliminar; /e: estimado.

Entre 1993 y 1999, el Gasto Público Total, el Gasto Público Social y el Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB representaron en promedio 26.8%, 9.0% y 2.8%, respectivamente. La cooperación financiera internacional muestra una tendencia descendente, restringiendo la disponibilidad de recursos. La inflación (10.9% en 1999), ha tenido un comportamiento muy negativo en el período analizado, afectando el poder adquisitivo de individuos e instituciones. La contribución de los sectores económicos al PIB ha permanecido casi invariable a lo largo de los últimos años; en 1999 se distribuyó así: Agropecuario, 24.1% ; Minería, 2%; Manufactura, 16.1%; Comercio, Restaurantes y Hoteles, 11.0%; Servicios Personales, 8.0%; Servicios Financieros, 10.4%; Construcción, 4.3%; Transportes y Comunicaciones, 8.9%; Propiedad de Vivienda, 6.9%; Administración Pública, 5.0%; Electricidad, Gas y Agua, 3.2%; Pesca, 1.4%.⁴

1.3. Contexto demográfico y epidemiológico: En 1999 la población total hondureña se estimó en 6,048,157 habitantes⁵, con una tasa de crecimiento anual de 2.5%. La tasa bruta de natalidad muestra una clara tendencia descendente, estimándose en 31.0 por mil hab. en 1999. Igual tendencia presenta la tasa global de fecundidad, que se situó en 3.9 en 1999. La existencia de un gran número de mujeres en edad reproductiva y el descenso en la tasa bruta de mortalidad (de 6.4 por mil en 1993 a 5.3 por mil en 1999) son los dos principales factores que contribuyen al crecimiento de la población. La esperanza de vida al nacer muestra una tendencia ascendente (69.6 años en 1999), siendo 7.6% mayor para las mujeres. La población hondureña es eminentemente joven (53% menor de 19 años)⁶, lo que unido al incremento de la población mayor de 65 años representa una fuerte presión sobre los servicios de salud y un reto a futuro. La proporción de población dependiente muestra una clara tendencia a la disminución, pero la razón de dependencia demográfica es aún elevada (44.7% en 1999). Los grupos que tienden a emigrar son los de 15

a 44 años. La migración tiene un bajo peso en el crecimiento poblacional del país, manteniéndose en un promedio de -1.49 por mil hab. entre 1993 y 1999.

Indicadores Demográficos y Epidemiológicos

Indicador	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Promedio anual de crecimiento de la población (%)	2.9	2.8	2.8	2.8	2.7	2.7	2.5
Esperanza de vida al nacer (en años)	67.2	67.6	68.0	68.4	68.8	69.2	69.6
Esperanza de vida al nacer para hombres (en años)	64.8	65.2	65.6	66.0	66.4	66.7	67.1
Esperanza de vida al nacer para mujeres (en años)	69.6	70.1	70.5	70.9	71.4	71.8	72.2
Tasa global de fecundidad	4.8	4.7	4.5	4.4	4.3	4.1	3.9
Tasa bruta de natalidad (por 1,000 hab.)	35.8	34.9	34.1	33.3	32.6	31.8	31.0
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nv)	182*	ND	ND	ND	108*	ND	ND
Tasa de mortalidad infantil (por 1,000 nv)	50*	ND	ND	42*	ND	ND	ND
Tasa bruta de mortalidad (por 1,000 hab.)	6.4	6.2	6.0	5.8	5.6	5.5	5.3
Tasa de migración neta – (por 1,000)	-1.43	-1.50	-1.56	-1.53	-1.50	-1.47	-1.45

Fuente: SECLAN: Proyecciones de Población con base en el Censo de Población de 1988. * Encuesta Nacional de Salud Familiar (ENESF) 1991-1992 y 1995-1996.

Las estadísticas vitales del país tienen subregistro de defunciones (47%)⁷ y defectos de calidad en los registros de causa de muerte, correspondiendo el 32.6% a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. La tasa bruta de mortalidad muestra una tendencia claramente descendente, estimándose en 5.3 por mil para 1999. Las principales causas de mortalidad general son los accidentes y las violencias que en conjunto contribuyeron a la mortalidad general con 33.6%; las enfermedades del aparato circulatorio representaron el 27.1%; las enfermedades cerebro vasculares el 13.6%; las infecciones intestinales el 11.7%; y los tumores malignos el 7.5%. Los datos sobre las tasas de mortalidad materna e infantil provienen de estudios especiales e igualmente muestran una tendencia a la disminución. La mortalidad materna descendió de 182 por 100,000 nv en 1993 a 108 en 1997⁸, y la mortalidad infantil pasó de 50 por mil nv en 1993 a 42 por mil nv en 1996. Las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias, que contribuyeron con 47.1%; los trastornos hipertensivos (19.4%) y las infecciones (15.2%). La mortalidad en menores de 5 años también muestra una tendencia sostenida a la disminución (de 65 por mil nv en 1990 a 53 por mil nv en 1996)⁹, destacando las infecciones respiratorias agudas que representan el 23.5% y las diarreas (21%). En niños menores de un año la principal causa de muerte son las afecciones perinatales relacionadas con la atención del parto (trauma y sepsis -9.1%-), a las cuales se asocian la

prematuridad y bajo peso al nacer (16.1%), y las anomalías congénitas (8.7%). Entre las enfermedades crónicas transmisibles prevalentes sobresale la tuberculosis, que presenta un leve descenso en las tasas de incidencia (si bien la búsqueda activa de bacilíferos ha disminuido), al pasar de 69.3 en 1993 a 66.9 por 100,000 hab. en 1999¹⁰. El predominio de casos se presenta entre varones (60%) y en mayores de 15 años (incidencia de 19 por 100,000 en ese grupo de edad). También es importante es la lepra (tasas de prevalencia anual superiores a 1.1 por 100,000 hab. entre 1993 y 1999. Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, la diabetes pasó de 19.8 en 1994 a 28.9 por 100,000 hab. en 1999. Las enfermedades cardiovasculares pasaron de 97.6 en 1993 a 106.9 por 100,000 hab. en 1999. Los registros de mortalidad hospitalaria muestran una tasa de mortalidad por tumores malignos de 6.0 por 100,000 hab. en 1993 y de 4.5 en 1999.

La desnutrición crónica en Honduras afectó en 1996 al 37.8% de los niños y las niñas¹¹. En 1986 el 39.8% de los niños entre 6 y 9 años presentaban déficit de talla para su edad, observándose mejoría en 1991 (prevalencia de 34.1%). No obstante, en 1997 se incrementó de nuevo la prevalencia hasta el 40.6%; en el ámbito urbano fue de 28.5% y de 47.6% en el área rural.

El sarampión muestra una tendencia descendente (de 0.2 en 1993 a 0.0 por 100,000 hab. en 1999), evidenciando los logros de la vacunación. Entre las enfermedades transmitidas por vectores, el dengue es un serio problema (incidencia de 55.0 en 1993 a 297.5 por 100,000 hab. en 1999). La mayor parte de casos de dengue se dan entre mujeres y en mayores de 15 años. También es importante es la malaria (incidencia de 10.3 en 1993 y de 8.5 por 100,000 hab. en 1999).

Enfermedades Crónicas Transmisibles y No Transmisibles (tasa por 100,000 habitantes)

Enfermedad	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tuberculosis	69.3	76.8	56.1	74.1	48.7	60.8	66.9
Lepra	ND	ND	ND	1.5	1.48	1.44	1.17
Diabetes	ND	19.8	23.5	25.1	27.3	28.6	28.9
Cardiovasculares	ND	97.6	84.1	109.2	100.1	94.4	106.9
Cólera	77.6	94.9	86.9	12.6	1.4	2.15	1.34
Sarampión	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Malaria (por 1,000 hab.)	10.3	11.2	11.3	15.6	6.2	7.7	8.5
Dengue	55.0	90.3	513.8	134.9	291.0	482.0	297.5
SIDA	17.1	16.6	17.6	11.5	19.0	23.3	16.2

Fuente: Secretaría de Salud, Dpto. de Estadística.

El cólera muestra un comportamiento descendente (de 77.6 en 1993 a 1.34 por 100,000 hab. en 1999), con una tasa de letalidad de 2.57 y 0.26 para los años mencionados. El SIDA ha mantenido una tasa de incidencia promedio alta (17.3 por 100,000 hab. entre 1993 y 1999). La razón hombre/mujer tiende a ser similar presentando un incremento continuo del número de mujeres afectadas cada año. El grupo de edad más afectado es la población joven, económicamente activa de 20 a 39 años (69%). La enfermedad más frecuente que se observa en los casos de SIDA, es la tuberculosis (19.4%).

Los accidentes y violencias se han incrementado. La tasa de homicidios pasó de 20.7 por 100,000 hab. en 1989 a 40 en 1995 y a 53.2 en 1999. En el 70% de los casos de homicidio se utilizaron armas de fuego. La mortalidad por accidentes de tránsito aumentó de 6,7 por 1,000 hab. en 1989 a 13.8 en 1994 y a 20.9 en 1999. La violencia doméstica disminuyó de 65.5 por 100,000 hab. en 1996 a 50.0 en 1999. Los abusos contra niños y niñas alcanzaron una tasa de 66.0 por 100,000 hab. en 1996 y de 48.4 en 1999.

El abuso de drogas es un problema nacional evidenciado en los últimos años en el aumento del tráfico y consumo de marihuana, cocaína y heroína. El alcohol y el tabaco son las drogas de mayor consumo. El 42% de los accidentes de tránsito, el 61% de los accidentes del trabajo, y el 51% de los divorcios son atribuibles al consumo excesivo de alcohol.

1.4. Contexto social: La mayoría de la población reside en el área rural (56%), distribuida en 3,730 aldeas y 27,764 caseríos localizados en zonas montañosas de difícil acceso. La población urbana se concentra en las dos principales ciudades: Tegucigalpa (33%) y San Pedro Sula (16.7%)¹². Esta concentración obedece principalmente a la migración. En la clasificación de Desarrollo Humano, Honduras ocupa el lugar n° 114¹³ entre 174 países con un Índice de 0.641, y de 0.544 para el Índice de Desarrollo relativo al Género. Los mayores avances del país en este campo se relacionan con salud y educación, ya que su distancia respecto a los logros ideales (85 años de esperanza de vida y 100% de alfabetismo) oscila entre 20% y 30%. En cambio, relativo a la variable ingreso la brecha para lograr el ideal (68%) se ha ampliado en los últimos años.

Los hogares bajo la línea de pobreza disminuyeron de 67.5% (1993) a 65.9% (1999). Los hogares en situación de indigencia aumentaron de 45.1% (1993) a 48.6% (1999)¹⁴, afectando a una mayor cantidad de personas. La pobreza se concentra en las zonas rurales y en las áreas marginales metropolitanas. Además de la insuficiencia del ingreso, la desigual distribución del mismo es factor determinante de la pobreza. El coeficiente de Gini de los ingresos de los hogares (considerando como tal el ingreso laboral), fue de 0.54 en 1997. La distribución desigual es más marcada en el área rural, la cual presenta cifras entre 2 y 6 puntos porcentuales más altas que el área urbana. El 20% de la población más pobre recibe el 4.3% del ingreso

mientras que el 20% más rico recibe el 59.3%. La diferencia entre el ingreso del 10% de la población más rica y el del 10% de la población más pobre era de 30 a 1 en 1995¹⁵, distancia que sin duda se ha incrementado.

El alto crecimiento de la población ha incidido en un incremento acelerado de la PEA (de 1,652,832 en 1993 a 2,131,303 en 1999). Si bien la población masculina conforma la mayoría de la PEA (75.0%)¹⁶, la participación femenina en el mercado laboral crece sostenidamente (de 30.0% en 1993 a 39.1% en 1999). El 71% de la PEA se ubica en el sector informal de la economía, donde los ingresos son menores. Los datos arrojan una baja proporción de desempleo abierto (3.7%) pero una alta proporción de subempleo (22.2%). Esta situación deriva de la baja calificación de la fuerza laboral y de las limitadas posibilidades que tienen estas personas de conseguir ocupaciones estables y bien remuneradas. La escolaridad promedio del trabajador hondureño mayor de 25 años es de apenas 5.3 años (1999)¹⁷.

La tasa de analfabetismo de adultos se sitúa en 16.8%, siendo de 8.9% en el área urbana y 23.3% en la rural. La escolaridad promedio es de 4.3 años. El 38.8% de los niños y las niñas entre 4 y 6 años reciben educación preescolar y el 85.7% de los niños en edad escolar (7 a 13 años) asisten regularmente a establecimientos de enseñanza básica (1999); el 27.9 % de los jóvenes de 14 a 17 años asisten a la educación secundaria (1998); y el 9.8 % de los jóvenes se encuentran en el nivel superior de enseñanza¹⁸. La matrícula de mujeres en los niveles preescolar, secundario y superior sobrepasa la matrícula de varones. En primaria estas relaciones son similares, 48.9% para varones y 48.2% para mujeres.

En Honduras habitan nueve etnias culturalmente diferenciadas: lencas (100,000), pech (2586), garífunas (250,000), chortis (6000), tawanhkas (1200), tolupanes o xicaques (20,000), misquitos (40,000), nahoas (2500), y la población negra de habla inglesa (50,000). Las minorías étnicas suman cerca de medio millón de habitantes (8% de la población del país)¹⁹ y enfrentan serios problemas de salud. La esperanza de vida es de apenas de 36 años para los hombres y de 42 para las mujeres. La desnutrición crónica afecta al 80% de los menores de siete años. Por otra parte, el avance de la colonización agrícola-ganadera y de las actividades de explotación forestal no controlada amenazan sus condiciones tradicionales de vida.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. Organización General: El sector de la salud está formado por un subsector público y otro privado. El público está compuesto por la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), el Instituto Hondureño de Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHDAFA), y el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS). A la Secretaría de Salud le corresponde asumir el rol rector y regulador del sector, formular las políticas,

supervisar el funcionamiento de los organismos integrantes del sistema y, en general, garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud.

La Secretaría de Salud es una institución de derecho público y su modelo organizativo se caracteriza por centralizar las funciones de planeación, normatización, gestión financiera y administración de recursos humanos. La Secretaría está organizada en nueve regiones sanitarias, divididas en áreas de salud (39). A través de la áreas se administran los servicios que ejecutan las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en ámbitos geográficos definidos, mediante una red asistencial constituida por establecimientos de complejidad creciente. La organización del sector de la salud no coincide con la división político - administrativa del país. La Secretaria de Salud cuenta con 1,136 centros de atención ambulatoria y 28 hospitales que disponen de 4,093 camas, para un índice de 0.68 camas por 1,000 hab. La organización de la red de servicios públicos en un territorio dado sigue un patrón de separación de competencias: red de atención ambulatoria y red de atención hospitalaria bajo la coordinación de un director regional encargado de maximizar el uso de los recursos existentes. Estos se relacionan mediante un débil sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. La relación entre los niveles de atención es poco estructurada y responde más a la complementación que a la coordinación y concertación de acciones. Actualmente predomina el modelo de prestación de servicios centrado en el hospital, y se está proponiendo el desarrollo de un modelo con mayor capacidad resolutive en la atención ambulatoria y abierto a la participación social.

El financiamiento de la Secretaría de Salud proviene del presupuesto del Gobierno central, de fondos externos de cooperación no reembolsables, de préstamos externos y de aportes de los usuarios en concepto de cuotas de recuperación. La relación de la red pública de servicios con la red privada es marginal y esporádica, y obedece a la necesidad de otorgar una atención oportuna a los pacientes, en especial en determinados servicios (diálisis, tomografías, etc.). La Secretaría de Salud es el mayor empleador de recursos humanos en salud: 37.8% de los médicos y el 45.3% de las enfermeras colegiadas. El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es una institución descentralizada con personería jurídica y patrimonio propio. Su director es nombrado por el Presidente de la República. Es el ente encargado de recaudar y administrar los recursos fiscales y aquellos otros provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores del sector productivo formal destinados a financiar salud y las prestaciones por incapacidad temporal, invalidez, vejez y muerte. El IHSS realiza acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en ámbitos geográficos definidos mediante una red asistencial constituida por establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria. Se pretende que sea rectorado por la Secretaría de Salud en lo relativo a las políticas y normas generales para el ejercicio de sus actividades

en salud. El IHSS cuenta con 5 clínicas de atención ambulatoria, 2 sistemas médicos de empresa y 3 hospitales que disponen de 548 camas, con un índice de 0.38 camas por 1,000 asegurados. Asimismo, compra y subroga servicios a instituciones privadas, como radioterapia y tomografía, a través del sistema de pago por servicios prestados. En algunas regiones del país el IHSS ha establecido convenios con establecimientos públicos y privados para la prestación de servicios a la población asegurada en áreas especializadas como psiquiatría, oncología, nefrología, cuidados intensivos y cardiología. El 9% de médicos y el 6.6% de enfermeras colegiadas trabajan para el IHSS. Estudios realizados señalan que el 39% de la población asegurada no utiliza los servicios brindados por el IHSS.

Otras instituciones que prestan servicios de salud para su personal son las Fuerzas Armadas, que tienen autonomía de gestión respecto a la Secretaría de Salud. También algunos Municipios brindan servicios por medio de consultorios generales urbanos y rurales. El Departamento de Medicina, Higiene y Seguridad Ocupacional de la Secretaría de Trabajo desarrolla algunas actividades en este campo. El IHADFA ejerce un papel preventivo. La Universidad Nacional Autónoma brinda servicios a estudiantes y profesores.

El subsector privado está constituido por 292 clínicas y 31 Hospitales, 41 de ellas sin fines de lucro²⁰. Además, 10 aseguradoras privadas venden seguros de gastos médicos, de libre selección, con un reembolso del 80%, un esquema de muy baja cobertura poblacional en el país. Existen además instituciones prestadoras sin fines de lucro, entre las que se encuentran la Cruz Roja, Iglesias de distintos credos y ONG's. Su financiamiento proviene principalmente de fondos externos de donación, de subsidios gubernamentales, y de donaciones de empresas y de personas naturales. Entre los prestadores con fines de lucro están los centros médicos, las clínicas, los hospitales, los laboratorios, las farmacias, los centros especializados (oftalmológicos, radiológicos, de diálisis, etc.), además de los consultorios de los médicos y otros profesionales de la salud. La mayoría son instituciones de derecho mercantil organizadas bajo la forma de sociedades anónimas. El modelo organizativo predominante es el de integración funcional para asegurar la obtención de excedentes económicos en la prestación de servicios. Los servicios privados están concentrados en los municipios de mayor desarrollo económico y en las principales ciudades del país. El subsector privado focaliza sus acciones hacia servicios asistenciales individuales y muy poco hacia acciones de salud pública. No es usual la estructuración de relaciones entre los servicios privados de salud y en general, se observa poca coordinación y trabajo conjunto entre los prestadores públicos y privados.

2.2. Recursos del Sistema:

Recursos humanos: Entre 1993 y 1999, se observó un incremento del 46.9% en la oferta de profesionales de medicina general y de otras especialidades médicas. La razón de médicos generalistas versus médicos especialistas aumentó de 1.1 en 1993 a 1.9 en 1999. El índice de médicos por 10,000 hab. aumentó en un

26% y el de enfermeras en un 19.8% en ese período. No se tiene información sobre el porcentaje de desocupación de estos profesionales. La remuneración anual media del médico general y del especialista es de aproximadamente USD 15,368 y USD 17,934 respectivamente. Ello representa tres veces el salario de una enfermera profesional y 6 veces el de un odontólogo.

Recursos Humanos en el Sector Salud, 1993 – 1999

Indicador	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Médicos por 10.000 habitantes	6.9	7.1	7.3	7.5	7.8	8.5	8.7
Enfermeras por 10.000 habitantes	2.7	2.7	2.8	2.8	2.9	3.1	3.2
Odontólogos por 10.000 habitantes	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.6	2.6
Técnicos medios de laboratorio por 10,000 habs.	0.5	0.5	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6
Farmacéuticos por 10.000 habitantes	0.2	0.2	0.3	0.5	0.5	0.6	0.8
Radiólogos por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	34
Egresados de post grado en Salud Pública	0	22	0	26	0	30	0

Fuente: Registros de Colegios Profesionales. ND: información no disponible.

El número de atenciones por hora contratada está normado en 6 pacientes por hora para médico general y en 4 para especialista. En el nivel primario se atiende de acuerdo a la demanda diaria, sin variaciones en el modelo en la última década. La gran cantidad de recursos humanos contratados por la Secretaría de Salud refleja su fuerte quehacer como entidad prestadora de servicios. La razón de médico general versus médico especialista es de 1.05 a 1. Los datos sobre número de atenciones por hora contratada del personal médico del nivel primario están disponibles en el ámbito local pero los mismos no se procesan en el ámbito de país.

Recursos Humanos por Institución, 1999

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos Generales/Especialistas ----- Total	Enfermeras	Enf. Auxiliares	Otros trabajadores	Administra- tivos	Servicios Generales
Secretaría de Salud	1,024 -- 978 = 2,002	887	5,500	673	8,208	ND
IHSS	122 --- 241 = 353	140	561	341	657	362
Subsector privado	2,323--- 599 = 2,932	930	604*	16*	795*	ND
Total	34,69---1,818 = 5,287	1,957	6,665	1,030	9,660	362

Fuentes: Departamento de Estadística. Secretaria de Salud. Número incluidos en administrativo. * Datos de 1996.

Desde 1993, la Secretaría de Salud y el IHSS disponen de un cuadro básico de medicamentos de uso obligatorio en las unidades prestadoras de servicios que dependen de cada institución. El cuadro básico de la Secretaría incluye 271 fármacos y 365 presentaciones farmacéuticas, habiéndose normado la revisión

bienal, la última se realizó en 1997. La política en este campo es la entrega de medicamentos en forma gratuita al 100% de los usuarios de los servicios del sector público, pero con cuotas de recuperación para algunos medicamentos especiales.

Medicamentos: En Honduras circulan aproximadamente 9,000 medicamentos de los cuales 7,976 están regulados a través de un registro de control con lo que obtuvieron licencia de comercialización autorizada por la Secretaría de Salud. De ellos, un 82% corresponde a productos de marca y 18% a productos genéricos. La Secretaría de Finanzas controla el precio de los medicamentos y los márgenes de utilidad de los medicamentos importados. Los medicamentos importados constituyen un alto porcentaje del mercado farmacéutico (54.8 %). La presencia de farmacéuticos es obligatoria en todas las farmacias privadas y en los hospitales de mayor complejidad, norma que no siempre se cumple por la debilidad en la inspección.

Medicamentos y otros Productos Sanitarios

Indicador	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nº de productos farmacéuticos registrados	1,595	1,196	1,036	1,515	481	877	1,276
Porcentaje de medicamentos de marca	47.9	92.6	81.6	89.4	92.8	83.6	86.2
Porcentaje de medicamentos genéricos	52.1	7.4	18.4	10.6	7.2	16.4	13.8
Gasto total en medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto per cápita en medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos	ND	12.67	10.65	13.79	14.60	11.96	8.31
Porcentaje del gasto público ejecutado por el MS destinado a medicamentos	ND	15.65	12.37	16.04	16.09	12.15	12.15

Fuente: Secretaría de Salud.

No se dispone de información de la población con acceso a medicamentos básicos ni sobre el gasto privado en medicamentos. Los cinco productos de mayor venta en Honduras durante el período de Enero a Junio de 1997 en orden de venta fueron: antiinflamatorios no esteroides, analgésicos antipiréticos, penicilinas de amplio espectro, sales de hierro en asociación y polivitaminas con minerales, sobre todo complejo B.

Para facilitar el acceso de la población pobre a los medicamentos básicos se ha venido apoyando la constitución de Fondos Comunales de Medicamentos administrados por la comunidad. El porcentaje de gasto público en salud y el porcentaje de gasto público ejecutado por la Secretaría de Salud destinado a medicamentos presentan una tendencia irregular, mostrando una disminución de en torno a 4 puntos porcentuales en el último año. El tratamiento de enfermedades relevantes se define en manuales de atención que utiliza la Secretaría de Salud. Se ha formulado una política nacional de medicamentos, que tiene como objetivo principal garantizar a la población acceso y disponibilidad de medicamentos seguros, eficaces, de calidad y a costos asequibles pero no se ha puesto en ejecución. Se han definido protocolos

estandarizados de tratamiento para algunas enfermedades (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades prevalentes en la infancia, malaria y cólera entre otras).

Existen en total 27 bancos de sangre, 18 de la Secretaría de Salud, uno en el IHSS, 2 en la Cruz Roja y dos privados. La Secretaria de Salud normatiza y supervisa el funcionamiento de los bancos de sangre. La garantía de calidad consiste específicamente en pruebas de tamizaje: 100% para Sífilis, VIH, VHB; 92% para VHC y 99.36% para T. Cruzi. Durante 1999 se donaron 40,933 unidades de sangre de las cuales el 8.8% son remuneradas. El promedio de remuneración es de USD14.08 por unidad.

Equipamiento y tecnología: La información sobre camas censables del sector privado es incompleta. En los últimos años se han organizado una gran cantidad de servicios privados pero no se dispone de información respecto a equipos de radiodiagnóstico básico ni de laboratorios clínicos disponibles en este sector.

Disponibilidad de Equipamiento, 1999

Subsector	Tipo de Recurso			
	Camas Censables por 1,000 hab.	Equipo de radiodiagnóstico básico por 1,000 hab.	Laboratorios Clínicos por 100,000 hab.	Bancos de sangre por 100,000 hab.
Público	0.76	0.0084	2.03	0.41
Secretaría de Salud	0.68	0.008	1098	0.38
IHSS	0.09	0.0004	0.04	0.03
Privado	0.11	ND	ND	ND
Con y sin fines de lucro	0.11	ND	ND	0.03
TOTAL	0.88	0.0084	2.03	0.44

Fuente: Secretaria de Salud. ND: información no disponible.

En el país existen instituciones públicas y privadas que cuentan con equipo de alta tecnología. En el caso de la Secretaría de Salud se dispone de tres salas de cuidados intensivos, y de servicios de diálisis, de tomografía axial computarizada, de mamógrafo y de ultrasonido. El IHSS cuenta con servicios especializados de neonatología, cuidados intensivos, diálisis y trasplante renal, tomografía axial computarizada, mamógrafo y ultrasonido.

Disponibilidad De Equipamiento En El Sector Salud, 1999

Subsector	Tipo de Recurso					
	Salas de Parto		Laboratorio Clínico		Radio Diagnóstico	
	1er. Nivel	2do. nivel	1er. Nivel	2do. Nivel	1er nivel	2do. Nivel
Público	35	28	84	39	0	51
Secretaría de Salud	35	24	83	37	0	48
IHSS	0	4	1	2	0	3
Privado	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Con y sin fines de lucro	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Subsector	Tipo de Recurso					
	Salas de Parto		Laboratorio Clínico		Radio	Diagnóstico
	1er. Nivel	2do. nivel	1er. Nivel	2do. Nivel	1er nivel	2do. Nivel
TOTAL	35	28	84	39	0	51

Fuente: Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud. ND: información no disponible.

El subsector privado también dispone de estos servicios, ubicados principalmente en Tegucigalpa y San Pedro Sula. El porcentaje de equipos en condiciones defectuosas en el sector salud es de aproximadamente 30%. No se dispone de información sobre la proporción de presupuesto destinado a mantenimiento y conservación de equipo y puede decirse que el 90% del personal dedicado a esta labor es empírico.

2.3. Funciones del Sistema de Salud.

Rectoría: La Secretaría de Salud es la entidad responsable de la conducción y regulación sectorial, la coordinación de las actividades de salud, el establecimiento de prioridades y la orientación del desarrollo de los subsectores público y privado. Dicta normas, define las funciones esenciales de salud pública, formula planes y programas nacionales, supervisa, evalúa y controla su cumplimiento, particularmente en lo relacionado a alimentos, bebidas, medicamentos, cosméticos, sustancias de uso peligroso y establecimientos médicos.

En el año 2001 la autoridad de salud en Honduras ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.²¹

También existen programas de carácter intersectorial en materia de vigilancia de la salud a través de la vigilancia epidemiológica, del medio ambiente y de la contaminación atmosférica, etc. Sin embargo, su capacidad de conducción y regulación se ha limitado hasta ahora a la red de establecimientos públicos y muy poco al subsector privado en donde recién está comenzando a tomar un rol rector. El financiamiento de la Secretaría es aprobado por el Congreso y asignado por el Ministerio de Finanzas, y depende de las

políticas financieras del gobierno y de las prioridades del sector. El control se ejerce según normativas comunes al Gobierno. Se desconocen los montos y origen del financiamiento del subsector privado.

Los derechos y obligaciones de los afiliados y beneficiarios del IHSS están definidos en su ley de creación (Decreto No.140 del 19 de mayo de 1959). La Secretaría es responsable de su supervisión y control, sin perjuicio del control social realizado por los asegurados. Los seguros privados de gastos médicos están normados por la Ley de Instituciones de Seguros y regulados por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. Ya que no hay control por parte de la Secretaría de Salud, no existen programas intersectoriales al respecto.

Los sistemas de información de producción de actividades y de ejecución financiera de la Secretaría son parcialmente confiables, su grado de oportunidad es medianamente aceptable y se emplean en algunos casos en la toma de decisiones. No existe un sistema de información nacional acerca de financiamiento privado, gastos, costos y aseguramiento. La Secretaría está desarrollando un Sistema de Información Gerencial, Administrativo y Financiero (SIGAF) y un Estudio de Cuentas Nacionales en Salud.

La Secretaría ha definido una unidad responsable de la formulación de políticas, planificación y coordinación de Recursos Humanos, actualmente en proceso de formación. No existe un sistema nacional de acreditación permanente de instituciones formadoras de profesionales de la salud, ni un registro nacional de recursos humanos disponibles. La acreditación de establecimientos de salud se inició en 1976 con el desarrollo de estándares de enfermería. En 1990 se inició un Sistema de Acreditación Hospitalaria interrumpido en 1996 por el cambio de gobierno. Actualmente está en proceso de elaboración un Reglamento de Licenciamiento de Instituciones de Salud, y la ley de Metrología como esfuerzo del país para evaluar las tecnologías en general. No existen políticas definidas de elaboración, introducción y uso de guías de práctica clínica. Para apoyar este campo se ha conformado la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología.

Financiamiento y gasto: Se hacen esfuerzos para que el sistema de información sobre financiamiento del gasto de las instituciones públicas de salud sea confiable y oportuno. La Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) de la Secretaría de Salud maneja la información de dicha Secretaría en reportes técnicos para los niveles políticos que son poco accesibles para el público en general. Las fuentes de financiamiento del sector son: las familias, que aportan el 53.7% del gasto nacional en salud; el Gobierno, que contribuye con 32.9%; el IHSS con 7.8% y, por último, las organizaciones sin fines de lucro y las aseguradoras privadas con 4.3% y 1.3%, respectivamente²².

Fuentes de Financiamiento del Sector Salud (millones de dólares)

Fuente	AÑOS						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999

1.Subsector público	100.15	91.16	131.88	101.76	97.60	111.01	185.77
Secretaría de Salud:	93.23	84.90	125.65	95.01	87.98	102.82	178.67
Aporte Fiscal	62.75	55.47	64.67	68.33	72.19	90.16	110.31
Fondos propios	ND	9.10	12.50	1.85	1.47	1.83	2.17
Financiamiento Externo.	30.48	20.33	48.48	24.83	14.32	10.83	66.19
IHSS:	6, 92	6,26	6,23	6,75	9,62	8,19	7,10
Aporte afiliados	6,72	5,90	5,88	6,0	9,31	7,49	6,36
Venta bienes y servicios.	0,13	0,07	0,09	0,07	0,12	0,14	0,09
Ingresos de capital	0, 17	0, 29	0,36	0, 68	0, 19	0,56	0,65
2.Subsector privado:	ND	ND	170.00	ND	ND	136.44	ND
Seguros privados	ND	ND	3.80	ND	ND	10.42	ND
ONG's (sin lucro)	ND	ND	12.20	ND	ND	5.57	ND
Financ. de hogares para serv. Privados.	161.00	ND	154.00	ND	ND	120.45	ND
Total General	ND	ND	301.88	ND	ND	247.45	ND

Fuente: Secretaría de Salud. UPEG e IHSS.

Entre 1993 y 1999 el financiamiento de la Secretaría de Salud aumentó en un 91.6%. Este incremento se dio básicamente a expensas del financiamiento externo, que aumentó en 117.1%, cuyo mayor rubro fueron a créditos reembolsables a largo plazo. El Aporte Fiscal pasó de representar el 67.3% del total en 1993 al 61.7% en 1999. Los fondos propios muestran un fuerte descenso. Las donaciones y créditos no reembolsables representaron el 12.7% del financiamiento de ese período. El financiamiento del IHSS está sustentado en el aporte de los afiliados, que muestra un incremento de 105% entre 1993 y 1999. El financiamiento del sector privado constituye la suma de los porcentajes del gasto de las familias, organizaciones sin fines de lucro y aseguradoras privadas, que asciende a 59.3% del gasto total.

El gasto público en salud per cápita evidenció un incremento de 15.46% entre 1993 y 1999. Por el contrario, el gasto público en salud con relación al gasto del gobierno central mostró una tendencia descendente (de 10.1% en 1993 a 8.6% en 1998). La relación del gasto público en salud y el gasto público total mostró igualmente una tendencia negativa entre 1993 y 1999 (de 7.29% en 1993 a 6.67 en 1997). El gasto público en salud per cápita, que había descendido hasta 1998, creció 1999 a expensas de financiamiento externo.

Indicadores de Gasto en Salud, 1993 – 1999

INDICADOR	AÑOS						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto público en salud (millones de USD.)	96.00	86.57	120.61	105.60	95.47	101.64	129.44
Gasto público en Salud per cápita (USD)	18.56	16.30	22.08	18.86	16.60	17.23	21.43
Gasto público Salud/gasto gobierno central	10.1	10.3	13.7	11.9	9.2	8.6	ND
Gasto público en Salud/Total gasto público	7.29	7.59	8.96	7.86	6.67	ND	ND
Gasto total en Salud per cápita (USD)	ND	ND	55.26	ND	ND	41.93	ND
Gasto total en Salud como % del PIB	ND	ND	7.6	ND	ND	4.73	ND
Deuda ext. En salud/Deuda ext. Total	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Secretaría de la Presidencia, Estudio sobre el Gasto en Servicios Sociales Básicos.

El gasto total en salud per cápita mostró un descenso de 24.12% entre 1995 y 1999. En general, durante el período 1993 a 1999 se observó un incremento en todos los rubros de gasto en el sector público, siendo el rubro de promoción y atención preventiva superior al de atención curativa, según el presupuesto por programas, lo que encubre acciones asistenciales. La información del sector privado no está disponible. La clasificación del gasto por objeto de gasto muestra una tendencia irregular y negativa en todos los rubros analizados a excepción del año 1999 en que se incrementaron a expensas de fondos externos reembolsables.

Si bien se observa una disminución en el porcentaje de gasto público en atención hospitalaria, que pasó de 42.73% en 1994 a 38.27% en 1999, la distribución del gasto en salud entre 1993 y 1999 sigue arrojando una fuerte inclinación a la atención secundaria y terciaria. De acuerdo al último estudio realizado, la distribución promedio del gasto en salud entre 1990 y 1998 fue: 51.6% para atención primaria, 23.6% para secundaria y 24.8% para terciaria. No hay información desagregada acerca del destino del gasto privado en salud.

Gasto Nacional de Salud por Agentes Gastadores (millones de dólares)

Concepto	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. Subsector Público	71.33	87.22	110.00	168.83	162.60	193.50	372.85
Promoción y atención preventiva	55.02	20.23	30.73	93.15	86.51	100.99	177.14
Atención curativa	16.31	32.39	36.09	37.19	42.82	48.61	67.79
Formación de recursos humanos	ND	0.88	1.56	1.44	1.55	2.13	2.30
Producción y compra de insumos	ND	22.75	25.57	26.83	25.37	28.35	31.63
Administración	ND	8.35	5.26	4.65	6.35	13.32	10.38
Edificaciones	ND	2.62	10.79	5.57	0.00	0.10	83.61
2. Subsector Privado	ND	ND	ND	ND	ND	8.56	ND
Promoción y atención preventiva	ND	ND	ND	ND	ND	4.28	ND
Atención curativa	ND	ND	ND	ND	ND	4.16	ND
Formación de recursos humanos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Producción y compra de insumos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Administración	ND	ND	ND	ND	ND	0.12	ND
Edificaciones	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Total	ND	ND	ND	ND	ND	8.56	ND

Fuente: Secretaría de Salud. UPEG

Gasto del Sector Salud por Objeto (millones de dólares).

Concepto	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. Subsector Público	75.10	61.65	73.88	73.52	69.95	78.27	105.04

Servicios personales	41.20	32.63	32.94	33.96	37.16	45.55	58.74
Servicios no personales	7.60	2.90	3.99	4.65	3.84	3.92	6.57
Medicinas y fármacos	ND	12.58	13.20	14.11	12.91	14.03	15.43
Materiales y suministros	ND	10.17	12.37	12.72	12.46	14.32	16.20
Equipos médicos y sanitarios	2.40	0.75	0.59	1.41	0.53	0.35	2.27
Otros equipos y reparaciones	ND	ND	ND	1.10	3.05	0.10	ND
Construcción de obras	23.90	2.62	10.79	5.57	ND	ND	5.83
2. Subsector Privado	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Servicios personales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Servicios no personales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Medicinas y fármacos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Materiales y suministros	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Equipos médicos y sanitarios	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Otros equipos y reparaciones	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Construcción de obras	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Total general	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Secretaría de Salud. UPEG.

Porcentaje de gasto público en salud por nivel de atención. 1993 – 1997.

Años	Primaria	Secundaria-terciaria
1993	ND	ND
1994	26.69	42.73
1995	27.16	31.90
1996	32.24	39.90
1997	32.90	49.50
1998	31.04	48.13
1999	28.66	38.27

Fuente: Secretaría de Salud

Aseguramiento sanitario. Un 11% de la población está cubierta por el subsistema público de salud a través del IHSS. Del total de población económicamente activa el 37.1% esta cubierta por el IHSS. Esta información es confiable, oportuna y obtenida con regularidad. Se desconoce el porcentaje de población que cubren las aseguradoras privadas. El seguro público, que opera a través del IHSS, ofrece un régimen de prestaciones de salud para sus asegurados cotizantes incluye cobertura de todos los riesgos de salud, y para los beneficiarios indirectos, incluye servicios de maternidad y atención a los niños y niñas hasta los 5 años. No hay un sistema de afiliación privado de la seguridad social. Existen diez compañías privadas de seguro que venden planes de seguros (gastos médicos hospitalarios) cuya fuente de financiamiento es el bolsillo del asegurado, desconociéndose la cobertura poblacional real. No existen modalidades de financiamiento público del aseguramiento sanitario privado.

Provisión de Servicios.

Servicios de Salud Poblacional: Los servicios públicos de salud son los encargados de la promoción de la salud, de entregar las prestaciones de salud pública y de la protección frente a riesgos. Para esta labor se

cuenta con apoyo intersectorial, y la cooperación de medios de comunicación, iglesias y ONG's. También se han incorporado contenidos educativos sanitarios en los programas formales de educación básica y media. Para la prevención específica y detección precoz de patologías se están desarrollando los siguientes programas: ²³ i) Programa de Prevención VIH/SIDA. Enfatiza el componente educativo. ii) Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual. Tiene un fuerte componente educativo y maneja protocolos estandarizados de tratamiento. iii) Programa de Control de la Tuberculosis. Tiene un fuerte componente preventivo y de detección precoz por medio de pruebas de tamizaje. Maneja protocolos estandarizados de tratamiento. iv) Programa de Control de Cáncer Cérvico Uterino. Realiza pruebas de tamizaje para detección precoz. v) Programa de Nacional de Salud Oral. Enfatiza igualmente el componente educativo, destina un gran porcentaje del recurso odontológico a esta labor y desarrolla campañas nacionales, entre otras: uso de fluoruro tópico, sellantes y control odontológico de escolares y mujeres embarazadas. vi) Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Entre 1993 y 1999 la cobertura del PAI en el menor de un año superó el 95% en las diferentes vacunas. vii) Departamento de Atención Materno Infantil. Desarrolla programas de atención integral a la mujer (control prenatal, parto y puerperio, planificación familiar), atención integral al niño menor de 5 años y al adolescente.

Servicios de atención individual: Los sistemas de información para la gestión en el subsector público de salud, son medianamente confiables y con una oportunidad aceptable. Ellos tienden a aumentar su utilización en la toma de decisiones para la gestión, particularmente en los niveles locales e intermedios.

La capacidad de elección entre los usuarios del medio rural es baja ya que el único es la Secretaria de Salud. En este medio, las personas con mejores ingresos tienen mayores posibilidades de elección al trasladarse a localidades urbanas. La capacidad de elección en el medio urbano está en relación directa con la capacidad de pago y la oferta de servicios del sector privado, que en muchas regiones del país es limitada. Nivel primario de atención²⁴: La prestación de servicios en este nivel pasó de 3,009,574 atenciones ambulatorias en 1993 a 4,719,406 en 1999. No hay información acerca de las coberturas de las distintas redes de prestadores públicos y privados. En el subsistema público, la totalidad de los centros de salud registran manualmente la prestación de servicios como está normatizado en el Sistema de Información Nacional cuya vigencia data desde el año 1985. En los servicios de la Secretaria de Salud, la tasa consultas y controles por personal no médico es levemente superior a la brindada por profesional médico. La tasa de consultas y controles por odontólogo es sumamente baja, evidenciando el poco acceso de la población a este tipo de servicio. En los servicios del IHSS, la tasa de consultas y controles por personal médico es notablemente superior a la brindada por el personal no médico. La tasa de consultas y controles por odontólogo es igualmente baja. Los grupos de causas más frecuentes de consultas en

atención primaria son: embarazo normal (8.5%), enfermedades del aparato respiratorio (8.8%) y enfermedades diarreicas (5.1%). No existen modalidades de atención domiciliaria.

Producción de Servicios, 1999

Actividad	Secretaría Salud		IHSS	
	Número	Tasa por 1000 hab.	Número	Tasa por 1000
Consultas y controles por profesional médico	3,110,038	514	1,022,086	715.6
Consultas y controles por personal no médico	3,526,401	583	27,161	19.0
Consultas y controles por odontólogo	233,140	39	34,768	24.3
Consultas de Urgencia.	653,904	108	138,702	97.1
Exámenes de laboratorio	2,691,116	445	849,902	595.1
Placas radiográficas	330,882	55	89,152	62.4

Fuente: Secretaría de Salud. Dpto. De Estadística.

Nivel secundario de atención: No hay información acerca de las coberturas de las distintas redes de prestadores públicos y privados ni se dispone de sistemas computarizados de información para la gestión administrativa y/o clínica. Tampoco se dispone de información sobre el grado de utilización de la información disponible por medio de los registros manuales. La prestación de servicios en los hospitales públicos (nacionales, regionales y de área) pasó de 1,529,618 atenciones ambulatorias en 1993 a 1,916,033 en 1999 y de 167,489 egresos hospitalarios en 1993 a 215,611 en 1999 con un incremento de 25.2% y de 28.7%, respectivamente.

Producción de Servicios, 1999

INDICADOR	Secretaría de Salud	IHSS
Nº Total de Egresos	215,611	30,677
Índice Ocupacional (%)	71.1	68.0
Promedio días de estadía	4.65	4.13

Fuente: Secretaría de Salud. Dpto. De Estadística

Las cinco principales causas más frecuentes de hospitalización para el subsistema público, fueron: embarazo, parto y puerperio (47.8%); enfermedades del sistema respiratorio (9.5%); traumatismos, envenenamiento y otras causas externas (7.0%); enfermedades infecciosas y parasitarias (5.3); enfermedades del aparato digestivo (4.8%)²⁵. Y para el subsistema privado: parto normal y complicado (13.8%); diarreas (4.76%); apendicitis aguda (2.2%); aborto incompleto (1.7%) e hipertensión arterial (1.6%). Desde agosto de 1998 la Secretaría de Salud inició el abordaje sistematizado de la calidad de los Servicios de Salud estableciendo estrategias que permean transversalmente la política de salud mediante el Programa de Garantía de Calidad, con áreas y regiones demostrativas, para abatir listas de espera.

Calidad técnica: La proporción de establecimientos con programas de calidad establecidos y funcionando es de menos del 10%. En todas las Historias Clínicas de pacientes egresados de hospitales existe un

informe de alta, sin embargo el mismo no es entregado al paciente o familiar. No existe Comisión de Arbitraje. No hay un registro de los establecimientos con Comités de Ética. La OPS ha propiciado un grupo de estudio de la Bioética que está impulsando esta línea y en algunos hospitales de alta complejidad se han constituido Comités para decidir acerca de investigaciones clínicas. Se han desarrollado actividades de capacitación permanente a los equipos técnicos y directivos de hospitales y al personal del nivel primario de atención, particularmente al que labora en establecimientos de la Secretaría de Salud. En 1999, el porcentaje de cesáreas sobre el total de partos en hospitales de la Secretaría fue de 15.5%, en el IHSS de 23.7% y en hospitales privados de 32.1%. No se dispone de información sobre índices de infecciones hospitalarias, ni sobre el porcentaje de muertes sometidas a autopsia médico – legal.

Calidad percibida: Los estudios o encuestas de satisfacción del usuario se hacen en forma esporádica, dependiendo de la iniciativa local. Hay estudios que demuestran insatisfacción de los usuarios, tanto en el subsector público como en el privado, aunque por razones diferentes. Algunos hospitales se han incorporado al programa de Hospital Amigo del Niño y diversos programas locales se orientan a mejorar la calidez y el trato al usuario. Todos los centros de atención de salud tienen procedimientos de orientación a la población y todos los pacientes hospitalizados son acompañados por personal del hospital desde el ingreso hasta el egreso del hospital.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1. Seguimiento del proceso.

Seguimiento de la dinámica: El Proceso de Reforma de Sector de la Salud (RS) se inició en 1990 en el marco del Proceso Nacional de Modernización del Estado, determinado por el ajuste estructural de la economía. En 1993 la Secretaría de Salud elaboró una propuesta de reforma que partió de reconocer las deficiencias del sistema, del cuestionamiento de la calidad de la atención de los servicios públicos de salud por la población y de los problemas de acceso a la atención, aprobándose la misma por acuerdo de la Comisión Presidencial para la Modernización. En 1997, se hicieron reformas a la Ley General de Administración Pública que condicionaron cambios en la estructura de todas las instituciones gubernamentales. Los actores principales de esta primera etapa fueron la Presidencia de la República a través de la Unidad de Modernización del Estado, la Secretaría de Salud, el IHSS, la Secretaría de Finanzas, el Colegio Médico, la Facultad de Ciencias Médicas, la Comisión de Salud del Congreso Nacional, y los organismos financieros y agencias de cooperación internacionales. Aunque no existen mecanismos específicos de consulta a la población sobre la RS, se han abierto espacios de diálogo y concertación con múltiples actores sociales (municipios, ONG's, etc.) Así, aunque desde 1990 se planteó

la necesidad de la RS, no se estructuró ni agenda ni plan. No obstante, cumpliendo con los Lineamientos de Política 1999-2001²⁶, que a su vez se enmarcan en el proceso nacional de reconstrucción y transformación posterior al huracán Mitch, se está trabajando en el fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud. Ello abarca las áreas de: financiamiento del sector, función reguladora, análisis y adecuación de los recursos humanos, fortalecimiento del proceso de planificación, desarrollo de sistemas de información integrales e integrados, y descentralización en salud. Existen además propuestas de reforma del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y de modernización/descentralización del SANAA. El propósito de la Reforma es satisfacer con equidad, calidad, solidaridad y participación ciudadana las aspiraciones en salud de la población. Para ello, se privilegian como estrategias: a) el fortalecimiento del rol del Estado en salud; b) la reforma de la seguridad social orientada al aseguramiento universal en salud; c) la modernización del sistema de salud a través de: la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios; innovaciones en el modelo de gestión; y el desarrollo de múltiples iniciativas con participación de actores gubernamentales y de la sociedad civil; y d) una reforma financiera contributiva.

Son actores relevantes en el proceso actual de negociación, la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), los colegios profesionales, la empresa privada y grupos organizados de la sociedad civil, quienes han participado en la formulación de políticas, leyes, reglamentos y normas técnicas específicas. Paralelamente se está promoviendo participación intra e intersectorial a través de convenios de gestión. Desde febrero del 2000, la Secretaría de Salud ha creado mediante acuerdo ministerial²⁷ un Consejo Técnico de la Gestión del Desarrollo Institucional responsable de gestionar un plan estratégico para el período 2000-2001 y de transición al nuevo gobierno. Este plan tiene como eje fundamental la descentralización en salud. Se continuarán realizando estudios que apoyen el proceso de reforma en las áreas de: situación de salud según condiciones de vida; financiamiento (Cuentas Nacionales y Regionales en Salud); marco jurídico; modelos de gestión y de prestación de servicios. Dichos estudios están siendo financiados con fondos nacionales complementados por fondos de cooperación externa. Se está avanzando en hacer del proceso de reforma un proceso participativo, desarrollándose diferentes para comunicar, promover la participación y consenso de la población y otros actores sociales.

Seguimiento de los contenidos:

Marco jurídico. A partir de un análisis de viabilidad y factibilidad, se ha decidido priorizar la revisión e introducción de reformas al Código de Salud vigente para clarificar las funciones estratégicas de la Secretaría de Salud, alrededor del objetivo central de descentralización de los servicios y el aumento de la capacidad rectora del sector, así como a las leyes, reglamentos y normas conexas. Están en proceso de

elaboración, nuevos reglamentos, normas e instrumentos que respaldan el cumplimiento del marco legal. En el Congreso Nacional se discute una propuesta de Ley Marco de la Seguridad Social. En la normativa jurídica vigente se establecen como principios básicos de la atención en salud: la equidad de acceso y de atención, la calidad, la participación social, la eficiencia y la eficacia. Se enfatiza la necesidad de un enfoque intersectorial en salud y se garantiza el derecho ciudadano a la misma. Sin embargo, el ejercicio de derechos es limitado en el país ya que el proceso de construcción de ciudadanía es incipiente.

Aseguramiento en Salud. Honduras tiene una propuesta de Ley marco de Seguridad Social en proceso de definición y concertación final con los sectores público y privado involucrados para aprobación del Legislativo. Es obligatorio el aseguramiento de los trabajadores del sector productivo organizado. Los lineamientos de política actual y los del pasado reciente definen estrategias para ampliar la cobertura en salud. Desde 1994 se han ejecutado acciones apoyadas por organismos de cooperación externa y con participación comunitaria, para la atención de grupos vulnerables (etnias, mujeres y niños entre ellos) y se están incorporando enfoques de transculturalidad y género. También se están ejecutando programas para mejorar el acceso de la población (sobre todo la más postergada), a medicamentos a través de los fondos comunales y las farmacias cogestionadas.

Rectoría. Con participación de los tres niveles de gestión de la Secretaría, se revisa el ejercicio del rol de rectoría en materia de salud, las funciones esenciales y la organización, contándose con una misión y visión construidas participativamente. Se han definido como funciones estratégicas las siguientes: conducción política, regulación sanitaria, planificación, provisión descentralizada y cogestionada de servicios de salud, financiamiento y vigilancia en salud. El proceso de separación de funciones no ha avanzado en el país, entre otras razones por la falta de definición del modelo de prestación de servicios que tiene el sector.

La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en Honduras efectuada siguiendo el instrumento de evaluación impulsado por OPS/OMS en 2001 reveló que la función de *Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud* obtuvo el resultado más alto. Presentaron resultados mínimos de desempeño las funciones relativas a *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*, y *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*.²⁸

En 1997 se produjeron cambios significativos en la organización y estructura de la Secretaría de Salud al entrar en vigor la Ley de la Modernización de la Administración Pública para los niveles de conducción central. Para el sector de la salud la ley contempla la creación de una Subsecretaría de política sectorial y desarrollo institucional. A partir de 1998 está en marcha un proceso de Desarrollo Organizacional de la Secretaría con componentes culturales, organizacionales, funcionales y estructurales. Se ha creado

funcionalmente la Dirección General de Regulación. No se están creando nuevas instituciones públicas ni superintendencias autónomas con capacidad de formular políticas del financiamiento, aseguramiento o de la provisión de los servicios públicos. No obstante, en la práctica a través de convenios de cogestión se han delegado responsabilidades en la prestación de servicios a Organismos no Gubernamentales (ONG's) y Privados de Desarrollo (OPD's). Cumpliendo con la ley, se está otorgando amplias facultades a algunas municipalidades con reales capacidades en programas de prevención, promoción y atención directa a la población. La Secretaría de Salud impulsa el desarrollo de un Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS), habiéndose producido avances en la implantación del Sistema de Información Gerencial, Administrativo y Financiero (SIGAF), y en la transformación, simplificación e integración del sistema de información epidemiológica. A escala de país se está desarrollando un Sistema Nacional de Evaluación de la Gestión (SINEG), existiendo mecanismos y momentos específicos y sistematizados de seguimiento y evaluación de la gestión institucional y de la gestión de proyectos. Entre ellos se incluyen encuentros mensuales de las autoridades políticas con los niveles de gerencia intermedia, y de éstos con la gerencia operativa a nivel local. También se realizan evaluaciones intermedias y de impacto de proyectos.

Descentralización. Los cambios del sistema administrativo se han orientado en un primer momento hacia la desconcentración de la gestión. La Secretaría de Salud desarrolla acciones orientadas a preparar a los niveles locales para que asuman en el futuro las competencias y funciones descentralizadas. Se prevé un reordenamiento territorial que condicionará una profundización del proceso de descentralización. La desconcentración, siguiendo un modelo de regionalización, se da más hacia el nivel intermedio y muy poco al nivel local. La red hospitalaria pública junto con los niveles operativos están facultados para manejar las finanzas con un porcentaje definido para atender algunas necesidades, y son los responsables del manejo de los equipos e insumos. Algunos proyectos de cooperación e inversión asignan responsabilidades a las unidades de servicio en el nivel local (institución y municipios), otorgándoles los recursos financieros para su ejecución. La descentralización, como política nuclear de la reforma del sector, será posible únicamente si es desarrollada junto a un proceso de desarrollo democrático y fortalecimiento de la solidaridad y, sobre todo, de participación y control social. Para ello, las instancias de comunicación entre el nivel central, intermedio y local se están reforzando. El diagnóstico local, basado en el método de ASIS, en el que participa la comunidad y la elaboración de planes de desarrollo en forma integrada, han sido introducidos en todos los Municipios del país.

Participación y Control Social. La organización de Consejos Municipales integrados por mancomunidades municipales, ONG's, Iglesia, empresa privada, otras instituciones públicas y la Secretaría de Salud, constituyen facilitadores de la participación y el control social de la gestión del sistema de servicios de salud.

Cada día toma más fuerza el nivel regional como una organización técnica de apoyo a la red en la entrega de servicios. El instrumento básico de la participación y control social son los Convenios de Gestión, los cuales tienen una dimensión inter-institucional (Secretaría de Salud, Municipios, ONG's, IHSS y Sociedad Civil) en el nivel local, y una dimensión intra-institucional dentro de la Secretaría de Salud (Nivel Superior, Intermedio y Local).

Financiamiento y Gasto. En el país se realizó el primer estudio de Cuentas Nacionales de Salud (CNS) entre 1999 y 2000. El estudio que se refiere al año de 1998, da cuenta de todas las fuentes de financiamiento así como los objetos de gasto. Los datos son agregados al nivel nacional y se espera concluir en los próximos meses el estudio de las Cuentas de la Región Sanitaria Número 5. La UPEG a través del Area de Financiamiento va a iniciar la segunda ronda del estudio de CNS para el año 1999. Se ha iniciado un estudio-análisis conjunto de los resultados del estudio de CNS del año 1998, de la ejecución presupuestaria de 1999, de la propuesta financiera del 2000 y del anteproyecto de presupuesto para el año 2001. Con este análisis se espera poder modificar los criterios de asignación, flujos financieros, mecanismos, etc. para la propuesta presupuestaria del año 2002, la misma que incluirá algunas sugerencias para un manejo descentralizado y su monitoreo.

Oferta de Servicios y Modalidades de Atención. No se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública. Sin embargo, existen experiencias aisladas orientadas a garantizar un aseguramiento universal en salud en poblaciones específicas. Asimismo, en el subsector privado se han hecho ampliaciones en las instalaciones físicas de varios hospitales y se han creado nuevos hospitales y clínicas pequeñas, especialmente en las ciudades grandes como Tegucigalpa, San Pedro Sula y otras ciudades en desarrollo económico. La oferta de servicios de primer nivel no se está modificando. Sin embargo, se ha redefinido al municipio y a su red local de servicios como la unidad territorial del primer nivel de atención. Tampoco se está modificando la oferta de los servicios del segundo nivel, ni desarrollando programas de atención para grupos vulnerables específicos. En relación a los programas de atención en cada una de las etapas del ciclo vital, únicamente se cuenta con programas de atención infantil (AIN-C y AIEPI). El modelo de atención no se está redefiniendo: sigue centrado en atención curativa y por libre demanda. Se han introducido algunas modalidades nuevas como la cirugía ambulatoria y los hogares maternos. Los sistemas de referencia y contrarreferencia están bastante deteriorados y no hay estrategias definidas para su fortalecimiento. Existen algunas experiencias aisladas de vinculación de la Secretaría con otros organismos extrasectoriales, como es el caso de violencia intrafamiliar y el abordaje del SIDA.

Modelo de Gestión. La gestión de la red asistencial en Honduras se efectúa por tres entidades: Secretaría de Salud, IHSS y el sector privado. Es un modelo de gestión fraccionado, desintegrado y duplicador de

esfuerzos, acciones y gastos. Para cada uno de los actores principales existen leyes especiales no coordinadas, impidiendo procesos de integración sistemáticos. La interrelación entre los actores del subsistema público y el privado consiste en la subrogación de servicios (por ejemplo, exámenes especializados o servicios de apoyo como limpieza, lavandería, y cocina). A su vez el subsector privado refiere pacientes a servicios muy especializados del subsistema público, como cuidados intensivos neonatales o hemodiálisis y, también, a personas con recursos escasos. La Secretaría de Salud y el IHSS mantienen relaciones de apoyo prestándose material o servicios. A nivel local se están introduciendo cambios en las UPS a través de la organización y fortalecimiento de asambleas, consejos, juntas directivas y comités locales de salud. El modelo de gestión en los establecimientos sanitarios públicos se rige por las leyes generales del Estado y los reglamentos especiales, y puede definirse como centralizador y con la autoridad definida en el vértice. La dirigencia del subsistema público está conduciendo trabajos orientados a contar con regulaciones que apoyen el ejercicio de la rectoría en escenarios descentralizados, tanto al interior de la red pública como de la privada. Existe la compra y venta de servicios a terceros entre el sector público y privado, lo cual es permitido por ley. No hay concesión de servicios públicos a empresas privadas. Ello se debe a los altos índices de pobreza, a la inseguridad de contar con una dotación presupuestaria fija y conocida alrededor de la cual pueda trabajar y establecer compromisos de gestión tipo empresarial, y a la excesiva centralización legal. Existe algún caso (como la clínica de Bayan que era privada) donde al contrario, se ha transformado un centro privado en un centro con autogestión comunitario-municipal. Algunos establecimientos a nivel local se están organizando con criterios empresariales de autogestión, no habiéndose definido mecanismos de seguimiento y evaluación. Hasta ahora el sistema público no ha entregado formalmente ningún establecimiento al sector privado, ni se conocen gestiones en tal sentido. Lo que si ha ocurrido es que corporaciones privadas legalmente formadas sin fines de lucro han llegado a convertirse en prestadoras de servicio con fines de lucro.

Recursos Humanos. Hasta ahora no se han introducido modificaciones sustantivas en la gestión y planificación de los recursos humanos del subsector público, pero está en proceso la modernización de la Dirección General de Servicio Civil. Asimismo la Secretaría de Salud está diseñando y construyendo viabilidad para implantar una propuesta de un sistema de gestión de recursos humanos. En el marco de la modernización de la Dirección General de Servicio se realizó un diagnóstico de los perfiles funcionales y salarios de enfermeras auxiliares y de gerentes. Un grupo temático está elaborando una propuesta para la regulación de los profesionales de la salud y la gestión laboral. No se han propuesto ni introducido incentivos al desempeño del personal de salud, pero existe la decisión política de implantar un sistema de análisis del desempeño. Se han realizado algunas modificaciones en las prácticas profesionales en ámbitos particulares,

como es el caso de Enfermería en donde se está desarrollando una especialidad en salud familiar y se están formando Técnicos en Salud Ambiental (TSA) con un enfoque integral de salud y de desarrollo local. Tradicionalmente, la certificación de los trabajadores la realizan los colegios profesionales. Es muy incipiente el desarrollo de un marco regulatorio en éste campo. El país cuenta con amplia experiencia en educación permanente (capacitación en y para el trabajo), aunque la misma no ha logrado institucionalizarse. No hay una contabilidad de la inversión en capacitación, pero empíricamente se conoce que un alto porcentaje de la inversión externa es para capacitación. En este momento en Honduras no se está llevando a cabo el proceso de acreditación de establecimientos y programas de formación en salud. Ha habido participación selectiva de los trabajadores en el proceso de reforma.

Calidad y Evaluación de tecnologías en salud. Para garantizar la seguridad sanitaria a la población e impulsar la mejora continua de los servicios, se está desarrollando el proceso de licenciamiento de establecimientos de atención médica, definiéndose los requisitos mínimos indispensables que todo establecimiento público, privado o de la seguridad social deberá cumplir para poder ofertar servicios de salud de acuerdo a su nivel de complejidad. El proceso se caracteriza por ser participativo contando con representantes del colegio médico, colegio de enfermeras, colegio de microbiólogos, personal operativo de los servicios de salud y del nivel técnico normativo. La evaluación de tecnologías es una necesidad sentida que será respondida parcialmente a través del licenciamiento que exigirá ciertos requisitos mínimos a ser cumplidos por los equipos utilizados en establecimientos de atención médica. Sin embargo, habrá que desarrollar mecanismos más completos a mediano y largo plazo que incluyan el registro de éstas tecnologías antes de que sean introducidas al país.

3.2 Evaluación de resultados: Hasta ahora, no se cuenta con criterios ni indicadores específicos para evaluar los resultados de la RS y, dada la etapa incipiente en que se encuentra el proceso de RS no se ha efectuado ninguna evaluación de la misma.

Equidad: No hay datos que sustenten que la incipiente RS hay influido sobre la reducción de brechas en el estado de salud. En términos de cobertura por servicios básicos, algunos buenos ejemplos son: los porcentajes de población cubierta de forma efectiva por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, que ha mantenido muy altas coberturas de vacunación en menores de dos años; la cobertura del control prenatal realizado por personal entrenado, que aumentó de 64.8% en 1987 a 83.1% en 1996; y el aumento del porcentaje de mujeres en unión que usan actualmente métodos anticonceptivos, que es del 50% (salpingoclasia 18.1, métodos orales 9.9, DIU 8.5).

Efectividad y calidad: No se cuenta con evidencia que la RS haya influido sobre la reducción de brechas en los indicadores tradicionales pues los cambios positivos observados son de naturaleza multidimensional.

Por ejemplo, la mortalidad infantil disminuyó de 50 a 42 por mil nv de 1991/92 a 1996; la mortalidad materna disminuyó de 182 a 108x100,000 nv de 1989/90 a 1997; la mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio disminuyó de 221 a 142x 100,000 n.v. en el mismo período. En relación a otros indicadores: la muerte por cáncer de cuello uterino representó el 4.9% de las causas de muertes de mujeres en edad fértil 1989/90 y en 1997 fue de 4.3%. La tasa de incidencia fue de 0.07 por mil mujeres en ambas mediciones. El número total de casos de VIH/SIDA reportados en Honduras desde 1985 es de 14,792. Esto se traduce en una prevalencia para el año 2,000 de 2.4 por mil habitantes, siendo este cálculo de 2.3x 1,000 hombres y de 14 x 1,000 mujeres. Los 132 casos nuevos reportados en el primer semestre del 2000 representan una incidencia de 2x100,000 en este año. Es importante destacar que el SIDA contribuye con el 17% como causa de muertes de mujeres en edad reproductiva. En relación a enfermedades inmunoprevenibles: hasta junio del 2000 se consideran erradicadas la poliomielitis y el sarampión.

Eficiencia: El Gasto total en Salud per cápita para 1998, año de estudio de CNS, fue de US\$ 49.76, y el Gasto público en salud per cápita para ese mismo año fue de US\$ 22.91 (46.04% del total).

Sostenibilidad: Los escenarios políticos, económicos y sociales nacionales e internacionales apuntan a que el proceso de RS tiene altas posibilidades de continuar manteniendo lo sustantivo en cuanto a direccionalidad y estrategias prioritarias. Financieramente hay recursos externos disponibles para el mediano plazo (3 años) orientados a establecer las bases de la reforma. El gobierno está negociando con Organismos Financieros Internacionales una Estrategia de Reducción de la Pobreza siendo uno de sus componentes la reforma del sector salud.

Participación Social: Los Consejos Intermunicipales van surgiendo como un nivel intermedio fuerte que moviliza recursos, participa en el análisis de condiciones de vida y de salud, y participa en la toma de decisiones para la planificación. Hay varias expresiones en la entrega de servicios donde los grupos étnicos son actores fundamentales, al igual que mujeres.

(*) La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de cuarenta y cinco profesionales y decisores políticos nacionales de alto nivel pertenecientes a la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SNAA), UNICEF, USAID/PHR y OPS/OMS. La coordinación técnica del grupo nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Honduras. La revisión externa fue encomendada a la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS.

- ¹ Organización Panamericana de la Salud: Indicadores Básicos 2000, Washington, 2000
- ² Secretaría de la Presidencia: Estrategia para la reducción de la pobreza, Tegucigalpa, 2000.
- ³ Banco Mundial: Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1997.
- ⁴ Banco Central: Departamento de Estudios Económicos, Honduras, 2000.
- ⁵ SECPLAN, FNUAP, DGEC: Proyecciones de Población, Tegucigalpa, 1996.
- ⁶ SECPLAN, FNUAP, DGEC: Proyecciones de Población, Tegucigalpa, 1996.
- ⁷ Secretaría de Salud: Salud en Cifras, 1995-1999, Tegucigalpa, 2000.
- ⁸ Secretaría de Salud: Investigación de Mortalidad en Mujeres en Edad Reproductiva, Teg. 1990 y 1997.
- ⁹ Secretaría de Salud: Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar, Tegucigalpa 1991/92 y 1996
- ¹⁰ Secretaría de Salud: Salud en Cifras, Tegucigalpa, 2000
- ¹¹ IHNFA-UNICEF: Analisis de Situación de la Infancia, Mujer y Juventud. Honduras, 1998.
- ¹² Dirección General de Estadística y Censos (DGEC): Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. Tegucigalpa, 1999.
- ¹³ PNUD: Informe sobre Desarrollo Humano, 1999.
- ¹⁴ Ministerio de la Presidencia: Estrategia para la reducción de la pobreza, Tegucigalpa, 2000.
- ¹⁵ Banco Mundial, Tegucigalpa, 1995.
- ¹⁶ DGEC: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, Tegucigalpa, 1999.
- ¹⁷ DGEC: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, Tegucigalpa, 1999.
- ¹⁸ Ministerio de la Presidencia: Estudio sobre el Gasto en Servicios Básicos. Tegucigalpa 1999.
- ¹⁹ Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras, Tegucigalpa, 1999.
- ²⁰ Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria 1999, Secretaría de Salud, Tegucigalpa.
- ²¹ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
- ²² Banco Mundial: Honduras, Improving Access, Efficiency and Quality of Care in the Health Sector. 1997.
- ²³ Secretaría de Salud: Subsecretaria de Riesgos Poblacionales
- ²⁴ Secretaría de Salud: Departamento de Estadística. 2000
- ²⁵ Secretaría de Salud: Departamento de Estadística. 2000
- ²⁶ Secretaría de Salud: Lineamientos de Políticas 1999-2001 Transformación del Sector Salud en la Reconstrucción Nacional, Tegucigalpa 1999
- ²⁷ Diario Oficial de la Federación: Acuerdo No. 2660, Tegucigalpa 25 de agosto del 2000
- ²⁸ Ministerio de Salud de Honduras y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Honduras. Informe Preliminar, junio 2001 (mimeo).

PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD
MÉXICO

(1ra edición, octubre 1998)
(2da edición, abril 2002) *

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

En 2000 el país contaba con una total de 97,4 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 1.4 y de fecundidad de 2.4, siendo la esperanza de vida al nacer de 75.3 años. La población mexicana se distribuye en 32 estados y en 2 444 municipios.

Según datos del PNUD, el índice de desarrollo humano (IDH) en México fue de 0.790 ocupando el lugar 51 con un nivel de desarrollo medio. En los últimos años creció la población en condiciones de pobreza, ascendiendo a 40 millones y a casi 18 millones quienes viven en pobreza extrema. La escolaridad promedio llegó a 7.6 grados.

Existen tres grandes segmentos: las instituciones de seguridad social, compuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que es el mayor, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina, que cubren entre 50 y 55% de la población; los servicios de salud a población no asegurada, proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA) y el Programa IMSS - Solidaridad; y un el tercer segmento que integran los servicios privados, bastante fragmentado y donde los seguros de esta naturaleza afilian poco menos del 2% de la población.

La razón de médicos por 10 mil habitantes en 1997 fue de 11.2, llegando a 12.1 en 2000. La razón de enfermeras por 10 mil habitantes pasó de 18.3 a 18.8 en igual período. Entre los sectores público y privado había 75.9 camas por mil habitantes, 1.8 laboratorios clínicos, 0.2 bancos de sangre, 2.0 equipo de radiodiagnóstico y 7.0 salas de parto.

La Ley General de Salud precisa que la Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema, responsable de elaborar las normas oficiales mexicanas del ramo, convocar los grupos interinstitucionales y concentra las estadísticas sanitarias. Entre sus funciones básicas destacan: actualizar la normatividad de regulación sanitaria, evaluar la prestación de los servicios y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

Entre 1997 y 1999 el gasto total per cápita en salud en salud disminuyó ligeramente quedando en 2 988 pesos, pese al aumento del gasto público per cápita en 5.8% en ese periodo. Por su parte, el gasto en salud como porcentaje del PIB fue de 5.5% en 1999, ligeramente inferior a 1998 (5.6%) pero superior a 1996 (5.1%). El IMSS es la institución de salud con el mayor gasto, siendo del 1.46% del PIB en el 2000. Cada institución pública conforma su propia red de servicios y el IMSS es quien otorga el mayor número de prestaciones, seguida por la SSA y el ISSSTE. La calidad de la atención es un área en desarrollo que a partir del año 2001 recibe un renovado impulso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 precisa tres grandes retos para el sistema de salud: equidad, calidad y la protección financiera, y para enfrentarlos enuncia 10 estrategias de trabajo, que en conjunto se componen de 66 líneas de acción con 43 programas para llevarlas a efecto. El gobierno anterior había impulsado la ampliación de la cobertura del sistema, principalmente a la población rural, mediante un paquete básico de servicios de salud que contaba de 13 intervenciones que caracterizó como de bajo costo y alto impacto. A partir del 2001, el nuevo gobierno colocó el acento en la integralidad de la atención y el aseguramiento, poniendo en marcha un seguro público y voluntario para personas no derechohabientes de la seguridad social, denominado seguro popular de salud, con 78 beneficios y 191 medicamentos asociados a los mismos, que planea afiliar a más de 59 mil familias en su primer año.

En el año 2002 se inició la oferta de seguros integrales de salud por el sector privado, antes existían los denominados seguros de gastos médicos mayores, cuyas repercusiones en la cantidad de asegurados no son claras aún, pero se espera que haga más corporativa la práctica médica privada.

El programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 dejó como principal saldo positivo la ampliación de la cobertura, que según estimaciones dadas por la SSA, se había reducido la población sin acceso a servicios básicos de 10 millones que existían en 1995 a 0.5 millones en el 2000. Se documentó la disminución en la morbilidad y mortalidad por cólera, malaria, dengue y enfermedades inmunoprevenibles, así como el mantenimiento de la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil, y se considera que hubo un dinamismo de la participación social en salud expresada en el desarrollo alcanzado por el movimiento de municipios por la salud, con más de 1500 incorporados en el año 2000.

1.- CONTEXTO

1.1 Contexto político. Los Estados Unidos Mexicanos es una república representativa y democrática compuesta por 31 estados y un Distrito Federal, unidos en una Federación. El gobierno federal y los estatales tienen igual jerarquía, sostienen principios de autonomía y de asociación, y cambian cada seis años. El nivel municipal constituye el tercer orden de gobierno y cuenta con 2 444 municipios que realizan elecciones cada 3 años. La Constitución Política define la división de poderes en Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

En las elecciones presidenciales de julio del 2000 triunfó un partido político distinto al que había gobernado al país las últimas siete décadas. Estas elecciones dieron lugar también a una reordenamiento del Congreso, que por vez primera no estuvo dominado por ninguno de los partidos principales. Los gobiernos de los estados son de distintos partidos políticos. Los temas que dominaron el debate político en 2001 fueron la ley de derecho y cultura indígena en el sector social y la reforma fiscal, que estuvo orientada a incrementar la recaudación, planteando la propuesta gubernamental, entre otras cosas, un impuesto de 15% al consumo de alimentos y medicinas, que fue rechazado por el Congreso.

Las prioridades, objetivos y estrategias del gobierno se enuncian en el *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, organizado en tres grandes áreas de trabajo: i) desarrollo social y humano; ii) crecimiento económico con calidad, y iii) orden y respeto social. En la primera de estas áreas se ubica el sector salud y sus objetivos rectores son los siguientes: mejorar los niveles de bienestar, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social.¹

1.2 Contexto económico. Los procesos de reforma económica en los últimos años se han caracterizado por la disminución de aranceles y subsidios a productores nacionales, la eliminación de permisos de importación, la liberalización de las transacciones comerciales, el saneamiento del fisco federal, la reducción de las finanzas del sector público, la desregulación de las actividades productivas internas y la autonomía legal del Banco Central. La presencia de México en el escenario geopolítico y económico hemisférico y mundial se ha incrementado con su incorporación al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) y a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), así como con la firma de acuerdos comerciales con la Comunidad Económica Europea y ciertos países de América Latina y Asia.²

INDICADORES ECONÓMICOS SELECCIONADOS, MÉXICO, 1997-2000

Indicador	Año			
	1997	1998	1999	2000
PIB (miles de pesos) ¹	3 174 275	3 846 350	4 583 762	5 432 355
PIB per cápita usd (valor ppp) ²	8 110	7 450	8 070	ND
PIB per cápita usd (valor corriente) ²	3 700	3 840	4 440	ND
Crecimiento medio anual del PIB ³	6.8	5.0	3.7	6.6
Gasto en salud como porcentaje del gasto social ¹	ND	33	35	34

Fuente: ¹ DGIED/SSA Sistema de cuentas nacionales en salud. México, D.F. 2001 (hasta 1998 datos de FUNSALUD).²OPS/OMS Indicadores básicos de 1999, 2000 y 2001. Washington D.C. ³INEGI. Sistema de cuentas nacionales de México. INEGI, 2000.

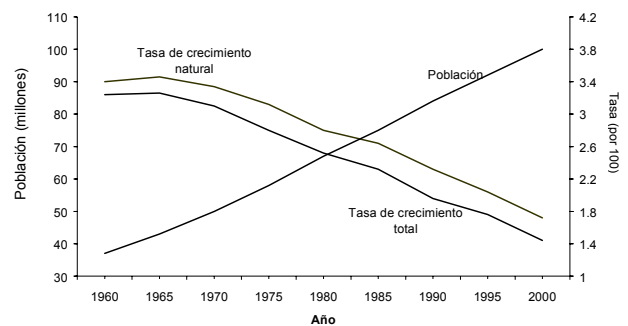
El producto interno bruto (PIB) creció entre 1997 y 2000. Sin embargo, la economía no creció en el año 2001, en buena medida debido la recesión en Estados Unidos de Norteamérica (EU). El PIB per cápita creció entre 1997 y 1999 en valores corrientes pero no en ppp, mientras que el gasto en salud como por ciento del gasto social tuvo muy poca variación. El valor de las exportaciones fue de 122 mil millones de dólares en el 2000, superior en 23% a 1999, con un crecimiento de 89.5% de las exportaciones petroleras y 18.5% de las exportaciones no petroleras. El déficit de la balanza comercial ascendió a 4.5 mil millones de dólares. El déficit de la cuenta corriente se financió sobre todo con fuentes externas de largo plazo e inversión extranjera directa. La inflación fue inferior al 10% en el 2000 y continuó reduciéndose en el 2001, gracias a la austeridad monetaria y fiscal así como a la fortaleza del peso mexicano. Los vínculos de la economía mexicana con EU han crecido proviniendo de ese país el 60% de la inversión extranjera en el 2000, al que también se dirigieron 90% de las exportaciones mexicanas.³

Los recursos de cooperación financiera del sistema de Naciones Unidas (NU) para el 2000 ascendieron a 6 655 millones de dólares, aportando el Banco Mundial 6 141 millones. Los recursos para inversión otorgados por la Corporación Financiera Internacional ascendieron a 318 millones de dólares. Los fondos de cooperación técnica que provienen de las agencias y programas de NU ascendieron a poco más de 82.5 millones.⁴

1.3. Contexto demográfico y epidemiológico. La población total en 2000 era de 97.4 millones de habitantes. La tasa nacional de crecimiento de la población se estimó en 1.4, mientras que la tasa de incremento natural fue de 1.8 (véase Gráfica 1).

De acuerdo con el censo de población 2000, el 51.2% de la población total son mujeres y 48.8% hombres. El 33.4% es menor de 15 años de edad (10.9% menores de 5 años y 22.5% entre 5-14 años), 64.5% mayor de 15 años (4.9% la de 65 y más años, y 59.6% la de 15 a 64 años) y 2.1% no especifica la edad. La tasa de dependencia ese año fue de 64.3%, con 6.1 dependientes por cada 100 habitantes entre 15 y 64 años de edad.

GRAFICA 1: TASAS DE CRECIMIENTO TOTAL Y NATURAL DE LA POBLACION. MEXICO 1960 - 2000



Fuente: estimaciones y proyecciones del CONAPO.

La población femenina en edad fértil (mujeres de 15 a 49 años) representa el 52.2% del total de mujeres para el año 2000. La tasa global de fecundidad pasó de 2.7 en 1997 a 2.4 en 2000 y los valores más altos se encuentran en los estados de Guerrero (3.03 por 1000 mujeres en edad fértil), Puebla (2.98), Chiapas (2.94) y Oaxaca (2.92). Las mujeres de 25 a 29 años que viven en áreas rurales presentan un promedio de hijas e hijos

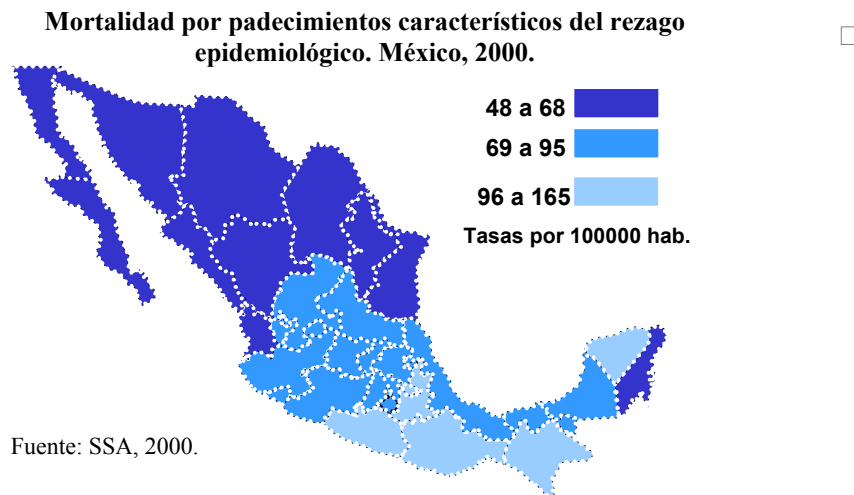
(2.3) mayor que las de áreas urbanas (1.4). Los flujos migratorios al interior del país aumentaron entre 1997 y 2000, llegando a ser alrededor de 18% la población que reside fuera de su lugar de nacimiento. Los estados de Quintana Roo (51.6%) y Baja California (41.4%) tuvieron las mayores inmigraciones netas, mientras que el Distrito Federal (33.2%) y Zacatecas (30.5%) las más fuertes migraciones. Entre 1995-2000 salieron del país 1.6 millones de mexicanos, 96.1% hacia los EU, siendo la pérdida por migración internacional en el año 2000 de poco más de 301 mil personas^{5, 6}.

La esperanza de vida al nacer se incrementó de 73.3 años en 1994 a 75.3 años en el 2000, siendo más alta en las mujeres (77.6) que en los hombres (73.1). Los estados con la esperanza de vida al nacer más baja fueron Oaxaca, Guerrero y Chiapas, mientras que Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal presentan la esperanza de vida más alta⁷. La esperanza de vida saludable (EVISA) es de 61.1 años en los hombres y de 66.9 años en las mujeres. El análisis de los EVISA indica que, globalmente, las enfermedades no transmisibles y las lesiones tienen un peso importante, siendo las principales causas de daño a la salud la diabetes mellitus (5.8%), los homicidios y las violencias (4.8%) y la cardiopatía isquémica (4.5%), aunque los daños producidos por las afecciones perinatales (7.7%), las infecciones respiratorias (3.0%), la cirrosis (2.9%) y la desnutrición (1.9%) siguen siendo relevantes⁸.

La tasa global de mortalidad en el año 2000 fue 439.5 por 100 000 habitantes: 495.0 en los hombres y 384.8 en las mujeres. La tasa de mortalidad total por enfermedades transmisibles, incluyendo las nutricionales y de la reproducción, ascendió a 72.5 por 100 000 habitantes, siendo mayor en los hombres (79.9) que en las mujeres (65.2). La mortalidad total por enfermedades no transmisibles ascendió 314.6 por 100 000 habitantes, también mayor en hombres (329.9) que en mujeres (299.5). Finalmente, la mortalidad total por lesiones aumentó a 55.6 por 100 000 habitantes, marcadamente mayor en los hombres que en las mujeres, con tasas de 90.0 y 21.7, respectivamente. Las causas de muerte más frecuentes fueron las enfermedades del corazón, con cerca de 69 mil defunciones (15.7%), seguidas por los tumores malignos, con alrededor de 55 mil defunciones (12.6%), y la diabetes mellitas, con casi 47 mil (10.7%). Las defunciones infantiles ascendieron a poco más de 38.6 mil en 2000 (tasa de 13.8 por 1000 n.v.), mientras que las muertes en preescolares alcanzaron la cifra de siete mil (tasa de 80.5 por 100 000 habitantes de 1-4 años). En escolares se presentaron poco más de siete mil muertes (32.2 por 100 000 habitantes de 5-14 años). En el grupo de edad productiva se presentaron alrededor de 166 mil defunciones (268.2 por 100 000 habitantes entre 15-64 años), mientras que en el grupo postproductivo fueron poco más de 217 mil (4 550.1 por 100 000 habitantes de 65 y más años)⁹.

Existen diferencias en la mortalidad entre los estados. La tasa de mortalidad infantil ajustada en Guerrero es de 30 por 1 000 n.v., mientras que en el Distrito Federal es de 20. Las tasas más altas por enfermedades infecciosas intestinales corresponden a Chiapas (14.4 por 100 000 hab.) y Oaxaca (11.6), y las más bajas a Tamaulipas (2.0) y Nuevo León (1.7). Los estados del norte tienen las tasas más altas por

enfermedad isquémica del corazón (Sonora 71.5 por 100 000 habitantes y Chihuahua 67.8), mientras que estados del sur (Tlaxcala 22.5 y Quintana Roo 22.1) tuvieron las más bajas por esa enfermedad¹⁰. El 18% de los niños menores de 5 años presentaban una talla para la edad menor que la ideal y el retraso en el crecimiento es casi tres veces más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas, y cuatro veces mayor en las zonas pobres del sur que en las no pobres del norte. El rezago epidemiológico, que se expresa en la mortalidad por enfermedades evitables como desnutrición, infecciones comunes y algunos padecimientos asociados a la reproducción, muestra una concentración en los estados del sur (véase gráfico). Las peores cifras de daño a la salud se ubican en los 63 grupos indígenas del país, donde la esperanza de vida es de 69 años contra 75.3 de la población nacional. La mortalidad infantil es 58% más alta y el riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena.¹¹



El número de casos de malaria en el año 2000 se redujo en 45% (tasa de 14.7 por 100 000 hab.) respecto a 1999 (tasa de 120.0). La incidencia de dengue clásico disminuyó a 2.4 por 100 000 hab. Los casos de dengue hemorrágico fueron 50 con cero defunciones, mientras que los reportes de cólera descendieron a solo cinco casos y cero defunciones. Las atenciones por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas fueron 9 452 y 36 876 por cada 100 000 consultas. Los casos de VIH/SIDA hasta el 2000 ascendieron a 47 617, pero debido al retraso en la notificación y al subregistro se ha estimado que pueden existir alrededor de 64 mil enfermos y 117 mil portadores del VIH, siendo la mortalidad estimado en 4.2 por 100 000 hab. La incidencia de enfermedades cardiovasculares fue de 294.2 por 100 000 hab. en el año 2000, siendo la hipertensión arterial la causa más reportada (402.4 por 100 000 hab.), seguida por las enfermedades isquémicas del corazón (60.6), la diabetes mellitus (292.3) y los tumores malignos (92.3) y los accidentes (36.4). Estas enfermedades, unidas a la cirrosis, concentran el 52% de las defunciones del país y son considerados como emergentes, ya que han desplazado a las que ocupaban los primeros sitios como causas de muerte apenas dos décadas atrás¹².

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) reportó 27.7% de fumadores, 14.8% de ex-fumadores y 57.4% no fumadores. Alrededor de 1.5 millones de varones y 200 mil mujeres de entre 12 y 65 años de edad cumplían con el criterio de dependencia al alcohol del DSM-IV, mientras que 9.6% de los hombres y 1.0% de las mujeres consumen alcohol en exceso. El consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida es de 5.2%, equivalente a 2.5 millones de personas¹³.

1.4. Contexto social. El índice de desarrollo humano en 1999 fue de 0.790, que ubica al país en el lugar 51, con un nivel de desarrollo humano medio¹⁴. En los últimos años creció la población que vive en condiciones de pobreza, que para el año 2000 ascendió hasta 40 millones y a casi 18 millones quienes viven en condiciones de pobreza extrema.¹⁵

El 53.4% de la población está ocupada en el sector de comercio y los servicios, 15.4% en el sector primario y 27.8% en el industrial. El 87.3% de la población de entre 6 y 14 años sabe leer y escribir (87.8% de las niñas y 86.8% de los niños), elevándose a 90.5% en los mayores de 15 años. En contraste, en las zonas rurales poco más del 20 % de la población no sabe ni leer ni escribir. La escolaridad promedio es de 7.6 grados aprobados (7.8 en hombres y 7.3 en mujeres). Los estados con el nivel más alto de escolaridad son el Distrito Federal (9.7) y Nuevo León (8.9), y los más bajos Chiapas (5.6), Oaxaca (5.8) y Guerrero (6.3). Coincidentemente estos tres estados concentran la mayor cantidad de población indígena del país. El 72.8% de los hombres y 69.1% de las mujeres han completado la enseñanza primaria. Los hombres analfabetos de 15 o más años representan el 7.4% y las mujeres el 11.3%. Los hombres son quienes se inscriben en la secundaria en mayor proporción.¹⁶

Por lo que se refiere a la pertenencia a alguna institución de seguridad social, declaran estar afiliadas a alguna institución de seguridad social 40 de cada 100 personas, encontrando las cifras más bajas en los estados de Chiapas y Guerrero (17.6% y 20.3%, respectivamente) y las más altas en Coahuila (69.7%) y Nuevo León (65.9%)¹⁷.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización general. El sistema de servicios de salud está segmentado en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, y al interior de estos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones, según se describe a continuación:

Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por ley a alguna institución de seguridad social. En 2000 esta población ascendía alrededor de 50 millones de personas. El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) concentraba a la mayor parte de estos asegurados (cerca del 80%), seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales.¹⁸

Servicios de Salud de la Seguridad Social

Características	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	Estatales
Naturaleza jurídica	Órgano tripartita (gubernamental, empresarial y trabajadores)	Institución pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Empresa pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Secretaría de Estado	Instituciones públicas en varios estados
Fuentes de financiamiento	Federal, empleado y empleador	Federal y empleado	Propia	Federal	Federal/Estatal y empleado

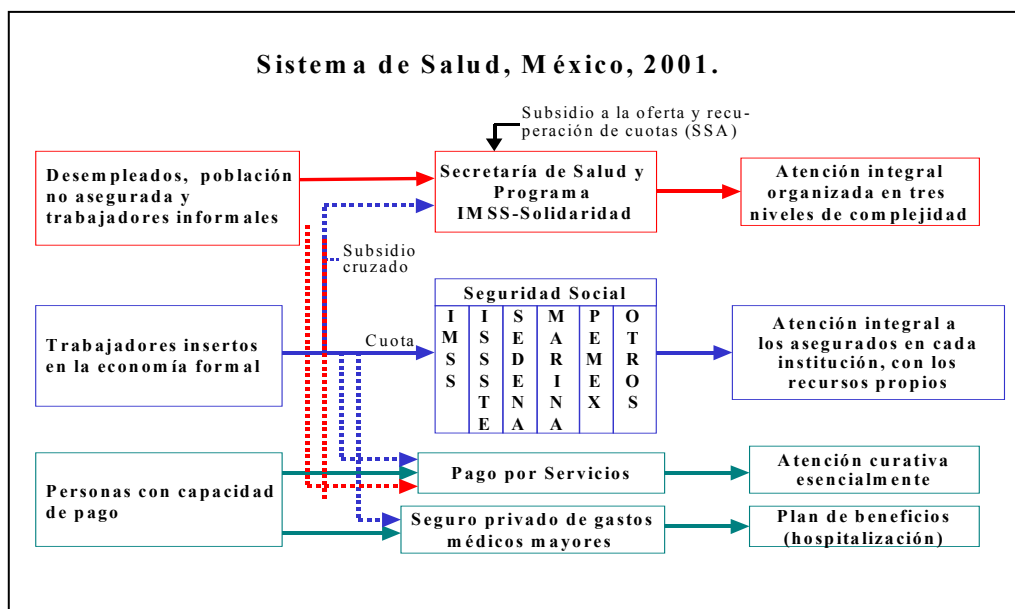
El sistema para población abierta o no asegurada (alrededor de 48 millones de personas) incluye los servicios de la Secretaría de Salud (SSA), que opera en áreas urbanas y rurales de todo el país, y el programa IMSS-Solidaridad, que atiende a población de zonas rurales definidas (alrededor de 11 millones de personas de 14 estados).¹⁹ La SSA se financia por el presupuesto de la Federación y de los gobiernos estatales, esencialmente, y tiene ingresos por cuotas de recuperación de quienes pueden pagar, mientras que el IMSS-Solidaridad recibe una asignación presupuestal del gobierno federal y cuenta con el apoyo administrativo del IMSS.

Servicios de Salud para Población Abierta

Características	SSA	IMSS-Solidaridad
Naturaleza jurídica	Secretaría de Estado	Programa dentro del IMSS
Descentralización	Muy avanzada	Desconcentración administrativa
Fuentes de financiamiento	Federal, estatal y cobro por servicios	Federal y apoyado por la administración del IMSS

El sector privado funciona en un contexto poco supervisado, brinda una atención de calidad desigual, con precios variables y está bastante fragmentado. En 1999 se contabilizaron 2 950 unidades médicas privadas con servicios de hospitalización, que sumaban 31 241 camas, de las cuales 48% estaban en establecimientos con menos 15 camas²⁰. Las ONGs tienen un peso poco significativo en la prestación de servicios, aunque su trabajo organizado en redes es cada vez más relevante en los ámbitos de sexualidad y reproducción, VIH/SIDA, violencia intrafamiliar, atención a las adicciones y a las discapacidades.

La figura muestra los segmentos de población, los prestadores de servicios de salud y los beneficios que recibe la población, apreciándose que adicional a lo descrito en los puntos anteriores, ocurren otras conexiones entre los segmentos, representadas con líneas de punto, como son: afiliados a la seguridad social se atienden en la SSA porque le satisface más la atención o porque viven lejos de la unidad de medicina familiar del seguro, deviniendo en un subsidio cruzado desde la SSA; o disponen de un seguro privado de gastos médicos mayores, otorgado muchas veces como una prestación laboral adicional. Asimismo, se conoce que los afiliados a la seguridad social y la población general de todos los niveles económicos acuden eventualmente a la medicina privada pagando de su bolsillo por los servicios consumidos. Otros desarrollos recientes del sistema de salud son el seguro de salud para la familia del IMSS, (explicado en la pag.13).



2.2 Recursos del Sistema

Recursos humanos. En los últimos 10 años creció el número de profesionales y técnicos de la salud trabajando en las instituciones públicas, aumentando las tasas de médicos y enfermeras por habitantes, aunque la de enfermeras muy poco en los últimos 5 años (ver cuadro).

RECURSOS HUMANOS CONTRATADOS (SECTOR PÚBLICO), 1990-2000

TIPO DE RECURSO	1990	1993	1995	1997	1999	2000
Total de médicos	89 330	107 495	118 254	129 031	135 159	140 629
Total de enfermeras	130 519	154 852	166 496	172 294	184 264	190 335
Personal de servicios de diagnóstico y tratamiento*	21809	25 244	27 386	33 602	34 857	36 388
Egresados de postgrado en ciencias de la salud	3,807	4,036	3,024	4,451	ND	ND
Médicos por 10 000 hab.	11.0	9.3	10.7	11.2	11.8	12.1
Enfermeras por 10,000 hab.	16.0	16.8	18.4	18.3	18.8	19.0

Fuente: SSA. DGIED, Boletín de Información Estadística, 1994-2000. Salud Pública de México 42(6);2000.* Se refiere a profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de diagnóstico y tratamiento.

La SSA contrata el mayor número de médicos y el IMSS de enfermeras, mientras que el resto de las instituciones no alcanzan ni la mitad de los contratados por estas dos. Trabajaban en el sector privado casi 63 mil médicos en 1999, de los cuales 27 501 eran contratados en unidades médicas privadas, el resto eran vinculados por acuerdos especiales²¹. La distribución de los recursos humanos es desigual, ya que mientras los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos en instituciones públicas por cada 1 000 hab., el D.F. y Baja California Sur tenían 3.2 y 2.5, respectivamente. La tasa de médicos por 1

000 hab. en los municipios de muy alta marginación es de 0.7 mientras en los de muy baja marginación es de casi 2.5, al tiempo que los municipios indígenas de Oaxaca cuentan con sólo 0.13 médicos²².

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD 2000

Institución	Médicos	Enfermeras	Personal auxiliar de diagnóstico y tratamiento	Personal administrativo
SSA y SESA	54 293	73 502	15 438	41 521
IMSS-Solidaridad	5 541	6 847	294	2 210
IMSS	53 473	79 100	13 879	84 246
ISSSTE	17 886	20 052	3 230	10 790
PEMEX	2 386	2,678	527	674
SEDENA	1 753	2 128	1 951	-
MARINA	829	1 025	196	421
Sector privado (1999) [ⓧ]	62 951	29 365	4 791	12 744

Fuente: SSA. Boletín de información estadística: recursos y servicios. 2000.[ⓧ] Aspectos relevantes de infraestructura de unidades médicas del sector privado. Salud Pública de México;43(2) SESA = Secretarías Estatales de Salud.

Un estudio realizado en 1999 encontró que alrededor de 27% de los médicos y 43% de las enfermeras tituladas estaban subempleadas, inactivas o trabajaban en otras actividades, siendo la situación más aguda en las mujeres, quienes presentaban una tasa de desempleo entre tres y cuatro veces mayor que los hombres²³.

Existen en el país 1 033 programas de ciencias de la salud, correspondiendo el mayor número a especialización y licenciatura (545 y 297, respectivamente) y según el campo de conocimiento, a medicina (509) y odontología (167). Los estudiantes de las 78 Facultades de Medicina del país eran 79 524 en 1999, con 77% en escuelas públicas y 23% en privadas. El sexto y último año de la carrera es de servicio social, obligatorio por ley para todos los estudiantes. Entre 1997 y 1999 la matrícula total creció 13%, en proporción ligeramente superior para las escuelas públicas con respecto a las privadas²⁴.

Todas las instituciones públicas de salud desarrollan planes de educación permanente para el personal de profesional, técnico y de servicios, con base en las necesidades de capacitación que identifican y los recursos que disponen. Destaca por su magnitud, la capacitación en el Paquete Básico de Servicios de Salud, desarrollada por la SSA y las secretarías estatales de salud entre 1996 y 2000, que alcanzó a preparar 876 470 promotores de salud, y por su modernidad cabe señalar el programa de Teleeducación a distancia del ISSSTE que había ejecutado 93 cursos monográfico y 3 diplomados hasta el 2001^{25,26}.

Medicamentos y otros productos sanitarios. La industria farmacéutica nacional e internacional está integrada por más de 150 empresas, la mayoría afiliadas a la cámara nacional (CANIFARMA) y/o la asociación de empresas farmacéuticas dedicadas al desarrollo de la investigación (AMIIF). México ocupa el lugar 15 en volumen de producción mundial y en 1998 tuvo ventas por 5 mil millones de dólares, con cerca del 80% dirigidas al mercado privado; el 72% fueron productos de empresas extranjeras y 28% de compañías nacionales, y sólo 15% fueron medicamentos genéricos. Los cinco medicamentos más vendidos en el año 2001 fueron: Pentrexil, Neo-Melubrina, Dolac, Xenical y Temptra²⁷.

México es signatario de la ley de protección a la propiedad intelectual y en esa medida se respeta la vigencia de las patentes de medicamentos. El registro nacional está a cargo de la SSA y se terminó de automatizar en el año 2000 con la cooperación técnica de la OPS/OMS. No hay periodo de caducidad para los registros y desde 1998 están separados los de marca y los genéricos. Entre 1995-2000 se autorizó el registro de 3 154 medicamentos alopáticos, incluyendo 1 172 genéricos intercambiables, que responden a 207 denominaciones²⁸. La SSA tenía definido en el año 2000 un Cuadro Básico Esencial para el primer nivel de atención con 70 medicamentos y doce vacunas, que en la práctica será ampliado por el Seguro Popular de Salud. Existe un Catálogo de medicamentos para el segundo y tercer nivel de atención, un Catálogo de Material de Curación y Prótesis del sector salud y un Catálogo de Biológicos y Reactivos normados por el Consejo de Salubridad General. Las instituciones convocan a licitaciones públicas para adquirir los medicamentos y la SSA autoriza a los estados a realizar sus compras, si lo estiman más conveniente. Los medicamentos se entregan gratuitos en la seguridad social y en la SSA pueden serlo o se cobra una cuota, generalmente módica, señalando varios estudios desabastos frecuentes en las unidades. El sistema de cuentas nacionales en salud no recopila datos sobre el gasto público y privado en medicamentos. El nombramiento de un farmacéutico responsable es exigido a las farmacias privadas, pero no para las farmacias de hospitales²⁹.

Los Bancos de Sangre integran una red que encabeza el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) y cuenta con 31 Centros Estatales, que prestan servicios directos y dan asistencia técnica a otros 588 bancos de sangre, 3 313 servicios de transfusión y 150 puestos de sangrado. Las donaciones de sangre sobrepasaron 1.2 millones en el 2000 y la mayor parte proviene por reposición, mientras que los donantes voluntarios fueron 8.6% ese año. No se practica la donación remunerada en el país³⁰.

Equipamiento y Tecnología. Los recursos esenciales para la atención ambulatoria y hospitalaria han crecido sistemáticamente en todas las instituciones públicas durante los últimos años. Las unidades médicas del sector público sumaban 19 107 en el año 2000, perteneciendo el 60.5% a la SSA, quien también posee el mayor porcentaje de camas censables (40.8%), de laboratorios de análisis clínicos (49.9%), salas de parto (87.5%) y quirófanos (54.9%), en cambio la mayor proporción de equipos de radiodiagnóstico lo tiene el IMSS con 42.4%. (ver cuadro)

Las diferencias entre estados son importantes. Mientras el D.F., Baja California y Sonora contaban con 1.9, 1.5 y 1.1 camas por 1 000 hab., respectivamente, los estados de Chiapas, Puebla, Veracruz y Oaxaca tenían 0.2, 0.19, 0.11 y 0.07, evidenciando una distribución desigual³¹. No se cuenta con información concentrada sobre la ubicación de equipos médicos defectuosos o fuera de uso. El sector público ha crecido en equipos y tecnologías durante los últimos años, a juzgar por las compras que informan, pero los informes de las instituciones refieren que persisten rezagos tecnológicos, particularmente en los hospitales. Se estima que han aumentado los equipos de diagnóstico y tratamiento con tecnología de punta en el sector privado.

PRINCIPALES RECURSOS MATERIALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2000

Institución	Unidad médica	Consultorios	Camas censable	Laboratorio clínico	Equipos de radiodiag.	Bancos Sangre	Salas Parto	Quirófanos
SSA y SESA	11 551	23 395	31 487	927	1 135	112	6 074	1 112
IMSS Solidaridad	3 609	4 193	1 994	69	69	0	69	69
Otros	79	648	1 477	15	58	10	36	68
Subtotal Pob. Abierta	15 239	28 236	34 958	1 011	1 262	122	6 179	1 259
IMSS	1 784	14 089	28 622	496	1 511	31	470	972
ISSSTE	1 244	5 313	6 745	201	436	58	159	286
PEMEX	215	1 538	980	22	60	8	28	52
SEDENA	296	1 053	3 885	39	92	6	44	84
MARINA	142	408	732	25	64	4	29	39
Otros	187	855	1 222	24	61	11	36	68
Subtotal Pob. Asegu.	3 868	22 041	42 186	807	2 224	118	766	1 501
Sector Privado ^{&}	2 550	12 455	31 241	682	ND	211	2 392	2 568
Por c/ 1,000 habitantes	77.5	51.5	75.9	1.8	2.0	0.2	7.0	2.8

Fuente: SSA. DGIED. Boletín de Información estadística: recursos y servicios, 2000. [&] Aspectos Relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. Sal Pub Méx 43(2);2001.

2.2 Funciones del Sistema de Salud

Rectoría. La SSA es la institución rectora del sistema y elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional. El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: Ley General de Salud y Ley General del Seguro Social, cuyas operacionalizaciones se realizan a través de Normas Oficiales Mexicanas (NOM), Reglamentos, Reglas de Operación y Acuerdos de las instituciones públicas, publicados en el Diario Oficial de la República. La Federación elabora y revisa las NOM, convoca a los grupos interinstitucionales (p.ej. de estadísticas sanitarias, de atención a grupos de población, etc.) y concentra las estadísticas de salud. No existe un verdadero sistema nacional de información, sino un conjunto -cada institución pública tiene el propio- de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que generan información sobre población y cobertura, recursos, servicios prestados y daños a la salud³². La regulación sanitaria de productos, bienes y servicios se ejerce en un marco compartido de responsabilidades entre la federación y las secretarías estatales de salud (SESA).

Existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud, integrado por el Secretario de salud y los 32 Secretarios estatales del ramo.

La supervisión y control del gasto público lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfiere los recursos financieros, y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo que supervisa el gasto.

Cada prestador público realiza la conducción, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población blanco, contando para ello con su propia red de unidades de atención.

Los mayores avances en descentralización los tiene la SSA, gozando las SESA de facultades para radicar plazas, contratar personal y ejecutar la organización, gestión y control de los servicios de salud. El IMSS inició en el año 2000 un programa de desconcentración de funciones administrativas, financieras y médicas a las 7 direcciones regionales y 37 delegaciones (a partir de 2002 son 4 y 25, respectivamente), que proyecta seguir avanzando hacia niveles más operativos a través de la creación de 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). El ISSSTE, SEDENA y PEMEX trabajan bajo esquemas más centralizados de manejo presupuestario y toma de decisiones.

La acreditación de las escuelas de medicina y enfermería la realizan las asociaciones que agrupan estas instituciones y alcanza poco desarrollo: en el 2001 estaban acreditadas 23 de las 78 escuelas o facultades de medicina y 5 de las más de 300 de enfermería. La certificación de los médicos especialistas es controlada por los consejos de las diversas especialidades, bajo la coordinación de las Academias Nacionales de Medicina y de Cirugía. Existe un mecanismo para la certificación de médicos generales que coordina el Consejo Nacional de Medicina General. En 1999 se inició la certificación de hospitales bajo la responsabilidad del Consejo de Salubridad General, que hasta el año 2000 dictaminó sobre 518 hospitales de los cuales 422 fueron certificados. Sus procedimientos y contenidos fueron sujetos a revisión y modificación y en el año 2002 se reiniciará el procedimiento bajo las nuevas bases³³.

Financiamiento y Gasto. La información sobre gasto público en salud es confiable y está bajo la responsabilidad de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de Salud, quien tiene un sistema de cuentas nacionales en salud que también recopila datos del sector privado. Entre 1997 y 1999 el gasto total per cápita disminuyó 1.3%, pese al aumento del gasto público per cápita en 5.8%, mientras el gasto privado en salud global y per cápita disminuyó, aunque se mantiene superior al público. (véase cuadro)

La distribución del gasto público en salud es inequitativa, con 19 estados por encima de la media nacional y 13 por debajo, siendo los más rezagados Guanajuato, México, Michoacán, Puebla y Veracruz. Los aportes de los gobiernos estatales al presupuesto de salud varían notablemente, encontrando en el año 2000 que sólo 5 estados aportaban más del 20% del total de cada uno (Aguascalientes, D.F., Morelos, Sonora y Tabasco)³⁴.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB tuvo en 1998 su valor más elevado de los últimos años con 5,6%, disminuyendo a 5.5% en 1999, siendo la composición pública y privada de 2,6% y 2,9%, respectivamente. El IMSS es la institución que tiene la mayor porción del gasto público, que para el año 2000 fue 1.46% del PIB, seguido por la SSA (0.65%) y el ISSSTE (0.23%)³⁵.

Gasto Nacional en Salud, 1997-2000

(millones de pesos constantes)

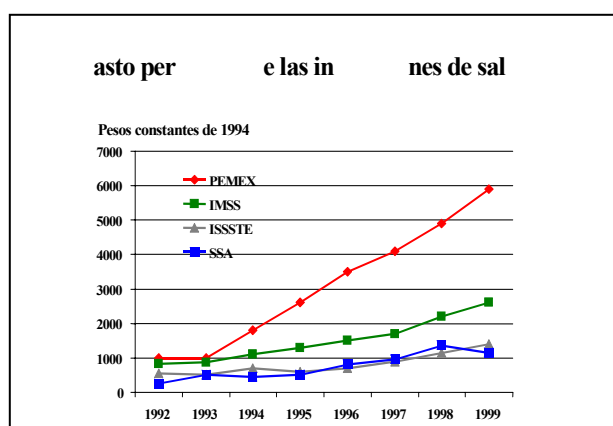
Indicador	1997	1998	1999	2000
Gasto público en Salud	126 638	138 854	139 042	135 141
Gasto privado en Salud	161 421	165 806	155 105	ND
Gasto total en salud	288 059	304 660	294 147	ND
Gasto público en salud per cápita	1 330	1 439	1 407	1 347
Gasto privado en Salud per cápita	1 696	1 719	1 581	ND
Gasto total en salud per cápita	3 027	3 159	2 988	ND

Fuente: SSA/DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (hasta 1998 datos recolectados por FUNSALUD).

GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1996-2000

Indicador	1996	1998	1999	2000
Gasto público en salud	2.3	2.6	2.6	2.5
Gasto privado en salud	2.8	3.0	2.9	ND
Gasto total en salud	5.1	5.6	5.5	ND
Gasto por institución:				
SSA	0.42	0.58	0.63	0.65
IMSS-Solidaridad	0.08	0.08	0.07	0.07
IMSS	1.37	1.50	1.55	1.46
ISSSTE	0.18	0.21	0.22	0.23
PEMEX	0.07	0.08	0.08	0.08

Fuente: SSA/DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (hasta 1998 datos recolectados por FUNSALUD).



Entre 1996 y 1999 todas las instituciones públicas, excepto el IMSS-Solidaridad, aumentaron su gasto como proporción del PIB, tendencia que para el año 2000 sólo mantuvieron la SSA y el ISSSTE. Hay diferencias en el gasto per cápita que ejerce cada institución pública, evidenciado en la figura anterior, donde se aprecia que en PEMEX alcanza a ser dos veces superior al IMSS y más de tres veces a la SSA y el ISSSTE. El gasto público tiene una alta concentración en la atención curativa, por ejemplo, los hospitales de segundo y tercer nivel del IMSS consumen cerca del 75% del presupuesto de la institución y en el ISSSTE esta cifra es del 69%³⁶.

El mayor porcentaje del gasto nacional en salud según la fuente –origen de los fondos- corresponde a los hogares, que pasó de 50% en 1993 a 57.5% en 1998; seguido por los aportes del gobierno federal que aumentaron de 19.4% a 23.8%, mientras que los gastos de los empleadores disminuyeron luego de reformarse la ley de seguridad social en 1997, siendo en 1998 de 18.4% cuando en 1993 eran 29.1%. Según la concentración de los fondos, el sector privado tiene el mayor porcentaje con 53.9% en 1998. Asimismo, los fondos de la seguridad social han disminuido luego de 1997 cuando se separaron los fondos de pensiones y de salud, a raíz de modificaciones introducidas a la ley de seguridad social.

PORCENTAJES DEL GASTO NACIONAL EN SALUD SEGÚN FUENTES Y FONDOS

	1993	1994	1997	1998
Fuentes:				
Hogares	50.3	49.1	61.2	57.5
Empleadores	29.1	28.3	17.8	18.4
Gobierno Federal	19.4	19.7	20.7	23.8
Gobiernos Estatales	1.2	2.9	0.3	0.3
Total	100	100	100	100
Fondos:				
Seguridad Social	42.4	42.6	32.2	32.8
No asegurados	12.8	12.9	11.5	13.3
Privados	42.4	41.9	56.3	53.9
Seguros privados	2.4	2.6	0	0
Total	100	100	100	100

Fuente: SSA/DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud. (datos recolectados por FUNSALUD)

Aseguramiento. Se ha calculado que entre 50 y 55 % de la población está afiliada a la seguridad social, no pudiendo establecerse la cifra exacta directamente de los registros de las instituciones por la superposición de cobertura entre ellas, recurriéndose a otras fuentes como la encuesta nacional de hogares que cada 5 años realiza el INEGI o los censos de población y vivienda. La SSA informó para 1999 que 78.3% de los derechohabientes de la seguridad social corresponden al IMSS, poco más del 17.2% al ISSSTE y el resto se distribuyen en las demás instituciones (PEMEX, SEDENA, Marina y seguros estatales)³⁷. El aseguramiento es integral, basado en un modelo de medicina familiar en el primer nivel de atención, desde donde se refiere al paciente al segundo y tercer nivel de atención cuando lo necesita. La subrogación de servicios y la reversión de cuotas se practican en muy pequeña escala, debido a que los criterios están poco reglamentados y los actores involucrados tienen posiciones diferentes. Hay racionamientos implícitos en los servicios, derivados de falta de medicamentos y el diferimiento de estudios diagnóstico, consultas especializadas e intervenciones quirúrgicas³⁸.

El IMSS oferta desde 1998 un seguro de salud para la familia a quienes no están vinculados a la economía formal, que alcanzaba un millón y medio de personas en el año 2000, que se financia con aportación del afiliado y del gobierno federal mediante el pago por adelantado de la cuota anual. Los beneficios son casi iguales a los del régimen ordinario de esa institución, pero no aceptan a quienes tienen enfermedades preexistentes y limita ciertas intervenciones quirúrgicas y tratamientos costosos en los primeros años.

Los seguros privados brindan cobertura en el ramo de gastos médicos mayores a alrededor de 2,8 millones de personas (menos del 3% de la población) y en el año 2002 se inicia la oferta de seguros integrales por las empresas aseguradoras autorizadas, luego de modificarse la ley que prohibía este ramo para el sector privado. Este seguro está sujeto a una fuerte regulación por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y por la Secretaría de Salud³⁹.

Provisión de servicios.

Servicios de salud poblacional. La SSA es la responsable de los servicios de salud pública y las instituciones de seguridad social participan activamente en las actividades de prevención y control de enfermedades. Se celebran jornadas nacionales de salud en febrero, mayo y octubre con acciones de vacunación, suministro de antiparasitarios y suplementos de vitamina A, principalmente. Las campañas de promoción de la salud las coordina la SSA y tiene en el movimiento de municipios por la salud un eje relevante con 1 565 municipios incorporados en el año 2000. La SSA y la Secretaría de Educación Pública (SEP) desarrollan un programa de salud escolar y del adolescente que abarca cerca de 30 mil escuelas y ejecutan la iniciativa de escuelas promotoras de salud. Se realizan actividades permanentes de comunicación social para la reducción del tabaquismo, el sedentarismo y la promoción de hábitos de vida saludables y el auto cuidado de la salud⁴⁰.

Existen normas oficiales mexicanas para la prevención, tratamiento y control de las principales enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH/SIDA, malaria, dengue, cólera, rabia, etc.) y no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión, cáncer cérvico-uterino y de mamá, desnutrición, etc), que precisan los criterios diagnósticos y las actividades de prevención, tratamiento y control a realizar, y su aplicación es supervisada por los distintos niveles de mando de las instituciones. La OPS/OMS ha sido evaluador externo de varios programas y los resultados han sido buenos en términos de cobertura, mejoría de los sistemas de notificación, la coordinación interinstitucional y la reducción de la morbilidad y mortalidad. Las coberturas de vacunación en niños son elevadas, alcanzando 96% en sarampión, 99% en BCG y 93.6% con esquemas completo del cuadro básico de vacunas en menores de un año de edad en el año 2000^{41,42}.

La infraestructura de agua potable beneficia al 87.8% de la población nacional y el servicio de alcantarillado al 76,2% en el 2000. El 95% del agua de consumo suministrada era desinfectada y hay 914 sistemas municipales de depuración de aguas residuales, que procesan el 21,8% de la proveniente de las áreas urbanas, cumpliendo el 60,0% con la normatividad vigente. Se vigila la calidad del aire en 14 ciudades a través de estaciones de monitoreo de los contaminantes más críticos. La Zona Metropolitana del Valle de México y las ciudades de Guadalajara, Monterrey, Toluca, Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez cuentan con programas para mejorar la calidad del aire, que obligan al uso de tecnologías más limpias^{43,44}

Servicios de Atención Individual. Todas las instituciones públicas mantienen un registro actualizado de su infraestructura de servicios y las áreas geográficas de referencia. La atención a las personas en los servicios públicos está estructurada por niveles de atención y no hay posibilidad de seleccionar el proveedor ni el médico de atención, aunque el IMSS realizó una prueba piloto entre 1999 y 2000 de selección del médico familiar, que no ha avanzado hacia la generalización. Se ha estimado que la seguridad social cubre al 50% de la población nacional, otro 40% es cubierto por las instituciones para población abierta, de los cuales la SSA brinda protección al 78.8% y el IMSS-Solidaridad al 21.3%, mientras el restante 10% se atiende en el sector privado, interpretándose estos márgenes para todos los niveles de atención⁴⁵.

En el primer nivel se realizan acciones de promoción de salud, prevención y atención ambulatoria a la morbilidad, brindada por médicos generales o familiares y personal de enfermería, apoyados por miembros de la comunidad capacitados. Cada institución conforma su propia red de servicios denominando a las unidades de modo diferente (medicina familiar en el IMSS e ISSSTE, centro de salud urbano o rural en la SSA, etc.). Para el año 2000, el IMSS otorgó el mayor número de prestaciones, seguida por la SSA, el ISSSTE, el IMSS-Solidaridad, PEMEX y la SEDENA, excepto en consultas odontológicas, donde la SSA brindó el mayor volumen y la SEDENA sobrepasa a PEMEX.

SERVICIOS PRESTADOS POR TIPO DE INSTITUCIÓN, 2000 (en miles)

Institución	Consultas generales	Consultas urgencias	Consultas odontológica	Exámenes laboratorio
Total Pob. No Aseg.	72 423	5 654	5 159	46 681
SSA	56 874	4 754	4 664	41 201
IMSS-Solidaridad	15 238	677	443	3 746
Otros	311	223	52	1 734
Total Pob. Aseg.	90 389	18 278	6 901	127 538
IMSS	71 395	15 654	4 355	95 869
ISSSTE	15 652	882	1 298	21 195
PEMEX	1 651	781	271	3 119
SEDENA	1 208	173	515	1 626
MARINA	403	100	148	912
Otros	3 080	688	314	4 817
TOTAL	165 812	23 932	12 060	174 219

Fuente: SSA. Boletín de información Estadística: recursos y servicios, 2000.

El segundo nivel de atención se brinda esencialmente en hospitales, con servicios ambulatorios y de internamiento a cargo de médicos especialistas, y cada institución pública conforma su propia red. En el tercer nivel se realizan las atenciones especializadas de mayor complejidad, así como investigaciones clínicas y básicas, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y de otros profesionales. Reciben a los pacientes referidos de los niveles subyacentes y de los servicios de emergencia, y se brinda en hospitales de referencia nacional, regional y algunos estatales. La SSA tiene once institutos especializados (Cardiología, Pediatría, Perinatología, Nutrición, Psiquiatría, Cancerología, de Enfermedades Respiratorias, Ortopedia, Rehabilitación, Comunicación Humana y Salud Pública). La población asegurada es beneficiaria de una mayor proporción de servicios hospitalarios con respecto a la población abierta, y el IMSS es la institución pública que mayor número de las prestaciones otorga, seguida por la SSA, el ISSSTE, el IMSS-Solidaridad, PEMEX y la SEDENA.

SERVICIOS PRESTADOS POR TIPO DE INSTITUCIÓN, 2000 (en miles)

Institución	Consultas especialidad	Egresos Hospital	Intervenciones Quirúrg.	% ocupación hospitalaria	Promedio Días /estancia
Total Pob. No Aseg.	9 524	1 877	1 016	60.9	3.8
SSA	8 759	1 573	874	59.9	3.9
IMSS-Solidaridad	410	243	116	94.1	3.3
Otros	355	61	26	36.2	3.5
Total Pob. Aseg.	26 632	2 529	1 789	74.6	4.5
IMSS	15 992	1 929	1 404	84.8	4.7
ISSSTE	5 775	341	252	72.2	4.3
PEMEX	2 086	63	32	69.1	4.2
SEDENA	839	85	31	18.0	3.0
MARINA	434	22	10	30.6	3.7
Otros	1 506	89	60	59.9	2.6
TOTAL	36 156	4 406	2 805	68.4	4.2

Fuente: SSA. Boletín de información Estadística: recursos y servicios, 2000.

La calidad de la atención es un área de desarrollo dentro del sector público y desde 1997 se impulsan líneas de acción como son: en la SSA, establecer un diagnóstico basal en las unidades y a partir del mismo implementar programas de mejoría de la calidad, así como la constitución en hospitales y niveles subnacional de comisiones (de expediente clínico, de mortalidad, de referencia y contrarreferencia, etc.); en el IMSS, el programa de atención al enfermo crónico en el domicilio, entre otros.⁴⁶ En el año 2001 hay un renovado esfuerzo, más amplio, integral y participativo, para mejorar la calidad de los servicios públicos y privados con la "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", que incluye la definición y registro de indicadores de calidad en unidades y la conformación de una red nacional de monitoreo, la capacitación de trabajadores y directivos en áreas que inciden en la calidad de los servicios, la elaboración y divulgación de derechos de los pacientes y de códigos de ética de enfermeras y médicos, así como el otorgamiento de apoyos técnicos y financieros federales a proyectos locales que apuntan a mejorar la calidad asistencial^{47,48}.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento del proceso.

Seguimiento de la dinámica. El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 enunció las principales transformaciones del sector para ese periodo, con seis lineamientos de trabajo que se implementaron en grado variable por la SSA y el IMSS, según se detalla más adelante en la sección de evaluación de la RSS. El nuevo gobierno federal varió el planteamiento de desarrollo del sistema de salud, presentando el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 un nuevo marco cuyos contenidos, según se expresa en la primera parte del documento, son el resultado de una amplia consulta ciudadana llevada a cabo entre enero y julio del 2001, recibiendo más de 22 mil propuestas y opiniones a través de buzones colocados en lugares públicos, vía Internet y en foros estatales y federales celebrados al efecto (143 y 18, respectivamente)⁴⁹.

El PNS 2001-2006 define el rumbo estratégico del sistema nacional de salud y sus contenidos son coherentes con los objetivos del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. La SSA ostenta el liderazgo de la implementación y la democratización de la salud es presentada como el eje de la propuesta. Brinda una visión del sistema para el año 2025, anticipando que todo mexicano podrá contar con un seguro de salud, independiente de su capacidad de pago, que le garantizará acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención, en un sistema que ofrecerá un trato adecuado y que contribuirá a mejorar las condiciones y calidad de vida de los ciudadanos.

Se identifican tres grandes retos en el sistema de salud mexicano actual: la equidad, la calidad y la protección financiera y para enfrentarlos, el PNS 2001-2006 plantea como objetivos los siguientes: (1) Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos; (2) Abatir las desigualdades en salud; (3) Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud; (4) Asegurar la justicia del financiamiento en materia de salud; Y (5) Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas, directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y cinco estrategias instrumentales que influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes: 1) Vincular la salud con el desarrollo económico y social; 2) Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres; 3) Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades; 4) Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud; 5) Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población; 6) Construir un federalismo cooperativo en materia de salud; 7) Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud; 8) Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud; 9) Ampliar la participación ciudadana y la libertad de atención en el primer nivel de atención; y 10) Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Las estrategias en conjunto se componen de 66 líneas de acción y el PNS 2001-2006 enuncia 43 programas de acción para llevarlas a efecto, cuyos contenidos se están dando a conocer en el año 2002. La evaluación del PNS se hará utilizando dos tipos de indicadores: (a) para medir el impacto del sistema sobre las condiciones de salud, la calidad de los servicios y el grado de protección financiera con que cuentan los ciudadanos; (b) indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño de los programas y servicios. El esquema integral de evaluación cuenta con tres componentes: evaluación del desempeño, evaluación de programas y servicios, y un sistema nacional de indicadores; y las instancias que definieron los criterios de operación son el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud, mientras la SSA está a cargo de la concentración de la información y el análisis de los resultados.

Seguimiento de los contenidos.

Marco Jurídico. Los cambios más trascendentes ligados a la RSS 1995-2000 requirieron tener asiento en la Ley General de Salud, por lo que en 1997 se incorporaron modificaciones que hicieron más efectiva la desregulación sanitaria, introdujeron una nueva clasificación de los medicamentos y permitieron desarrollar el uso de los medicamentos genéricos en el mercado privado, entre los más relevantes. Igualmente, la Ley General del IMSS se modificó en 1997 reduciendo la cuota patronal y se aumentó la aportación gubernamental a los regímenes de salud y pensiones, se creó el seguro de salud familiar voluntario y se clarificó la opción de reversión de cuotas para los colectivos atendidos por otros prestadores. Se agregan a ese marco los decretos presidenciales de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 1996, sobre los acuerdos para la descentralización de los servicios de salud y la coordinación sectorial en 1997, de creación de las comisiones nacionales de Bioética y de Estudios del Genoma en el 2000 y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en el 2001. Se pusieron en vigor las Reglas para la Operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) como entidades administradoras de medicina prepagada y en el 2002 se publicaron las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación de varios programas nacionales como son: el Seguro Popular de Salud, de Comunidades Saludables, de Discapacitados, etc. Entre 1995 y 2002 se han publicado alrededor de 150 NOM en salud y se promulgaron varias leyes importantes, como la antitabaco, que prohíbe fumar en los lugares públicos y contiene restricciones a la venta y publicidad; de los Institutos Nacionales de Salud que les concede plena autonomía; y la ley de violencia intrafamiliar^{50,51,52}.

Derecho de los ciudadanos a la salud y el aseguramiento. El derecho a la salud está refrendado en el artículo 4^o de la Constitución de la República y su protección se consagra a través de los diferentes subsistemas de atención, que en los hechos establece una estratificación en el acceso a los servicios para cada grupo de población (ver pag.5 y 6). Las políticas de salud vigentes no plantean una integración de los diferentes subsistemas de atención médica, ni la homogeneización de las prestaciones y contenidos de las coberturas. Entre 1996 y 2000 la principal estrategia de reforma fue la ampliación de la cobertura a la población no asegurada mediante la prestación de un paquete básico de servicios de salud, señalando la SSA que al final de ese periodo sólo existían 0.5 millones de personas sin acceso al sistema sanitario, de 10 millones identificados al comienzo⁵³. A partir del 2001 el acento es colocado en la integralidad de la atención y el aseguramiento, iniciando la oferta del seguro popular de salud en el año 2002, de carácter voluntario y que se financia con un subsidio federal proveniente de recursos fiscales y los aportes de los beneficiarios mediante una cuota progresiva, según los ingresos de cada familia. Incluye 78 beneficios médicos y 191 medicamentos y vacunas asociados, a ser prestados en establecimientos de primer y segundo nivel de la propia SSA, y en su primer año planea afiliar a 59 mil familias de cinco estados, proyectando su extensión futura. También se

declara la intención de crecer medio punto porcentual la afiliación a la seguridad social cada año, avanzar en la regulación del prepago privado y fomentar los seguros privados mediante la deducibilidad de impuesto^{54,55}.

Rectoría y separación de funciones. El PNS 2001-2006 reafirmó el papel rector de la SSA en el sistema de salud y junto con las reglas de operación de los programas nacionales y otros documentos normativos, se establecen claras acotaciones sobre las responsabilidades federales y estatales en materia de salud y prestación de servicios sanitarios. Entre 1997 y 1999 se crearon los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) en cada estado, que son las instancias administrativas con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargadas de dirigir, administrar y supervisar los servicios de salud, administrar los recursos asignados y las cuotas de recuperación, y desarrollar la investigación, el estudio y el análisis de la salud en sus territorios, determinando para la SSA la separación de la función de provisión, que quedó bajo la responsabilidad de cada estado, de las funciones de regulación, financiamiento y aseguramiento que se mantienen bajo esquemas compartidos de responsabilidad entre los estados y la federación, conservando esta última la tarea normativa.

Se fortalece el papel coordinador del Consejo de Salubridad General con la creación de la Junta Ejecutiva integrada por los titulares de las instituciones públicas de salud y se refuerza la coordinación intra e intersectorial a través de los Consejos (contra las Adicciones, para la Prevención de los Accidentes y de Prevención y Control del VIH/SIDA), Comisiones (Bioética, Genoma Humano, Seguridad e Higiene del Trabajo, Formación de Recursos y de Investigación en Salud), Comités (de Salud Bucal, para la Atención al Envejecimiento y de Vigilancia Epidemiológica) y del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva⁵⁶.

Participación y control social. El estímulo a la participación social en salud tiene su expresión más acabada en el Programa de Comunidades Saludables, impulsado en el marco del PNS 2001-2006. Este programa recoge las mejores experiencias de organización comunitaria para la salud y desde la SSA le brinda un nuevo soporte, enfatizando la orientación hacia la promoción de la salud y asignando recursos financieros para proyectos de salud ejecutados en el municipio. Mantiene la asesoría técnica de la SSA al trabajo de la red de municipios por la salud, se renueva el apoyo a los Comités Locales de Salud en las unidades de primer nivel de atención, al tiempo que se refuerza la creación de Comités Municipales de Salud integrado por miembros de la sociedad civil y del gobierno local. Se desarrollan dos modalidades de trabajo denominadas de participación municipal en la promoción de la salud y de organización comunitaria para la salud, cada una con diferentes etapas, que marcan el grado de organización y desarrollo en las iniciativas que instrumentan⁵⁷.

Financiamiento y gasto. El cambio más notable que se espera para los próximos años, luego de las transformaciones que se están introduciendo con el PNS 2001-2006, es el aumento paulatino del gasto en aseguramiento y en contraposición, la disminución del gasto privado de bolsillo, a tenor del desarrollo que vaya alcanzando el seguro popular de salud y también de la aceptación a los seguros integrales de salud que empiezan a brindar las ISES en el mercado privado. Asimismo, el gobierno ha manifestado la voluntad de aumentar el gasto público en salud, ligado al incremento de la recaudación fiscal mediante nuevos impuestos

y la ampliación de la base impositiva en el país, los que permitiría a la autoridad sanitaria nacional corregir desviaciones y alcanzar una mayor equidad en la distribución del gasto entre estados, favorecer en el presupuesto a los grupos más desprotegidos e incrementar los montos asignados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades⁵⁸.

Oferta de servicios. El desarrollo del Seguro Popular de Salud establece de facto una modificación al modelo de atención que brinda la SSA, aportando claridad sobre las prestaciones a las que tienen derecho los usuarios, al tiempo que sustituye el pago de cuotas que hacen los pacientes al recibir atenciones por un pago anticipado. La dinámica de extender paulatinamente este seguro a los estados y unidades de atención del país, junto con su carácter voluntario, determinan que durante varios años coexistirán en los establecimientos de la SSA la atención a pacientes no asegurados y asegurados.

En el marco del PNS 2001-2006, el gobierno federal impulsa varios programas enfocados a enfrentar rezagos, que deben mejorar la equidad en acceso a servicios y en los beneficios del sistema de salud. Son los casos del Programa Arranque Parejo en la Vida, que realiza coordinaciones interinstitucionales e inversiones para garantizar cobertura universal y condiciones igualitarias de atención durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños hasta los dos años de edad; del Programa Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, orientado a mejorar las condiciones de salud y de acceso a servicios de estos grupos, con intervenciones diseñadas a partir de su situación epidemiológica, cultural y las condiciones de vida y trabajo en que se desenvuelven.

En el sector privado los cambios posibles se derivan de la oferta de seguros integrales de salud iniciada en 2002. No se ha establecido la repercusión que esto tenga en el número de asegurados, pero debe hacer más corporativa la práctica médica privada a través de las redes de servicios que establezcan las ISES.

Modelo de Gestión. No hay certeza sobre las transformaciones que ocurran en el corto plazo, pero algunas de las líneas de desarrollo anunciadas por la SSA apuntan a modificar la gestión de los servicios. El Programa de Hospital Universal plantea adoptar un esquema de autofinanciamiento y autogestión administrativa, instalación de una Junta de Gobierno o Consejo de Administración, la selección del médico por el paciente, la subrogación de servicios mediante contratos y convenios, y en general, impulsar la compra y venta de prestaciones, buscando con ello mejorar la eficiencia interna y del sistema de salud en conjunto. El Programa e-salud Telemedicina, también anunciado en el año 2002, se propone usar de manera más amplia e intensiva las tecnologías de información y las telecomunicaciones para mejorar la eficiencia y cobertura de los servicios, ofrecer servicios informativos sobre salud en línea e incrementar el intercambio de información y la capacitación a distancia⁵⁹. Otra área de trabajo es la aplicación más intensiva de la automatización en la gerencia y los sistemas de información, encaminada a mejorar el control sobre la productividad y los costos, ampliar el acceso a la información y en general, mejorar la gerencia de los servicios de salud.

En las instituciones de seguridad social, particularmente en el IMSS, se espera que prosigan los esfuerzos de desconcentración de la gestión administrativa y técnica hacia las regiones, delegaciones estatales y zonas médicas, sumado a la eventual adopción de esquemas más flexibles de subrogación de servicios y de criterios empresariales para el funcionamiento de las zonas médicas y hospitales de tercer nivel.

Los recursos humanos. El programa de RSS 1995-2000 no contenía una propuesta concreta para la formación y el desarrollo de los recursos humanos en salud, en cambio el PNS 2001-2006 coloca como la estrategia número diez "Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud", estableciendo tres líneas de acción vinculadas a los recursos humanos: (a) Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud, estableciendo un diagnóstico y adoptando medidas ajustadas la mismo, así como impulsando la acreditación de escuelas y facultades de medicina, enfermería y odontología; (b) Fortalecer la capacitación de los RH para la salud, realizando programas de capacitación gerencial para directivos, de capacitación técnica para médicos y demás profesionales, desarrollar la educación continua y vincular la contratación y promoción del personal a la acreditación de eventos académicos; y (c) Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud, inexistente actualmente en el país.

Evaluación de tecnologías. No es un tema cuya prioridad está explícita en los programas de desarrollo e inversión sectorial, pero el interés es manifiesto en las instituciones prestadoras de servicios, asociaciones de profesionales, la Academia Nacional de Medicina y los institutos de investigación, quienes han organizado cursos de capacitación y lo incluyen en el temario de los congresos y eventos científicos. La Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS constituyó en el año 2002 la Unidad de Gestión y Evaluación Tecnológica, dándole un impulso especial al tema en su agenda de trabajo.

3.2 Evaluación de los Resultados de la RSS.

La implementación de los cambios y transformaciones que encierra el PNS 2001-2006 apenas han comenzado, siendo prematuro cualquier juicio o atribución de impacto sobre el sistema de salud. Por ello, los análisis de esta sección del perfil serán con referencia esencial a los resultados vinculados o atribuibles al Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y al conjunto de saldos medible que deja ese proceso, así como sobre los objetivos no logrados.

Equidad. Los mayores logros obtenidos se relacionan con el incremento de la cobertura formal con servicios de salud, mismo que se desarrolló en dos vertientes esenciales:

(1) La población asegurada pasó de 47.5 a 55.1 millones, atribuido al seguro de salud para la familia del IMSS para población no vinculada a la economía formal, pero con capacidad de pago e interés por asegurarse, y a la afiliación de grupos seleccionados de población que anteriormente no gozaban de ese derecho, como son los pescadores agrupados en cooperativas, jornaleros agrícolas y otros grupos identificados puntualmente.

(2) La población no asegurada sin acceso regular a servicios de salud se redujo de 10 millones a 0,5 millones entre 1995 y 2000, según cifras ofrecidas de la SSA, atribuido esencialmente al programa de ampliación de la cobertura, compuesto por un irreductible de 13 intervenciones que la autoridad sanitaria tipificó de bajo costo y alto impacto en la salud, que operó en el área rural de estados seleccionados⁶⁰.

Otros incrementos de cobertura ocurrieron en las de mujeres que usan método de planificación familiar, que pasaron 332 por 1 000 MEF en 1995 hasta 350 en 1999; en niños menores de un año de edad con esquema completo de vacunación, que aumentó hasta 89% en 1999 de 49% en 1995; y en los nacimientos que ocurrieron en hospitales, que alcanzó el 86% en 1999 cuando era de 76% en 1995, aunque persisten diferencias entre los estados que varían entre 100% para algunos y 46% en Guerrero. También aumentaron los egresos hospitalarios y las consultas ambulatorias por mil habitantes, a un ritmo anual bastante uniforme durante la última década, por lo que no puede atribuirse a las transformaciones introducidas por la RSS 1995-2000.

No hubo reducción de las diferencias en los beneficios que recibe la población usuaria de los distintos prestadores de servicios de salud. Fue un periodo donde el gasto en salud no creció, de hecho los valores más altos de gasto anual en salud per cápita y como porcentaje del PIB en los últimos años corresponden a 1994 (264 USD y 6.6%, respectivamente), decreciendo notablemente en 1995 a raíz de la crisis económica de ese año, para luego aumentar año tras año hasta 1999⁶¹.

Efectividad y Calidad. La efectividad de la RSS 1995-2000 medida por el comportamiento de los indicadores tradicionales de mortalidad y morbilidad evidencia avances en unos casos y estancamientos en otros. La mortalidad infantil descendió, tanto en su valor nacional (para 1999 era 14.5 la observada y 22.8 la ajustada) como en la diferencia entre los estados extremos del país, tendencia que se manifestaba desde años atrás. En relación con la mortalidad materna, la tasa nacional se mantuvo estable durante la última década (5.4 por 10 000 n.v. en 1990 y 5.1 en 1999), y se concentra esencialmente en la región centro y sur, obteniendo el IMSS el saldo más favorable al reducir la tasa de 4.8 a 3.6 entre 1990 y 1999. La mortalidad por cáncer cérvico-uterino tuvo tendencia moderada al descenso (25.0 por 100 000 mujeres de 25 años o más en 1990 y 19.3 en 2000), pero el número de muertes por esta causa para 1999 fue 8.7% más alto que en 1990, aunque cabe esperar mejores resultados para los próximos años luego que en 1998 se actualizó la norma nacional y se incrementó la inversión y la supervisión del programa⁶². Los indicadores de atención prenatal no reflejan una alta efectividad, siendo el porcentaje nacional de embarazadas captadas en el primer trimestre de 33.6% y el promedio de consultas prenatales de 4.1 por embarazada para 1999. Si hubo una disminución notable de la morbilidad y mortalidad por cólera, malaria, dengue y enfermedades inmunoprevenibles en los últimos años.

La mejoría de la calidad se abordó mediante varias estrategias: la labor de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas de la población por irregularidades en la prestación o no recibir la atención requerida, que en 1999 atendió 1 794

quejas, brindó 1 341 asesorías y emitió 443 dictámenes periciales; el programa de estímulo al desempeño, que benefició a 56 365 enfermeras, 10 177 médicos y 1 326 odontólogos de la SSA entre 1997 y 2000; los 244 hospitales certificados y otros 706 inscritos en el programa (5,9% de los hospitales evaluados no se les otorgó la certificación); y la certificación de médicos especialistas y médicos generales por las asociaciones iniciada en el año 2000⁶³.

Un objetivo no logrado de la RSS fue la selección del médico de familia en las instituciones de seguro social, aplicado como prueba en una zona médica del IMSS sin que avanzara hacia la generalización. La información recopilada sobre calidad técnica y percibida en la prestación de servicios sugiere que existen dificultades y problemas en el sistema de salud: el porcentaje de nacimientos por cesáreas pasó de 23.1% en 1991 a 32% en el 2000, y en los servicios privados se observan los valores más elevados con cerca del 55%; la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000 muestra que 76% de los mexicanos piensa que se necesitan cambios fundamentales, mientras 19% opinó que los servicios funcionan bastante bien y sólo requieren cambios pequeños, valores que evidencian una mejoría con respecto a la encuesta de 1994 (83% y 13, respectivamente) pero también que persisten insatisfacciones⁶⁴.

Eficiencia. La SSA realizó importantes modificaciones dirigidas a mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos disponibles, al completar en 1999 la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros desde la federación hacia los estados, pasando el porcentaje de participación estatal en el presupuesto de salud de 59,0% en 1996 a 73,7% en 2000, al tiempo que descentralizó amplias facultades en materia de contratación de personal y control sobre los servicios de salud. Asimismo, en 1996 introdujo una fórmula de asignación basada en las necesidades de salud, que utiliza para distribuir los recursos disponibles luego de cubrir salarios y gasto regulares, por lo que promueve la equidad en el financiamiento muy lentamente⁶⁵. En los últimos años han crecido en varias SESA las iniciativas que apuntan a mejorar la eficiencia, como son subrogar servicios complementarios a proveedores externos y controlar los costos.

Un objetivo declarado por la RSS 1995-2000 que no se alcanzó fue integrar los servicios de salud para población no asegurada, persistiendo la separación de los servicios de la SSA y del programa IMSS-Solidaridad en los estados donde este último opera.

Sostenibilidad. Las instituciones públicas de salud trabajan bajo los mismos esquemas generales hace años y su sostenibilidad general no se visualiza en quiebra, aunque operan con racionamientos implícitos. En varios estados y unidades de atención, particularmente en los hospitales de la SSA, se introdujeron mecanismos para captar fondos adicionales mediante áreas de hospitalización para pensionados, venta de servicios según tarifa fijada o por acuerdos contractuales con otros proveedores públicos y privados, cuyos resultados claros son el incremento de los fondos para gastos operativos, que incluso alcanzan a superar la asignación del presupuesto en ese rubro. En la seguridad social, las transformaciones más notables ocurrieron en el IMSS a partir de 1997 cuando las aportaciones federales se elevaron paulatinamente del 4.5% hasta alcanzar el 28.5% de los

ingresos totales esa institución, y se abrió un seguro familiar de salud para personas que estaban fuera del marco de derechohabiencia.

Participación y control social. Las estrategias más relevantes fueron el impulso al trabajo de comités locales de salud, instancias creadas en la comunidad que apoyan las tareas de prevención y control de enfermedades, contabilizándose para el año 2000 su existencia en alrededor de 18 000 centros de salud del país; así como el desarrollo del movimiento de municipios por la salud con más de 1 500 municipios incorporados, los cuales generan iniciativas de mejoría y desarrollo sanitario organizadas por la autoridad local⁶⁶.

* La segunda edición de este perfil fue preparada en trabajo de equipo por más de 12 profesionales y funcionarios de la Secretaría de Salud de México y la Representación de la OPS/OMS en México. La coordinación del proceso estuvo a cargo de la Representación de la OPS/OMS en México. La revisión externa fue realizada por especialistas en salud pública de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Mexicano de Seguridad Social. La responsabilidad por la revisión final, la edición y la traducción corresponden al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. México D.F. 2001.

² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. Capítulo México de "Salud en Las Américas 2002" (Versión preliminar).

³ Organización de Naciones Unidas. Informe de la coyuntura económica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. México D.F. 2001

⁴ Organización de Naciones Unidas. Op.cit.

⁵ Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000: Resultados Definitivos. México DF, 2001.

⁶ CONAPO. Indicadores Básicos. México DF, 2001. <http://www.conapo.gob.mx>

⁷ Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). op. cit.

⁸ Secretaría de Salud (SSA). Programa Nacional de Salud 2001-2006. Primera Edición. México D.F. 2001

⁹ Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED). Secretaría de Salud (SSA)., Mortalidad 2000. México, 2002.

¹⁰ Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED). op. cit.

¹¹ Secretaría de Salud (SSA). Op.cit.

¹² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.

¹³ Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-98) Resultados Preliminares. Secretaría de Salud. México, D.F. 1998.

¹⁴ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre el desarrollo humano 2001. New York, 2001.

¹⁵ Organización de Naciones Unidas. Op.cit.

¹⁶ Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). op. cit.

¹⁷ Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). op. cit.

¹⁸ Dirección General de Estadística e Informática, SSA. Aportación para la integración del anexo estadístico del I informe de gobierno. Mimeo. México DF, 2000

¹⁹ Dirección General de Estadística e Informática, SSA. op. cit

²⁰ Aspectos Relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. Sal Pub Méx 43(2);2001.

²¹ Aspectos Relev.... op. cit

²² Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

²³ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

²⁴ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

²⁵ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

²⁶ Consejo Nacional de Salud SSA. Informe a la XXII Reunión Ordinaria, México, D.F., Octubre de 2000.

²⁷ Dra. Ofelia Espejo, Directora Técnica de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA). Abril de 2002

²⁸ Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.

²⁹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.

³⁰ Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.

³¹ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

³² Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

³³ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

³⁴ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

- ³⁵ Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño SSA. Sistema nacional de Cuentas Nacionales en Salud. México, 2002.
- ³⁶ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- ³⁷ Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.
- ³⁸ Dávila E y Gujaro M. Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México. Serie Financiamiento para el desarrollo No. 91. Cepal. Santiago de Chile. Enero de 2000.
- ³⁹ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- ⁴⁰ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.
- ⁴¹ Indicadores Básicos 1995 Situación de Salud en México, Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Junio de 1997.
- ⁴² Indicadores Básicos 1999 Situación de salud en México, Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Mayo de 2001.
- ⁴³ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.
- ⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los servicios de agua potable y saneamiento en Las Américas 2000. Washington, D.C.
- ⁴⁵ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- ⁴⁶ Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Memoria Institucional 1994 - 2000. Editorial Proyección de México S.A. de C.V. México D.F. Noviembre de 2000.
- ⁴⁷ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- ⁴⁸ Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud SA. Tríptico informativo. México, 2001.
- ⁴⁹ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- ⁵⁰ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- ⁵¹ Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.
- ⁵² Gobierno de México Diario Oficial de la Federación (DOF). 15 de marzo de 2002.
- ⁵³ González Fernández JA. Política social y de salud en México. Presentación en la sede de la OPS, Washington D.C. Septiembre de 2000.
- ⁵⁴ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- ⁵⁵ Gobierno de México Diario Oficial de la Federación (DOF). op. cit.
- ⁵⁶ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- ⁵⁷ Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud SSA. Programa de Acción: Comunidades Saludables. Primera edición. México. 2002.
- ⁵⁸ Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- ⁵⁹ Subsecretaría de Innovación y Calidad SSA. Programa de Acción: e-salud Telemedicina. Primera edición. México. 2002.
- ⁶⁰ González Fernández JA. Política social y de salud en México. op. cit.
- ⁶¹ Secretaría de Salud. Gasto público en salud 1999-2000 Síntesis ejecutiva. México, 2002.
- ⁶² Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud SSA. Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino. Primera edición. México. 2002.
- ⁶³ Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.
- ⁶⁴ Secretaría de Salud (SSA). Programa nacional.... op. cit.
- ⁶⁵ Secretaría de Salud (SSA). Programa nacional.... op. cit.
- ⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
NICARAGUA**

(1a. ed. enero de 1999)
(2a. ed. febrero de 2002)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Nicaragua es una república democrática, participativa y representativa tal como establece la Constitución de 1987, reformada en 1995. Los órganos del Estado son los poderes Ejecutivo, Legislativo, Judicial y Electoral. El país está constituido para su administración en 15 Departamentos, 2 Regiones Autónomas y 151 municipios¹. La Autoridad administrativa superior está a cargo del presidente de la República. Existen doce Ministerios de Estado. El Consejo Nacional de Planificación Económica y Social es el órgano de apoyo al Presidente de la República para dirigir la política económica y social del país. El municipio es la unidad base de la organización político - administrativa del país, gozando de autonomía política, administrativa y financiera. Las autoridades municipales son elegidas mediante sufragio universal, igual, directo, libre y secreto. En la zona del Atlántico hay dos regiones jurídicamente autónomas lo que permite una mayor atención a las características étnicas y culturales de su población.

La población nicaragüense estimada en el año 2002 es de 5,341,886 habitantes. La tasa de crecimiento anual disminuyó de 3% en 1985 a 2,7 en el período 1995-2000, en que el descenso de la fecundidad comenzó a frenar el crecimiento. En 1998 la población urbana representaba el 56,4% y la rural el 43,6%. La esperanza de vida al nacer, en el período 1995 al 2000 fue de 68,4 años, siendo de 70,3 años para mujeres, y de 66,6 años para hombres. La tasa de natalidad para el mismo período fue de 35,3 por mil y la mortalidad infantil fue de 40 muertes por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna (por 100.000 nv) en 1999 fue de 118. La tasa de fecundidad fue de 4,4 hijos por mujer, con diferencias ya que en la ciudad el promedio es de 3,1 hijos, y en el sector rural asciende a 5,4 hijos. Según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) Nicaragua está clasificado en lugar número 95 en 2001. El índice de desarrollo relativo al género es de 0.624, que corresponde a la posición 97 del IDG. El país ha sufrido históricamente grandes desastres naturales, siendo el huracán Mitch en 1998, el desastre más relevante para el período 1997-2000.

El sector salud está conformado por dos subsectores: el público, integrado por el Ministerio de Salud y otras instituciones del Estado como el Ministerio de Gobernación, el Ministerio de Defensa, y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social; y el subsector privado. Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) son los entes que en el nivel territorial (departamentos) representan al MINSAL en los aspectos técnicos y administrativos. El sistema ha creado Empresas Médicas Previsionales para la venta de servicios a la seguridad social. También se cuenta con un subsistema comunitario integrado por redes de brigadistas, parteras y otros voluntarios, quienes trabajan en y por la salud de sus comunidades y, fundamentalmente, realizan acciones de promoción y prevención. Para el desarrollo de estas acciones, el

subsistema comunitario posee las Casas bases y las Casas maternas. Se asume que el MINSA tiene una cobertura del 60% de la población; el Seguro Social cubre una población del 6%. La población no cubierta se estima entre 30% y 35%; la tendencia ha sido variable pero se prevé que debe mejorarse por diferentes mecanismos, entre ellos la estrategia de extensión de cobertura que está siendo dirigida hacia los grupos más vulnerables y con dificultades de acceso a los servicios de salud. Se ha venido intentando con brigadas móviles las cuales han tenido limitaciones de financiamiento para realizar coberturas sistemáticas. De 1997 a 1999 el gasto en salud per capita se incrementó de 47,7 a 48,8 USD; y el gasto público en salud per capita se incrementó de 19,4 a 27,3 USD. El porcentaje del presupuesto de salud que se gasta en servicios de salud pública es del 8% y el gasto en atención primaria como porcentaje del gasto en salud es del 31%. La razón de médicos (6.2) y enfermeras (3.3) disponibles en el sector salud se ha mantenido constante. Las camas disponibles por 10.000 habitantes para el sector público corresponden a 1 para el año 2000 (el total nacional es de 5.200). La red esta conformada por 843 puestos de salud; 177 centros de salud (27 de los cuales tienen camas). El segundo nivel de atención está conformado por 31 instituciones (26 clasificados como agudos, 4 como crónicos y uno como policlínica).

El documento de Política Nacional de Salud 1997-2002 plantea como ejes de la reforma y modernización del sector de la salud: el fortalecimiento del MINSA; el fortalecimiento de la atención hospitalaria; nuevas estrategias en salud pública; y la reforma de la seguridad social. En 1998, el MINSA realizó una consulta nacional sobre el "Programa de Modernización del Sector –PMSS- 1998-2002". Este programa surgió para adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, enfrentar los cambios demográficos, contener los problemas epidemiológicos, incrementar la demanda y disminuir las presiones operacionales.

1. CONTEXTO

1.1. Contexto Político. La Constitución Política de 1987, con sus reformas de 1995, establece que Nicaragua es una República democrática, participativa y representativa. El Estado se organiza en cuatro poderes: Ejecutivo, Legislativo, Judicial y Electoral. El Consejo Nacional de Planificación Económica y Social –CONPES-, está conformado por la sociedad civil y es el órgano de apoyo al Presidente de la República para dirigir la política económica y social del país. El municipio es la unidad base de la organización político - administrativa del país. Esta unidad goza de autonomía política, administrativa y financiera. Las autoridades municipales, son elegidas mediante sufragio universal, igual, directo, libre y secreto². En la zona del Atlántico, las dos regiones autónomas cuentan con gobiernos electos a través de elección directa. Su Ley de Autonomía permite una mayor atención a las características particulares de su población, tanto desde el punto de vista étnico como cultural.

En Nicaragua existen dos instituciones de control de la administración pública: la Contraloría General de la República, como ente fiscalizador, y la Comisión Anticorrupción de la Asamblea Nacional. También se han desarrollado mecanismos que estimulan la responsabilidad ciudadana sobre distintos aspectos del desarrollo.

La situación de salud de Nicaragua básicamente se ve influenciada de manera negativa dadas las condiciones de extrema pobreza de un gran número de pobladores. Este problema se acompaña de serios problemas de financiamiento del Estado que han obligado a un ajuste estructural.

1.2. Contexto Económico

Algunos Indicadores económicos

INDICADOR	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes, en USD	441.9	442.8	448.0	454.9	459.8	465.7	486.1
Población Económicamente Activa, en miles	1365,2	1419,3	1478,1	1537,0	1598,0	1661,3	1728,9
Gasto Público total, como porcentaje del PIB	29,1	29,7	29,8	28,4	25,7	24,5	28,9
Gasto Público social, como porcentaje del PIB	11,7	13,3	12,5	11,3	10,7	10,7	15,5
Tasa de Inflación anual	19,5	12,4	11,1	12,1	7,3	18,5	7,2

Fuente: Banco Central de Nicaragua, Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

La presión tributaria alcanzó en 1991 su mayor influencia, con una presión del 49.7% sobre los ingresos tributarios y a partir de 1995 empezó a descender hasta 1998, con un 32.0%. Para el año 2000, el PIB se expandió en 4.3%, básicamente por el aumento en el volumen de las exportaciones. Para la economía nicaragüense el entorno internacional fue predominantemente adverso en el 2000³. Pese a estos avances, Nicaragua ocupa el último lugar en Centroamérica, tanto en el PIB global como per cápita. Dos

características explican la situación actual de Nicaragua: la primera es que se trata de un país de posguerra. Pese a que el conflicto bélico se haya limitado básicamente a la década de los ochenta, el grado de destrucción alcanzado tiene impactos duraderos difíciles de resolver en el corto plazo. La segunda es que se trata de un país altamente endeudado. A pesar de los esfuerzos desplegados en la década anterior que permitieron reducir la deuda pública externa a la mitad, hoy aún representa casi tres veces el PIB ⁴.

1.3. Contexto Demográfico y Epidemiológico

	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa bruta de natalidad	ND	ND	ND	ND	ND	31**	36,3***
Tasa global de fecundidad	ND	ND	4,9*	ND	ND	3,9**	ND
Tasa bruta de mortalidad	ND	ND	ND	ND	ND	ND	5,6***
Tasa de mortalidad materna	98	88	105	125	121	106	118
Tasa de mortalidad infantil	ND	ND	50*	ND	ND	39,5**	ND

Fuentes: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA); Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC); *(Censo, 95); **(Endesa, 98); ***(INEC, 99).

La población total estimada para el 2002 es de 5'341.886⁵. La población de Nicaragua aumentó en el último quinquenio a un ritmo del 2,7 anual⁶. La media de edad es de 17 años. Las personas entre 15 y 64 años conforman el 54,3% de la población. La esperanza de vida al nacer en el período 1995 al 2000 fue de 68,4 años, siendo de 70,3 años para las mujeres, y de 66,6 años para los hombres⁷, incremento que ha favorecido la longevidad del hombre en un 16%, y en la mujer en un 12%. La tasa de natalidad para el período 1995- 2000 fue de 35,3 por mil y la mortalidad infantil es de 40 muertes por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna (por 100.000 n.v.) en 1999 fue de 118⁸. La tasa de fecundidad⁹ es de 4,4 hijos por mujer (3,1 hijos en medio urbano y 5,4 hijos en medio rural). En Jinotega y la Costa Atlántica el promedio es de 6. La fecundidad de las mujeres en extrema pobreza duplica la de las mujeres no pobres¹⁰. La tasa global de fecundidad de las mujeres en el quintil mas rico es de 1,9 hijos y en el quintil más pobre es de 6,6¹¹. La población que vive fuera del país se estima entre un 4% y un 6% de la población total¹². Managua concentra el 40% de los migrantes internos, la atracción de la capital se ha reducido en los últimos años y ha crecido en las cabeceras departamentales¹³. Entre los migrantes urbanos predomina la población femenina, sobre todo en edades entre los 15 y 29 años de edad, centradas en la actividad comercial y los servicios personales; los varones se desempeñan más en el sector agrícola.¹⁴

El subregistro estimado de la mortalidad es del 46%¹⁵. La tasa de mortalidad general en el período 1995-2000 fue de 5.6 x 1000 hab. Entre 1997 y 2000 la tasa de mortalidad infantil fue de 45.2 x 1000 nv, (niños, 50 por mil y niñas, 40 por mil). La mortalidad neonatal fue de 17 por mil y la mortalidad postneonatal de niños fue de 28 por mil y de 22 por mil para las niñas.

Las enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar como causa de muerte, seguidas por las causas externas y las enfermedades transmisibles. Las enfermedades transmisibles en la población general tienden a disminuir aunque siguen siendo la principal causa de muerte en edades inferiores a cinco años. Los tumores son una de las principales causas de muerte para el sexo femenino, siendo el grupo más afectado las mayores de 35 años. El porcentaje de defunciones por tumores en 1998 fue de 9.8%. Un elemento importante en los años 1995-1998 fue la poca accesibilidad de los medios diagnósticos y terapéuticos para estas enfermedades. La tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio aumentó sostenidamente desde 1992 (21.2%). En 1998 estas enfermedades dieron cuenta del 23.2% del total de defunciones y superaron a las infecto-contagiosas como principal causa de muerte.

Durante los últimos 10 años todas las formas de tuberculosis (tanto en casos como en tasas) ha mostrado tendencia decreciente (los casos se redujeron casi en el 40%). Para el año 2000 la captación de casos de tuberculosis disminuyó en el 6.3% con relación al año anterior (2,396 casos con 1467 BK+). El grupo de edad más afectado es el de 15 a 24 años con el 26% del total de casos bacilíferos. La mayor incidencia se presenta en el sexo masculino (31.5) en todos los grupos de edad. Entre 1997 y 2000 la malaria mostró una tendencia descendente, excepto en 1999 a consecuencia del huracán Mitch. Los grupos de edad más afectados son el de 15 a 49 años, seguido del de 5 a 14 años. En el año 2000 el IPA nacional fue de 4.7 por 1,000 hab. Durante el período 1997-2000 las defunciones se redujeron de 17 (tasa mortalidad 0.4 por 100,000 hab.) en 1997 a 4 en 2000 (tasa mortalidad 0.08 por 100,000 hab.). Durante el 2000 se reportaron 12 casos (tasa de 0.2 por 100,000 habitantes), observándose una disminución del 98% en relación a 1999. El dengue hemorrágico en el 2000 mostró una reducción de casos confirmados por laboratorio de 42% en relación a 1999. En 1998 y 1999 se reportaron tasas de mortalidad de 0.24 por 100,000 hab.

El número total de casos VIH/SIDA acumulados de 1987 al 2000 es de 643. La tasa nacional de 1.38 por 100,000 habitantes registrada en 1997 pasó a 2.52 por 100,000 en el año 2000.

1.4. Contexto Social. En 1998 la población urbana representaba el 56,4% de la población total, mientras que la rural constituía el 43,6%. Se estima que el analfabetismo creció a un promedio anual del 0.4% entre 1993 y 1998, siendo en 1998 del 23.4%¹⁶. El Índice de escolaridad es 0.66¹⁷. El promedio nacional es de 4.9 años de escolaridad; para la población urbana de 10 años y más es de 6.2 años y para la rural es de

3.2 años¹⁸. Un 47.9% de la población vive en situación de pobreza y el 17.3% son extremadamente pobres¹⁹. El índice de desigualdad entre el quintil más rico y el más pobre es de 27.9.

La población económicamente activa en el país se estima en 1,815,300 personas de las cuales 1,637,300 (90.2%) se encuentra ocupada y 178,000 desocupada (9.8%). De los ocupados, 219,300 (12.1%) se consideran subempleados²⁰. La tasa de desempleo ha ido disminuyendo desde 1994 para ubicarse en 10,7% en 1999 y 9.8 en el 2000. La desocupación afecta en mayor medida a las mujeres (14% de la PEA a finales de 1999 en zona urbana y a 30% en la zona rural). La tasa de desempleo de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años es mayor que la de los adultos entre 25 y 49 años. Se estima que alrededor de 24,000 niños de 10 a 14 años trabajan en el sector informal y otros 6,000 en el sector formal.

Según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) Nicaragua está clasificado en 95 lugar en 2001. El Índice de desarrollo relativo al género es de 0.624, que corresponde a la posición 97 del IDG²¹.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. Organización General. El sector de la salud está conformado por dos subsectores: el público, integrado por el Ministerio de Salud –MINSA-, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social –INSS- y otras instituciones del Estado; y el subsector privado.

La Ley N° 290 de Organización Competencia y Procedimiento del Poder Ejecutivo confiere al MINSA la facultad de hacer cumplir lo estipulado en el Artículo 59 de la Constitución Política. El Ministerio de Salud se coordina con las instituciones del Gobierno vinculadas a la preservación de la higiene y salud ambiental: Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales (MARENA), Ministerio Agropecuario y Forestal (MAGFOR), Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA) e Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM); y con las alcaldías y con el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes para la definición de los contenidos de salud en los currículos de primaria y secundaria, y para el fortalecimiento de la estrategia de la lucha antiepidémica²². Pese a que existe la Ley para la seguridad transfusional, no se han definido mecanismos para el funcionamiento de los bancos de sangre y del Centro Nacional de Sangre de la Cruz Roja. En materia de producción del conocimiento, los aspectos de regulación siguen siendo del ámbito de las universidades; por su parte, el Ministerio del Trabajo regula lo concerniente a salud ocupacional.

A fin de fortalecer la gestión del MINSA la División General de Cooperación Externa y Proyectos de Inversión se ha fusionado con la División de Planificación, para conformar la División General de Planificación y Desarrollo. Uno de los mayores logros en esta nueva estructura ha sido la incorporación de

la unidad técnica que lideraba el proyecto de un sistema de información integrado (SIMINSA), que ha sido institucionalizada como División de Sistemas de Información.

Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) son los entes que a nivel territorial (departamentos) representan al Ministerio de Salud en aspectos técnicos y administrativos.

La oferta de servicios del sector Salud se brinda a través de un subsistema público y uno privado. El sistema ha creado Empresas Médicas Previsionales –EMP- para la venta de servicios a la seguridad social²³. Actualmente el 20% de las EMP existentes en el país pertenecen al MINSA, permitiéndole a dicho ministerio la obtención de financiamiento no presupuestario que utiliza para la obtención de otros recursos técnicos y materiales que le son necesarios para otorgar asistencia sanitaria.

También se cuenta con un subsistema comunitario integrado por redes de brigadistas, parteras y otros voluntarios, quienes trabajan en y por la salud de sus comunidades y, fundamentalmente, realizan acciones de promoción y prevención. Para el desarrollo de estas acciones, el subsistema comunitario posee, como sedes, las Casas bases y las Casas maternas.

El MINSA es el principal oferente de servicios de salud en el país, a través de su red de servicios en los dos niveles de atención. En el primer nivel, constituido por los centros de salud con y sin camas, y los puestos de salud, se ofrece casi la totalidad de servicios de promoción y de prevención de enfermedades y riesgos. También brinda atención curativa general, odontología preventiva y asistencial, así como atención por parte de especialistas de algunas especialidades médicas, principalmente dirigidas a mujeres y niños en zonas donde las disponibilidades de recursos lo permiten. Otro servicio es la rehabilitación, la cual se desarrolla con base en la comunidad. En los hospitales o segundo nivel, se brinda atención médica tanto general como especializada, ambulatoria y con internación, en áreas básicas como pediatría, gineco-obstetricia, medicina y cirugía general. En los departamentos de Managua, León, Matagalpa, Masaya, Granada, Rivas y Estelí se dan servicios en otras especialidades y subespecialidades, algunos de los cuales funcionan para referencia nacional. El segundo nivel cuenta, además, con centros nacionales de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, psiquiatría, y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en Salud Pública.

Los servicios médicos del Ejército y del Ministerio de Gobernación brindan atención –principalmente curativa– a sus miembros y a familiares de éstos. Por otro lado, sus hospitales han abierto las puertas a dos nuevos tipos de clientes: los asegurados, pues a partir de 1995, se constituyeron como EMP; y desde inicios de la década de los 90s, a la población con capacidad de pago, para lo cual han destinado personal y áreas de atención especiales en sus instalaciones. La red de servicios ha incurrido en un crecimiento

desordenado, muchas veces con recursos escasos y a expensas del primer nivel de atención. Según la Resolución Ministerial 106; el coordinador de los servicios de todo el territorio es el Director del SILAIS. La relación entre proveedores públicos con proveedores privados, no se realiza en red, sino que por eventos; de manera que es más circunstancial que organizado de manera sistemática.

La principal entidad aseguradora es el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) que a través de Empresas Médicas Previsionales –EMP- brinda servicios médicos a los asegurados. Su financiamiento se realiza mediante cuotas asignadas por INSS, para la atención de asegurados cotizantes y sus beneficiarios en el régimen de atención integral. Existen algunas clínicas manejadas por ONG's, se concentran en cabeceras departamentales y ofertan servicios limitados. Las EMP tienen personería jurídica y para poder ser sujetas de contrato deben ser habilitadas por la Dirección de Acreditación del MINSA y habilitadas por el INSS. El modelo organizativo es tipo clínicas de atención de bajo riesgo. Su localización es únicamente en las cabeceras departamentales o de SILAIS y, preferentemente, en la región del Pacífico. La principal fuente de financiamiento de las EMP es la venta de servicios de salud a privados. Los RRHH son contratados por horarios, y los recursos tecnológicos son limitados, debido al reducido mercado. Compran ocasionalmente algunos servicios de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos a algunos hospitales y a otros proveedores específicos.

2.2. Recursos del Sistema²⁴

Recursos Humanos:

En 1999, los médicos representaban un 12.6% del total de los recursos de salud. De ellos, un 28% son especialistas y un 72%, Médicos Generales. Un 41% son mujeres menores de 40 años. Dos tercios de los egresados fueron formados en la UNAN. El 68% ha realizado algún curso de postgrado. Las cuatro áreas de especialidades médicas que unidas representan el 51% del mercado de trabajo médico son: Ginecología y Obstetricia (20%), Cardiología y Medicina Interna (15%), Pediatría (16.4%), Cirugía (16%). En promedio la productividad global de los médicos es de 40 consultas por día.

RECURSOS HUMANOS

TIPO DE RECURSO	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10,000 hab.	3 (1)	3.2 (1)	3.4 (1)	3.5 (1)	6.2 (2)	7.3 (2)	6.2 (2)
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab.	2.3 (1)	2.7 (1)	2.9 (1)	2.9 (2)	3.3 (2)	3.1 (2)	3.3 (2)
Razón de odontólogos por 10,000 hab.	ND	ND	ND	2.6 (2)	0.6 (2)	0.5 (2)	0.6 (2)

Razón de técnicos medios de Laboratorio por 10,000 hab.	ND	ND	ND	5.3 (2)	ND	ND	ND
Razón de farmacéuticos por 10,000 hab.	ND	ND	ND	2.6 (2)	ND	ND	ND
Razón de radiólogos por 10,000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
No. de egresados de postgrado en Salud Pública	16	19	19	141	144	137	59

Fuente: División de Recursos Humanos y Docencia Ministerio de Salud 2001. 1 Minsa; 2 Sector de la Salud.

RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS, 2001 MINSA/1999 INSS²⁵

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Otros trabajadores	Personal administrativo	Servicios generales
MINSA (2001)	2116	1613	4496	1741	1004	3398
INSS (1999)	1175	ND	ND	ND	ND	ND
Total						

Fuente: División de Recursos Humanos y Docencia Ministerio de Salud 2001.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Médicos Especialistas	705	746	776	989	1,071	1,129	1,173	981	986	980	991
Médicos Generales	937	1,046	1,279	1,386	1,515	1,610	1,503	1,572	1,484	1,134	1,125
Razón	1.32	1.40	1.64	1.40	1.41	1.42	1.28	1.60	1.50	1.16	1.14

Fuentes: División de Recursos Humanos y Docencia Ministerio de Salud 2001.

La razón de especialistas vs. médicos generales en las principales instituciones públicas es:

	APS	HOSPITALES	TOTALES
Médico General	823	302	1,125
Médico Especialista	156	835	991
Total por Nivel de Atención	979	1,137	2,116

Fuente: División de Recursos Humanos y Docencia Ministerio de Salud 2001.

Los salarios promedio actuales son:

	Salario promedio Mayo 1998		Salario promedio Julio 2001	
	C\$	US\$	C\$	US\$
Médico General	2,199.23	162.49	3,498.85	258.51
Médico Especialista	3,364.75	248.60	5,047.13	372.90

Fuente: División de Recursos Humanos y Docencia Ministerio de Salud 2001.

Medicamentos y otros Productos Sanitarios. El desarrollo actual del sector farmacéutico se basa en la Política Nacional de Medicamentos para el período 1997- 2001 y sus estrategias de implementación están

fundamentadas en el desarrollo institucional, el acceso a medicamentos esenciales, la garantía de calidad y el uso racional de medicamentos.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nº total de productos farmacéuticos registrados	2061	3241	4266	5261	7529	9282	10585
Porcentaje de medicamentos de marca	87.28	84.01	80.89	80.93	71.20	74.04	74.08
Porcentaje de medicamentos genéricos	12.72	15.99	19.11	19.07	28.8	25.96	25.92
Gasto total en medicamentos (precio de venta a público)	ND	ND	ND	USD 51 millones	ND	USD 55 millones	ND
Gasto per capita en medicamentos (precio de venta a público)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje del gasto ejecutado por el MS destinado a medicamentos	ND	13.59	11.97	10.52	10.19	12.67	12.36

Fuente(s): Direcciones de Presupuesto, Planificación, Regulación y Acreditación de medicamentos Ministerio de Salud.

Equipamiento y Tecnologías.²⁶

DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR, 1997 - 2000 (*)

SUBSECTOR	TIPO DE RECURSO			
	Camas censables por 1.000 hab.	Equipos de radiodiagnóstico básico por 1.000 hab.	Laboratorios Clínicos por 100.000 hab.	Bancos de sangre por 100.000 hab.
Público				
MINSA (*)	1	0.025	0.00055	0
MIDDEF	ND	0.038	0.00039	0
MINGOB	ND	0.015	0.00030	0
Privado (con y sin fines de lucro)				
Privado	0.16	0.02	0.00003	0.00002**
TOTAL				

Fuentes: Dirección de Planificación y Registros Médicos del MINSA. (*) División de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico, Ministerio de Salud. ** Banco Nacional de Sangre, sin fines de lucro.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR SALUD 1977 - 2000²⁷ (*)

SUBSECTOR	Tipo de Recurso					
	Salas de parto		Laboratorio Clínico		Equipos de Radiodiagnóstico	
Público	1er. Nivel	2do. Nivel	1er. Nivel	2do. nivel	1er. Nivel	2do. nivel
MINSA (*)	27	22	94	48	13	116
MINDEF	ND	2	ND	5	ND	2
MINGOB	ND	1	ND	2	ND	1
Subtotal	27	25	94	55	13	119

Privado (con y sin fines de lucro)						
Privado	ND	6	ND	09	ND	10
Subtotal		6		09		10
TOTAL	27	31	94	64	13	129

Fuentes: Dirección de Planificación y Registros Médicos del MINSA. (*) División de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico del Minsa

Los hospitales cuentan con 7705 equipos, un 82% de los 9386 censados. El 73% funciona normalmente, el 9% de manera irregular y 18% está inactivo. Los centros y puestos de salud tienen censados 1681 equipos (18% del total) y el 75% funciona normalmente. El equipamiento se caracteriza por ser insuficiente y su uso se ve limitado por la escasez de recursos financieros necesarios para su adecuada operación y mantenimiento oportuno. Esta situación se agrava por la gran dispersión de marcas, modelos y generaciones tecnológicas. La cooperación externa jugó un rol importante en este rubro hasta 1999 en que solamente hubo fondos fiscales que disminuyeron en 18% en relación con el promedio del período 1994-1998²⁸. Para atender las prioridades de mantenimiento en el 2000 se le aprobó al MINSA un presupuesto de C\$ 11.9 millones de córdobas. Para la conservación y el mantenimiento del equipamiento se cuenta con personal en los hospitales pero un 80% del cual carece de calificación formal; el 15% cuenta con educación técnica básica o media, y solo el 5% posee un nivel de técnico superior o universitario. En MINSA Central funciona el Centro de Mantenimiento de Equipos Médicos (CEMED), el cuál realiza acciones de manera directa o mediante subcontratación de terceros.

2.3. Funciones del Sistema de Salud

Rectoría. La Ley N° 290²⁹, el Decreto N° 71/98³⁰, y el Decreto N° 70/2001 confieren al MINSA la rectoría de salud. Por su parte, el documento de Política Nacional de Salud³¹ vigente (1997-2002) establece la separación de funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios. La Dirección General de Regulación y Acreditación de Establecimientos y Profesionales de la Salud, Medicinas y Alimentos del MINSA es el organismo encargado de la funciones de regulación. Si bien internamente se cuenta con documentos que especifican claramente las funciones y atribuciones de esta Dirección, en realidad, se carece de una normativa que los regule. Ella estudia y atiende quejas sobre el manejo o tratamiento de pacientes en las instituciones de salud del sector público. Aunque también da seguimiento a la atención del sector privado, éste no está enfocado hacia el manejo por parte del médico, sino que consiste en monitorear el control de calidad de la atención a través de auditorías. También registra los títulos universitarios del personal de salud, como requisito para que puedan ejercer su profesión en el país. La Ley especifica como requisitos para que los profesionales puedan ejercer: el registro en la universidad,

la realización del servicio social y la inscripción del título en el MINSA. Se estima que entre el 90% y 100% de los médicos del país están inscritos en el MINSA.

El marco regulatorio ambiental esta consignado en la Ley General del Medio Ambiente y los Recursos Naturales. El control de calidad de alimentos, tanto nacionales como importados, se realiza a través del registro sanitario de alimentos, la vigilancia sanitaria de alimentos y la vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos. Las disposiciones sanitarias del MINSA, pese a que datan de 1988, siguen vigentes y constituyen la base para las actividades de control correspondientes. El sistema cuenta con un Código Sanitario (decreto 394) y se cuenta, además, con una propuesta de la Ley Básica de Alimentos, formulada desde 1997. En los SILAIS, los técnicos de higiene realizan actividades centradas en el análisis de riesgo y puntos críticos, desde la producción hasta el consumo de los alimentos.

El control de agua lo realiza la Dirección de Salud Ambiental con muestreo en puntos específicos de la red de distribución, y al interior de los hogares en las zonas rurales donde no se cuenta con red pública, a través de los SILAIS, los que remiten las muestras al Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia del MINSA; el control del agua para venta al público se hace en Managua.

De igual forma, el MINSA controla la prescripción de fármacos y sus importaciones, y autoriza la apertura de farmacias privadas. Se estima que entre el 10% y el 20% del mercado farmacéutico carece de registro sanitario, y entre el 10% y el 15% ingresa de forma ilegal. Se cuenta con una Ley de medicamento³²; y el Reglamento de la misma³³. También se cuenta con normas farmacológicas estandarizadas para Centroamérica y República Dominicana, para la evaluación y el registro sanitario de los medicamentos. También realizan funciones de regulación en el sector salud: la Asamblea Nacional, los Ministerios de Gobernación, de Defensa, y de Fomento, Industria y Comercio, entre otros.

Financiamiento y Gasto. Durante el período 1991 - 1998, el gasto por tipos de servicios presentó una estructura estable. La Atención Curativa representó aproximadamente, un 76.0%; los gastos en Promoción y Prevención un 17.0%; y los de Administración, un 7.0%. Los hogares gastan en salud, aproximadamente, entre un 2.5% y un 2.8% del PIB. En la estructura del gasto familiar, el gasto en salud representa entre un 3.4% y un 4.2% del gasto total.³⁴

Financiamiento del Sector de la Salud, 1993-99 en USD y en % del PIB

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
I. SUBSECTOR PUBLICO							
1.1. MINSA y otras Inst. Públicas de los niveles central, regional y local							
1.1.1. Financiamiento interno:							

Fondos del Tesoro	79,1 (4,4%)	83,2 (4,4)	97,1 (5,0%)	94,1 (4,6%)	90,6 (4,2%)	89,1 (4,0%)	134,5 (5,6%)
Fondos Propios	ND	ND	9,7	9,6	9,1	8,8	8,6
1.1.2.Financiamiento externo	20,8 (1,1%)	34,4 (1,8%)	51,5 (2,6%)	48,2 (2,4%)	30,8 (1,4%)	29,5 (1,3%)	34,0 (1,4%)
1.2. Seguro Social							
Aportes de los afiliados	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Venta de Bienes y servicios	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Ingresos de Capital	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2. SUBSECTOR PRIVADO							
2.1.Seguros Privados	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2.2.ONGs (sin fines de lucro)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2.3. Financiamiento de los Hogares para servicios privados.	79,2	75,5	77,2	85,3	94,3	96,5	109,2
TOTAL							

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud MINSA, Análisis del sector salud 2000.

La información sobre financiamiento y gasto en salud de Nicaragua la elabora la División General de Planificación y Desarrollo MINSA y es considerada confiable. A la fecha se está continuando el estudio sobre Cuentas Nacionales en Salud. Ya se dispone de los años 1995 - 1999. El año 2000 está en proceso de elaboración. Incluye las ejecuciones presupuestarias del MINSA, Ministerios de Defensa, de Gobernación, INSS, otros Ministerios y entes autónomos y la parte del gasto privado en salud a través de la Encuesta de Hogares. Durante el período 1997 - 1999 se contó con US\$ 150.3 millones en la modalidad de crédito no reembolsable o donación, lo que equivale al 62% del total de los fondos disponibles. Habiéndose ejecutado US\$ 71.4 millones. Los fondos procedieron de 13 países y 6 agencias cooperantes (BM/BID, OPS/OMS, Suecia, AID, FENUAP, UNION EUROPEA, UNICEF). En la modalidad reembolsable la suma ascendió a US\$ 93.0 millones, lo que representó el 38% del total de fondos disponible para el período, habiéndose logrado la ejecución de US\$ 13.0 millones (Francia, BM/BID).³⁵

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto Público en Salud per Capita en USD	19,3	19,7	22,3	20,9	19,4	18,6	27,3
Gasto Público en Salud/Total Gasto Público	15,0	15,0	16,7	16,2	16,4	16,3	19,4
Gasto Total en salud per cápita en USD	43,8	45,4	51,5	50,0	47,7	47,5	48,8
Gasto Total en salud, como % del PBI	9,9	10,2	11,5	11,0	10,4	10,2	10,0
Deuda ext. en salud/Deuda ext. Total	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud, Dirección General de Planificación y Desarrollo MINSA.

El gasto nacional en salud per cápita y su evolución histórica es el siguiente:

	1997	1998	1999
Total	US\$ 47,7	US\$ 47,5	US\$ 48,8
Sin cooperación externa	US\$ 41,2	US\$ 41,3	US\$ 42,0

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud, Dirección General de Planificación y Desarrollo MINSA. Dólares de 1980 por habitante

Gastos del Sector Salud por subsectores y funciones, 1993-1999, en USD y en % del PIB

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PUBLICO							
Promoción y atención preventiva (*)	31,4	33,5	38,7	38,1	16,0	16,6	24,7
Atención Curativa	80,6	86,1	52,6	55,3	47,7	66,0	58,4
Formación de RRHH	ND	ND	ND	ND	0,9	1,5	2,1
Produc. y compra de Insumos	ND	ND	50,2	40,5	23,5	16,0	11,0
Administración	11,3	12,1	14,0	14,9	17,1	14,3	17,5
Edificaciones	ND	ND	15,0	16,8	26,5	23,5	18,8
2. SUBSECTOR PRIVADO							
Promoción y atención preventiva (*)	ND	ND	0,5	0,3	ND	ND	ND
Atención Curativa	ND	ND	48,3	52,2	35,2	29,7	48,7
Formación de RRHH	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Regulación	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Produc. y compra de Insumos	ND	ND	41,7	39,4	67,0	61,2	59,7
Administración	ND	ND	0,1	ND	0,73	0,1	ND
Edificaciones	ND	ND	ND	ND	0,23	0,0	ND
TOTAL							

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud MINSA, Dirección General de Planificación y Desarrollo MINSA. (*) Millones de dólares de 1980

Gastos del Sector Salud por objeto, 1993-1999 en USD y en % del Total

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PUBLICO							
Servicios Personales (*)	57,4	58,9	64,3	76,4	38,6	45,3	46,1
Servicios no Personales	7,8	7,0	8,1	5,9	12,2	24,5	30,1
Medicinas y Fármacos	ND	ND	29,0	33,9	31,6	26,3	25,2
Materiales y Suministros	48,6	56,9	50,2	40,5	40,4	40,6	43,8
Equipos médicos y sanitarios	ND	ND	36,1	30,4	21,4	5,2	1,3
Otros Eq. y reparaciones	ND	ND	ND	ND	ND	5,5	2,2
Construcción de Obras	ND	ND	15,0	16,8	2,6	8,8	1,0
2. SUBSECTOR PRIVADO							
Servicios Personales (*)	ND	ND	9,1	15,3	20,1	14,8	16,8
Servicios no Personales	ND	ND	ND	ND	15,3	12,3	13,5
Medicinas y Fármacos	ND	ND	41,2	38,0	81,4	60,0	61,4
Materiales y Suministros	ND	ND	41,7	39,4	82,9	60,8	62,2
Equipos médicos y sanitarios	ND	ND	ND	ND	3,6	12,9	ND
Otros Eq. Reparaciones	ND	ND	ND	ND	0,2	22,7	ND
Construcción de Obras	ND	ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,67
TOTAL							

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud MINSA, Dirección General de Planificación y Desarrollo MINSA. (*) Millones de dólares de 1980

La distribución del gasto público en salud por niveles de atención (primario y secundario; el sistema de salud de Nicaragua no considera nivel terciario), para el último año disponible es:

1999	Total	Con Fondo Fiscal
Nivel de atención Primario:	31 %	21%
Nivel de Atención secundario (hospitales):	61 %	74%
Otros:	8 %	5%

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud MINSA, Dirección General de Planificación y Desarrollo MINSA.

Aseguramiento sanitario. Las instituciones que realizan aseguramiento de servicios de salud son el INSS y las compañías aseguradoras. La información sobre los grados de cobertura de la seguridad social es manejada directamente por el INSS; el MINSA no se tiene un registro sistemático ni completo de esta información. Se asume que el MINSA cubre al 60% de la población y el Seguro Social al 6%. La población no cubierta se estima entre 30% y 35%; la tendencia ha sido variable pero se prevé que debe mejorar por diferentes mecanismos, entre ellos la estrategia de extensión de cobertura que está siendo dirigida hacia los grupos más vulnerables y con dificultades de acceso a los servicios de salud. Se ha venido intentando con brigadas móviles las cuales han tenido limitaciones de financiamiento para realizar coberturas sistemáticas³⁶.

Tradicionalmente los servicios de Salud del MINSA han tenido un comportamiento reactivo (a excepción de las Jornadas Nacionales de Salud) pero la amplitud de los servicios es de mayor cobertura colectiva, y sin límite de edad; mientras que los servicios ofertados por el INSS son restringidos al cotizante, la esposa o compañera durante la etapa del embarazo, parto y puerperio, y los hijos menores de 3 años de edad, y se le señalan límites a las prestaciones a que tienen derecho. Por ejemplo, el MINSA, promueve la atención integral a la mujer en todas las etapas de la vida; en cambio el INSS, aunque la mujer sea cotizante, le da énfasis la etapa reproductiva, pero no incluye la atención del cáncer. El MINSA atiende todas las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y el Seguro Social no atiende a pacientes con VIH/SIDA, sino que los remite a los servicios de MINSA. Los servicios del MINSA tienen orientación de promoción y prevención; el INSS es más dirigido a lo curativo y con limitaciones a una canasta básica de servicios predefinidos. En Nicaragua no se ha establecido un plan básico de prestaciones sanitarias que incluya a todos los ciudadanos. Debido a las limitaciones de recursos se han

priorizado acciones dirigidas a grupos de población (mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, etc.). Para el adulto mayor aún no hay plan específico. Otra forma de tratar de abarcar a la mayor parte de la población es con el enfoque de riesgo aplicado a enfermedades persistentes (malaria, dengue, cólera ETS/SIDA, etc.) las cuales cuentan con programas organizados y dirigidos.

2.4 Provisión de Servicios

Servicios de Salud Poblacional. En los últimos años se han priorizado varios programas: ETS/VIH-SIDA, Vectoriales, Enfermedades Crónicas (hipertensión, diabetes), Vacunación, Atención a la Mujer y Niñez, y de Adolescencia. Ellos son desarrollados principalmente por personal de salud del MINSA, aunque organizaciones comunitarias y ONGs también los apoyan. Son implementados en todas las unidades de atención primaria y, en parte, en unidades del segundo nivel. Las dificultades presupuestarias a veces limitan la movilización del personal y la adquisición de materiales e insumos. El Programa de Atención a la mujer incluye atención y vigilancia del cáncer de cuello de útero y de mama.

La incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación muestra una tendencia al descenso en la última década como resultado de acciones comunitarias y educativas en salud. Con la reorganización de la atención aumentaron las coberturas de vacunación. En el año 2000 se alcanzaron en los menores de 1 año coberturas de: 93.5 % en polio, 92.8 % en DPT/ Pentavalente, 104.1 % antisarampión y 103.9 % en BCG según datos proporcionados por el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

La cobertura del control prenatal para el 2000 fue de 75% como promedio nacional; en comparación al año 1999 hubo un ascenso del 3.5% pero aún no se logró alcanzar el estándar de referencia nacional que es del 85%. Solamente el 47% de las embarazadas reciben 4 o más controles prenatales (sin cambios desde 1999). La cobertura institucional del parto fue 61% en promedio nacional (incremento del 15% respecto a 1999). En relación a partos esperados se atendió el 74% probablemente debido a abortos que ocurren, falta de registros del total de partos ocurridos en el domicilio, y problemas de acceso geográfico, entre otros³⁷.

Servicios de Atención Individual. La información para la gestión de los establecimientos se obtiene a través de diferentes mecanismos: a) Sistema Nacional de Estadísticas Vitales –SINEVI-, el cual registra información de mortalidad y nacimientos, con una oportunidad limitada ya que los datos se manejan de forma preliminar hasta 12 meses después del cierre del año correspondiente por lo cual el uso de esta información por parte de los responsables de los programas y de otras dependencias relacionadas es limitado; b) El Sistema de morbilidad, constituido por el subsistema generado por los hospitales y centros

de salud con camas y el subsistema de enfermedades de notificación obligatoria el cual maneja 54 patologías; c) El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional y Local (SILAIS y municipios), el cual es rápido, oportuno y fiable, y maneja 25 eventos específicos de salud de notificación inmediata, brotes y desastres (semanalmente se notifican 21 eventos desglosados por grupos de edad y municipios); d) vigilancia de los programas de atención específicos.

Nivel primario de atención: La red esta conformada por 843 puestos de salud; 177 centros de salud (27 de los cuales tienen camas)³⁸. Del total de 177 centros de atención primaria (con y sin camas), alrededor de 30 cuentan con computadoras (17%). Se espera que algunas iniciativas de modernización del sector consoliden la infraestructura informática del primer nivel. El sector no cuenta con un censo de instituciones de primer nivel administradas por ONGs. Con financiamiento del Proyecto PROSILAIS³⁹, se realizó durante el período 2000-2001 una evaluación de la red de servicios en 6 SILAIS, comprendiendo 57 municipios (299 puestos de salud, 50 centros de salud y 9 hospitales).

El programa Modernización del Sector Salud que impulsa el MINSA ha iniciado en 2001 algunas experiencias piloto tendentes a favorecer la elección de los usuarios a servicios brindados por diferentes proveedores en el área de materno infantil del nivel rural,. El INSS en su proceso de modernización⁴⁰ permite a sus asegurados elegir cada año la empresa a la cual estarán adscritos. El menú contratado para los asegurados es de carácter curativo y no contempla atenciones de alto costo, como tumores y enfermedades crónicas. Las acciones de promoción y prevención están excluidas.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, 2000

	NÚMERO	TASA POR 1000 HABITANTES
Consultas y controles por profesional médico	7,148,886	1,410
Consultas y controles por profesional no médico	3,056,740	603
Consultas y controles por odontólogo	401,268	79
Consultas de urgencia (*)	859,510	169
Exámenes de laboratorio	5,860,997	1,156
Placas radiográficas	412,230	81

Fuente: Oficina de estadísticas MINSA, Dirección General de Planificación y Desarrollo MINSA. (*) incluidas en consultas médicas.

Se espera que la producción de servicios se incremente en el futuro, pues se ha iniciado un ordenamiento de la red de servicios del país con el componente hospitalario de segundo nivel. Las causas más frecuentes de consulta en 1999 fueron infecciones respiratorias agudas; enfermedad diarreica aguda; control crecimiento y desarrollo; enfermedades aparato urinario; enfermedades infecciosas e intestinales. En cada una de las unidades de salud del nivel primario existe la modalidad de “trabajo comunitario”, que consiste en la búsqueda activa de población que no asistente a los programas que se desarrollan en las

unidades de salud. Estas acciones son visitas (cuatro al año como mínimo) que se realizan en comunidades de difícil acceso, catalogadas como de severa y alta pobreza.

Para el nivel secundario de atención. El MINSA, es el principal proveedor de servicios de salud. En los hospitales se brinda atención médica tanto general como especializada, ambulatoria y con internación, en áreas básicas. El segundo nivel cuenta además con centros nacionales de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, psiquiatría, y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia.

Los servicios médicos del Ejército y del Ministerio de Gobernación brindan atención principalmente curativa a sus miembros y a familiares, en cirugía, medicina, gineco-obstetricia y pediatría. Esta información al igual que la procesada por el sector privado no es consolidada por el MINSA.

La red de servicios está conformada por 32 instituciones (28 clasificados como agudos, 4 como crónicos y uno como policlínica)⁴¹. Los hospitales tienen sistemas computarizados que les ayudan en alguna medida a la gestión administrativa. Solo 4 de ellos tienen sistemas computarizados para la gestión clínica. Existen 5200 camas censables en todo el país.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, AÑO 2000

INDICADOR	
No. total de egresos	291,279
Índice ocupacional	66,7
Promedio días de estadía	4,2

Fuente: División Segundo Nivel de Atención , 2001.

Las cinco causas más frecuentes de alta hospitalaria son atención del parto, infecciones respiratorias agudas (neumonías), enfermedades diarreicas agudas, problemas gineco-obstétricos (problemas de placenta, complicaciones de trabajo de parto, etc.) y problemas relacionados con el período perinatal. Existen problemas de listas de espera que intentan ser afrontados a través de programa de cirugía ambulatoria, jornadas quirúrgicas en las unidades y reorganización de los servicios de atención.

Calidad.

Calidad Técnica. Todos los hospitales (100%) han sido capacitados para desarrollar el programa de garantía de calidad de atención con énfasis en el manejo de los conceptos claves de calidad total y su aplicación en los servicios de salud. Los hospitales tienen comités de calidad con diferentes grados de desarrollo siendo los prioritarios el comité de uso racional de medicamentos, de infecciones hospitalarias, de mortalidad y de desechos sólidos hospitalarios. Todavía no se ha logrado desarrollar comités de ética y/o control de comportamiento profesional. El porcentaje de cesáreas sobre el total de partos es de 23%. El 43.75% de los hospitales cuentan con comité de infecciones hospitalarias; sin embargo, los registros

existentes no son contables por falta de uniformidad en los criterios de medición. No hay registros sobre el porcentaje de pacientes a los que se les entrega un informe de alta o de asistencia. No se ha normado la práctica de autopsia a todos los fallecidos intra hospitalarios. Esta se hace si hay solicitud específica (casos médico legal, demanda personal, etc), lo que impide conocer el porcentaje de autopsias sobre el total de fallecimientos hospitalarios. De igual manera no está normada la auditoria de muerte infantil, excepto en casos médico-legales. El 100% las muertes maternas son auditadas⁴².

Calidad Percibida. 18 hospitales han sido certificados como Amigos de la Niñez. Todos los hospitales tienen procedimientos específicos de orientación al usuario (ej. servicios de atención al paciente, carteles informativos sobre derechos y deberes, etc.) y todas las unidades de la red hospitalaria tienen en cuenta los factores culturales y étnicos para la prestación de los servicios. El porcentaje de establecimientos con aplicación de estudios o encuestas de satisfacción del usuario no se conoce pues no se han desarrollado en forma general y sistemática a nivel interno por el elevado costo económico. Seis hospitales (18.75% del total) cuentan con comisiones de arbitraje (o de conciliación de las quejas o reclamaciones) establecidas y funcionando.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS SECTORIALES

3.1. Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica. Desde su creación (1940) el sector de la salud de Nicaragua ha venido desarrollando iniciativas de cambio y transformación (Ley de Seguridad Social en 1955; creación del Sistema Nacional Único de Salud⁴³ en 1979; segunda Ley de Seguridad Social en 1982⁴⁴; y Plan de Salud 1988-1990). La tercera generación de reformas se inició en 1991 con el establecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS). Estas reformas se llevaron a efecto para desarrollar un proceso de programación (planificación), descentralización y desconcentración de la autoridad y los recursos, fortalecer y perfeccionar los servicios de salud, aumentar la participación social en la solución de los problemas de salud, e impulsar la formación permanente de los recursos humanos. Entre 1993 y 1996, se impulsaron el desarrollo de un modelo de atención integral a la mujer y la niñez, la puesta en práctica de nuevas alternativas de financiamiento y la democratización de la gestión. Por su parte, desde 1994 el INSS ha promovido la atención de salud a través de EMP para los asegurados y sus familiares, y unidades de salud acreditadas para afiliados al seguro de riesgos laborales⁴⁵.

Actualmente los ejes de la reforma⁴⁶ son la modernización del sector salud; el fortalecimiento del MINSA; el fortalecimiento de la atención hospitalaria; las nuevas estrategias en salud pública; y la reforma de la

seguridad social. En 1998, el MINSA inició una consulta nacional sobre el "Programa de Modernización del Sector –PMSS- 1998-2002". Este programa surgió para adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, enfrentar los cambios demográficos, contener los problemas epidemiológicos, incrementar la demanda y disminuir las presiones operacionales mejorando la eficiencia de la gestión y la efectividad de las acciones de salud. El mismo trataba de responder a las líneas de acción expresadas en la Política Nacional de Salud. De julio a diciembre de 1998, el MINSA emprendió un proceso de consulta nacional en los 17 SILAIS y hospitales del país.

En todos los momentos, el proceso de reforma ha sido conducido por el MINSA dentro del ámbito de reformas que impulsa el Estado. Los procesos de negociación los conduce el Ministerio de Salud con la participación de los organismos donantes y cooperantes al momento de negociación de nuevos proyectos en salud. El proceso de reforma se financia con fondos fiscales del MINSA, la comunidad donante/cooperante, el INSS, las ONGs y las universidades. El PMSS es financiado principalmente a través de créditos del BM, BID y del Fondo Nórdico para el Desarrollo. Asimismo participan con la modalidad de fondos no reembolsables Noruega y Japón. Aunque originalmente el MINSA contemplaba introducir el PMSS a nivel nacional, actualmente se desarrolla como una experiencia piloto dirigida a 6 SILAIS y 6 hospitales para que puedan servir de análisis y consideración para su replicación a nivel nacional⁴⁷. El PMSS incluye un plan de seguimiento y evaluación con sus respectivos indicadores, los cuales permiten valorar el rendimiento clave de progreso respecto a los objetivos del Programa

A partir de 1996 Nicaragua fue incluida en la Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud para América Latina y el Caribe. En este contexto y con el apoyo de la Representación OPS/OMS se han venido desarrollado iniciativas tendientes a fortalecer la rectoría del MINSA mediante una serie de herramientas e instrumentos técnicos como son: Perfil del Sistema de Servicios de Salud del País⁴⁸; Análisis del Sector Salud⁴⁹; Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002⁵⁰ y Cuentas Nacionales en Salud 1995-1996⁵¹. También se han realizado foros de discusión sobre las temáticas de reforma con la participación de los actores principales de salud (personal profesional, comunidad cooperante, funcionarios públicos, ONGs, etc.). Asimismo, se ha establecido un espacio permanente e institucional de discusión entre el MINSA y la comunidad cooperante a través de la Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud (CIASS), la cual se reúne de manera trimestral y aborda temas relevantes a la RS.

Seguimiento de los contenidos

Marco jurídico. El sector adolece actualmente de un marco legal incompleto y desactualizado, sobre todo en relación con las normas que delimitan las funciones de financiamiento y provisión de servicios. La mayoría de ellas fueron dictadas desde finales del siglo pasado de manera dispersa y coyuntural y muchas están obsoletas o son inaplicables a la realidad actual. La actual Política Nacional de Salud establece que es necesario un proceso de revisión y actualización del marco jurídico. Si bien se ha avanzado en la promulgación de algunas leyes y reglamentos que complementan el marco jurídico del sector hasta 1999, aún están pendientes otras leyes cuya revisión, formulación y/o aprobación son indispensables. Entre ellas: a) Ley General de Salud: con base en dos versiones (1995-2000) previas, se introdujo un nuevo anteproyecto⁵² en la Asamblea Nacional en marzo del 2001, la cual ya fue aprobada por la Comisión de Salud y está pendiente de su aprobación por el plenario; b) Ley de Regulación del Ejercicio de los Profesionales de Salud: No se cuenta siquiera con un borrador o anteproyecto; c) Ley orgánica de Seguridad Social de Nicaragua⁵³, requiere de revisión y actualización y actualmente se encuentra en discusión.

Derecho a los cuidados de salud y al aseguramiento en salud. El derecho básico a la salud está consignado en la Constitución Política de la República, en la Ley creadora del Sistema Nacional Único de Salud, en el Código Sanitario, en la Política Nacional de Salud, en numerosas disposiciones y Acuerdos Ministeriales, en los compromisos internacionales suscritos. La difusión de este derecho puede considerarse como mediana. Para la extensión de cobertura en el subsector público se han implementado las siguientes iniciativas: a) El MINSA a través del PMSS (Programas APS y FONMAT) la compra de servicios a proveedores locales con un paquete básico de servicios definido y orientado a la población de niños menores de un año y mujeres embarazadas que viven en municipios de pobreza severa y alta (incluye: vacunación, diagnóstico y tratamiento de diarreas e IRAS, vigilancia y control del crecimiento y desarrollo, captación de embarazos, control prenatal, puerperal y planificación familiar); b) A través del Fondo Social Suplementario –FSS-, el MINSA logra contratar recursos calificados (médicos y enfermeras) y ubicarlos en zonas aisladas del país y de pobreza severa y alta; c) A través de otros proyectos, los SILAIS coordinan salidas de brigadas médicas integrales para cubrir las necesidades en salud de poblaciones remotas que no tienen acceso a establecimientos sanitarios; e) Iniciativa de Red de Protección Social.

Rectoría y separación de funciones: En el año 1998, se oficializó a través de un Decreto Ejecutivo (71-98) la Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo (Ley 290). Como parte del Reglamento a esta Ley, el MINSA revisó su Organigrama y definió importantes cambios, como son la

agrupación de las áreas normativas del I y II nivel de atención bajo la Dirección General de Servicios de Salud. Asimismo, se creó la Dirección General de Acreditación y Regulación de Medicamentos, Profesionales y Alimentos. En 2001 el MINSA fusionó la División General de Cooperación Externa e Inversiones con la División General de Planificación y Sistemas de información para crear la División General de Planificación y Desarrollo. Ese mismo año el MINSA, revisó y modificó su estructura programática presupuestaria para responder a dos grandes programas principales: Servicios de Salud a las Personas y Servicios de Salud Ambiental. Ello permite una revisión funcional de los diferentes niveles del MINSA y del desempeño de sus funciones (regulador, prestador y financiador), lo que a su vez exige una nueva revisión del diseño organizativo y estructural que de coherencia a este proceso. En el nivel central del MINSA se ha implantado un proceso de programación y presupuestación que permite una gestión de salud por resultados. Para el aseguramiento y provisión de servicios se están desarrollando modelos piloto demostrativos en 6 hospitales y 13 centros de salud, a través del PMSS. En este grupo se dará inicio a la descentralización financiera y a la separación de funciones entre el nivel central y el nivel local, teniendo el anterior las funciones de regulación y financiamiento y este último las funciones de prestador de servicios. A través de la Secretaría Técnica de la Presidencia (SETEC), se creó el Fondo Social Suplementario (FSS) con financiamiento externo. El FSS trata de amortiguar los efectos del Ajuste Estructural Económico (ESAF) en las áreas de salud y educación con financiamiento que complementa el gasto corriente de cada una de las instituciones estatales correspondientes.

A través de la División de Estadística del MINSA y a partir del año 2001, se producen semestralmente las estadísticas de la red de servicios para dar seguimiento a su desarrollo. Asimismo, se inicia la divulgación de una serie de Indicadores Trazadores para analizar la gestión institucional comparada al año anterior y dar seguimiento a las metas establecidas en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza⁵⁴ (ERCERP). Por otro lado, el MINSA mantiene un sistema de vigilancia epidemiológica que produce un boletín epidemiológico semanal con información actualizada sobre la tendencia de las principales enfermedades sujetas a vigilancia. Finalmente, el MINSA a través del PMSS ha creado un nuevo Sistema de Información (SIMINSA), el cual inició como piloto en dos municipios del país y actualmente se promueve a nivel nacional. Como mecanismos para asegurar la rendición de cuentas el MINSA se atiene a la nueva Ley de Contrataciones del Estado (Ley 323) y creó la Unidad de Adquisiciones. Otro mecanismo de rendición de cuentas es la Memoria Institucional de la Cooperación Externa la cual refleja el financiamiento externo así como los avances y logros obtenidos en salud.

Asimismo, el MINSA logró integrar y consolidar el Programa de Inversión en Salud, en el cual se insertan todos los proyectos de inversión.

Modalidades de descentralización. En 1991 el MINSA inició un proceso de reforma tendiente a ajustar el modelo de gestión de los servicios de salud (basado en la regionalización y en la subdivisión por áreas de salud) a un modelo ajustado a la división político administrativa a nivel departamental y municipal, bs SILAIS. El MINSA define el SILAIS como la unidad organizativa básica del Sistema Nacional de Salud, donde se concentran un conjunto de recursos y mecanismos políticos y administrativos, sectoriales e intersectoriales, bajo una conducción única y responsables del desarrollo de la salud de una población definida, en una territorio determinado. Por ahora, los SILAIS sólo administran el 19% del presupuesto del primer nivel de atención y no tienen injerencia en la gestión de los hospitales de su región. Los directores de hospital y de SILAIS son elegidos de la misma manera y no existen nexos orgánicos que permitan que el SILAIS intervenga en el manejo de éstos. En el 2001 se buscó avanzar en la descentralización y consolidación de los SILAIS con el acuerdo ministerial 120.

Participación y control social. La participación de la ciudadanía en la gestión pública es un derecho constitucional contemplado en los Artículos 50 y 51 de la Constitución, los cuales establecen que todos los ciudadanos tienen derecho de participar en igualdad de condiciones en los asuntos públicos y en la gestión estatal. El Artículo 59 expresa que "corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma".

La participación social es uno de los objetivos de la RS, ejecutándose con mayor énfasis en los niveles locales. Para su desarrollo el MINSA cuenta con una amplia red local de brigadistas y parteras, que son principalmente mujeres de las comunidades. En las zonas rurales se vienen desarrollando Comités de Desarrollo Comunitario, especialmente orientados a suplir las necesidades básicas de la población (agua, letrificación, energía, etc.) y que muestran distintos grados de autogestión de dichos proyectos. En algunas zonas, estas tareas se coordinan con las actividades de los gobiernos locales, a través de la figura de los *alcalditos* que sirven de intermediarios ante las municipalidades y las agencias de cooperación gubernamentales y los ONGs. Estas organizaciones fueron un soporte muy valioso durante la emergencia provocada por el huracán Mitch. Actualmente, se encuentra en elaboración un anteproyecto de Ley de Participación Ciudadana, el cual está siendo impulsado por ONG's y la Secretaría de Acción Social, en representación del Poder Ejecutivo.

Financiamiento y gasto. El MINSA está fortaleciendo los sistemas de información sobre financiamiento y gasto para hacerlos confiables y homologables por unidad territorial y/o por establecimiento, de manera global a nivel nacional, posteriormente se iniciará por Departamentos. El MINSA se encuentra analizando diferentes metodologías que le permitan mejorar la asignación presupuestaria, para vincular la programación con el presupuesto, basándose en prioridades de salud, prioridades programáticas y perfil epidemiológico⁵⁵. Para ello se han iniciado acciones de concertación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En lo referente a la distribución del gasto público en salud por niveles de atención, en primer lugar, se tomará en cuenta la eficiencia de cada nivel de atención. Se distribuirá en función del nivel de resolución de cada unidad prestadora de servicios, por nivel de atención, tomando en cuenta la población local, el nivel de pobreza y la capacidad de atención de los servicios. Para la distribución del gasto público en RRHH, las líneas de asignación son a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Los medicamentos se distribuirán tomando en cuenta los mecanismos de asignación antes mencionados, la licitación de compras y los requerimientos de medicamentos de los establecimientos de acuerdo a su programación y de la asignación presupuestaria. Adicionalmente, el MINSA está descentralizando ciertos gastos en materia de compra de bienes y servicios. Las inversiones se priorizarán de acuerdo al nivel del gasto social público, tomando en cuenta las necesidades de cada establecimiento de salud. Con respecto a la evolución previsible del gasto total y del gasto público en salud, no se tiene ninguna estimación ya que el gasto en salud está en función de la economía nacional.

Oferta de servicios y Modelos de atención. Se está en la fase de modificar la oferta de servicios de salud pública, mejorando la capacidad de gestión de los dirigentes locales. En el primer nivel de atención se inició un pilotaje en 6 unidades del sector público, la que se extenderá a otras 7 unidades más en 3 años, todas ellas vinculadas a hospitales de la red pública. En el subsector privado se está previendo trabajar con ONG's, para que asuman la función de promoción de la salud y, si es posible, la provisión de servicios⁵⁶. También se desarrollan experiencias de modernización de hospitales en 6 unidades del subsector público. Se pretende que los hospitales oferten servicios de calidad, sean autogestionarios, y que actúen en red con el primer nivel de atención para propiciar la atención integral y con equidad para la población.

Además, se están desarrollando programas de atención integral para la maternidad e infancia segura; asimismo se está facilitando el acceso a los servicios, reconociéndose estímulos a los que captan pacientes de las zonas más alejadas y con problemas de accesibilidad. El modelo está siendo implementado por 32 municipios hasta ahora, y se prevé que para el año 2002, serán 55 municipios y 9 hospitales los que estarán desarrollando el Fondo para la Maternidad e Infancia Seguras (FONMAT). Además se está involucrando

al subsector privado para que provean servicios donde no exista red pública y ONG's que brinden promoción de la salud, que es una de las actividades deficitarias en las unidades de la red pública⁵⁷. Se está impulsando el trabajo en redes de servicios en los niveles locales para tratar de evitar la parcelación de primer y segundo nivel y la falta de coordinación y jerarquización. La práctica ha demostrado que, a menudo, lo público está subsidiando a lo privado en detrimento de la equidad. No hay resultados reportados sobre las nuevas modalidades de atención previstas en los hospitales piloto. En la actualidad se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contrarreferencia, mediante la articulación de la red de servicios de salud, teniendo como base los hospitales que reciben financiación del FONMAT.

El programa Comisarías de la Mujer implementado por la el Instituto Nicaragüense de la Mujer, la Policía Nacional y la Red de Mujeres contra la Violencia, es el que tiene mayor experiencia de trabajo intersectorial en el tema. El Ministerio de Salud se ha constituido como un actor relevante en el tema. Actualmente están funcionando 17 Comisarías en todo el país.

Modelo de gestión. El MINSA a través del PMSS ha introducido el Modelo de Contratación de Proveedores de Servicios de Salud en el primer nivel de atención, principalmente a través de ONG's. Actualmente está revisando mecanismos para la compra de servicios especializados por parte del primer nivel de atención al segundo. A partir del año 2000, el MINSA introdujo al sistema de salud los Compromisos de Gestión, los cuales se firman en una primera fase entre el Nivel Central y los municipios y hospitales piloto del PMSS. En estos Compromisos de Gestión participa también el SILAIS. Se creó, asimismo, el Comité de Evaluación del Desempeño Institucional (CODEI), adscrito al Secretario General, para dar seguimiento al cumplimiento de los Compromisos de Gestión. En la actualidad se están organizando los establecimientos sanitarios públicos con criterios empresariales, en los hospitales y en 6 municipios piloto que participan en el PMSS. No se tiene contemplado hasta el momento entregar, o pretender entregar, a la gestión privada establecimientos o servicios sanitarios de propiedad pública, ya que el marco jurídico que garantiza la gratuita de los servicios de salud a la población no lo permite.

Se han introducido nuevas empresas aseguradoras privadas que dan cobertura a otros sectores de la población. Asimismo a través del concepto de "franquicia social" introducido al país por Profamilia, se presenta un nuevo modelo de gestión en base a la demanda y a la producción de servicios que por el momento no incluye la compra de servicios especializados a los hospitales públicos.

Recursos humanos. El proceso de formación se ha venido modificando acorde con las reformas en los diferentes niveles (técnicos, pre y post-grado), lo cual incluye actualización de reglamentos para pre y post-grado de las especialidades médico quirúrgicas. Se ha dado inicio a la revisión curricular del internado

rotatorio y de las especialidades. Referente a la carrera de enfermería se han elaborado e implementado programas orientados a la especialización en el primer nivel de atención, a fin de fortalecer la capacidad de los municipios. En las especialidades se han elaborado e implementado programas para elevar la capacidad de resolución de la atención médica del primer nivel de atención, en función de los problemas priorizados de salud, en las áreas de epidemiología, materno infantil y toxicología. También se han implementado programas para el fortalecimiento de las capacidades gerenciales a niveles de maestrías y diplomados, priorizándose los equipos de dirección de los municipios a nivel nacional.

Se han introducido cambios relevantes en la regulación laboral. Entre ellas: a) Se firmó el nuevo Convenio Colectivo para período 2000-2002 que establece el marco de regulaciones entre MINSA y sus trabajadores de la Salud; b) Se elaboró una nueva propuesta de Reglamento interno de Trabajo; c) Se elaboró una nueva propuesta de Reglamento de Becas; d) Se introdujo ante la Asamblea Nacional el Proyecto de Ley General de Salud; y e) Se creó la Dirección de Regulación de Profesionales de la Salud. Se le ha planteado a la Universidad Nacional el realizar un análisis del programa de medicina general para actualizar el perfil del médico en función de las necesidades del primer y segundo nivel. En enfermería se ha implementado el programa de enfermería general con énfasis en salud pública y orientado a elevar la capacidad del personal de enfermería del primer nivel. A la fecha se han desarrollado una serie de mecanismos que permiten establecer mecanismos para la certificación de los trabajadores de la salud.

En el proceso de RS los trabajadores han tenido participación a través de sus organizaciones sindicales, con quienes se ha consultado a nivel nacional para la validación de reformas a la propuesta de reglamento interno de trabajo y reglamento de becas. Se ha diseñado la política de RRHH del MINSA, la que contempla todos los procesos internos para la administración de personal. Actualmente está en período de aprobación por el Despacho Ministerial.

Se ha impulsado un nuevo modelo de gestión en los establecimientos públicos con la firma de convenios de gestión en hospitales y centros de salud pilotos. En estos se estableció una metodología de reconocimientos por desempeño lo que contempla pago de incentivos tanto a nivel grupal como institucional. Estos reconocimientos son de orden económico, incentivos de capacitación y de mejora de las condiciones de trabajo. En lo referente a la capacitación del personal de salud se ha continuado con el control y seguimiento a los planes de Educación Permanente de las unidades de salud, tanto de los SILAIS como de las unidades docentes asistenciales. La temática de la capacitación se focaliza en la resolución de los problemas priorizados de salud según el perfil epidemiológico de los SILAIS, dándose una mayor integridad al Primer y Segundo Nivel. El MINSA, a través de la Dirección General de RRHH y Docencia,

oficializó en abril del 2001 la estrategia de auto-aprendizaje, como un proceso sistemático continuo, que involucra a todo el personal de salud de las unidades y a los voluntarios de la comunidad. En enfermería se ha introducido la profesionalización de técnicos medios y ampliado las oportunidades de licenciatura.

Con el apoyo de PROSILAIS se ha presentado los resultados de Estudio del Plan de Desarrollo de RRHH para 6 SILAIS, el cual será la base para la elaboración de los planes de formación y capacitación de los próximos años. Entre 1997 y el primer semestre de 2001 se desarrollaron 19,449 eventos formativos en los que se implicaron 108,399 agentes comunitarios y 178,551 personal de salud con una inversión de 4,312,583.20 de córdobas, financiados con fondos propios y de la cooperación internacional.

Calidad y Evaluación de tecnologías en salud. Si bien el MINSA ha definido los parámetros para medir la calidad de atención a la salud, los mecanismos de garantía de la calidad de atención aún no han sido desarrollados en su totalidad. En 1999, el MINSA inició un proceso ágil de habilitación de EMP, para la atención a afiliados al INSS y sus beneficiarios. 47 unidades de salud se sometieron a este proceso.

En el primer nivel de atención se están definiendo los procedimientos de habilitación de proveedores privados para la red de protección social y para el fondo para maternidad e infancia segura, como un requisito para su contratación con fondos públicos. En una segunda fase de la implantación del sistema de garantía de calidad del país, se prevé la elaboración y aplicación de normas de acreditación de establecimientos de salud, las cuales serán debidamente acordadas con los distintos actores del sector.

Para ilustrar la percepción de la calidad por parte de los usuarios de la red de servicios, se presenta un resumen de los datos arrojados por el Estudio de demanda de servicios, realizado en 1995⁵⁸: el 97% de los entrevistados que requirió servicios ambulatorios, manifestó que volvería a solicitar atención en la misma unidad, por considerar que es el mejor y que le brinda a satisfacción la atención recibida. En el caso del hospital la cifra fue sólo el 30%; pero el 56% volvería a esa unidad porque no tiene otra alternativa (o es la más cercana, o la más barata o no hay otra). El 11% de los consultados hizo valoraciones positivas para volver al Centro de Salud –CS-, pero el 83% volvería por no tener otra alternativa. En los Puestos de Salud –PS-, sólo el 9% volvería por considerarlos buenos, y un 88% lo haría por ser la única alternativa. En el área rural, el 61% de los atendidos en el hospital, el 83% de los atendidos en el CS y el 89% de los atendidos en el PS volverían a solicitar atención a la misma unidad, por ser única alternativa. El 70% de los entrevistados valoró positivamente al médico privado.

Otro elemento que permite medir la calidad es el tiempo promedio de espera para recibir atención ambulatoria; normalmente es de una hora y cuarto en el CS, una hora y siete minutos en el hospital, prácticamente una hora en el puesto de salud, y media hora en el subsector privado.

3.2 EVALUACION DE RESULTADOS⁵⁹

Sobre Equidad⁶⁰.

En cobertura. El INSS manifiesta que los cambios efectuados en su proceso de modernización han impactado la cobertura de servicios: Desde enero de 1997 al 31 de mayo del año 2001 la población del régimen integral del INSS se incrementó de 148,938 a 247,633 (incremento de 66%). De diciembre de 1996 a mayo de 2001 el seguro de enfermedad y maternidad pasó de cubrir a 113,621 a 247,633 (un 118% más). Actualmente el 100% de los asegurados del régimen integral (6.25%) están adscritos a una EMP; en diciembre de 1996 únicamente se cubría al 76% de la población afiliada a éste régimen ⁶¹.

Durante el período de 1998 al 2000 se observó una tendencia ascendente en las coberturas del Programa Nacional de Inmunizaciones. También se han introducido dos nuevas vacunas al esquema nacional, la vacuna contra sarampión/rubéola / parotiditis (SRP) en 1998 y la pentavalente (DPT + Hib + HepB) en 1999. Las coberturas con vacuna antipoliomielítica (OPV) y antisarampión/SRP han mostrado un discreto ascenso en el período (entre 2 a 4%); las vacunas BCG y DPT / pentavalente mostraron incrementos entre el 7 y 12%. Cabe destacar que este comportamiento es muy variable entre departamentos y municipios.

VACUNA	1998	1999	2000
Antipoliomielítica (VPO)	91.1	92.8	93.5
Sarampión / SRP	100.1	97.0	103.9
DPT / Pentavalente	85.7	89.5	92.7
BCG	91.4	99.8	103.6

La cobertura del control prenatal para el año 2000 fue de 75% como promedio nacional, en comparación al año 1999 se registró un ascenso del 3.5% pero aún no se logra alcanzar el estándar de referencia nacional que es del 85%. Solamente el 47% reciben 4 o más controles prenatales, y no se registraron cambios con respecto a 1999. La cobertura del parto institucional fue 61% como promedio nacional reportándose un incremento del 15% con respecto a 1999. En relación a partos esperados se atendió el 74%.

En distribución de recursos. De 1997 a 1999 el gasto en salud per capita se incremento de 47,7 a 48,8 USD; y el gasto público en salud per capita se incremento de 19,4 a 27,3 USD. La razón de médicos (6.2)

y enfermeras (3,3) disponibles en el sector salud se ha mantenido constante. Las camas censables por 1.000 habitantes para el sector público corresponden a 1 para la vigencia 2000.

En acceso. El número de camas disponibles se ha incrementado a nivel nacional de 5.092 en 1997 a 5.200 en el 2.000. Con base en la información disponible⁶², se han realizado análisis⁶³ que han permitido valorar el estado actual con respecto al acceso en los usuarios de los servicios. En términos de accesibilidad geográfica, el tiempo promedio de transporte más corto es para los Puestos de Salud, con 27 minutos en el área urbana y 35 minutos en el área rural; le sigue el médico privado, con 44 minutos para el área urbana y 103 para el área rural; el Centro de salud, con 46 minutos y 78 minutos respectivamente y, finalmente, el hospital, con 53 minutos en las ciudades y 111 minutos para el área rural. Sin embargo, las casas bases, que son parte de la red comunitaria, se encuentran a 18 minutos en promedio.

En el uso de recursos. En el año 2000 se realizaron un total de 7'148.886 consultas médicas (5'510.630 en el primer nivel y 1'638.256 en el segundo nivel); lo que equivale en general a 1,41 consultas por habitante. Se realizaron 442.929 controles prenatales; 5'860.997 exámenes de laboratorio y se despacharon 8'906.636 recetas médicas⁶⁴.

Efectividad y calidad. Con el apoyo de fondos reembolsables y no reembolsables el gobierno ha establecido acciones prioritarias tendientes a disminuir la mortalidad materna e infantil. Entre 1997 y 2000 la tasa de mortalidad infantil fue de 45.2 x 1000 nv, siendo la mortalidad infantil masculina de 50 por mil y la femenina 40 por mil. La mortalidad neonatal fue de 17 por mil. En el mismo período la mortalidad postneonatal de varones fue de 28 por mil y de 22 por mil para las niñas.

Las enfermedades prevenibles por vacunación se encuentran en un nivel de erradicación, control apropiado en Nicaragua, gracias a haber alcanzado y mantenido altas coberturas de vacunación en los últimos años. Con respecto al HIV/AIDS la tasa nacional de 1.38 por 100,000 habitantes registrada en 1997 pasó a 2.52 por 100,000 en el año 2000, con incremento en el riesgo 1.8 veces mayor en el año 2000.

Calidad técnica. Todos los hospitales (100%) han sido capacitados para desarrollar el programa de garantía de calidad de atención con énfasis en el manejo de los conceptos claves de calidad total y su aplicación en los servicios de salud, los diferentes hospitales, tienen implementado con diferentes grados de desarrollo los subcomités de calidad en uso racional de medicamentos, infecciones intrahospitalarios, mortalidad y de desechos sólidos hospitalarios. En la actualidad no se ha logrado desarrollar comités de ética y/o control de comportamiento profesional en los establecimientos de salud. El porcentaje de cesáreas sobre el total de partos es de 23% del total de parto atendido en las unidades hospitalarias. El

43.75% de los Hospitales cuentan con comité de infecciones intrahospitalaria pero los registros existentes sobre el tema no son uniformes en los criterios de medición.

No hay registros disponibles sobre el porcentaje de pacientes a los que se les entrega un informe de alta o de asistencia. No se ha normado la práctica de autopsia a todos los fallecidos intrahospitalarios, a menos que haya solicitud particular (casos médico legal, demanda personal, etc.), lo que impide conocer cual es el porcentaje de autopsias sobre el total de fallecimientos hospitalarios. De igual manera en lo referente a las muertes infantiles auditadas, no está normado la auditoria de muerte infantil, excepto en casos médico legal. En el caso de las muertes maternas el 100% es auditada.

El INSS esta trabajando con el fin de que los servicios médicos ofrecidos por las EMP cumplan con las características de ser oportunas, eficiente, efectiva y de alta calidad. Para ello desarrolló una serie de mecanismos de control, medición, monitoreo y fichas de evaluación de la calidad de los mismos. Los controles y evaluaciones a las EMP se han incrementado de 1996 al 2000 en un 447% (o sea, 4.5 veces más); producto de éstas diferentes supervisiones, evaluaciones y controles de la calidad médica en ese mismo período se han cerrado ocho EMP que no estaban cumpliendo con las normas y orientaciones emanadas por el INSS. Se creó en 1999 la junta de análisis de casos clínicos y administrativos con la finalidad de aplicar sanciones o medidas coercitivas a aquellas EMP que hacen caso omiso de las recomendaciones formuladas por el INSS. Estos hechos han contribuido decididamente a mantener el nivel de calidad en las EMP.

Calidad Percibida: El porcentaje de establecimientos con programas de mejora de la calidez y del trato al usuario establecidos y funcionando es de 37.5% que corresponde a 12 hospitales certificados, amigos de la niñez. Todos los establecimientos de la Red Hospitalaria tienen procedimientos específicos de orientación al usuario (ej. servicios de atención al paciente, carteles informativos sobre derechos y deberes, etc.). Todas las unidades de la red hospitalaria tienen en cuenta los factores culturales y étnicos para la prestación de los servicios. El porcentaje de establecimientos con aplicación de estudios o encuestas de satisfacción del usuario, no se conoce pues no se han desarrollado en forma general y sistemática a nivel interno, por el elevado costos económico, sin embargo se ha realizado en los hospitales en el último año. El porcentaje de establecimientos con comisiones de arbitraje (o de conciliación de las quejas o reclamaciones) establecidas y funcionando, es del 18.75% que equivale a 6 hospitales de la red hospitalaria.

Desde 1996 el INSS viene desarrollando encuestas de satisfacción a usuarios, las cuales se realizan cada dos años (1996, 1998 y 2000). En la última encuesta del 2000 se muestra que el 80% de usuarios están satisfechos con la atención general, 93% no tuvieron problemas con los subsidios, 76% se les resolvió su problema de salud, 84% no pagan por medicamentos adicionales, 80% de usuarios recibieron completo su medicamento, 90% satisfechos con atención prenatal, 91% satisfechos con el proceso de admisión.

Eficiencia en la asignación de recursos. Con el fin de optimizar la asignación de los recursos disponibles por el sector, se ha preparado un Plan Institucional de Salud 2001-2002, con base en el cuál se asignarán los recursos disponibles ⁶⁵. Si bien la tasa de cobertura de agua potable se ha incrementado levemente en los últimos años (de 62% en 1993 a 64% en 1998 en promedio nacional) se aprecia con inequidades en la distribución del servicio: la proporción de cobertura urbana pasó de 87.7% en 1993 a 89.4% en 1998 y la proporción de cobertura rural se incrementó de 26.6% en 1993 a 33.7% en 1998. En 1999 la población servida por los servicios de ENACAL (la Empresa Nacional de Acueductos y Alcantarillados) fue de 2,290,150 con un total de 413,265 conexiones domiciliarias (80% suministrados directamente por la empresa, 17% por las municipalidades y 3% por el sector privado). Esto significa que más de dos y medio millones de personas (40% de la población total) no tuvieron acceso al servicio público y se abastecieron de otras fuentes: pozos artesanales y excavados y aguas superficiales. Existen zonas rurales del país donde sólo el 8.9% de la población tiene acceso a agua potable. Aún en la población con acceso al agua, el servicio fue intermitente en el 14% de los sistemas. Existe un sistema de vigilancia de calidad del agua para consumo humano limitado al análisis sistemático microbiológico y a la determinación de cloro residual en puntos críticos, el cual es implementado por la empresa y el MINSA. El 4% de muestras tomadas en 1999 tenían más de 50 coliformes fecales por 100 ml.

La proporción de población sin acceso a disposición adecuada de excretas se redujo de 28.8% en 1993 a 21.1% en 1998, persistiendo al igual que en el acceso al agua potable, las inequidades entre poblaciones urbanas y rurales: sólo el 4.7% de las poblaciones urbanas aún carecen de este servicio, mientras que esta cifra asciende al 31.7% de la población rural. En 1999 la población atendida por ENACAL fue de 878,829 a través de 155,349 conexiones domiciliarias. Más de cuatro millones de personas no tienen acceso al sistema público de alcantarillado sanitario, utilizando otras modalidades como letrinas, fosas sépticas o disposición a cielo abierto para este tipo de residuos. Se considera que solo en el 56% de los casos, estos sistemas alternativos son adecuados. La cobertura del tratamiento de aguas residuales es baja: solamente el 34% del volumen recolectado recibe algún tipo de tratamiento.

El porcentaje del presupuesto de salud que se gasta en servicios de salud pública es del 8% y el gasto en atención primaria como porcentaje del gasto en salud es del 31%. Diferentes iniciativas sectoriales como el PMSS y el FONMAT han iniciado acciones tendientes a buscar la reasignación de recursos del sector.

En el período 1997 al 2000 se priorizaron programas tales como ETS/VIH-SIDA, Vectoriales, Enfermedades Crónicas (hipertensión, diabetes), Vacunación, Atención a la Mujer y Niñez, Adolescencia. Estos programas se desarrollaron principalmente por personal de salud del MINSA, pero también organizaciones comunitarias y ONGs desarrollaron actividades de atención primaria. Se implementaron en todas las unidades de salud de atención primaria, y en parte en unidades del segundo nivel (atención del embarazo, etc.). Las dificultades fueron principalmente presupuestarias para movilización del personal y adquisición de materiales e insumos. En el Programa de Atención a la Mujer, se desarrolló el componente de atención y vigilancia del cáncer cérvico-uterino y de mama. La detección oportuna se realizó en los diferentes programas de la mujer: planificación familiar, control prenatal, control del puerperio, etc. En la unidades de atención primaria es norma la realización bianual del PAP. La cobertura fue del 100 % de centros de salud del primer nivel de atención.

En el último quinquenio la infraestructura física ha aumentado, desafortunadamente este esfuerzo no ha sido acompañado por incrementos proporcionales de recursos financieros y humanos. Con respecto a la gestión en hospitales el país ha iniciado un proyecto de intervención con empréstito externo tendiente a desarrollar dicho componente en seis hospitales pilotos. Esta intervención tiene como uno de sus ejes centrales el desarrollo de compromisos de gestión. Se ha creado el Comité de Evaluación del Desempeño Institucional (CODEI), para dar seguimiento al cumplimiento de los Compromisos de Gestión.

En el sector público para el año 2000 el Índice de ocupación es de 66,75; el Promedio de días de estadía es de 4,2 (2000); el Numero de egresos por cama 57,65 (2000). En estos Compromisos de Gestión participa también el SILAIS. El proceso de modernización ha permitido a los hospitales públicos que cumplen con los parámetros definidos por el INSS venderle servicios a dicha institución.

Sostenibilidad. La modernización sectorial esta garantizada ya que su financiamiento se realiza a través del “Proyecto de Modernización del Sector Salud” con USD 32 millones con fondos reembolsables y no reembolsables. De manera complementaria se cuenta con un proyecto por USD 53,8 millones de fondos reembolsables denominado “Apoyo al Ministerio de Salud para la Modernización Hospitalaria” ⁶⁶. Este proceso ha permitido la creación y consolidación de una unidad encargada de elaborar las cuentas nacionales de salud; en el momento se esta preparando la versión 1997-1999. De manera paralela se han iniciado iniciativas tendientes a consolidar cuentas nacionales en programas específicos con alto impacto

social y económico para el sector como el SIDA. En ambos procesos la rectoría esta a cargo del MINSA pero participan otros actores sectoriales y extrasectoriales. La recién creada División General de Planificación y Desarrollo se encarga de garantizar que los fondos de la cooperación externa apoyen desarrollos ya previstos por el MINSA en la reforma. La sostenibilidad de las acciones de atención primaria y de alto impacto en salud están garantizadas mediante los fondos disponibles en la ERCERP, que ascenderán a un total de USD1.1 mil millones en gastos de capital, durante 2001-2005 ⁶⁷. De manera complementaria el MINSA realizó una consulta nacional de la ERCERP con los 17 SILAIS y en 152 municipios para divulgar la estrategia y definir las metas en lo referente a salud.

Participación y control social. Durante la última década se han venido desarrollando iniciativas tendentes a fortalecer la participación y el control social. Destacan entre otros los procesos liderados por Consejo Nacional de Desarrollo Sostenible –CONADES⁶⁸ conjuntamente con el Movimiento de Mujeres entre abril de 1998 y finales del 2000 el cual logró la introducción a la Asamblea Nacional del Anteproyecto de Ley de Igualdad de Oportunidades para la plena incorporación de las mujeres a la vida del país. De manera paralela desde 1999 el CONADES viene desarrollando una serie de talleres de consulta con diferentes sectores sociales, públicos y privados, para la definición de prioridades de acción encaminadas a crear y consolidar la conciencia social necesaria para el desarrollo sostenible. En este proceso se destaca principalmente la labor tendiente a consolidar una propuesta de “Visión de Nación” y el desarrollo de un ciclo de talleres que definieron los lineamientos estratégicos de un programa nacional de comunicación, información y educación para el desarrollo humano sostenible. Durante 2000 y 2001 la Secretaría Técnica de la Presidencia realizó un amplio proceso de participación comunitaria en siete departamentos y las dos regiones autónomas mediante grupos focales para discutir el documento base de la ERCERP; eje fundamental de la nación para la implementación HIPC (2001-2005). Está previsto monitorear los resultados de la intervención directamente con las poblaciones beneficiarias⁶⁹.

* La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 24 profesionales y decisores políticos nacionales representantes del Ministerio de Salud de Nicaragua (Divisiones de Planificación y Desarrollo, de Servicios de Salud, y Administrativa y Financiera, y Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia) y del Instituto Nicaragüense del Seguro Social (Gerencia General de Salud Previsional) y la Representación en Nicaragua de la OPS/OMS. En la preparación de este informe, un borrador inicial fue enviado a todas las unidades técnicas que aportaron información. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Nicaragua. La revisión externa fue encomendada al Centro de Investigaciones y Estudios para la Salud (CIES) en su programa de maestría en salud pública. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción corresponde al Programa de Organización, y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA y NOTAS

¹ Instituto Nicaragüense de Estudios Territoriales. Dirección General de Ordenamiento Territorial. Nicaragua 2001

² Constitución Política de Nicaragua de 1987 y sus reformas de 1995: Título II, Capítulo Único, Artículo 7; Título IX, Capítulo I, Artículos 176 y 177.

³ Banco Central de Nicaragua. Informe Anual 2000

⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000

⁵ Ministerio de Salud. División General de Planificación y Desarrollo. “Indicadores especiales de población para la programación y planificación en salud pública según SILAIS”. Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2001: Estimaciones departamentales por sexo y edad y techos municipales 2000-2005. En base a censos de población 1971 y 1995.

⁶ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000

⁷ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) – Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Estimaciones y Proyecciones de Nicaragua 1950-2050. Managua, 1999

⁸ Ministerio de Salud. Indicadores Básicos en Salud 2001. SVMM/AIM.

⁹ Encuesta Nacional de Salud 1998.

¹⁰ Encuesta Nacional sobre Medición de Nivel de Vida 1998. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

¹¹ FNUAP2000.

¹² Registro de Entradas y Salidas, Oficina de Migración y Extranjería.

¹³ Las Migraciones Internas en Nicaragua. Eduardo Baumesteir, 1995.

¹⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

¹⁵ Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI), Managua. Minsa 2000.

¹⁶ Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC). Encuesta Nacional sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV) realizada en 1998. Managua 1999

¹⁷ PNUD 2001

¹⁸ El Desarrollo Humano en Nicaragua, 2000. Proyecto informe de Desarrollo Humano PNUD, Nicaragua.

¹⁹ Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC). Encuesta Nacional sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV) realizada en 1998. Managua 1999

²⁰ Banco Central de Nicaragua. Informe Anual 2000, Capítulo II “Desempeño de la Economía Nicaragüense”.

²¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000.

²² Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. Análisis del Sector Salud. Managua, Nicaragua 2000

²³ Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. “Evaluación de la Gestión Técnica-Administrativa e Impactos del Seguro de Enfermedad –Maternidad 1997-2001”. 2001

²⁴ Durante el proceso de revisión externa los participantes consideraron como problema crítico, la inequitativa distribución de los recursos del sistema a nivel nacional.

²⁵ Los validadores externos consideran que gran parte del personal que se asigna al INSS en lo referente a médicos, hace parte del personal del sector público que trabaja en hospitales que tienen convenios de prestación de servicios con el INSS.

²⁶ Los validadores externos consideran este aspecto como uno de los más críticos en el momento para la prestación de servicios. Desafortunadamente la única información actualizada, principalmente en lo referente a estado funcional del equipamiento corresponde al año 1997.

²⁷ Ministerio de Salud. División de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico. Octubre 2001

²⁸ Ministerio de Salud de Nicaragua/Organización Panamericana de la Salud. Análisis del Sector Salud. Marzo 2000

- ²⁹ República de Nicaragua. Ley 290: Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo y su Reglamento.
- ³⁰ República de Nicaragua. Decreto 71-98, Reglamento de la Ley 290, octubre de 1998.
- ³¹ Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 1997-2002. Ministerio de Salud. Nicaragua, 1997
- ³² Ley de Medicamentos y Farmacias. Ley No.292, Gaceta No.103. 1998
- ³³ República de Nicaragua. Reglamento de la Ley No.292 “Ley de Medicamentos y Farmacias”, Decreto No.6-99, Gaceta No.24. 1999
- ³⁴ Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. Análisis del Sector Salud. Marzo 2000.
- ³⁵ Ministerio de Salud de Nicaragua. Memoria de la Cooperación Externa en Salud 1997-1999. Septiembre del 2000.
- ³⁶ Ministerio de Salud. División General de Servicios de Salud. 2001
- ³⁷ Ministerio de Salud. Dirección General de Sistemas de Información/Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. 2000.
- ³⁸ Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación y Desarrollo, Oficina de Estadísticas. Unidades de Salud por SILAIS, según tipo. Junio 2001
- ³⁹ Ministerio de Salud/ASDI/OPS-OMS/UNICEF. Proyecto Prosilais III fase. 2001.
- ⁴⁰ Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. “Evaluación de la Gestión Técnica-Administrativa e Impactos del Seguro de Enfermedad –Maternidad 1997-2001”. Junio 2001
- ⁴¹ Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación y Desarrollo, Oficina de Estadísticas. Unidades de Salud por SILAIS, según tipo. Junio 2001
- ⁴² Ministerio de Salud. Dirección de Segundo Nivel de Atención. 2001
- ⁴³ República de Nicaragua. Decreto # 35 de agosto de 1979. Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional.
- ⁴⁴ República de Nicaragua. Ley de Seguridad Social de Nicaragua, Decreto No.49 de 1982
- ⁴⁵ República de Nicaragua. Ley Orgánica de Seguridad Social de Nicaragua, Decreto N° 974, Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional.
- ⁴⁶ República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 1997 – 2002. Octubre 1997.
- ⁴⁷ Ministerio de Salud. División General de Planificación y Desarrollo. Marzo 2001
- ⁴⁸ Ministerio de Salud de Nicaragua/Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del País. 1998
- ⁴⁹ Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. Análisis del Sector Salud. 2000
- ⁵⁰ Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002. 2000
- ⁵¹ Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. Cuentas Nacionales en Salud 1995-1996. 2000
- ⁵² Asamblea Nacional/Ministerio de Salud. Anteproyecto Ley General de Salud. Marzo 2001
- ⁵³ Ley de Seguridad Social de Nicaragua, Decreto No.49 de 1982.
- ⁵⁴ Gobierno de Nicaragua. Secretaría Técnica de la Presidencia. Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza. Julio 2001
- ⁵⁵ Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Agosto 2001
- ⁵⁶ Ministerio de Salud. División General de Servicios de Salud. Julio 2001
- ⁵⁷ Ministerio de Salud. División General de Servicios de Salud. Julio 2001
- ⁵⁸ Ministerio de Salud. Estudio de Demanda de Servicios de Salud. 1995
- ⁵⁹ El equipo externo de validación considera que a pesar de contar con documentos técnicos que sustentan los resultados presentados, estos presentan balances nacionales, que en muchos casos no reflejan las particularidades de desarrollo que tiene el país en sus diferentes zonas, principalmente en la Región Atlántica.
- ⁶⁰ WHO: “Final Report of Meeting on Policy-oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care”, Geneva, 29 sep. - 3 oct., 1997.
- ⁶¹ Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. “Evaluación de la Gestión Técnica-Administrativa e Impactos del Seguro de Enfermedad –Maternidad 1997-2001”. Junio 2001
- ⁶² Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (EMNV) 1998. Nicaragua, 1999.
- ⁶³ Organización Panamericana de la Salud. Hoja Resumen sobre Desigualdades en Salud. Abril 2001.
- ⁶⁴ Ministerio de Salud de Nicaragua. División de Planificación y Desarrollo. Anuario Estadístico 2000. Septiembre 2001.
- ⁶⁵ Ministerio de Salud. División General de Planificación y Desarrollo. Plan Institucional de Salud 2001-2002. Junio 2001

⁶⁶ Ministerio de Salud. División General de Servicios de Salud. Consultoría Dr. Conrado Adolfo Gómez Vélez. Septiembre 1999.

⁶⁷ Gobierno de Nicaragua. Secretaría Técnica de la Presidencia. “Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza”. Julio 2001.

⁶⁸ Consejo Nacional de Desarrollo Sostenible. Informes. <http://www.conades.net.ni/~conades/informes/index.html>

⁶⁹ Gobierno de Nicaragua. Secretaría Técnica de la Presidencia. “Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza”. Julio 2001.

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
PANAMA**

(1a. ed. 2 de Noviembre de 1998)

(Revisado, 29 de Julio de 1999)

(2a. ed. 25 de Junio de 2001) *

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

La República de Panamá es un estado soberano e independiente, con un gobierno democrático electo cada 5 años. Posee un territorio de 75,517 kms², dividido en 9 provincias, 4 comarcas indígenas, 74 distritos y 587 corregimientos. Desde el punto de vista sanitario, el país está organizado en 14 regiones de salud.

Según el último Censo la población pasó de 2,329,329 a 2,839,177 personas durante la última década, lo que representa un incremento poblacional en diez años de 509,848 personas. El 56% de la población vive en el área urbana. El 37.7% de la población vive en la pobreza, incluyendo un 18.5% que vive en extrema pobreza. El 10.7% de la población es analfabeta.

En 1998 el PIB per cápita fue de USD 6,932.9. El gasto social representó el 20.12% del gasto público; el gasto nacional en salud per cápita fue de USD 223.64.

Panamá, como otros países en desarrollo, experimenta un proceso de transición epidemiológica, caracterizada por el cambio en el perfil de las enfermedades: por un lado, las enfermedades infecciosas tienden a disminuir en la mortalidad general y, por otro lado, las crónicas degenerativas aumentan de manera paulatina y sostenida, como ha ocurrido en los países desarrollados. Además, reaparecen enfermedades ya superadas y/o controladas y emergen otras nuevas. Estas circunstancias, aunadas a la transición demográfica que vive el país, condicionan el proceso de salud - enfermedad e imponen retos al actual modelo de atención a la salud.

Además, la sociedad panameña refleja en todos los órdenes los efectos que le produce una crisis de carácter global, la cual encuentra formas de expresión a través de patologías sociales como el aumento de las conductas violentas, problemas de adaptación social, aumento de las formas de expresión del estrés en la salud física y emocional de los individuos y los grupos sociales e incremento de las muertes violentas. Estos aspectos son indicadores de problemas más complejos, como son la inequidad en la distribución de la riqueza y una demanda de calidad de vida insatisfecha.

El subsector público de salud está integrado por el Ministerio de Salud (MS), la Caja de Seguro Social (CSS), el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN). Las estimaciones de cobertura asignan el 60% de la población a la CSS y el 40% al MS. El MS es el ente rector del Sistema Nacional de Salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el MS y la CSS, quienes ejecutan programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación a través de sus tres niveles de atención.

En 1998 el MS dedicó alrededor del 80% de su presupuesto a la provisión de servicios. Sólo se cuenta con información relacionada con el financiamiento del gasto en salud para el subsector público elaborada por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Para la prestación de servicios, el sector dispone de 12.6 médicos y 11.3 enfermeras profesionales por 10,000 habitantes.

Panamá, al igual que varios países de la Región, lleva a cabo procesos de reforma y modernización del Estado, que incluyen al sector de la salud. El MS ha dirigido desde 1996 este proceso, en estrecha coordinación con la CSS, involucrando a las otras instituciones del subsector público de salud. En 1998 se inició un proceso de reorganización de los servicios de salud con base a un nuevo modelo de atención y de gestión en las Regiones de Salud de San Miguelito y Metropolitana. La apertura del nuevo hospital San Miguel Arcángel implicó la aprobación de dos leyes que han facilitado la separación de funciones de financiación y provisión de servicios de salud, así como el cofinanciamiento entre el MS y la CSS. La intención en esos años fue extender el modelo de gestión hospitalaria a los cinco nuevos hospitales de reemplazo próximos a iniciar operaciones y, por esa vía, extender la reorganización de la red con el nuevo modelo de atención. En 1999 se llevan a cabo cambios en la estructura nacional del MS dirigidos a fortalecer la capacidad de rectoría y a facilitar la desconcentración al nivel regional de las funciones de autoridad sanitaria y de gestión de la red de servicios.

El principal objetivo de la política del actual gobierno en materia de salud es universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios, de manera que se reduzcan las brechas. Para ello, el MS se propone impulsar un nuevo modelo de atención de la salud, fuertemente descentralizado y con énfasis en la estrategia de atención primaria. Prestando los servicios de salud en forma integral, a través del fortalecimiento de los sistemas locales de salud, mediante los cuales se realizará la coordinación de las acciones de promoción, prevención y control.

El nuevo modelo de atención reconoce explícitamente la participación de todos para producir salud en forma coordinada a fin de no malgastar esfuerzos o recursos. En la organización de los servicios de salud, se hará énfasis en la atención primaria y local a través del médico de cabecera para mejorar la relación entre médico y paciente. La red hospitalaria deberá ser reestructurada en su totalidad para lograr la adecuada solución de los problemas de salud en el nivel que corresponda. Se pretende disminuir así la congestión de los hospitales nacionales, los cuales en la actualidad se ven en la obligación de resolver situaciones que podrían haber sido solucionadas en el nivel local.

1. CONTEXTO

1.1. Contexto Político: Desde 1903, la República de Panamá es un estado soberano e independiente cuyo gobierno es democrático, elegido mediante sufragio universal y directo cada 5 años. El Estado se organiza en tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Política y administrativamente el país está dividido en 9 provincias, 4 comarcas indígenas, 74 distritos y 587 corregimientos. Desde el punto de vista sanitario, el país está dividido en 14 regiones de salud.

La planificación que realiza el Gobierno Nacional para brindar beneficios a toda la comunidad a través de su programa de trabajo, conlleva la evaluación de las necesidades primordiales en nuestro país en materia de educación salud, trabajo y bienestar social.

Lo anterior se expresa en la política social definida y en el aumento del gasto social, que van dirigidos al fortalecimiento y modernización de los sistemas de salud, educación, y bienestar social, propiciando un mayor acceso a grupos de bajos ingresos y la comunidad en general.

La conducción de la política social es responsabilidad de las instituciones públicas que forman parte del Gabinete Social del Ejecutivo (MS; Ministerio de Educación; Ministerio de Vivienda; Ministerio de Trabajo; Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia; Ministerio de Obras Públicas y MEF). Los lineamientos relacionados con el desarrollo de la salud se insertan en el Plan de Gobierno para el quinquenio 1999-2004 bajo el lema: “Desarrollo Económico, Social y Financiero con Inversión en el Capital Humano”¹ y las “Políticas y Estrategias de Desarrollo Social”² en el cual el principal objetivo en materia de Salud es universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios de salud. Además se cuenta con las “Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004” como guía para las acciones, planes, programas y proyectos dirigidos a impulsar un modelo de atención de la salud fuertemente descentralizado y con énfasis en la estrategia de atención primaria.

Actualmente los principales problemas políticos y sociales que influyen sobre la situación de salud o el desempeño de los servicios de salud son el desempleo, la pobreza, la desnutrición, la falta de oportunidades para el sector rural y los cambios en los hábitos y costumbres de la población.

1.2. Contexto Económico:^{3, 4}

La década de los noventa se inició con un marcado ascenso del PIB, como resultado de una recuperación económica. El período de 1995 a 1998 se caracterizó por el incremento de actividades asociadas al sector externo tales como la portuaria, la pesca y los derechos de importación. En este período el proceso de apertura de mercados no fue aplicado con la celeridad esperada por los sectores productivos, siendo el más afectado el sector agropecuario. A finales de la década, se han producido incrementos en los precios de los productos agrícolas de la canasta básica familiar y de la gasolina lo cual ha incrementado el costo de vida.

Durante los últimos años, Panamá ha recibido importantes flujos de cooperación financiera externa de fuentes multilaterales y bilaterales.

Algunos Indicadores Económicos

INDICADOR	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes, en USD	2,336	2,359	2,356	2,383	2,449	2,509	ND
Población Economicamente Activa, en miles	940,301	967,292	1,007,882	1,012,109	1,012,109	1,049,71	ND
Gasto Público total, como porcentaje del PIB	20.2	20.90	21.50	24.30	29.40	28.00	ND
Gasto Público social, como porcentaje del PIB	18.08	17.82	19.60	21.17	20.48	20.12	ND
Tasa de Inflación anual	1.3	0.9	1.3	1.2	0.6	1.4	ND

Fuente:⁵ Elaboración: Departamento de Inversión y formulación de Proyectos-Ministerio de Salud

1.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico:

Los Censos Nacionales de Población evidencian que Panamá ha pasado de un crecimiento demográfico alto (tasa de 3.17 entre 1911 y 1920) a un crecimiento más lento (tasa anual promedio de 1.90 entre 1990 y 2000) ⁶. En 1999, Panamá registró una tasa promedio anual de crecimiento de 18.2 por 1,000 habitantes. Se estima que esta tendencia se mantendrá durante los próximos 25 años, como consecuencia directa de la disminución de la fecundidad a nivel nacional. En este contexto, la esperanza de vida al nacer ha aumentado 4 años con respecto a la década de los 80, y es ahora de 74 años. La estructura de la población de Panamá en 1999 rasgos propios de poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento significativo de la esperanza de vida al nacer. Se registra una relación de dependencia de 583 por cada 1,000 habitante. Se registraron 1,432,177 hombres y 1,406,611 mujeres, con un índice de masculinidad de 101.8 hombres por cien mujeres.

Indicador	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999 (E)
Tasa Bruta de Natalidad	23.3	23.6	23.5	23.7	25.0	22.5	22.7
Tasa Global de Fecundidad	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.6
Tasa Bruta de Mortalidad	4.2	4.3	4.2	4.2	4.5	4.8	4.4
Tasa de Mortalidad Materna	4.6	6.3	8.4	6.9	6.2	6.7	6.4
Tasa de Mortalidad Infantil	19.2	18.0	16.6	16.1	17.2	16.8	17.4

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Análisis de Situación. Sección de Estadísticas.

Al analizar el periodo 1960-1997-1999, destaca el aumento progresivo de la población en edad productiva de 15-59 años (51.1%-59.7%-60.3%) la tendencia a disminuir de la proporción de los menores de 15 años (43.4%-32.5%-31.7%) y los leves aumentos de los mayores de 60 años (5.5%-7.8%-8.0%). La estructura

por edades para 1997 señala, un 32.50% de la población por debajo de los 15 años de edad, con una relación de dependencia de 52.7% ⁷. El crecimiento demográfico ha estado caracterizado por el creciente grado de urbanización alentado por las corrientes migratorias internas. En el año 1970, el porcentaje de la población residiendo en áreas urbanas era del orden de 45.3%, y en el año 1997 representó el 55.5%. Por otro lado, el saldo migratorio internacional refleja una salida de 2000 personas anuales, lo cual no afecta grandemente el crecimiento anual poblacional en la última década.

Se estima que el subregistro de la mortalidad es de alrededor del 24.0%. En Panamá se registra un aumento del número de signos, síntomas y estados morbosos mal definidos de 504 en 1994 a 549 en el último año disponible (1997). Las cinco principales causas de mortalidad general en 1998 fueron: tumores malignos, accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes mellitus. ⁸

La evolución de la mortalidad por grandes grupos de causas en el nivel nacional incluye: Tumores: En 1998 se registró una tasa de 63.5 por 100,000 hab., siendo la principal causa de muerte a nivel nacional. La mayor tasa se presenta en el sexo femenino (68.5) con respecto al masculino (58.4) Causas Externas: se observa que durante los años 1990, 1995 y 1997, se ha presentado un incremento porcentual de 8.4% y valores de 58.3, 60.9, 63.2 muertes por 100,000 hab, en los años respectivos. La evolución de la razón de años de vida productiva perdidos a causa de las muertes por accidentes, suicidios, homicidios y violencias, ha presentado un incremento importante, en términos absolutos, cuando se comparan los años 1990 y 1995. Enfermedades del Aparato Circulatorio: El grupo de enfermedades del aparato circulatorio registra para en 1997 una tasa de 119.7 disminuyendo en un 17.3% en 1998. Enfermedades Transmisibles: Las enfermedades transmisibles denotan una tasa de 19.1 por 100,000 habitantes para el año 1997, siendo la de mayor importancia las infecciones intestinales mal definidas (7.8 por 100,000 hab.) En segundo lugar, aparece la tuberculosis pulmonar que desde 1984-85 registra una tendencia al aumento; en 1998 la tasa fue de 51.4 casos por 100,000 hab., con un incremento porcentual en el periodo 1990-1998 de 55.8%. En 1998, la Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) figuró como una de las diez principales causas de muerte, con una tasa de 15.2 por 100,000 hab., siendo mayor en los hombres con 23.3 y de 7.0 en las mujeres.

La mortalidad infantil ha presentado una tendencia decreciente entre la década de los sesenta y los noventa (de 56.9 muertes infantiles por cada mil vivos en 1960, a 17.2 en 1997 y 16.8 en 1998). Estas muertes suelen ser motivadas en gran parte por nacimiento prematuro, malformaciones congénitas, o por enfermedades de tipo infeccioso. La prevalencia de estas muertes tienen lugar en el área rural.

Enfermedades Emergentes o reemergentes: Se ha registrado la reaparición de enfermedades como cólera, Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico, Malaria, Tuberculosis y Encefalitis Equina Venezolana.

Además, a finales de 1999 se registró el síndrome pulmonar por Hantavirus, el cual tiene como transmisor a los roedores.

La farmacodependencia es considerada como un problema prioritario de salud para los grupos de 13 a 59 años, y constituye una de las principales causas y condicionante de comportamientos violentos y delictivos en el país. Los problemas de la farmacodependencia son el resultado de la interacción de diversos factores, entre ellos: factores legales, factores de interrelación familiar, social y educativa, y factores del sistema de los servicios de salud y de responsabilidad social. El alcohol es la droga de mayor uso por la población general, la población masculina es la más afectada por el consumo de drogas ilegales y las mujeres abusan más de los tranquilizantes menores. El consumo de cocaína va en aumento, afectando principalmente a la población adulta joven.

1.4. Contexto Social:

Para el año 1999 se estimó una población total de 2,809,280, el 56.0% corresponde a la población urbana y el 44.0 a la población rural. El 6.9% (194,269 personas) son la población indígena de Panamá, la cual esta distribuida de la siguiente forma: Kuna con un 24.3% (47,298), Ngobe con el 63.6% (123,626), los Teribe en un 1.1% (2,194), Bokotá con un 1.9% (3,784), Emberá 7.5% (14,569), Waunan con el 1.3% (2,605).

Distribución de la población, según área en la República de Panamá, 1999

Area	Población	%
Total	2,809,280	100.0
Urbana	1,572,780	56.0
Rural	1,236,500	44.0

Fuente: Contraloría General de la República. Situación Demográfica, Boletín Especial N°6.

El Censo del año 1990 registró un 10.7% de analfabetismo, marcando un descenso del 2.5% con respecto al Censo de 1980. El sexo masculino se registra un 10.3% y el femenino 11.1% con respecto al total de la población de 10 años y más. Para 1997, el porcentaje de analfabetismo bajó a 8.9%.⁹

En 1997 se realizó la Encuesta de Niveles de Vida, la cual fue aplicada en el ámbito nacional¹⁰. En ella se registró que el 37.7% de la población total (1,020,000) es pobre, de ellos el 18.8% muestra una situación de pobreza extrema. El grupo etario principalmente afectado por este problema social es la población infantil, (<5 años) con el 53.2%, afectada por desnutrición entre otras dolencias.

La pobreza en el área urbana afecta al 15.3% de la población y en la rural, incluyendo las áreas indígenas, al 64.9%.

El desempleo en Panamá disminuyó entre 1989 y 1993. En 1998 afectó al 13.6% de la población activa. La pobreza se asocia a mercados informales: el 69.88% y el 78.5% de los trabajadores pobres y extremadamente pobres se desempeñan en el sector informal, mientras que el 39.3% de los no pobres labora en este. La informalidad laboral se acentúa en las áreas indígenas donde alcanza hasta el 70% de la

fuerza de trabajo, proporción que es aproximadamente la mitad en el área urbana. Esta condición laboral guarda relación estrecha con los niveles educativos bajos. Siete de cada 10 adultos mayores labora en el sector informal ¹¹. En el año 2000, Panamá se ubicó en el lugar número 59 según el índice de Desarrollo Humano. ¹² Con relación al índice de desarrollo relativo al género, en 1999, se ubicó en el número 47. ¹³

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD ¹⁴

2.1. Organización General: Las *instituciones públicas* del sector de la salud son el MS, la CSS y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN) ¹⁵.

El MS es la institución que tiene a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del país. Está organizado en un nivel nacional, 14 regiones de salud y sus respectivos niveles locales. La principal fuente de financiamiento la constituye el presupuesto de funcionamiento e inversiones con fondos provenientes del presupuesto general de la Nación.

La CSS es una entidad de derecho público, autónoma y que cuenta con personería jurídica. La CSS tiene a su cargo la administración y dirección del régimen de Seguridad Social. Su organización técnico-administrativa consta de una dirección nacional y 9 direcciones regionales. La principal fuente de financiamiento la constituye las cuotas aportadas por los trabajadores y empleadores afiliados al sistema.

El IDAAN es responsable de los sistemas de suministro de agua potable para los grupos poblacionales mayores de 1.500 habitantes. Su principal fuente de financiamiento la constituye las recaudaciones por los servicios prestados y los aportes provenientes del Gobierno central. La Ley 2 del 7 de enero de 1997, establece el marco regulatorio e institucional para la prestación de los servicios de agua potable y de alcantarillado sanitario, y contempla alternativas para el proceso de privatización de dichos servicios.

La relación entre los niveles al interior de la CSS y MS, está limitado a la prestación de servicios con un mecanismo de referencia y contrarreferencia deficiente. Se dispone de medios humanos y tecnológicos adecuados para la prestación de servicios de salud, pero hay problemas en la distribución y eficiencia que éstos deben ofrecer. Se cuenta con un sistema de compensación de costos entre MS y CSS en lo referente a la provisión de servicios de salud.

La compra de servicios asistenciales al subsector privado es escasa y se limita al apoyo con algunos servicios de diagnóstico. En la actualidad existen ONGs compuestas por personal de salud que ofrecen servicios, especialmente en las zonas de difícil acceso, en el marco del establecimiento de contratos-programas. Para el MS y la CSS, el nuevo modelo de atención propone una organización descentralizada y desconcentrada y, progresivamente, comprar servicios al sector privado. El subsector privado está constituido por clínicas y hospitales que operan como empresas privadas, poco articuladas entre sí.

2.2.. Recursos del Sistema: *Recursos Humanos:* En el transcurso de la presente década se aprecia una ligera tendencia al incremento en el número absoluto de médicos. A partir de 1994 dos universidades

privadas crearon Facultades de Medicina, lo que permite estimar que esta tendencia se mantendrá. En el grupo de enfermeras, aunque se nota un aumento, no es suficiente para cubrir las necesidades del país.

Recursos Humanos en el Sector Salud, en la República de Panamá

Tipo de recurso	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999 P/
Razón de Médicos x 10,000 hab.	12.2	11.7	12.1	12.6	12.6	12.8	12.8
Razón de Enfermeras x 10,000 hab.	10.4	10.7	10.9	11.3	11.6	11.5	11.5
Razón de Odontólogos x 10,000hab	2.3	2.4	2.6	2.7	2.7	2.9	ND
Razón de Radiólogos x 1,000hab	1.2	ND	1.4	1.4	ND	1.4	ND
Razón de Laboratoristas x 10,000hab	2.7	ND	3.1	3.0	ND	3.2	ND

Fuente: Contraloría General de la República. Situación Social, Servicios de Salud. P/ Cifras Preliminares. ND: No disponible

Los profesionales de la salud son amparados por leyes gremiales las cuales contemplan la remuneración correspondiente. Actualmente, los médicos inician con sueldo base de USD 1,025.00 y un especialista con USD 1,277.00 y se realizarán aumentos escalonados en los próximos 3 años. Este salario es alto en comparación con otros profesionales. La mayoría de estos acuerdos gremiales no cuentan con un sistema de evaluación del desempeño.

RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Otros trabajadores	Personal administrativo	Servicios generales
C S S (1997)	1,734	1,241	1,108	ND	ND	ND
MINSA (1998)	1,330	1,395	1,326	3,305	5,259	ND

Fuente(s): CSS. Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas. Ministerio de Salud. Departamento Análisis y Tendencias. Sección de Estadísticas. ND: No disponible

Medicamentos y otros productos sanitarios: No se dispone actualmente de información sobre el gasto total en medicamentos. Tampoco existe información del gasto per cápita en medicamentos.

Indicador	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
No. total de medicamentos registrados	2303	2570	3459	3928	4549	5133	5763	1100**
No. de medicamentos de marca	ND	ND	ND	ND	ND	ND	912*	ND
No. de medicamentos genéricos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	75*	ND

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Farmacia y Drogas. * Se refiere a los medicamentos genéricos y de marca registrados durante ese año. ** Dato aproximado. ND: No disponible

Según cifras de la Contraloría General de la República, durante 1997 se importaron al país productos farmacéuticos por un valor de USD 112,531,582, mientras que en 1999 esta cifra alcanzó los USD 122,890,608 (valor CIF). Estas cifras no incluyen al grupo de vitaminas. No se dispone de información sobre los productos de mayor venta en el mercado nacional, ni de su precio por unidad.

La CSS dispone de una lista oficial de medicamentos. La nueva revisión que está pendiente de aprobación, incluye 506 renglones y contempla los medicamentos de la triple terapia anti VIH y los que se obtienen con permisos especiales. Esta lista oficial de medicamentos es de uso general para todos los asegurados y sus derecho-habientes y se revisa dos veces al año. El 100% de la población asegurada tiene acceso permanente a esos medicamentos. Para facilitar el acceso a los medicamentos, se ha creado un esquema de distribución tanto por patologías como por niveles de atención a las distintas instalaciones de salud y especialidades médicas. No se dispone actualmente de un Formulario o Lista Nacional de Medicamentos, pero se nombró una comisión MS, CSS, gremios y hospitales nacionales para su elaboración.¹⁶

Las compras de medicamentos e insumos hospitalarios del MINSA se realizan principalmente de manera centralizada, utilizando como referencia el cuadro básico de medicamentos de la CSS. Los hospitales y las instalaciones de primer nivel pueden adquirir estos suministros de sus presupuestos y por autogestión. La población cubierta por el MINSA accede a los medicamentos a través de los servicios proporcionados por los establecimientos de salud en todos los niveles de atención y en el subsector privado de acuerdo a su capacidad de pago. No se aplican protocolos de tratamiento farmacológico en las instalaciones del primer nivel de atención. Por Ley todos los establecimientos farmacéuticos deben tener un farmacéutico regente.

No existe una política que expresamente aborde el tema de los medicamentos, pero si están establecidas estrategias y objetivos en el marco de la Políticas de Salud 2000-2004. En Panamá los medicamentos circulan en un mercado liberado de precios. Actualmente, después de un amplio debate entre los sectores económicos, de salud, universidades y sociedad civil se aprobó la Ley sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana, que incluye dentro de su articulado el control de precios por dos años. Panamá es autosuficiente para cubrir sus necesidades de sangre completa. Para el año 1999 se recibieron un total de 43,921 donaciones de sangre, de las cuales 19,160 correspondían a establecimientos de la CSS, 20,950 por parte del sector público y el privado registro un total de 3,811. Se registró un total de 62,619 transfusiones de sangre. Existen normas sobre bancos de sangre y transfusiones de sangre que son de carácter nacional.¹⁷

Equipamiento y Tecnologías:

Disponibilidad de Equipamiento en el Sector Salud, 1999				
SubSector	Tipo de Recurso			
	Camas Censables x 1000 hab.	Laboratorios clínicos 100,000	Bancos de Sangre x 100,000	Equipos de radio – diagnóstico x 1,000
Público	2.1	1.8	0.7	0.01*
Privado	0.3	ND	0.2	0.02
Total	2.4	1.8	0.9	0.03

Fuente : Contraloría General de la República. Situación Social, Servicios de Salud. 1998. * Sólo incluye la CSS

En 1999, el Ministerio de Salud dedicó el 1.6% del presupuesto de operación a la conservación y mantenimiento; este porcentaje no incluye los gastos de personal.

La distribución de equipos de alta tecnología como las unidades de diálisis, tratamiento intensivo de neonatología, de transplantes, tomografía y otras, se encuentran distribuidas de acuerdo al grado de complejidad de los servicios de salud ofertados por ejemplo en los hospitales nacionales y regionales. No se cuenta con el registro actualizado de esta distribución.

2.3 Funciones del Sistema de Salud:

Rectoría: El MS es el ente rector del SNS y, como tal, formula las políticas y regulaciones y ejerce las funciones de autoridad sanitaria del país. Están definidas las funciones esenciales de salud pública.

Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de atención médica y de salud pública en el país son el MS y la CSS, las cuales realizan la supervisión y control del financiamiento de acuerdo a las regulaciones vigentes en el país para las entidades públicas.

El MS y la CSS cuentan con sistemas de información que permiten analizar la situación de salud, la producción de servicios y algunos macroindicadores sobre financiamiento e inversiones del sector público.

Actualmente la autorización o permiso para el libre ejercicio de la profesión la otorga el Consejo Técnico de Salud y la idoneidad para este ejercicio es certificada por la Universidad Nacional de Panamá previo cumplimiento de los requisitos académicos.

A través de la Dirección Nacional de Salud Pública se otorgan licencias y certificaciones para el funcionamiento de establecimientos dedicados a la fabricación, importación y venta de especialidades farmacéuticas y de alimentos. El subsector privado debe cumplir con requisitos definidos para la autorización de su funcionamiento y prestación de servicios. Al momento no se ejerce la función de evaluación de las tecnologías en salud. Con relación a las guías de práctica clínica el MS y la CSS, las han elaborado para algunas áreas, pero no han sido implantadas. Actualmente se encuentran en fase de revisión y adecuación por comisiones conjuntas de la CSS y MS.

La Dirección Nacional de Salud Pública se encarga de ejercer la supervisión del cumplimiento del marco regulatorio y la Dirección de Provisión de servicios la evaluación y control de los servicios de salud públicos y privados. Actualmente se impulsan acciones intersectoriales relacionadas con el establecimiento de sistemas de información, especialmente para el fortalecimiento de la gestión sanitaria.

Financiamiento y Gasto: La información relacionada con el financiamiento del gasto en salud para el subsector público es elaborada principalmente por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Actualmente el Departamento de Formulación de Proyectos e Inversiones del MS trabaja en coordinación con el MEF para mejorar y desagregar esta información ¹⁸.

No se dispone de información sobre la distribución del financiamiento sectorial en cifras absolutas y porcentajes por agentes financiadores para los años anteriores al 2000.

En la actualidad el MS recibe financiamiento a través de convenios de préstamos con diversas entidades financieras internacionales.

Distribución del financiamiento Externo según fuente en Millones de USD

	1997	1998	1999	2000	2001
Banco Mundial	42.7	6.4	7.8	9.7	11.8
BID	52.7	6.5	16.6	11.9	5.0
Gobierno de España	22.3	25.2	25.1	1.5	
Gobierno de Taiwán	38.4	2.2	8.0		
OPS/OMS	0.98				
Korea				15.0	10.0
Otros			1.7	8.2	

Fuente: Ministerio de Salud Depto. de Formulación, Monitoreo y Evaluación de Programas y Proyectos

Se están realizando las acciones necesarias para proveer un conjunto básico garantizado de prestaciones a las poblaciones de mayor pobreza mediante la financiación pública. Estas se están coordinando mediante entidades privadas no gubernamentales (ONGs) formadas por personal de salud que llevarán la oferta de servicios integrales a los lugares de mayor pobreza y menor accesibilidad geográfica. El MS establecerá los parámetros necesarios mediante un contrato, con los llamados grupos itinerantes de salud.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto Público en Salud per Capita en USD	179.25	184.24	214.02	218.55	199.18	223.64	233.66
Gasto Público en Salud/Total Gasto Público	13.28	14.17	14.94	13.16	11.43	12.38	14.51
Gasto Total en salud per cápita en USD	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto Total en salud, como % del PBI	6.26	6.15	7.12	7.17	6.25	6.76	6.53
Deuda ext. en salud/Deuda ext. Total	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Políticas Sociales

Entre 1993 y 1999 se observó una tendencia al aumento del gasto público en salud. En términos de porcentaje del Producto Interno Bruto, se refleja un gasto alto.

Del total del presupuesto del MS el presupuesto asignado a inversiones es mayor para la atención hospitalaria. No obstante, el presupuesto de funcionamiento corriente es similar para ambos la atención hospitalaria y la red primaria de atención. Sin embargo, existe la tendencia a incrementar el presupuesto total corriente y de inversiones en los próximos años para el primer nivel de atención. Entre 1994 y 1996 el gasto privado en salud aumentó de 120.2 a 122.3 millones de USD. Durante la última década el gasto privado en salud como porcentaje del PIB se mantuvo más o menos constante entre 1.5 y 1.6 %.¹⁹

Aseguramiento: En 1999 la población protegida por la seguridad social alcanzó el 66.7% de la población total. Los cotizantes asegurados representaron el 27.0% de la población total y el 40.5% de la población protegida. La población derechohabiente incluye no sólo al individuo que cotiza activamente, sino también a la esposa o compañera, los hijos, madres y padres y al esposo inválido. Por cada jubilado o pensionado hay 5 trabajadores solidarios con él, y por el cotizante activo un promedio de tres dependientes o beneficiarios

La CSS provee servicios de atención directa a la población, así como los servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de invalidez, vejez y muerte.

El MS oferta servicios de salud a toda la población panameña, enfatizando las acciones de provisión de servicios en la población que no está protegida por la seguridad social, cifra que para 1998 era de 1,009,396 en toda la República de acuerdo con mandato constitucional.

Existe en el país el sistema de aseguramiento privado, financiado por el propio individuo o empresa en que labora de acuerdo a los planes ofertados, pero no se dispone de información confiable y oportuna sobre el sector privado.

Provisión de servicios: Servicios de salud poblacional: La provisión de los servicios de salud poblacional es responsabilidad fundamental del MS. Dichos servicios se brindan de acuerdo a normas programáticas establecidas en toda la red de instalaciones del MS. Las acciones de salud son realizadas por los equipos locales de salud del primer nivel de atención. Las modalidades van desde la atención individual y domiciliaria, hasta la realización de giras médicas integrales a comunidades apartadas. Los programas de promoción de la salud que se desarrollan están relacionados prioritariamente con el grupo materno-infantil, la promoción de estilos de vida saludables, la identificación de factores de riesgo para la salud y la detección temprana de síntomas de alarma para las enfermedades que afectan al binomio madre-niño. No se han evaluado los resultados.

Entre los programas de prevención específica que se llevan a cabo, destacan: el programa de enfermedades inmunoprevenibles, con cobertura universal ²⁰; la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores; la prevención y control de la tuberculosis; la prevención y control de enfermedades transmitidas por aguas y alimentos; la de intoxicaciones agudas por plaguicidas; la de enfermedades respiratorias; la de enfermedades diarreicas y cólera; y los de salud ocupacional y salud mental.

Existen programas institucionalizados para la detección precoz del cáncer cérvico uterino, la diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular. La cobertura de la atención está determinada por la demanda. Hasta la fecha, no existe una evaluación de los resultados.

La cobertura nacional para el menor de un año en el Programa Ampliado de Inmunizaciones en 1999 fue de: Antipoliomielítica, 96.3%; DPT, 92.4%; Antisarampionosa, 90.0% y BCG, 100% .

En 1998, el 89.4% de los partos recibieron asistencia profesional al parto a nivel nacional (99.6% en área urbana y 78.7% en área rural). En 1999 se registró una cobertura de atención prenatal de 72.8%.

Servicios de atención individual: En los establecimientos de salud se registran los datos relacionados con la morbi-mortalidad y la producción de servicios, los cuales son utilizados en el nivel nacional para la planeación y evaluación de los mismos. La oportunidad de la información es variable, dependiendo de la exigencia del programa.²¹

La capacidad de elección de los usuarios está determinada por la oferta de servicios, tanto en el área urbana como rural. En el sistema sanitario público de Panamá se práctica y ejerce la capacidad de elección de los usuarios en el medio urbano entre distintos proveedores de un mismo tipo de servicio y en medio rural depende de la oferta que se brinde.

Para el nivel primario de atención no se cuenta con información sobre las coberturas de las distintas redes de prestadores públicos y privados, ni se han cuantificado los centros de atención primaria que disponen de sistemas de información computarizados.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, 1999

	No.	Tasa x 1000 Habs.
Consultas Médicas	4,772,987	1699.0
Consultas no Médicas	731,635	260.4
Consultas Odontológicas	680,362	242.2
Urgencias	830,691	295.7
Exámenes de laboratorio	11,311,607	4026.5
Placas Radiográficas	713,438	254.0

Fuente: Depto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Sección de Estadísticas.

En 1999 las cinco principales causas de morbilidad atendidas en las instalaciones del Ministerio de Salud fueron: Influenza o gripe, Diarrea y Gastroenteritis, Rinofaringitis, Resfriado común y Desnutrición.

Se realiza visita domiciliaria por personal de salud entrenado para seguimiento de programas preventivos como el de inmunizaciones, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis, salud mental y prevención del cáncer cérvico-uterino. Además, se programan giras médicas a las regiones apartadas para ofrecer estos programas. Los problemas enfrentados para el desarrollo oportuno de estos programas están relacionados con insuficientes recursos financieros, humano y con carencias de suministros.

El Nivel Secundario tiene cobertura en todas las regiones sanitarias del país. Para ello cuenta con una red de hospitales regionales y a nivel de la CSS de policlínicas. El sector privado incorpora su oferta de acuerdo con sus propios intereses.

Los hospitales nacionales y regionales del MINSA disponen de sistemas computarizados de información para la gestión administrativa y para la gestión clínica; por ejemplo, para registro de ingresos y altas hospitalarias, estadísticas clínicas, y gestión de servicios clínicos.

Semanalmente se rinde un informe y se utiliza la información para la gestión clínica; por ejemplo, para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar la modalidad de los servicios a las patologías más frecuentes y reducir tiempos de demora en ser atendidos.

Las cinco principales causas de egresos hospitalarios en las instalaciones del MS son: los Trastornos asociados al parto y puerperio con 20,399 (35,3%), las enfermedades del aparato respiratorio con 9,069 (15.7%), los traumatismos múltiples con 4,406 (7.6%), las enfermedades infecciosas y parasitarias con 4,161 (4.2%), las enfermedades asociadas al recién nacido y proceso perinatal con 2,946 (5.1%).

Existen listas de espera o mora quirúrgica en los hospitales del MS y CSS. Para resolver este problema se está ampliando el horario de los quirófanos, asignando una mayor partida presupuestaria para la compra de medicamentos y material médico-quirúrgico y, también, la compra de servicios al sector privado.

PRODUCCION DE SERVICIOS, AÑO 1999

Indicadores	MS	CSS	Total
No. Egresos	145,162	84,845	230,007
Indice ocupacional	65.6	72,8	68.2
Promedio días de Estancia	7.1	5.8	6.6

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Sección de Estadísticas

Calidad Técnica: A partir de 1996 sobre la base del artículo 29C de su Ley Orgánica, la CSS estableció una Junta Asesora Médica, la cual debe de conocer los casos relativos a la ética profesional y la negligencia en el desempeño profesional; asimismo se inició un programa de garantía de calidad, y se desarrolló un modelo piloto en una región de salud entre MS y CSS. Actualmente no se cuenta con instalaciones hospitalarias que mantengan programas sistemáticos de calidad. Lo mismo aplica para los comités de ética.

En las instalaciones de la CSS de un total de 15,342 partos se registraron 3,025 en 1998, lo que representa un 19.71%. El porcentaje de cesáreas en las instalaciones del MINSA es del orden de 20%.

La base de datos de egresos hospitalarios muestra que de 1,483 muertes hospitalarias dadas en las instalaciones del MINSA en 1999 (incluye los hospitales del Niño, Santo Tomás, Nicolás Solano, Aquilino Tejeira y Ailigandí) se realizaron 94 autopsias. La información relacionada con el porcentaje de autopsias sobre el total de fallecimientos hospitalarios no está disponible.

Se estima que un 43% de establecimientos hospitalarios públicos y privados cuentan con comités de infecciones hospitalarias establecidos y funcionando. Los pacientes que egresan de las instituciones Hospitalarias del país reciben un informe de alta o de egreso.

Con relación al registro de las muertes maternas y las de menores de un año, podemos señalar que son de notificación obligatoria pero los datos no se encontraban disponibles al momento de la preparación de este perfil.²²

Calidad Percibida: El porcentaje de establecimientos de la CSS con procedimientos y/o servicios de orientación a los usuarios es del 55%. En los mismos se toman en cuenta los factores culturales, étnicos y regionales. No se cuenta con programas sistemáticos de estudios o encuestas de satisfacción del usuario a excepción de los Hospitales San Miguel Arcángel, del Niño, de la región de San Miguelito y de Veraguas. No existen comisiones de arbitraje, aunque las denuncias a profesionales o instituciones de salud son escasas. En 1996-97 la CSS estableció un sistema de atención de quejas por mala praxis que la institución intenta resolver directamente con el reclamante. El número de reclamaciones tiende a incrementarse.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento del proceso. Seguimiento de la dinámica: los objetivos del proceso de RS son aumentar la equidad, la eficiencia, la eficacia y la calidad. Y las estrategias planteadas para su logro son: el fortalecimiento de la rectoría sectorial, la estrategia de atención primaria y la descentralización y desconcentración de algunas funciones de autoridad sanitaria y gestión de los servicios. Sin embargo hasta la fecha dicho proceso sólo ha abarcado a las instituciones públicas y no al sector privado, y se concentrada geográficamente en la capital.

Desde el principio, la Reforma Sanitaria (RS) en Panamá no se ha limitado únicamente a los servicios de salud y de atención médica, sino que abarcó también al de agua potable, aguas residuales y desechos sólidos, en el cual participan otras instituciones públicas como el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN)²³.

El MS tiene como parte de su responsabilidad el asegurar acceso y suministro de agua segura para las poblaciones rurales, además de presidir la Junta Directiva del Instituto de Acueductos (IDAAN). Como parte de las políticas de reforma del Estado y privatización se aprobó en 1998 la Ley marco para la privatización del suministro de agua en las áreas urbanas del país. Esta ley le otorga al MS mayores responsabilidades en términos de autoridad nacional en materia de agua y saneamiento, lo que implica una ampliación de sus funciones rectoras como autoridad de salud.

De manera simultánea, en 1998 se inició un proceso de reorganización de los servicios de salud en base a un nuevo modelo de atención y de gestión en las Regiones de Salud de San Miguelito y Metropolitana. La apertura del nuevo hospital San Miguel Arcángel implicó la aprobación de dos leyes que han facilitado la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios de salud, así como el cofinanciamiento entre el MS y la CSS. La intención en esos años fue extender el modelo de gestión hospitalaria a los cinco nuevos hospitales de reemplazo próximos a iniciar operaciones, y por esa vía extender la reorganización de la red con el nuevo modelo de atención. En 1999 se llevaron a cabo

cambios en la estructura nacional del Ministerio de Salud dirigidos a fortalecer la capacidad de rectoría y a facilitar procesos de desconcentración al nivel regional de las funciones de autoridad sanitaria y gestión de la red de servicios.

Para el diseño y la elaboración de propuestas, en 1994 el MS suscribió un préstamo con el BID, dirigido a financiar los estudios básicos de la RS, la formulación de una propuesta de nuevo modelo de atención y el desarrollo de procesos de descentralización y modernización de sistemas operativos en tres de las 14 regiones de salud y en el Hospital Santo Tomás, el más grande e importante hospital de tercer nivel del Ministerio de Salud.

En 1997, el MS recibió apoyo del Banco Mundial para el financiamiento de estudios para el desarrollo y reorganización de la red de atención del primer nivel, incluyendo nuevas modalidades de gestión en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

Entre los meses de febrero y abril de 1999 se llevó a cabo una evaluación de la RS. La misma estuvo a cargo de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios (HSP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)²⁴.

El desarrollo de estas experiencias en las regiones de San Miguelito y la Metropolitana, así como la aprobación de las dos leyes, implicaron la oposición de los gremios médicos, la CSS se mantuvo en una actitud pasiva y poco comprometida. Por otro lado, la posibilidad de privatizar el IDAAN despertó en la ciudadanía una gran oposición.

En Septiembre de 1999 se produjo el cambio de gobierno y las nuevas autoridades del MS plantearon una nueva política sanitaria. El principal objetivo de la política del nuevo gobierno en materia de salud es universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios, de manera que se reduzcan las brechas²⁵. Para ello el Ministerio de Salud como rector del Sistema Nacional de Salud se propone impulsar un nuevo modelo de atención de la salud, fuertemente descentralizado y con énfasis en la estrategia de atención primaria. Los servicios de salud se prestarán en forma integral, a través del fortalecimiento de los sistema locales de salud, mediante los cuales se realizará la coordinación de todas las acciones de promoción, prevención y control. El nuevo modelo de atención reconoce explícitamente la participación de todos para producir salud, en forma coordinada para no malgastar ni esfuerzos ni recursos. En la organización de los servicios de salud, se hará énfasis en la atención primaria y local, a través de un sistema de médico de cabecera, a efectos de mejorar la relación entre médico y paciente. La red hospitalaria deberá ser reestructurada en su totalidad para lograr la adecuada solución de los problemas de salud en el nivel que corresponda, y disminuir así la congestión de los hospitales nacionales, los cuales en la actualidad se ven en la obligación de resolver situación que pudieron haber sido solucionadas en el nivel local.

Se han desarrollado y publicado los documentos orientadores. Por ejemplo: la Situación de Salud de Panamá, realizado por el MS y CSS; el Análisis Prospectivo de la Red de los Servicios de Salud de

Panamá; y Las Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004. Queda pendiente para su publicación en el primer trimestre del 2001, los Lineamientos para la reorganización de los Servicios de Salud de Panamá. En Diciembre de 1999, con el apoyo de los gremios médicos y organizaciones cívicas, se aprobó la ley del nuevo patronato del Hospital Santo Tomás. Esta ley busca conceder mayores grados de autonomía para la gestión, sin que ello implique privatizar los servicios. En esta misma línea, en Diciembre del 2000 se aprobaron las reformas a la ley del Patronato del Hospital Regional Materno Infantil José Domingo de Obaldía en Chiriquí. Cabe anotar que el MS contaba con otro Patronato que administra el Hospital del Niño desde 1950.

En el transcurso del año 2001 se dará inicio a una experiencia piloto de ampliar la cobertura de atención a poblaciones pobres en zonas de difícil acceso, mediante la contratación de ONGs que brindarán servicios de atención materno infantil.

Las autoridades del MS han asumido el liderazgo del proceso de RS y se están realizando evaluaciones del modelo del Hospital San Miguel Arcángel, con el cual se tiene un programa desde hace tres años. En el caso del Patronato del Santo Tomás se estableció un Acuerdo de Gestión el cual servirá de modelo para el resto de los hospitales públicos del MS.

Se ha iniciado un proceso de revisión del modelo de atención, así como la elaboración de una propuesta para la reorganización de la red de servicios.

Seguimiento de los Contenidos. *Marco jurídico*²⁶: Para alcanzar los objetivos de la reforma se aprobó a través del poder legislativo, la Ley No. 27, de Mayo de 1998. Ésta crea la Coordinadora Nacional de Salud (CONSALUD), ente mixto de utilidad pública constituido por el MS y la CSS para el financiamiento y compra de servicios de atención a las personas.

La Ley, la No. 28, también de Mayo de 1998, creó un nuevo modelo de administración hospitalaria no pública y sin fines de lucro con amplia participación social regido por la normativa de la empresa privada. En Abril de 2000 se aprobó la Ley 4, la cual crea un modelo de gestión pública descentralizado.

La cuarta norma relacionada con la reforma sanitaria es la referente a los servicios de agua potable y alcantarillados: el decreto-ley No. 2, del 7 de enero de 1997, por medio del cual se dictó el marco regulatorio e institucional para la prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario.

Los cambios jurídicos favorecen la intersectorialidad, relacionando las garantías de derecho a la salud con otros derechos.

El derecho a la salud y el aseguramiento: La Constitución de la República establece el derecho a la salud a través de la provisión de servicios de atención médica y de salud en todo el territorio nacional²⁷. Uno de los componentes básicos de la reforma es el nuevo modelo de atención que introduce programas y estrategias para el aumento de la cobertura. Este incluye el establecimiento de un conjunto básico de prestaciones a través de programas locales cuyos objetivos e intervenciones están sustentadas en las prioridades socio - epidemiológicas, en la evidencia científica, en la sectorización y en la conformación

de equipos básicos de salud comunitaria. Se está diseñando el plan garantizado o conjunto básico de prestaciones dirigido a los grupos más pobres del país que no tienen acceso a los servicios de salud, el cual incluye servicios integrales de salud. Estos derechos son explícitos y se han puesto en marcha los mecanismos necesarios para difundirlos y hacer su conocimiento accesible a la población.

Rectoría: La revisión del ejercicio de la función rectora ha conducido al MS, como agente responsable del Ejecutivo en esta materia, a definir las siguientes funciones como parte de su quehacer rector: i) dirección y conducción política ii) vigilancia de la salud, iii) regulación del desarrollo de la salud, iv) desarrollo de los recursos humanos y, v) desarrollo de la administración financiera de los recursos de la salud.

En cumplimiento de estas funciones se han introducido cambios en la estructura del MS, definiendo 4 grandes Subsistemas del Sistema de Rectoría de la salud: i) Dirección y conducción política, ii) Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico, iii) Regulación del desarrollo de la salud, y iv) Desarrollo de los recursos humanos.

No se han creado nuevas instituciones de regulación. Se han tomado acciones para establecer un sistema de información que facilite el manejo gerencial en el establecimiento de prioridades. Este trabajo se está realizando en la actualidad para el desarrollo del WINSIG, como instrumento de apoyo al Sistema de Información Gerencial.

Los mecanismos para asegurar la rendición de cuentas (*accountability*) no han sido desarrollados de manera eficaz.

Existen claras orientaciones dirigidas a promover la descentralización y desconcentración de funciones. No obstante, con excepción del Hospital San Miguel Arcángel, cuyo modelo de gestión implica un mecanismo de separación de las funciones de financiamiento y provisión, el resto del sistema público funciona centralizadamente asumiendo tanto la CSS como el MS el financiamiento y la administración de los servicios.

Modalidades de descentralización: En cuatro regiones sanitarias (San Miguelito, Panamá Metropolitana, Veraguas y en el Hospital Santo Tomás) se están transfiriendo de manera gradual y progresiva responsabilidades, competencias y recursos. Para ello el MS ha estado preparando la formulación de Convenios de Gestión. Al interior de las instituciones de salud predomina la gestión centralizada.

Participación y control social: Aunque la participación y el control social no aparecen de forma explícita entre los propósitos fundamentales y los objetivos de la RS, sí se incluyen como uno de los principios y valores esenciales de la política pública en salud.

A comienzos de 1999, las principales modalidades de participación social en salud eran: i) los Comités de Salud; ii) las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (con el apoyo del proyecto de salud rural que recibe financiamiento del BM; iii) los Módulos de Producción y Educación alimentaria (granjas sostenibles para agricultores de subsistencia en 30 distritos de “alto riesgo”); iv) las ONG’s que trabajan

en temas de salud. v) las Confederaciones de Comités de Salud y la Federación Nacional de Comités de Salud se han impulsado desde 1998; y vi) los Vigilantes de la Salud, Consejos de Familia; y Asociaciones de Vecinos organizados con la implantación del nuevo modelo de atención.

Financiamiento y gasto: El MS está iniciando los estudios iniciales para analizar nuevas modalidades y políticas de financiamiento. Está previsto que el MS inicie los primeros estudios de Cuentas Nacionales en Salud. Se han introducido algunas medidas para modificar la distribución del gasto en salud del MS ya sea para la provisión de atención médica o para promoción, vigilancia y control de la salud pública.

Por otro lado, se ha fortalecido el sistema de información gerencial, implantando para ello el programa WINSIG, el cual permite disponer de información confiable y oportuna sobre costos, rendimientos y productividad de los servicios, entre otros. Desde 1995 el MS y la CSS ha estado en el proceso de desarrollo de compensación de costos por servicios prestados a la población asegurada-no asegurada, atendidas en instalaciones del MS o de la CSS.

Oferta de servicios: El nuevo modelo de atención implica una ampliación de los niveles de atención de MS y CSS. De este modo el MS inaugura centros de atención especializada ambulatoria de los que carecía (denominados “policentros”) y centros de promoción de la salud. Por su parte, la CSS ha creado Unidades para la Atención Primaria de Salud (ULAPS) y Centros de Atención Primaria (CAP), que son equivalentes a los Centros de Salud del MS.

Lo fundamental en el primer nivel de atención es la sectorización y los equipos básicos de atención. La sectorización implica la reforma del modelo tradicional y se apoya en el nuevo modelo de atención que propone el MS, y que ha implementado en las regiones de San Miguelito y Metropolitana. Este modelo consiste en ofrecer un servicio integrado de atención a las personas, promoción de la salud y salud ambiental en el primer nivel de atención, lo cual se denomina Modelo de Atención Familiar, Comunitaria y Ambiental. Las personas deben atenderse en la comunidad en la que viven para acceder a una atención integral que tenga en cuenta los problemas del entorno. Se propone que la historia clínica no sea individual sino familiar y que tome en consideración los factores sociales y ambientales del entorno. El modelo toma en cuenta la necesidad de una integración con la CSS de abajo hacia arriba, desde los niveles más cercanos al ciudadano. No pretende la integración orgánica de las instituciones sino persistir en la compensación de costos agilizando el método contable.

Los equipos básicos de atención están compuestos al menos por un médico general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y otros técnicos de salud, a lo que se suele añadir un promotor de salud, que es un miembro de la comunidad retribuido que brinda apoyo y facilita la conexión con ésta.

Cada equipo básico atiende a 1,000 familias, lo que representa aproximadamente unas 5,000 personas. Se ha ampliado el horario de consulta y funcionan los sábados y domingos.

El nuevo modelo de atención propuesto por la CSS consiste en un enfoque estratégico basado en una serie de características como son: la sectorización; la garantía de calidad; la descentralización; la focalización; la organización de la demanda; y la participación social.

Tanto el proyecto de la región de San Miguelito como los planes de la CSS hacen especial hincapié en los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

En el nivel secundario, la reforma del MS está representada en el nuevo modelo de gestión del Hospital Integrado San Miguel Arcángel. Por su parte, la CSS propone como innovación la atención por proceso, que consiste en designar a un responsable de todo proceso complejo para que aumente la efectividad y la eficiencia de éste.

Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y atención de grupos vulnerables definidos por criterios de ingreso especialmente para los grupos más pobres identificados a través del mapa de pobreza que se elaboró para la encuesta de niveles de vida que se realizó en 1997.

Se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del ciclo vital: niñez, adolescencia, edad adulta, vejez, que se llevan a cabo a través de programas con normas de atención integrales, establecidas para la atención de estos grupos

Actualmente se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, ingreso a domicilio.

Además se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los niveles de atención. Así mismo se están estableciendo vínculos con otros organismos ajenos al sector salud en casos específicos por ejemplo, violencia doméstica, con el Ministerio de Gobierno y Justicia y con el Ministerio de la Mujer, la niñez, la juventud y la familia.

En las regiones de San Miguelito, Metropolitana y Veraguas existen acuerdos de gestión. El acuerdo de gestión es, en realidad, una modalidad de la dirección por objetivos, en la que persiste el presupuesto como forma de asignar los recursos pero se pactan objetivos medibles con indicadores.

En el Hospital San Miguel Arcángel se han introducido los compromisos de gestión y los contratos-programa para la atención en salud. Estos contratos permiten la compra y venta de servicios a terceros. Este hospital a la vez se concibe con criterios empresariales y de autogestión.

El MS y la CSS afrontan el reto de seguir avanzando en la integración funcional de las redes respectivas en las restantes regiones sanitarias, particularmente aquellas donde están en marcha los nuevos hospitales. Queda pendiente integrar los establecimientos sanitarios privados.

Recursos humanos: En el ámbito del pregrado, en 1997 se realizó el análisis prospectivo de los estudios de la Facultad de Medicina conjuntamente entre la Universidad de Panamá (UP), el MS, la CSS, y los gremios médicos y se consolida el proceso de formación de técnicos de salud a nivel universitario

(Auxiliares de Enfermería, Técnicos de Urgencia, Técnicos de Radiología y Técnicos en Registros Médicos y Estadísticas, por mencionar algunos).

Entre 1998 y 1999 se hicieron los análisis prospectivos y se inició la revisión curricular de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina. Las Universidades Privadas ofertan otros postgrados en áreas de investigación y gestión de los servicios de salud. Para 1998 se efectuó un postgrado en Promoción de la Salud, dirigido a profesionales multidisciplinarios del MS.

A finales de 1998, la nueva estructura del MS creó una Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos. Todo esto como parte del proceso de RS.

En relación al proceso de formación de los recursos humanos encaminadas a responder a las necesidades planteadas por la RS, se están realizando los acercamientos con las unidades responsables de la formación del personal de salud a través de la Comisión de docencia-servicio-investigación-población, para establecer los enlaces y convenios necesarios.

En el hospital San Miguel Arcángel, la regulación laboral responde a lo que se establece en el código de trabajo de Panamá, por lo que existe un sindicato de los trabajadores de salud en esa institución.

El modelo de atención contempla la atención familiar por lo que se están realizando a nivel Universitario y en coordinación con el MS, cursos de postgrado en medicina familiar, cursos de gerencia en atención primaria de salud y hospitalaria. Se han formulado o introducido modificaciones en las formas de práctica profesional con orientación multidisciplinaria, por ejemplo, medicina familiar, enfermería general.

Aún no se están reformulando los mecanismos de certificación de los trabajadores de la salud pero existe un proyecto encaminado al logro de este objetivo.

La participación de los trabajadores de la salud y sus representantes en el proceso de RS respecto al tema de los recursos humanos ha sido un proceso negociado con los gremios representantes del personal de salud.

En la planificación y la gestión de los recursos humanos en el subsector público se realizó un diagnóstico de las necesidades de recurso humanos a nivel regional, además se revisó y adecuó el manual de cargos del MS.

Poco se ha avanzado en el tema de los incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud. Se han sido introduciendo sistemas de mérito para todo el personal de salud. En 1998, se desarrolló la metodología de análisis del desempeño en las regiones de salud, pero no se le ha dado seguimiento.

El Ministerio de Salud tiene establecido un programa de educación permanente a su personal de salud, el cual responde a un plan de capacitación que se elabora con la participación de las unidades docentes regionales en coordinación con la unidad docente nacional y el departamento de capacitación del MS.

Igualmente la CSS tiene una unidad de docencia e investigación nacional que coordina con sus unidades a nivel regional para cubrir sus necesidades de capacitación

Calidad y evaluación de tecnologías en salud: Desde 1997, las unidades técnicas de ingeniería y mantenimiento del nivel central del MS han tratado de implementar modelos comunes para la adquisición, instalación y mantenimiento de las instalaciones y equipos generales por parte de los establecimientos de salud, así como de coordinar la elaboración de los pliegos de condiciones técnicas para la adquisición del equipamiento biomédico. El mantenimiento preventivo sigue siendo escaso, no se hace evaluación sistemática de la eficiencia de los equipos, y se carece de una “red de alertas” para los equipos biomédicos.

Por otro lado, entre 1997 y 1999 y tras un período de elaboración y consulta de casi dos años, el MS editó 14 Guías de Práctica Clínica para otras tantas condiciones de manejo clínico muy comunes y se elaboraron los protocolos y pautas de tratamiento para el HISMA. De igual forma se elaboraron las Normas de Atención Integral de la Población. Actualmente se ha iniciado el proceso de protocolización de las patologías más prevalentes en el primer nivel de atención.

Por su parte, la CSS incluyó la Evaluación de Tecnologías en salud (ETES) dentro de sus prioridades y ha iniciado un proceso de capacitación interna y de constitución de un grupo dedicado a ello.

3.2 Evaluación de resultados: Aunque no se tiene previsto a corto plazo realizar una segunda evaluación, es muy probable que la misma se contemple realizar para este período 2000–2004. La evaluación realizada por OPS por medio de la División de Sistemas y Servicios de Salud, entre los meses de febrero y abril del año 1999, adolece de parte de la información necesaria para valorar el impacto de las medidas impulsadas. Sin embargo, la evaluación permite mostrar algunos resultados, entre los cuales se destacan:

Equidad en cobertura: incremento en el número de distritos con coberturas superiores al 90% en los menores de un años con vacuna antipoliomielítica, antisarampionosa, BCG y DPT. La cobertura de atención profesional del parto pasó de 88% en 1994 a 89.5% en 1997.

Equidad en distribución de recursos financieros: hasta el presente no hay información disponible que permita concluir que la RS haya contribuido a disminuir la brecha existente entre el gasto público en salud per cápita de las poblaciones asegurada y no asegurada.

Equidad en acceso: en este aspecto, sólo se dispone de información sobre el porcentaje de certificación médica de defunciones, diferenciada entre zona urbana y rural. No se cuenta con registros agregados o diferenciados por regiones respecto a tiempos de desplazamiento, oportunidad de la atención, reducción de barreras de acceso o volumen de listas de espera.

Efectividad y calidad: En el período de 1995-1997 se evidenció un incremento en 12 de las regiones en la tasa de mortalidad infantil. Esto se debió a adecuaciones en el sistema de registro, a disminución del subregistro de defunciones infantiles y a mejoría en la notificación de nacidos vivos.

Calidad técnica: Entre 1996 y 1998 el 100% de los establecimientos de salud de la CSS han incorporado unidades o círculos de gestión de la calidad y la institución posee un programa de fomento de la calidad. Este no es el caso de los establecimientos del MS donde se han iniciado algunos proyectos piloto.

Calidad percibida: Aún cuando se están implementando iniciativas para mejorar la calidad percibida de las atenciones, no se cuenta con información cuantitativa o cualitativa que permita un análisis agregado. Desde 1996, en la CSS se elaboran y analizan centralmente los resultados de encuestas de satisfacción a los pacientes tras la atención en consulta externa de los niveles primario y hospitalario. El 55% de los hospitales de la CSS tienen servicios de orientación al usuario funcionando y en ellos se toman en cuenta los factores culturales, étnicos y regionales.

El proceso de sectorización de la región de San Miguelito no permite la libre elección de equipo básico de salud. Esto, que puede estar justificado al comienzo de la experiencia, debería ser revisado más adelante, de forma que quienes no se sienten satisfechos con la atención recibida tengan, en determinadas condiciones, la posibilidad de acceder a otro prestador.

Eficiencia en la asignación de recursos: Pese a que muchas de las decisiones del MS apuntan en ese sentido, hasta el presente no se dispone de información consolidada, agregada o por regiones, que permita concluir que la RS ha modificado sustancialmente la proporción del gasto público en salud que se destina a: i) acciones intersectoriales, ii) programas de prevención de patologías de alta prevalencia, iii) servicios de salud pública o, iv) nivel primario de atención.

En 1998 la CSS aprobó por vez primera una partida en su presupuesto para el desarrollo de programas de promoción y prevención, así como un protocolo específico para el registro de estas actividades en los establecimientos del primer nivel.

Eficiencia en la gestión de recursos: Pese a que varias de las políticas puestas en práctica desde 1996 por el MS y la CSS se direccionan en ese sentido, a la fecha no se dispone de información consolidada o desagregada, que indique que la RS ha modificado sustancialmente la proporción de centros de atención primaria de salud con medidas de actividad y rendimiento estandarizadas.

En marzo de 2001 a través del Proyecto Reforma MINSA - Banco Mundial se realizó la evaluación del diseño y la implementación del Modelo de gestión del Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA). Se comparó con dos hospitales públicos de administración tradicional y se evaluó el resultado del primer año de operación del nuevo modelo de gestión. El HISMA muestra mejores resultados en las variables de producción, costo, calidad técnica y percibida y de eficiencia; igualmente en la eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia; así como en la gestión hospitalaria, evaluada por medio de la acreditación de organización y estructura. El análisis conjunto de los resultados permite concluir que la mayor parte de las diferencias de desempeño se pueden atribuir al modelo de gestión implantado en el HISMA en la Región de San Miguelito. La modalidad utilizada en el modelo HISMA de unificar el financiamiento de MINSA y CSS y otorgar los servicios en forma conjunta a todos los beneficiarios,

evitando los lentos mecanismos de compensación de costos, favorece la equidad y la eficiencia en la utilización de los recursos de salud a nivel regional. La principal deficiencia existente es el poco desarrollo de la entidad compradora de servicios (CONSALUD) y del mecanismo previsto de vigilancia y evaluación desde el nivel central.

Sostenibilidad: Pese a la reciente mejora de la coordinación entre los niveles directivos del MS y la CSS, hasta ahora no hay evidencia disponible de que la RS haya aumentado la legitimación y/o la aceptabilidad global de las principales instituciones públicas prestadoras de servicios de salud a la población. Las causas principales parecen seguir siendo los excesivos tiempos de demora para ser atendido cuando se necesitan consultas, exploraciones y/o tratamientos de patologías comunes, por el lado de los pacientes; la insatisfacción de una parte del personal de salud con las condiciones y expectativas del ejercicio profesional, y las demoras ocasionales en el pago de los insumos de las instituciones de salud, por el lado de los proveedores.

Entre 1994 y 1998, Panamá ha tenido acceso a un flujo creciente de créditos y préstamos así como de créditos no reembolsables y donaciones procedentes de distintas fuentes destinados al sector salud. La tendencia denota que dichos in-flujos se mantendrán en el futuro inmediato. Esto plantea dos tipos de retos: a corto plazo, asegurar la adecuada coordinación y consistencia entre los distintos proyectos, así como la adecuada ejecución de lo comprometido. A medio plazo, no sobrepasar la capacidad de endeudamiento sectorial, y garantizar la sostenibilidad de los programas y las acciones con recursos propios, a medida que los financiadores y donantes externos vayan considerando cumplidos los plazos de vencimiento de los préstamos o el horizonte de las donaciones.

Participación y control social: En 1994 había unos 770 Comités de Salud y dos Federaciones de Comités funcionando. A principios de 1999 se cuenta con 18 Federaciones (más una Confederación Nacional) que agrupan a 1.135 Comités de Salud legalmente constituidos. Se calcula que en ellos participa activamente unas 50.000 personas, la mayor parte en el medio rural.

De 1994 a 1998 se constituyeron 445 Juntas Administradoras de Acueductos Rurales en el ámbito de competencia del MS (poblaciones de menos de 1.500 habitantes) y 93 Módulos de Producción y Educación Alimentaria, de los cuales 81 siguen activos a fines de 1998.

* La segunda edición del Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Panamá, fue elaborada por un grupo de treinta funcionarios y decisores políticos del Ministerio de Salud, del Ministerio de Economía y Finanzas, de la Caja del Seguro Social, de la Contraloría General de la República y de la Organización Panamericana de la Salud. La coordinación técnica del grupo nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Panamá. También se recibieron contribuciones de profesionales del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La revisión externa fue encomendada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, a la Facultad de Medicina de la Columbus University y a la Escuela de Salud Pública de Panamá. La responsabilidad por la revisión final y edición correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- ¹ Ministerio de Economía y Finanzas: “Políticas y Estrategias de Desarrollo, Social y Financiero con Inversión en el Capital Humano”, Panamá, 1999.
- ² Ministerio de Economía Políticas y Estrategias de Desarrollo Social. Panamá, 1999
- ³ Ministerio de Economía y Finanzas - Dirección de Presupuesto de la Nación. Panamá, 1998.
- ⁴ Ministerio de economía y Finanzas - Dirección de Políticas Sociales: “El Gasto Público Social en Panamá”, Panamá, 1998.
- ⁵ Contraloría General de la República - Dirección de Estadística y Censo: “Indicadores Económicos 1993-1995”, Panamá, 1996.
- ⁶ Contraloría General de la República: “Censos Nacionales de Población y Vivienda/Características de la Población”, Panamá, 1990.
- ⁷ Contraloría General de la República: “Estadísticas Vitales/ Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales”, Panamá, Vol. II, 1995. Ministerio de Salud - Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud: “Estadísticas de Salud”, Boletín Anual. Panamá, 1996.
- ⁸ Ministerio de Salud - Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud: “Registro Nacional del Cáncer”. Panamá, 1998.
- ⁹ Banco Interamericano de Desarrollo, Unidad de Estadística y Análisis Cuantitativo. Diciembre 2000.
- ¹⁰ Ministerio de Economía y Finanzas: “Encuesta Nacional de Niveles de Vida”, Panamá, 1997.
- ¹¹ Ministerio de Economía y Finanzas - Departamento de Planificación Social: “Breve Informe Sobre la Situación de los Sectores Sociales en Panamá: 1992-1993”, Documento de Trabajo No. 36, Panamá, 1994.
- ¹² Inter American Development Bank. Panama. Country Paper, April 2001.
- ¹³ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo: “Informe sobre Desarrollo Humano. 1999”, New York, 1999.
- ¹⁴ Ministerio de Salud - Departamento de Formulación, Monitoreo y Evaluación de Programas y Proyectos, Panamá, 1998.
- ¹⁵ Ministerio de Salud: “Memoria Anual”, Panamá, 1997.
- ¹⁶ Caja de Seguro Social - Comisión de medicamentos: “Lista Oficial de Medicamentos”, Panamá, 1997
- ¹⁷ Hospital Santo Tomás: “Estadísticas del Banco de Sangre”, comunicación vía facsímil, OPS-Panamá, 1998.
- ¹⁸ Contraloría General de la República: “Panamá en Cifras 1992-1996”, Panamá, 1997. Ministerio de Economía y Finanzas; “Panamá, Informe Social 1997”, Panamá, 1998.
- ¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la Reforma en el Sector Salud de Panamá. Octubre de 1999.
- ²⁰ Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud: “XII Reunión sobre enfermedades prevenibles por vacunas en Centroamérica”, Panamá, 1998.
- ²¹ Contraloría General de la República: “Situación Social / Servicios de Salud”. Panamá, 1996. Contraloría General de la República: “Estadísticas Vitales / Defunciones”, Panamá, Vol. III, 1995.
- ²² Ministerio de Salud - Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud: “Vigilancia de muertes maternas”. Panamá, 1996.
- ²³ Ministerio de Salud: “La Reforma y Modernización del Sistema Nacional de Salud de Panamá”. Panamá, 1997.
- ²⁴ Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Análisis de la Reforma del Sector Salud en Panamá. Junio de 1999.
- ²⁵ Ministerio de Salud. Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004.
- ²⁶ Gaceta Oficial No. 23535. Panamá, Mayo de 1998. Gaceta Oficial No. 23201. Panamá, Enero 1997. Gaceta Oficial No. 23540. Panamá, Mayo de 1998.
- ²⁷ Ministerio de Salud- Caja de Seguro Social. Situación de Salud de Panamá. Diciembre 1999.

PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

PARAGUAY

(1a. ed, 17 de Septiembre de 1998)

(2a. ed., 22 de Julio de 2001)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

El Paraguay continúa en un proceso de transición democrática. Los indicadores demográficos muestran un acelerado crecimiento poblacional y altas tasas de fecundidad y mortalidad. Las mortalidades materna e infantil siguen superando ampliamente el promedio de América Latina. La población del país es predominantemente joven (41,5% es menor de 15 años). La mitad vive en medio urbano y su tasa de crecimiento es del 3,2%¹. El perfil epidemiológico combina tasas elevadas de enfermedades infecciosas y parasitarias con una alta prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, los cánceres y los accidentes. La situación socioeconómica muestra grandes carencias sociales reflejo de la ausencia de un mejoramiento sustancial en los últimos años.

El Sistema Nacional de Salud, ha tenido un desarrollo lento, si bien en los últimos tiempos se percibe mayor participación y colaboración en las comunidades. Los organismos internacionales, han contribuido al fortalecimiento de las instituciones, a la capacitación de los recursos humanos, a la provisión de fármacos y a otros rubros.

La atención de la salud es responsabilidad de dos subsectores: i) *público*, conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policial, la Universidad Nacional de Asunción, los Municipios, las Gobernaciones, y un conjunto de entes autónomos y empresas estatales descentralizadas; y, ii) *privado*, constituido por instituciones con y sin fines de lucro. También existen instituciones mixtas como la Cruz Roja Paraguaya. Las relaciones entre los niveles de atención de cada institución, y entre las instituciones, son escasas.

Los establecimientos del Ministerio de Salud, se encuentran culminando el proceso de fortalecimiento del equipamiento médico-arquitectónico. Hasta el presente se han fortalecido alrededor de 300 establecimientos, entre puestos, centros de salud y hospitales del país. Se espera que ello permita una mejora sustancial de la atención. La productividad del sector en su conjunto se desconoce. Los datos disponibles en el MSPyBS muestran que en 1999 sus hospitales tuvieron un índice ocupacional promedio del 42,8%, mientras que en los del IPS fue del 94,6%.

En 1999 el gasto per cápita en salud fue de USD 112,9. El gasto público en salud significó el 7,9% del Producto Interno Bruto. El presupuesto ejecutado por el MSPyBS correspondió al 11,3 % del Presupuesto General de la Nación. No existen estudios actualizados sobre los costos de las prestaciones ni sobre la eficiencia en el gasto. La asignación de los recursos sigue siendo en base histórica, correspondiendo el mayor peso relativo a los salarios. Las fuentes de financiamiento son mixtas (Presupuesto General de la Nación, cotizaciones de trabajadores y empleadores, aranceles y cooperación externa). El financiamiento

del sector privado depende de las primas pactadas en los distintos planes de prepago así como del pago directo de los usuarios a los prestadores privados.

En diciembre de 1996, como parte de la estrategia de reforma del sector, se promulgó la Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas con equidad, oportunidad, eficiencia y sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. También pretende racionalizar el uso de los recursos disponibles y establecer relaciones intra e intersectoriales. La Ley otorga la coordinación y el control de los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas de salud al Consejo Nacional de Salud, presidido por el Ministro de Salud, y del cual forman parte todas las instituciones del sector y otras relacionadas. La Ley crea una serie de entidades dependientes del Consejo Nacional de Salud, tales como la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección Médica Nacional y el Fondo Nacional de Salud (estos dos últimos aún no han sido reglamentados). A continuación, un Decreto estableció las nuevas funciones y el modelo organizacional del MSPyBS. El aseguramiento está bajo la supervisión y control de la Superintendencia de Salud y la provisión de servicios es responsabilidad de instituciones públicas y privadas. Las funciones de financiamiento del sector serán asumidas por el Fondo Nacional de Salud y las medidas para modificar la composición del financiamiento sectorial serán estudiadas por el Gobierno.

Actualmente se encuentra en el Parlamento para su aprobación el anteproyecto de Ley de un nuevo Código Sanitario que incorpora elementos de la reforma sectorial tales como la descentralización, la participación comunitaria, la temática de género y la equidad en la prestación de los servicios.

El MSPyBS está en proceso de desconcentración de las actividades técnicas y administrativas desde el nivel central a las regiones sanitarias. Dicho modelo fomenta la autonomía en el manejo de los recursos humanos, en la elaboración y control de sus presupuestos, y en la generación de estrategias basadas en las necesidades de salud de cada comunidad. Además, está en marcha el proceso de reingeniería del Instituto Nacional de Salud para convertirlo en el organismo rector de desarrollo de los recursos humanos en salud, la producción, la administración del conocimiento, y el fortalecimiento de la rectoría sectorial.

Aunque el impacto de la reforma sanitaria aún no puede ser evaluado, se evidencia el mejoramiento de algunos indicadores gracias a la inversión en grupos específicos de la población y en problemas prioritarios de salud. En este sentido se destacan, por ejemplo, el aumento en la inmunización en menores de un año, el incremento del control prenatal por personal capacitado, la disminución de la mortalidad materna, la reducción de la tasa de mortalidad infantil, y la ampliación de la infraestructura y del equipamiento de hospitales públicos. La cobertura de, y el acceso a servicios de la población, el aseguramiento universal y la eficiencia en el gasto constituyen áreas críticas para la elaboración de políticas y estrategias de acción

que podrán ser mejoradas y focalizadas utilizando los estudios que se vienen realizando sobre dichos temas.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto Político: Paraguay es un país unitario. El Estado se organiza mediante un Poder Ejecutivo dirigido por el Presidente de la República², elegido en comicios directos para un periodo de cinco años; un Poder Legislativo compuesto por dos Cámaras, una con 45 Senadores y otra con 80 Diputados; y un Poder Judicial, formado por la Corte Suprema y los tribunales establecidos por Ley.

La división geopolítica responde a 17 departamentos y 221 distritos. Sus autoridades incluyen: en el nivel departamental, el Gobernador y la Junta Departamental; y en los Municipios, el Intendente y la Junta Municipal, todos electos mediante elecciones directas. En 1991 se celebraron las primeras elecciones municipales directas en la historia del país, y el 20 de junio de 1992 se sancionó una nueva Constitución que consagra un Estado Democrático y Social de Derecho con participación pluralista y con tendencia a la descentralización política y administrativa.

La planificación y gestión del desarrollo es responsabilidad de la Secretaria Técnica de Planificación de la Presidencia, la cual desarrolla en la actualidad un Programa de Inversiones con subprogramas orientados a regular las inversiones, a la reforma comercial, a la privatización de empresas públicas, y a reformar los sistemas fiscal y financiero, el mercado de capitales, y la Seguridad Social. También se han creado Consejos de Desarrollo Departamental.

El Paraguay no cuenta con una política social explícita³. Los mecanismos de solución de los problemas sociales son canalizados a través de varias instituciones, tales como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Justicia y Trabajo, la Secretaría de Acción Social de la Presidencia de la República, el Instituto de Bienestar Social, la Dirección de Beneficencia, la Fundación de la Primera Dama, y el Instituto Nacional de Indígenas. Además, los entes descentralizados, tales como gobernaciones y municipios, tienen un rol muy importante en las políticas sociales a nivel local.

Paraguay vive una democracia incipiente donde no toda la incertidumbre política ha sido despejada y persiste una situación económica y social compleja donde destacan la pobreza, las inequidades, el déficit de saneamiento básico, las dificultades de acceso a los servicios de salud, las migraciones hacia la capital, y la aparición de fenómenos como el de los “niños de la calle”, todas ellas condiciones que afectan negativamente la salud de la población, especialmente en las áreas rurales y urbanas marginales⁴.

1.2 Contexto Económico: Los cambios políticos conllevaron cambios económicos. Aunque persiste la evasión fiscal y la fragilidad del sistema financiero, se controló la inflación, se unificó el tipo de cambio, se redujeron el déficit público y la deuda externa, y se liberaron las tasas de interés.

La estructura del PIB⁵ por ramas de actividad económica muestra muy poca variabilidad en el comportamiento de los distintos rubros.

Algunos Indicadores Económicos

Indicador	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PNB per cápita en USD ^{6/}	1.619	1.625	1.656	1.634	1.633	1.585	1.552
PEA, en miles ^{10/}	2.434	2.505	2.579	2.772	2.855	2.941	3.028
Gasto público total como porcentaje del PBI ^{6/}	14,6	15,1	17,2	17,2	17,9	18,5	14,2
Gasto público social como porcentaje del PBI ^{6/}	8,9	7,8	8,9	9,3	10,8	11,1	ND
Gasto total en salud como porcentaje del PBI ^{23/}	ND	ND	ND	9,2	7,4	7,2	7,9
Tasa de inflación anual ^{6/}	18,3	20,6	13,4	9,8	7,0	11,6	6,7

Fuentes: ^{6/} BCP. Boletín de Cuentas Nacionales 1989-1999, N° 36. ^{10/} CEPAL-Celade. Boletín demográfico. 1950-2000. 1991. ^{5/} Sistema de Naciones Unidas. Iniciativa 20-20. El gasto Público Servicios Sociales Básicos en Paraguay. ^{23/} OPS. Grupo Nacional de Sistemas de Cuentas, 1999.

La producción de bienes ha tenido un ligero incremento, pasando del 46,6% en 1994 a 48, 2% en 1999, siendo el rubro de bienes agropecuarios el más significativo (aumentó de 25,7% a 28,1% en ese período). La producción de bienes y servicios ha tenido un ligero descenso (de 53,4% a 51,8 entre 1994 y 1998). Dentro de esta última categoría hubo un incremento del 2% en el rubro de servicios básicos, y de 1% en el gobierno central. No hubo variación en los rubros de vivienda y otros servicios.

Las diferentes modalidades de cooperación técnica recibidas por el Paraguay en 1.999⁷, han desembolsado un total de USD 61,5 millones. De este monto, el 57% corresponde al Japón, el 12,7% a USAID, el 9,8% al BID, el 8,1% a la Unión Europea, el 3,9% a la República de China, y el 3,4% a la República Federal de Alemania. Aún cuando las otras fuentes no superan el 2% de los desembolsos, los proyectos que apoyan son importantes en el proceso de desarrollo del país.

Estructura del PIB por ramas de Actividad Económica, 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Producción de bienes	46,6	47,1	46,7	46,9	47,4	48,2
Bienes agropecuarios	25,7	26,5	26,5	27,2	27,4	28,1
Industria	15,1	14,8	14,3	13,9	14,1	14,1
Construcciones	5,4	5,3	5,4	5,3	5,4	5,5
Otros	0,5	0,56	0,5	0,5	0,5	0,5
Producción de servicios	53,4	52,9	53,3	53,1	52,6	51,8
Servicio básicos	9,5	9,9	10,3	10,4	10,6	11,5
Gobierno central	5,0	5,1	5,5	5,7	5,7	6,0
Viviendas	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8
Otros servicios	9,4	9,2	9,4	9,4	9,7	9,9
Crecimiento del PIB	3,1	4,7	1,3	2,6	-0,4	0,5

Fuente: Banco Central de Paraguay. Gerencia de Estudios Económicos. Cuentas Nacionales 1989-1999. Número 36.

1.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico: La población total proyectada para 2.000 es de 5.496.450 habitantes, siendo un 54,0% población urbana y un 46,0% población rural⁸. La población indígena suma 49.487 personas (1,19% de la población total)⁹ y está constituida por 17 etnias y 5 familias lingüísticas. La tasa de crecimiento poblacional es de 2,5 y la razón de dependencia es de 79,5 por 100 habitantes. El crecimiento promedio de la población en los últimos 5 años ha sido de alrededor del 1%.

La esperanza de vida al nacer fue de 70,0 años en 1.999 (72,4 para mujeres y 67,2 años para varones)¹⁰. La tendencia para el último quinquenio es prácticamente estable pues se observa un mínimo incremento en los años de vida (0,94), pasando de 69,3 años en el año 1996 a 70,24 para el año 2000.

Los movimientos poblacionales en los últimos años no han sido muy marcados. No obstante, los principales desplazamientos ocurridos fueron: urbano-urbano, 32,4%; rural-urbano; 27,9%; rural-rural, 25,6%; y urbano-rural, 14,1%. Los principales motivos de desplazamientos fueron por motivos familiares (56,5%), y por trabajo (29,2%)

Indicadores	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa bruta de natalidad ¹¹	33.04	34.09	32.29	32,26	31,81	30,92	30,48
Tasa global de fecundidad ¹¹	4.34	4.55	4.4	4,3	4,2	4,2	4,1
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes) ¹¹	6.38	6.38	6.23	5,63	5,06	5,44	5,34
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 NV) ^{2/}	124,5	139,5	130,7	123,25	101,8	110,9	114,4*
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 NV) ¹¹	42,75	42,0	41,25	40,62	39,99	39,36	38,73

Fuentes: 11/ Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos. Estimación y Proyección de la Población Nacional 1990-2025. 1996.

2/ Ministerio de Salud. Departamento de Bioestadística. Indicadores de Mortalidad 93 ,94, 95, 96, 97, 98. * Cifras provisionales

El porcentaje estimado de subregistro de mortalidad es de 43,7%. El porcentaje de defunciones por síntomas y causas mal definidas es de 19,1%. Las cinco principales causas de muertes (1998) son: (1) enfermedades del aparato circulatorio, 25,9%; (2) tumores, 12,7%; (3) causas externas, 10,9%; (4) enfermedades del sistema respiratorio, 8,2%; y (5) enfermedades infecciosas y parasitarias, 5,7%.

Mortalidad General por causas, 1994-1999 (Tasa por 100.000 habitantes)

Causas	1994	1995	1996	1997	1998	1999*
Enfermedades transmisibles	21.71	18.20	26.76	23.16	19.24	ND
Tumores	39.27	39.97	43.63	42.87	42.38	42.25
Aparato circulatorio 1/	119.42	114.67	111.92	76.69	86.61	83.74
Causas externas	34.36	40.22	38.93	38.25	36.56	30.80
TBC	2.54	3.11	3.55	3.48	2.89	3.11
Lepra	0.17	0.10	0.12	0.06	0.13	ND
Diabetes	12.52	13.05	13.62	12.78	13.16	12.73

Enfermedades Nutricionales 2/	2.41	1.82	2.16	1.53	3.10	1.91
-------------------------------	------	------	------	------	------	------

Fuentes: MSPyBS. Indicadores de Mortalidad 1994,95,96,97 y 98. 1/ CIE10 (100-199). 2/ CIE10 [D50-64; E40-46; E50-54]. */ Informe preliminar del MSPyBS. Departamento de Bioestadística. 2001.

La tendencia de las enfermedades transmisibles, del aparato circulatorio y las causas externas han disminuido frente a los casos de tumores que ha tenido un ligero incremento en los últimos años.

Los casos de *tumores* se han incrementado en 7,5% entre 1994 y 1999. Los casos de mortalidad por *Diabetes mellitus* afectó en un 61% a las mujeres y 39% a los hombres. El 94% de las defunciones ocurrieron a partir de los 50 años. Los casos de defunciones debidos a *enfermedades nutricionales* se han registrado en un 31% en menores de 1 año, y 53% en mayores de 60 años. En los establecimientos del Ministerio de Salud han sido causas de morbilidad en 1999¹², las siguientes patologías: IRA (256.241 casos); Parasitosis (67.102); Anemia (57.793 casos); Diarrea (41.450 casos); Hipertensión arterial (26.828); Causas externas (46.866 casos).

Principales causas de mortalidad infantil (Tasa registrada por 1.000 Nacidos Vivos)

Causas	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*
Lesiones debidas al parto	4,1	4,1	3,8	4,2	3,9	3,3	3,6
Infecciones del RN	3,3	3,2	2,9	3,8	3,1	3,5	3,0
Neumonía e influenza	4,0	2,8	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Anomalías Congénitas	2,3	2,0	2,2	2,2	2,2	1,8	1,8
Prematuridad	1,6	1,5	1,5	1,8	1,9	2,4	1,9
Diarrea	3,1	3,3	2,4	2,0	1,9	2,0	2,3
Meningitis	0,9	0,5	0,7	0,4	0,4	0,3	0,4
Desnutrición y anemia	0,4	0,5	0,2	0,2	0,1	0,4	0,2
Tétanos	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1
Signos y síntomas mal definidos.	1,7	1,5	1,6	1,0	0,9	0,7	0,8
Resto	3,4	2,1	2,0	2,8	2,8	2,6	2,9
Total General	24,7	21,7	19,7	20,9	19,7	19,6	19,4

Fuente: MSPyBS. Indicadores Básicos de Mortalidad, 1997 y 1998.

Los índices de mortalidad infantil muestran un descenso del 21,5% entre 1993 y 1999¹³. Alrededor del 75% de las muertes son causadas, según orden de importancia por: lesiones debidas al parto, infecciones del recién nacido, neumonía en influenza, diarrea, anomalías congénitas y prematuridad. De estas patologías, las causadas por neumonía y diarrea son las más significativas pasando de 4,0 y 3,1 en 1993 a 2,4 y 2,3 respectivamente en 1.999. Entre las patologías que siguen cobrando importancia figuran los casos

de VIH/SIDA. En 1999 se registraron 98 casos nuevos, 64% en hombres y 32% en mujeres. En cuanto al *Dengue*, surgió un brote epidémico en febrero de 1999 en tres departamentos y en la capital. El Laboratorio Central de Salud Pública, registró 1164 por serología, del serotipo DEN1. De enero a abril 2000 se produjo una epidemia masiva, en todo el país. Durante el 2001 se han registrado casos aislados, pero se detectó la circulación de un nuevo serotipo DEN2, lo que incrementa el riesgo de casos de dengue hemorrágico. Dentro de la política de salud para el año 2.000 se estableció un compromiso para la reducción de la mortalidad materna e infantil y para ello se priorizaron los programas de salud reproductiva. Además, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) cuenta con los siguientes programas: SIDA; Diabetes; TBC, Salud Materna, Salud Mental; Drogadicción y Alcoholismo; Nutrición; y Dengue. La situación de la drogadicción a nivel nacional ha empezado a formar parte de la problemática social, por cuanto el MSPyBS ha incorporado un programa dentro del programa de salud integral del adolescente.

1.4 Contexto Social: El promedio de años de estudio aprobados por la población de 25 años y más es de 6,4 años. En el área urbana es de 8,4 años para los hombres y 7,6 años para las mujeres, y en el área rural es de 4,6 para los hombres y 4,1 para las mujeres. Según la encuesta de Hogares de 1999, la población sin instrucción en la zona urbana resultó de 2,6% y en la zona rural es de 9,5%. La que solo tiene educación primaria es del 40,1% en el área urbana, y 69,7% en la rural. La educación secundaria es de 45,4% en el área urbana y 18,8% en la rural y la terciaria es de 11,7 para la zona urbana y 2,0 para la rural.¹⁴

La pobreza afecta al 33,7% de la población (26,7% en zona urbana y 41,9% en zona rural). La pobreza extrema afecta al 15,5% (6,1% en zona urbana y 26,5% en zona rural). La pobreza no extrema en la zona urbana es de 20,6%, y supera ligeramente a la rural (15,4%)¹⁵. En 1999 el Coeficiente de Gini¹⁶ fue de 0,530 (0,479 para áreas urbanas y 0,534 para las rurales). El 20% más rico de la población gana, en promedio, 13 veces más que el 20% más pobre. En las áreas urbanas el 56,9% de los hogares tiene al menos una Necesidad Básica Insatisfecha, y dos tercios de los pobres urbanos son migrantes rurales.¹⁷

En el año 2.000, Paraguay ocupó la posición 81 en la clasificación del Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹⁸. La tasa de desempleo abierto en 1999 fue del 6,8% (9,4% en zona urbana y 3,4% en zona rural) y el desempleo oculto fue del 9,7% (7,9% en zona urbana y 12,0% en zona rural). El desempleo abierto afecta principalmente a las mujeres (7,5% frente a 6,5% para los hombres). En 1999, la población sin seguro médico fue de aproximadamente 80,1% (68,8% en zona urbana y 93,3% en zona rural).

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización General: La atención de la salud es responsabilidad de dos subsectores¹⁹: i) *público*, conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción, los Municipios, las Gobernaciones y un conjunto de entes autónomos y empresas estatales descentralizadas y, ii) *privado*, constituido por las universidades privadas, entidades sin fines de lucro (ONG's p. ej.) y con fines de lucro (hospitales y clínicas privadas, p. ej.). La Cruz Roja Paraguaya es una institución mixta.

Actores públicos: El MSPyBS es la autoridad del Poder Ejecutivo encargada de proteger la salud de la población. Registra los recursos humanos, los establecimientos de salud y los medicamentos, y mantiene un sistema regionalizado de establecimientos de salud cuyas áreas geográficas corresponden a la división política del país. El MSPyBS presta servicios en las 18 regiones sanitarias en tres niveles de atención. Desarrolla acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Provee medicamentos en sus establecimientos, o en dispensarios de la comunidad, con precios subvencionados. Provee atención de emergencias y traslados en ambulancia. No brinda atención domiciliaria. Posee 29 servicios de hemoterapia distribuidos en los hospitales cabeceras y en Asunción cuenta con el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Presta servicios de Anatomía Patológica desde el Laboratorio del MSPyBS ubicado en Asunción a todos los servicios del país. El MSPyBS financia sus servicios de salud con recursos provenientes del: i) Tesoro Público; ii) fondos especiales y regalías, iii) copagos (aranceles) aportados por los usuarios al recibir la asistencia y, iv) cooperación internacional. Dispuso para el año 2.000, de 2.781 médicos, 415 odontólogos, 331 bioquímicos y químicos farmacéuticos, 1.392 licenciadas en enfermería y obstetricia, 857 técnicos y 4.104 auxiliares de enfermería. Este personal se desempeña en 634 puestos de salud, 120 centros de salud, 17 hospitales regionales, 18 hospitales distritales, 12 hospitales especializados y 7 centros de especialización. Cuenta con un total de 2.184 camas.

El Instituto de Previsión Social, creado en 1943, cubre los riesgos de enfermedad - maternidad, invalidez, vejez, sobrevivencia y muerte de los trabajadores asalariados. El sistema es de reparto y el financiamiento viene de los aportes cobrados sobre los ingresos de los trabajadores, siendo el 14% del empleador, 9% del trabajador y 1.5% del Estado. Un programa no contributivo provee un seguro que cubre enfermedad y maternidad a excombatientes de la Guerra del Chaco y familiares. Además, existe un régimen de seguro de salud para funcionarios del Magisterio (oficial y privado), empleadas domésticas de Asunción y trabajadores de entes autárquicos. Las prestaciones de salud incluyen atención médico-quirúrgica, dental, farmacéutica, hospitalización y subsidio por reposo. No incluye prótesis. Los medicamentos son provistos en farmacias propias, según listado. El Instituto de Previsión Social también produce y distribuye internamente algunos medicamentos. Cuenta con un total de 1.195 camas hospitalarias.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas atiende al personal militar activo y en retiro, a sus familiares y a la población civil en regiones donde no existen centros asistenciales públicos o privados. Cuenta con un Hospital Militar Central (250 camas), y con el Hospital San Jorge (60 camas), ambos en Asunción, así como con tres hospitales en unidades militares del interior del país. Los recursos provienen del Presupuesto General de la Nación en el rubro del Ministerio de Defensa.

La Sanidad Policial atiende a funcionarios, ex funcionarios, familiares y presidiarios. Posee un Policlínico Policial Central en Asunción (80 camas) y 22 Puestos de Enfermería en las principales Unidades Policiales. Sus recursos provienen del Presupuesto General de la Nación. Cuenta además con un seguro complementario en forma de prima fija.

La Universidad Nacional de Asunción presta servicios asistenciales parcialmente gratuitos en el Hospital de Clínicas y en el Neuropsiquiátrico, ambos en Asunción. Los recursos provienen del Presupuesto Universitario. El Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas cuenta con 450 camas.

En las Gobernaciones Departamentales el Secretario de Salud de la Gobernación es por ley la autoridad máxima del Consejo Regional de Salud y se coordina con los Municipios del Departamento y con el Gobierno Central. La administración del Sistema Nacional de Salud es centralizada por el Ministerio de Salud y hasta el momento se encuentra en proceso de transferencia de los recursos financieros y humanos a los niveles regionales de salud para su administración con apoyo de los Consejo Local de Salud.

De entre los Entes Autónomos y Empresas Estatales Descentralizadas, dos de ellos (Itaipú Binacional y Yacyretá) ofrecen prestaciones de salud y seguro médico adicional a funcionarios, ex funcionarios y familiares en instalaciones sanitarias propias, generalmente para atención ambulatoria. También ofertan programas preventivos y de asistencia médica a toda la población de la zona de influencia de las represas.

Actores privados: Instituciones privadas sin fines de lucro: Incluyen el Centro Médico Bautista, el Centro Paraguayo de Estudios de Población, la Fundación Prevención de la Ceguera Santa Lucía, la Cámara Junior, el Clubes de Leones, la Asociación de Derechos del Niño Deficiente, la Asociación de Padres y Amigos de deficientes mentales y físicos, la Fundación Diego, la Fundación Banco de Ojos Oca del Valle y otros, que brindan atención médica directa. Además, existen alrededor de 30 ONG's en todo el país que trabajan entregando servicios a los sectores más carenciados.

La Cruz Roja Paraguaya cuenta con un hospital para la atención materna de 125 camas. Se financia con aportes de una Fundación privada sin fines de lucro. Los salarios del personal médico, paramédico y administrativo son financiados por el Ministerio de Salud.

Instituciones Privadas con fines de lucro: Incluye las 33 empresas de medicina de prepago que ofertan servicios a través de consultorios, farmacias, laboratorios hospitalares y clínicas privadas, la mayoría en el área de Asunción y en el Departamento Central. En este subsector se incluyen 16 bancos de sangre y

hemoterapia (13 en Asunción y 3 en el interior). Existe un servicio de Ayuda Mutual Hospitalaria que cubre a los indígenas del Chaco Central (18.000 personas) mediante un seguro financiado por trabajadores (5% del salario) y patronos (10%). El seguro cubre los gastos de consultas, internación y medicamentos del trabajador y su familia, incluyendo un mes de desempleo. Abarca a todos los grupos indígenas del Chaco Central y tiene validez en todos los centros asistenciales menonitas. Las aseguradoras privadas con fines de lucro se nutren de las primas, que abonan sus clientes. Con dichos fondos se financian la compra de servicios privados de asistencia sanitaria de todo tipo.

El conjunto del sistema: El modelo emergente es un Sistema Nacional de Salud que ejecuta acciones sanitarias integradas, con políticas que posibilitan la coordinación y la complementariedad de programas y recursos entre los subsectores público y privado. En diciembre de 1996 se promulgó la Ley N° 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud, como parte de la estrategia de Reforma del Sector, cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas de manera equitativa, oportuna, eficiente, sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. El Sistema Nacional de Salud busca: a) mejorar el acceso efectivo a la atención de salud, b) evitar la duplicación de la oferta de servicios, c) la coordinación intra e intersectorial, y la descentralización, d) mejorar el rendimiento de los recursos, e) la participación social y comunitaria, f) mejorar la coordinación de todos los esfuerzos de cooperación técnica al proceso de Reforma Sanitaria. La Ley ratificó al Consejo Nacional de Salud, formado por representantes de instituciones del sector y otras relacionadas (Ministerios de Hacienda, Educación, etc.), y presidido por el Ministro de Salud, y creó tres direcciones ejecutivas del Consejo Nacional de Salud: el Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud, y la Dirección Médica Nacional. También creó los Consejos Regionales y Locales de Salud.

En 1998, el Decreto Ley 19966 reglamentó la descentralización sanitaria, la participación ciudadana y la autogestión en salud como estrategias para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, y facultó a los Municipios y a los Consejos Locales de Salud para administrar fondos del nivel central y regional para el desarrollo de planes locales de salud. Además, el Decreto 20553 reglamentó la Superintendencia de Salud, el Decreto 21376 estableció la nueva organización funcional del Ministerio de Salud, y el Decreto 22369 fijó las funciones de la Dirección Médica Nacional. La Superintendencia de Salud (SS) funciona desde enero del 1999 (ver sección 3 del Perfil)

No existe concordancia entre el grado de descentralización de la administración del Estado y la de los servicios del MSPyBS, ya que éste inició antes el proceso mediante la firma de Acuerdos de Compromiso con los Municipios. Las relaciones entre los niveles de atención de cada institución y entre las distintas instituciones entre sí son muy escasas, sean del sector público o privado. La Ley 1032 propone la

organización de servicios por niveles de complejidad y la coordinación entre servicios del MSPyBS, el IPS y el sector privado, en los Consejos Regionales y Locales de Salud.

2.2 Recursos del sistema:

Recursos humanos: En el año 2000 se contó con 19.842 funcionarios de salud.²⁰ La distribución es como sigue: 3.427 médicos, 439 odontólogos, 350 bioquímicos, 1.567 licenciadas en enfermería y obstetricia, 1.035 técnicos, 241 otros profesionales, 4.542 auxiliares de enfermería, 3.852 personal administrativo y 3.474 personal de apoyo. Por cada 10.000 habitantes están disponibles: 6,4 médicos; 0,82 odontólogos; 0,65 bioquímicos; 2,9 licenciadas en enfermería y obstetricia; 1,9 técnicos; 8,5 auxiliares de enfermería. La mayor cantidad de recursos humanos en salud se concentran en la Región Central y Capital. Muchos profesionales realizan actividades en más de una institución del sector. No obstante, el sistema de información no permite determinar la cantidad real. No existen datos precisos sobre el total de recursos humanos para todo país.

RECURSOS HUMANOS DEL MSP y BS

Tipo de Recurso	Año						
	1994	1995	1996	1997	1998	1.999*	2.000*
Nº Total de médicos 1/	3.530	3.370	3.941	ND	ND	2.294	2.781
Nº Total de enfermeras.	ND	ND	ND	ND	ND	3.589	4.104
Nº Total de técnicos medios.	ND	ND	ND	ND	ND	753	857
Nº Egresados en salud pública. 2/	ND	ND	ND	ND	10	28	ND
Médicos/10.000 hab.	7,5	6,9	7,9	ND	ND	4,3	5,1
Enfermeras/10.000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND	6,7	7,6

Fuentes: 1/ MSPyBS, Indicadores Básicos de Mortalidad 1994,95,96 y97. 2/ INS, Informe de Dirección General, 2001. */ MSPyBS, Informe de la Dirección General de RRHH, 2.001. (incluye solo al MSPyBS).

No se cuenta con información de recursos humanos de los servicios de salud privados. Dadas las grandes dificultades para obtener información sobre recursos, actualmente se está preparando un proyecto de Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud. No obstante, es importante tener en cuenta la imposibilidad de sumar el total de profesionales, especialmente en lo relacionado a profesionales médicos debido a la duplicidad de funciones en los establecimientos del MSPyBS, del Instituto de Previsión Social y en los privados.

RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS. 2000

Institución	Tipo de recurso humano					
	Médicos	Lic. Enf. Y Obstetricia	Auxiliares Enfermería	Otros profesionales	Personal Administrativo	Servicios Generales

MSPyBS 1/	2.781	1.392	4.104	934	3.231	3.004
IPS 2/	523	53	666	98	645	482
Hospital Policía	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Univ. Nacional	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Total	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: 1/ MSPyBS, Informe de la Dirección General de RRHH, 2001. 2/ IPS, Dirección Médica, 2001.

El Instituto Nacional de Salud (INS) sigue siendo apoyado por la OPS en acciones de desarrollo institucional para fortalecer su liderazgo en la formación y capacitación de recursos humanos. En la actualidad, el INS ofrece una gran cantidad de cursos de formación en el campo de la salud. Por ejemplo, en el 2000 - 2001 se realizó la primera Maestría en Salud Pública del Paraguay con énfasis en gerencia de servicios de salud y salud ambiental, así como el curso de gerencia para la gestión de programas y proyectos, cuyos participantes son los gerentes de nivel nacional y regional del Ministerio de Salud. Durante el año 2000 se realizó una evaluación educativa y de impacto en los procesos de trabajo realizados por los alumnos en los servicios de salud. Esta evaluación estableció que los alumnos están aplicando adecuadamente los nuevos conceptos incorporados. Se cuenta actualmente con más de 60 egresados de estos cursos incorporados en diferentes niveles de la prestación de servicios. Como parte del fortalecimiento del INS se está desarrollando la iniciativa de Biblioteca Virtual en Salud.

Medicamentos y otros productos sanitarios: La política de precios de los medicamentos está establecida por el Decreto N° 20.996/1.998, el cual establece el control total sobre los mismos. Según la Dirección de Vigilancia Sanitaria del MSPyBS, los cinco productos de mayor venta en el mercado son: la Novalgina, Lotrial, Celexin, Trifamox IBL y Dolgenal. Aún no se cuenta con una política nacional de medicamentos. No obstante, se encuentra en estudio un proyecto para su aprobación. No se cuenta con un listado nacional de medicamentos pero se halla en estudio su elaboración. Los establecimientos del MSPyBS cuentan con farmacias para los pacientes con un subsidio que en algunos casos llega hasta el 100% para los pacientes insolventes. Algunos establecimientos dentro de las Regiones Sanitarias están implementando las farmacias sociales que ofrecen medicamentos a un costo reducido para los pacientes insolventes.

El Artículo 46 del Decreto N° 8342/95 establece la presencia efectiva del farmacéutico responsable de las farmacias, cumpliendo sus funciones como mínimo tres horas diarias. Además, se ha de exponer en forma visible el nombre y registro del regente profesional, y un aviso del horario con previa comunicación a las autoridades sanitarias. Las farmacias sin regentes no podrán ser abiertas al público.

En el año 2.000 fueron registradas 47.163 donantes de sangre, de los cuales el 85% se realizaron en los servicios públicos (MSPyBS, 17.772; IPS, 13.469; Hospital de Clínicas, 7.216; C.R.P, 683; Hospital de Policía, 591 y Hospital Militar, 482 casos) y 15% en el sector privado (6.950 casos).²¹ Del total de casos, 98% han sido donantes controlados. El 72% de las donaciones tuvieron lugar en la capital y el 28% en el Interior, donde solo se realizan donaciones en los servicios públicos (MSPyBS e Instituto de Previsión Social). El código sanitario en su artículo 239, faculta al MSPyBS a establecer normas para la apertura, habilitación, inscripción, registro y funcionamiento de los establecimientos de salud. La resolución SG No 220/94 faculta al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, en conjunto con la Dirección de Controles de Establecimientos de Salud, para el registro de los establecimientos destinados a bancos de sangre y servicios de transfusión y establece los procedimientos para la apertura, habilitación, inspección y funcionamiento de los mismos en toda la República.

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nº total de productos farmacéuticos registrados	ND	ND	ND	ND	ND	ND	6.337**
Porcentaje de medicamentos de marca	ND	ND	ND	ND	ND	ND	83,87%**
Porcentaje de medicamentos genéricos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	14,3%**
Gasto total en medicamentos* (precio de venta a público)	ND	ND	ND	197.649.763	187.467.326	163.540.803	150.927.435
Gasto per capita en medicamentos* (precio de venta a público)	ND	ND	ND	49,9	36,9	31,3	28,2
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos	ND	ND	ND	8,1%	9,7%	11,2%	11,2%
Porcentaje del gasto ejecutado por el MS destinado a medicamentos	ND	ND	ND	ND	77,5%	78,5%	46 %

Fuentes: Dirección de Vigilancia Sanitaria. MSPyBS. Estimación de la Cuentas de Salud 1996-1999. Mayo 2001. OPS/MSPy BS.*Las cifras están expresadas en dólares corrientes. **El total de productos registrados corresponde al total acumulado de los años 1996-1999 y los porcentajes de medicamentos genéricos y de marca se refieren a dicha cifra acumulada.

Equipamiento y Tecnologías: No existen datos precisos sobre la disponibilidad de equipamiento en el sector salud. Los datos disponibles indican la existencia de 1,21 camas por 1000 habitantes²². El 45% de las camas del MSPyBS corresponden al nivel I de complejidad de atención y el 52% de las camas privadas corresponden al nivel II. En el nivel III de atención ambos sectores tienen el 30% de sus camas. El MSPyBS no cuenta con información sistematizada respecto a la capacidad instalada de equipamiento médico y de radiodiagnóstico en todo el país. Algunos estudios realizados por la cooperación internacional permite tener una idea sobre la calidad de la infraestructura y equipamiento y su nivel de deterioro. La Superintendencia de Salud cuenta con información completa de los servicios privados que van registrándose, pero no encuentra sistematizada la información y ello dificulta su cuantificación. Los

establecimientos de salud del MSPyBS tienen bajos niveles resolutivos si se considera: a) la infraestructura y equipamientos deteriorados y con poco mantenimiento, b) la deficiente red de medios de comunicación, de sistemas de radio, telefonía y transporte, c) el deficiente nivel de dotación y de capacitación de los recursos humanos en la mayoría de las áreas de servicio, d) que los hospitales del segundo nivel solo cuentan con el

DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR SALUD, 1.999

Subsector	Tipo de Recursos			
	Camas	Laboratorios Clínicos	Bancos de Sangre	Equipos de Radiodiagnóstico
Público	4.538	ND	29	ND
MSPYBS 1/	2.184	ND	ND	ND
IPS 2/	1.195	ND	ND	ND
Sanidad Militar 1/	676	ND	ND	ND
Sanidad Policial 1/	80	ND	ND	ND
UNA 1/	451	ND	ND	ND
Privado 3/	953	ND	15	ND
TOTAL	5.615	320	44	ND

Fuente: 1/ MSPyBS. Departamento de Bioestadística. 2.001. 2/ IPS. Informe de la Dirección Médica. 2.001. 3/ Informe del año 2.000 de la Superintendencia de Salud. 2001.

57,9% del equipamiento mínimo requerido y de éstos el 52,8% están fuera de servicio, e) que los hospitales de primer nivel solo cuentan con 35,5% del equipamiento mínimo requerido y de éstos el 45% necesitan reparación y mantenimiento, f) la deficiente planificación de recursos y gestión hospitalaria.²³ En relación a la gestión tecnológica en salud, luego de realizar un análisis preliminar de la situación en el país, el MSPyBS ha desarrollado un plan de acción que fortalece su capacidad rectora y reguladora en tecnología de salud. Para su ejecución creó el Departamento de *Gestión Tecnológica* de los servicios básicos de salud, dependiente de la Dirección de Recursos físicos del MSPyBS, el cual ha llevado adelante los delineamientos técnicos de los equipamientos médicos y arquitectónicos de diversos proyectos financiados por la cooperación internacional.

2.3 Funciones del sistema de salud:

Rectoría: El Decreto 21376 establece que el MSPyBS asume el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva. Compete al Consejo Nacional de Salud, presidido por el Ministro del MSPyBS, la concertación y coordinación interinstitucional de planes, programas y proyectos de interés nacional. Así como también

en la Ley 1032 se prevé la creación del Fondo Nacional de Salud, el cual tendrá la función de control y supervisión del financiamiento del sector. No están definidas las funciones esenciales de salud pública. Las funciones de regulación sectorial y de autoridad sanitaria son compartidas por el MSPyBS y el Consejo Nacional de Salud a través de la Dirección de Vigilancia Sanitaria de la Superintendencia de Salud, respectivamente. La notificación de enfermedades transmisibles es obligatoria pero está limitada a los servicios públicos. El control sanitario de puertos, aeropuertos y terminales terrestres también es parte del sistema. El control de los mismos es ejercido por el Servicio Nacional de Salud Ambiental (SENASA) el cual tiene un representante en las zonas fronterizas que trabaja directamente con las Regiones Sanitarias involucradas. Existen varias instituciones de apoyo técnico a estas funciones: i) el Centro Multidisciplinario de Investigación Tecnológica que por encargo del MSPyBS, realiza los análisis de control de calidad de los medicamentos; ii) el Laboratorio Central, que autoriza y registra la habilitación para todos los laboratorios de análisis clínico (no realiza acreditación ni evaluación continuada) y, iii) el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, que es el organismo responsable del control y protección de alimentos. La Ley 1032 atribuye a la Dirección Médica Nacional funciones de normatización y encarga a la Superintendencia de Salud la regulación de las instituciones de aseguramiento y de prestadoras de servicios privados. El MSPyBS como unidad rectora establece las políticas de salud y habilita los programas de salud de acuerdo a la necesidad real de salud que presenta la población. Los programas tienen cobertura nacional y participan activamente todos los servicios de salud, tanto público como privado. Existen deficiencias en la cobertura, calidad y oportunidad de la información disponible, lo que dificulta su uso efectivo para la toma de decisiones. La Dirección General de Recursos Humanos del MSPyBS cumple funciones de administración de personal, y no es responsable por la formulación de la política de recursos humanos, la cual está a cargo del Instituto Nacional de Salud. Tanto el Instituto como la Universidad Nacional, la Universidad Católica y algunas universidades privadas contribuyen a la formación técnica de los recursos humanos. El Instituto se ocupa de la aprobación y supervisión técnica de los cursos. La Superintendencia se encarga de la acreditación de establecimientos de salud, una de sus funciones es la evaluación de las tecnologías en salud y otra es evaluar la capacidad institucional para responder a las demandas de salud con garantía para la población. Existen actualmente un conjunto de protocolos de atención para diferentes tipos de atención así como guías práctica clínica que se encuentran en proceso de universalización. A través de la Superintendencia de Salud se exigirá la utilización de los mismos en los servicios privados.

Financiamiento y gasto: La primera aproximación global al financiamiento y al gasto del sector se hizo con el estudio de “Análisis del Sector Salud del Paraguay”²⁴ realizado por encargo del Consejo Nacional de Salud por un equipo interinstitucional con la cooperación de la OPS/OMS. Las fuentes de

financiamiento del subsector público son mixtas (Presupuesto General de la Nación, cotizaciones del trabajador y del empleador, primas, pago directo por servicios, aranceles y cooperación externa) con un precario control de procesos y resultados. Los establecimientos públicos cobran aranceles que no corresponden a los costos reales y sus ingresos se transfieren al Ministerio de Hacienda. El financiamiento del subsector privado depende de las primas de distintos planes (empresas de medicina de prepago) y del pago directo del usuario a los prestadores. No hay una entidad separada que cumpla la función de regular el financiamiento. La Ley 1032 crea el Fondo Nacional de Salud que aún no ha sido implementado. Un estudio reciente sobre gasto en salud²⁵ revela los siguientes datos:

Financiamiento del Sector Salud en USD, 1.996-1.999

	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PUBLICO	281.016.969	290.645.136	290.070.529	305.849.551
1.1 MSPyBS y otras inst. Públicas	182.867.833	176.473.957	184.402.396	192.587.608
1.1.1 Financiamiento interno	165.117.709	143.805.760	144.429.898	144.406.460
Fondos del tesoro	140.030.648	116.146.687	121.100.545	121.481.526
Fondos propios	25.087.062	27.659.073	23.329.353	22.924.934
1.1.2 Financiamiento externo	17.750.123	32.668.196	39.972.497	48.181.148
1.2 Seguro Social.				
Aportes a los afiliados	98.149.136	114.171.179	105.668.133	113.261.943
Venta de bienes y servicios				
Ingresos de Capital				
2.SUB SECTOR PRIVADO	485.593.926	402.528.545	332.611.258	306.432.446
2.1 Seguros privados	182.814.815	100.217.531	46.771.911	50.456.877
2.2 ONGs (sin fines de lucro)	ND	ND	ND	ND
2.3 Financiamiento de los hogares de serv. Privados	302.779.111	302.311.014	285.839.347	255.975.569
TOTAL	766.610.894	693.173.682	622.681.787	612.281.997

Fuentes: 1) Dpto. de estadística de MSPyBS, UNA. 2) Dpto. Presupuesto. M. Hacienda (IPS, Gobernaciones, Sanidad Militar, Sanidad Policial). 3) Informe Seguros. Superintendencia de salud. Marzo 2.001. (seguros privados de salud). 4) EIH97/98.Dirección de Estadísticas y Censos. Informe 2000. 5) IPS. Balance Ejecución presupuestaria. 1.999. 6) Elaborado por el Grupo Nacional de Cuentas en Salud Paraguay / OPS-OMS. Abril 2001.

Gasto del Sector Salud por objeto en USD. 1.996-1.999

	1996	1997	1998	1999
1. SUBSECTOR PUBLICO	269.719.506	271.525.929	275.272.827	290.595.063
Servicios personales	139.930.370	146.871.960	150.849.285	137.160.628
Servicios no personales	28.728.889	28.301.056	26.150.715	28.187.560
Materiales y suministros	18.756.543	19.810.464	20.645.398	22.375.761
Drogas, medicamentos	21.846.914	26.337.770	30.830.583	32.546.650
Inversión	45.285.432	45.426.342	42.832.417	60.152.934
Deuda en salud	15.170.370	4.777.880	3.817.748	10.038.153
2. SUB SECTOR PRIVADO	496.888.889	434.095.434	347.408.669	294.037.057
Servicios personales.	321.086.420	216.490.055	169.361.863	159.556.701
Servicios no personales.	ND	ND	ND	ND
Materiales y suministros.	ND	56.476.420	45.336.868	16.099.785
Drogas, medicamentos.	175.802.469	161.128.958	132.709.938	118.380.571
Inversión.	ND	ND	ND	ND

Fuentes: 1) Depto. de estadística de MSPyBS, UNA. 2) Depto. Presupuesto. M. Hacienda (IPS, Gobernaciones, Sanidad Militar, Sanidad Policial). 3) Informe Seguros. Superintendencia de salud. Marzo 2.001. (seguros privados de salud). 4) EIH97/98.Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos. Informe 2000. 5) Instituto de Previsión Social. Balance Ejecución presupuestaria. 1.999. Elaborado por el Grupo Nacional de Cuentas en Salud Paraguay / OPS-OMS. Abril 2001.

Por Ley del Presupuesto General de la Nación, desde 1997 el Estado otorga un subsidio de 75.000 Gs. para pagar un seguro médico a cada funcionario publico adscrito al Sistema Nacional de Recursos

Humanos, dependiente de la Presidencia de la Nación. El pago lo efectúa el Ministerio de Hacienda directamente a la empresa aseguradora que el funcionario elige, previa solicitud y autorización del Ministerio al que pertenece. El gasto en salud per cápita²⁶ (para una población en 1999 de 5,355 millones de habitantes) fue de USD 112,9. Este promedio nacional oculta importantes diferencias entre los departamentos del país.

Se carece de otros estudios desagregados del gasto total en salud así como de procedimientos para su estimación periódica. Las cuentas nacionales elaboradas por el Banco Central del Paraguay ofrecen información periódica tan solo sobre el gasto público. El IPS no ofrece información periódica sobre su gasto en salud. No existen estudios actualizados sobre costo de prestaciones o sobre eficiencia en el gasto. La asignación del gasto público sigue la base histórica correspondiendo el mayor peso relativo a salarios. No existe información completa sobre el destino del gasto privado en salud.

	1996	1997	1998	1999
Gasto Público en salud /Total gasto público.	20,0	18,5	20,8	25,1
Gasto MSPyBS / Total gasto público.	10,4	8,2	9,4	11,3
Gasto total en salud, como % del PIB.	7,8	7,3	7,2	7,9
Gasto público en Salud per cápita en USD.	50,1	46,37	45,09	45,26
Deuda ext. En salud / Deuda ext. Total (%)	ND	ND	ND	16 *

Fuente: OPS, Informe preliminar Grupo Nacional de Sistemas de Cuentas,2.001. */ STP. Informe sobre proyectos de Cooperación Técnica.

El Presupuesto del MSPyBS, con relación al Presupuesto General de Gastos de la Nación²⁷ en valores ejecutados, se ha mantenido como promedio en 9,9% del total entre 1.996 y 1.999. Con respecto al gasto público en salud per cápita se observa un decrecimiento del 35% entre periodo 1996 y 1999.

Aseguramiento: De acuerdo a la Encuesta de Hogares (1.999), el 19,9% de la población cuenta con seguro médico. De esta proporción, el 62,2% corresponde a seguros del Instituto de Previsión Social (IPS), el 31,8% a seguros privados y el 6,0% a otros seguros. La principal institución que ofrece servicios de aseguramiento es el IPS. Existen además numerosas entidades aseguradoras privadas que cubren principalmente a la población urbana del Departamento Central. Al IPS confluyen aportes del trabajador, del empleador y del Estado. El IPS tiene unificadas las prestaciones para todos sus afiliados desde su creación. No existe, hasta el momento, un Plan Básico de Prestaciones para todos los ciudadanos.

El aseguramiento privado comprende las empresas de Medicina de Prepago que suman 33 entidades. El precio de sus planes varía de USD 40 a 140 mensuales. La mayoría de los sanatorios privados tienen el prepago como actividad secundaria. Ofrecen planes cerrados (con servicios propios), planes abiertos (el asociado puede recurrir a servicios médicos de libre elección), y planes mixtos con distintas mezclas de

ambos. Hasta el momento no existe regulación, no hay registro, ni acreditación de planes de salud ni de prestadores. Hasta el momento no se dispone de información confiable y oportuna sobre los grados de coberturas y las diversas modalidades de aseguramiento, incluido el seguro privado. La atención en los servicios del MSPyBS tiene carácter universalista y equitativo, donde puede acudir toda la población sin distinción y las poblaciones carenciadas obtienen un nivel de subsidio de acuerdo a su nivel económico. Se admite que un 30% de la población no tienen acceso regular a servicios de salud.

Provisión de servicios:

Servicios de salud poblacional: El MSPyBS desarrolla programas de promoción y protección de la salud desde sus unidades de atención distribuidas en todo el territorio, dirigidos a grupos específicos de la población y a problemas de salud prioritarios: salud reproductiva²⁸; salud materna e infantil²⁹; atención integral de la niñez³⁰ y adolescencia³¹; nutrición³²; control y prevención del cáncer cérvico uterino³³; control de las infecciones respiratorias y diarreicas agudas; de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA; de enfermedades transmitidas por vectores; de enfermedades no transmisibles: bocio, hipertensión y diabetes; de enfermedades inmunoprevenibles; de adicciones por drogas y alcohol; de lepra y de tuberculosis; así como programas de disposición de aguas y excretas, de salud oral y de salud mental. Existen dificultades para la medición de cobertura de estos programas y no se han realizado evaluaciones de sus resultados. En 1998, las coberturas de vacunas de los menores de un año, fueron: DPT 3ra dosis: 84%; Antipolio 3ra dosis: 84%; Antisarampionosa 78%; y B.C.G. 83%. En 1999 se ha registrado un total de 90.007 partos, que representa el 54% de los nacimientos esperados (85,7% institucionales y 14,13% domiciliarios). De este total, 40,8% fueron atendidas por profesional médico, 44,7% por obstetras, 13% parteras empíricas, y 4,7% por otros personales. De los nacimientos registrados, el 5,4% contaban con menos de 2500 gramos al nacer, el 93% con más de 2500 gramos. En cuanto a la atención por personal capacitado en áreas de salud reproductiva esta incluye, 63,8% de atención prenatal y en 1997 se observó un 84,7% en atención del parto. El MSPyBS ha realizado el 62% de los partos registrados en el país, de los cuales el 24% ha sido por cesárea.

Servicios de atención individual: La información proporcionada por los sistemas de información de los establecimientos no es oportuna ni fiable, y su grado de utilización para la toma de decisiones es bajo. Actualmente se está implementando en algunos establecimientos públicos el Sistema de Información Gerencial, Sistema Informático Perinatal y Sistema Informático del Adolescente que permitirá una visión más gerencial y de calidad de los servicios. El sistema actual de servicios de salud no ha permitido aumentar la capacidad de elección de los usuarios ni en el medio urbano ni en el rural entre distintos proveedores de servicios.

Nivel primario de atención: Se estima que el Instituto de Previsión Social cubre el 20% de la población; el sector privado el 10%; la población restante quedaría bajo cobertura del MSPyBS, el cual admite que un 30% de la población total no tiene acceso regular a servicios de salud. No existen datos precisos sobre el número de centros de atención primaria que disponen de sistemas de información computarizados.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS MSPyBS³⁴ e IPS³⁵, 1999

	MSPyBS 1/	IPS 2/ (2000)	TOTAL	Tasa por 1000 hab
Consultas y controles por profesional médico (MSPyBS + IPS). 1/	1.204.050	1.731.779	2.935.829	548,2
Consultas y controles por para profesional	724.205	ND	724.205	135,2
Consultas y controles por odontólogo	198.220.	134.047	349.726	65,3
Consultas de urgencias	161.658	151.506	313.164	58,5
Exámenes de laboratorio	526.355	686.086	1.212.441	226,3
Placas radiográficas	37.934	61.234	99.168	18,5

Fuentes: 1/MSPyBS. Informe de Servicio Prestado. 1999. 2/ IPS. Informe Dirección Médica.2001.

Entre las principales causas de atención en consultorio externo se encuentra: IRAs (256.241 casos); parasitoris (67.102 casos); anemia (57.793 casos); causas externas (46.866 casos); diarrea (41.450 casos), e hipertensión arterial (26.828 casos). Las únicas visitas domiciliarias son llevadas a cabo por promotores de salud dentro de los servicios del MSPyBS. Las principales actividades que realizan están relacionadas con la promoción de la salud.

Nivel secundario de atención: No se dispone de datos sobre las coberturas de las distintas redes de prestadores públicos y privados para el nivel secundario de atención. La mayoría de hospitales con más de 50 camas disponen de sistemas computarizados de información para la gestión administrativa, no así para la gestión clínica. Aunque no existen estudios sobre el grado de uso de la información para la gestión clínica, se supone escaso en razón del número limitado de comités de infecciones hospitalarias, de historias clínicas y otros en funcionamiento.

En 1.999, el MSPyBS registró 125.651 egresos, y el IPS 26.427. El índice ocupacional promedio en los hospitales del MSPyBS fue 48% y en los del IPS fue 75%. El promedio de días de estancia fue 4,1 días en

los hospitales del MSPyBS y 6,2 en los establecimientos del IPS. No existen datos disponibles sobre las causas más frecuentes de egreso hospitalario para las principales redes de prestadores públicos y privados.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, MSPyBS + IPS. 1999

	MSPyBS 1/	IPS 2/ (2000)	TOTAL	Tasa x 1000 hab.
Nº total de egresos.	125.651	26.427	152.078	30,4
Indice ocupacional de camas.	42,8	94,6%	-----	-----
Promedio días de estancia.	4,6	5,85	-----	-----

Fuentes: 1/MSPyBS. Informe de Servicio Prestado. 1999. 2/ IPS. Informe Dirección Médica.2001.

Calidad técnica: Son muy escasos los establecimientos que tienen programas de calidad y/o Comités de Infecciones Hospitalarias y no existen datos sobre los índices de infecciones. Idéntica situación se presenta con relación a comités de ética y/o control de comportamiento profesional. Los establecimientos del MSPyBS se encuentran en plena etapa de culminación del proceso de fortalecimiento del equipamiento médico arquitectónico. Hasta el año se han fortalecido alrededor de 300 establecimientos, entre puestos y centros de salud y hospitales del país. Se estima que ello permitirá un mejoramiento sustancial de la atención. Paralelamente los proyectos de los organismos internacionales contemplan la capacitación de los recursos humanos para el mejoramiento de la calidez en la atención con una ampliación de la cobertura.

Durante 1999, del total de partos atendidos en los servicios del MSPyBS, el porcentaje de cesáreas fue del 24,2%. No existen datos sobre el porcentaje de autopsias sobre total de defunciones intrahospitalarias; no obstante puede considerarse muy bajo dado que en 1997 el Hospital Nacional realizó 4 autopsias sobre un total de 120 defunciones. No existen datos sobre pacientes a los que se les entrega un informe de alta o de asistencia, así como tampoco el porcentaje de muertes infantiles y maternas auditadas.

Calidad percibida: No se cuenta con datos disponibles sobre el porcentaje de establecimientos con programas de mejora de calidez y trato al usuario establecidos, ni con procedimientos específicos de orientación al usuario, o comisiones de arbitraje (o equivalentes) funcionando. Otro tanto ocurre con datos sobre establecimientos que estén aplicando estudios o encuestas de satisfacción del usuario.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento del proceso.

Seguimiento de la dinámica: La Reforma Sanitaria se inició en 1996 por la propuesta de creación del Sistema Nacional de Salud por parte del Ministro del MSPyBS, siendo los principales protagonistas el propio Ministro y la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. En diciembre de 1996 se promulgó la

Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas con equidad, oportunidad, eficiencia y sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. Pretende racionalizar el uso de los recursos disponibles y establecer relaciones inter e intrasectoriales concertadas. La Reforma parte de la necesidad imperiosa de ampliar y mejorar las condiciones de salud y en las primeras etapas de su implantación, se ha trabajado con un conjunto de municipios para la conformación de los Consejos Locales de Salud que incluyen la participación activa de todos los actores de la comunidad. La coordinación y el control de los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas de salud es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, formado por todas las instituciones del sector y otras relacionadas (Ministerios de Hacienda y Educación, Secretaría Técnica de Planificación, etc.) y presidido por el Ministro de MSPyBS. La Reforma se centra en el desarrollo y el fortalecimiento de un Sistema Nacional de Salud, a través de la ejecución de las siguientes estrategias: a) la reorganización de los servicios de salud, b) el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud, c) la descentralización sectorial, d) promoción de la salud, y e) financiamiento del sector. La Ley también creó entidades dependientes del Consejo como la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección Médica Nacional y el Fondo Nacional de Salud, aun no reglamentado. El liderazgo del proceso fue asumido por el Ministro del MSPyBS en su doble condición de Ministro y Presidente del Consejo Nacional de Salud. La OPS/OMS ha cooperado con el desarrollo e implementación del plan de trabajo y las reglamentaciones del Consejo Nacional de Salud, con las propuestas de creación de la Superintendencia de Salud, la Dirección Médica Nacional del Consejo Nacional de Salud y de los Consejos Regionales y Locales. Otras propuestas como la organización de servicios por niveles de complejidad y el sistema de referencia y contrarreferencia se diseñaron a través del proyecto MSPyBS/BID, con cooperación de OPS. El MSPyBS cuenta actualmente con una oficina rectora de la RS encargada de seguir el proceso. La actual política de salud establecida para el periodo 1999-2003, está orientada a la concreción de las acciones prioritarias de la salud pública en las áreas de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud dirigida a toda la población pero buscando focalizar los recursos disponibles a la población más carenciada.

Seguimiento de los contenidos:

Marco jurídico: Las principales normas jurídicas que tienen relación con la reforma sanitaria son: La Ley 1032 de 1996 de creación del Sistema Nacional de Salud; el Decreto 19966/1998 que reglamenta la descentralización sanitaria local; el Decreto 20553/1998 que reglamenta la Superintendencia de Salud; el Decreto 21376/1998 que establece la nueva organización funcional del Ministerio de Salud, y el Decreto 22369/1998 que establece las funciones de la Dirección Médica Nacional. El Decreto 19966/1998 define la equidad en su artículo 8 cómo “orientar los recursos disponibles en todos los niveles de atención, para la

prestación sanitaria integral de la población, sin discriminación política, económica o social”. El Decreto menciona en algunos párrafos la coordinación interinstitucional (dentro del sector) pero no hay referencias a la intersectorialidad. Actualmente se encuentra en el Parlamento para su aprobación el anteproyecto de Ley de actualización del Código Sanitario, donde se incorporan los elementos de la Reforma en temas como descentralización, participación de la comunidad, género y equidad en la prestación de los servicios

Derecho a los cuidados de salud y aseguramiento: El derecho a la salud fue establecido en la Constitución Nacional de 1992. La Ley 1032 señala que el Sistema Nacional de Salud se crea en cumplimiento de una política nacional que posibilite la plena vigencia del derecho a la salud a toda la población. Aun no se han puesto en marcha los mecanismos necesarios para difundirlo y hacerlo accesible a la población. No obstante se han diseñado programas específicos de aumento de cobertura, con prioridad para la población, materno - infantil en 11 Departamentos del país donde vive el 72% de la población mediante convenios con el BID y BIRF (que contemplan el fortalecimiento de las infraestructuras, el equipamiento, la capacitación de los recursos humanos y la promoción de salud). Actualmente existe un conjunto de programas para la atención integral para diversas poblaciones objetivos tales como: *AIEPI* (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) dirigido a los menores de 5 años; *Política Nacional de Atención a la Salud Integral de la Mujer*, dirigido a la mujer niña, mujer adolescente, etapa pre y post reproductiva, y varones; *Plan nacional de salud reproductiva*, dirigido a las mujeres en edad fértil; *Iniciativa de Maternidad Segura*, dirigido a atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido; y *Plan nacional de atención integral al adolescente*. También existen otros programas de atención integral a las patologías relacionadas con el SIDA, Diabetes Mellitus, Droga y Alcoholismo, TBC, Nutrición, etc.

Rectoría y Separación de funciones: Se ha revisado el ejercicio de la función rectora en salud y las funciones del MSPyBS, y el Decreto 21.376 establece su nueva organización funcional. En estos momentos se está diseñando la nueva estructura orgánica del MSPyBS. Además, la Ley 1032 del Sistema Nacional de Salud creó la Superintendencia de Salud, la Dirección Médica Nacional y el Fondo Nacional de Salud, dependientes del Consejo Nacional de Salud que preside el Ministro de Salud. Las funciones de financiamiento serán asumidas por el FNS (aun no reglamentado); las de aseguramiento estarán bajo la supervisión y control de la Superintendencia (SUPSALUD); la provisión de servicios de salud podrá ser responsabilidad de instituciones públicas y privadas. No están previstos nuevos mecanismos para fortalecer la rendición de cuentas. La SUPSALUD, funciona desde enero de 1999, está regida por la Ley 1032, pero su funcionamiento presenta ciertas debilidades que aún no le permiten realizar un control estricto del mercado. Desde 2001 tiene potestad, bajo Resolución Ministerial, de establecer un sistema de multas. La SUPSALUD no cuenta con total autonomía debido a su dependencia presupuestaria del

MSPyBS, pero se encuentra en proceso de lograrla una vez sea aprobada la Ley de la SUPSALUD, cuyo anteproyecto fue presentado por el ejecutivo y se encuentra en discusión en cámara de Senadores. Hasta la fecha se cuenta con 63 empresas inscritas, de las cuales 33 son de prepago y 30 establecimientos privados.

Aun no se han tomado acciones orientadas a garantizar que los sistemas de información entreguen en forma periódica y oportunas informes relevantes para establecer prioridades, tomar decisiones y asignar recursos a los diferentes niveles de decisión.

Modalidades de descentralización: El MSPyBS está desconcentrando las actividades técnicas y administrativas desde el nivel central a las regiones sanitarias. Ello supone una tendencia hacia la autonomía en el manejo de los RRHH, en la elaboración y control de sus presupuestos, y en la generación de estrategias adecuadas a la realidad de cada localidad. Por su lado, el IPS se encuentra en el proceso de implementación del “Proyecto de zonificación de los servicios de salud”³⁶. El mencionado proyecto contempla la desconcentración de la administración de los recursos humanos, medicamentos e insumos y de la elaboración de los presupuestos. A la fecha ya se cuenta con coordinaciones zonales, se ha iniciado la elaboración de los anteproyectos de presupuestos por zonas, hay autonomía intra región para la movilización de recursos humanos, y se ha avanzado en un 70% en la implementación para el sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la red de servicios nacional del IPS.

Participación y control social: La participación social es uno de los objetivos y una estrategia de la Reforma y se concreta en los Consejos Regionales y Locales de Salud reglamentados por Decreto - Ley, que tienen la responsabilidad de administrar los recursos físicos y financieros que les transfiere el MSPyBS mediante los “Acuerdos de Compromiso”. Para ello, los Consejos Locales de Salud elaboran un plan conjuntamente con todos los actores locales, tales como comisiones vecinales, representantes de sectores educativos, salud, servicios básicos y otros, donde se establecen las necesidades de salud más sentidas por la comunidad y las estrategias de acción que pueden ser implementadas. En este proceso se priorizan los sectores más carenciados. De esta manera, el plan se convierte en un documento legal, con la firma de los responsables de la comunidad que lo llevarán adelante, con previa definición de los sistemas para la obtención de recursos.

Financiamiento y gasto: Hasta el presente no se cuenta con procedimientos para la estimación periódica del financiamiento y el gasto sectorial agregado. Las informaciones oficiales del Banco Central, a través de las cuentas nacionales, ofrecen información periódica solo sobre el gasto público, el IPS no cuenta con información periódica separada de su gasto en salud. No existen estudios periódicos sobre costo de prestaciones o sobre eficiencia en el gasto. En el primer semestre del 2001, se ha realizado un estudio de Cuentas en Salud de los años 1996 a 1999, el cual va acompañado de una propuesta de institucionalización

de un Sistema de Cuentas Nacionales en Salud. El Ministerio creó un departamento de Cuentas en Salud, dependiente de la Dirección General de Planificación e Información. Medidas para modificar sustancialmente la composición del financiamiento serán objeto de estudio y propuesta del nuevo Gobierno cuando se discuta la implementación del Fondo Nacional de Salud.

Oferta de servicios: Se están definiendo aspectos parciales del modelo de atención tales como objetivos, funciones, recursos, régimen de atención y procedimientos que corresponden a cada tipo de establecimiento (dispensarios, puestos y centros de salud, hospitales distritales y regionales). Hasta el momento no se menciona la introducción de nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, ingreso a domicilio, u otras.

La red de servicios del MSPyBS se encuentra en proceso de fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes, principalmente mediante la mejoría de los sistemas de comunicación y transporte entre los distintos niveles y establecimientos. El nuevo gobierno se orienta a centralizar la gestión de todos los programas en una Dirección General de Programas, en la que tendrá prioridad la atención materno - infantil y se focalizará la atención en las poblaciones rurales e indígenas.

Modelo de gestión: Están implementándose “Acuerdos de Compromiso” entre el MSPy BS y los Consejos Locales de Salud en 15 Municipios, según los cuales el ministerio delega la administración de recursos físicos y financieros de servicios bajo su dependencia, no así de la gestión de los recursos humanos. En 8 establecimientos dependientes del Ministerio se está implementando el Sistema de Información Gerencial como instrumento de rendimiento de recursos, productividad y costos. Hasta el momento no se habla de privatizar la propiedad o gestión de establecimientos públicos. El IPS ha iniciado el análisis sobre la factibilidad de subrogar a terceros algunos servicios concretos (p. ej. limpieza y alimentación).

Dentro del nuevo modelo del Sistema Nacional de Salud se pretende entregar los establecimientos de salud en comodato a los municipios de forma que los recursos humanos serían administrados por el MSPyBS y los recursos físicos y financieros serían administrados por el Consejo Local de Salud. Este modelo aún no se ha implementado.

Recursos humanos: En el año 1999 se creó una nueva política de formación de recursos humanos en todas las regiones sanitarias. El Instituto Nacional de Salud se encarga de las capacitaciones de los médicos y enfermeras. La creación del Departamento de Desarrollo del Personal dependiente de la Dirección de Recursos Humanos lleva adelante las capacitaciones relacionadas personal del área administrativa y de servicios con cursos relacionados a Bioética, Control de Calidad, Gestión por Calidad y otros.

La Ley 1636 del funcionario público, promulgada en el año 2000 amplía el horario de trabajo a 8 horas diarias e incluye variación en las vacaciones y otros beneficios del personal que se ajustan al código

laboral. A la fecha los funcionarios de salud han conseguido 35 autointerlocutorios que suspenden varios artículos de la nueva Ley, especialmente en lo que respecta al horario de trabajo. Considerando la particularidad del trabajo de salud varias instituciones tales como el Hospital Neuropsiquiátrico y otras, han sido declaradas "insalubres" por el Ministerio de Justicia y Trabajo. Aun no se han diseñado modificaciones en el proceso de formación de los recursos humanos para responder a las necesidades planteadas por la Reforma excepto en lo que se refiere al personal técnico y auxiliar que es capacitado en el Instituto Nacional de Salud. Los proyectos internacionales llevados adelante por el BID y el Banco Mundial tienen como uno de sus principales componentes, la capacitación a los recursos humanos para el mejoramiento de la oferta de servicios en las áreas materno infantil. La participación de los trabajadores de la salud y sus representantes en el proceso de reforma respecto al tema de los recursos humanos ha sido escasa. Hasta el momento no han sido introducidos cambios en materia de reclutamiento, asignación a puestos de trabajo, número de trabajadores, mecanismos de redistribución, despido u otros, aunque se encuentra en discusión un nuevo Escalafón para el personal del MSPyBS. Se encuentra en elaboración un estudio de reingeniería del Instituto Nacional de la Salud para convertirlo en el organismo rector en el campo de los recursos humanos, y el MSPyBS creó el programa de "El profesional excelente" que otorga incentivos para la asignación de médicos en áreas del interior donde no existen suficientes recursos humanos.

La Ley 1032 otorga a la Superintendencia de Salud la responsabilidad de la acreditación de establecimientos con criterios acordes a los objetivos de la Reforma Sanitaria.

Calidad y evaluación de tecnologías en salud: Hasta el presente, la Reforma no ha contemplado acciones específicas tendientes a mejorar la calidad técnica y la calidad percibida ni a desarrollar mecanismos de evaluación de las tecnologías en salud. De los establecimientos del MSPyBS solo el Hospital Nacional tiene Comité de control de infecciones, el Hospital de Clínicas (dependiente de la UNA) cuenta un Comité de Infecciones y de Etica.

3.2. Evaluación de resultados

No existe evidencia que pueda permitir relacionar directamente la Reforma del Sector con la reducción de brechas en indicadores. Sin embargo, la inversión en grupos específicos de la población y en problemas prioritarios, tales como salud reproductiva, atención de servicios en el área materno - infantil, atención integral de la niñez, control y prevención del cáncer cérvico-uterino han impactado positivamente en algunos aspectos de la salud de la población como muestran algunos indicadores. Otros indicadores podrán ser mejorados a partir de la medición de la exclusión en salud, la cuentas en salud y la implementación de

la propuesta de seguro de salud y conjunto de prestaciones para la VI Región (que será iniciada en breve y extendida a otros departamentos en los próximos años).

Equidad. *En cobertura y acceso.* Aunque existen dificultades para la medición de cobertura de programas de promoción, protección y atención de la salud se ha podido relevar un incremento en el porcentaje de inmunizaciones en menores de 1 año en los casos de vacunación DPT 3ra dosis de un 80% en el año 1997 a un 84% en el año 1998 y la vacunación antipolio 3ra dosis de 81% a 84% en el mismo período. La incidencia del sarampión disminuyó de 198 en el año 1997 a 70 en el año 1998. Además, se puede notar aumento del control prenatal por personal capacitado de 69% en el año 1996 a 72,1% en el año 1999. La mortalidad materna en el año 1996 fue de 123,25 por 100.000 NV, pasando a 114,4 en el año 1999.

El número de médicos y enfermeras, dependientes del MSP y BS, por 10.000 habitantes se ha incrementado entre los años 1999 y 2000, pasando el primero de 4,3 a 5,1 y el segundo de 6,7 a 7,6. Las consultas ambulatorias, realizadas en el MSP y BS y el IPS, por 1000 habitantes han pasado de 529,9 en el año 1996 a 548,2 en el año 1999. Por su parte, el número de altas hospitalarias por 1000 habitantes en el año 1996 fue de aproximadamente 21,2 mientras que en el año 1999 fue de 30,4 y el porcentaje de partos atendidos por personal entrenado ha sido del 84,7% en el año 1997.

El informe preliminar de medición de la exclusión social en salud en Paraguay señala que un 38% de población no está cubierta por ningún sistema de protección social en salud y que el 22% de la población enferma o accidentada que consulta se encuentra a más de 30 minutos en el área urbana y más de 60 minutos en el área rural³⁷. No se cuenta con información relativa a la posibilidad de obtener asistencia el mismo día de la solicitud, la reducción de barreras funcionales de acceso, ni el volumen de listas de espera quirúrgicas.

En distribución de los recursos. Aunque el gasto total en salud y el gasto público en salud per capita ha disminuido de USD 151 a USD 105, y de USD 51 a USD 45, respectivamente en los años 1996-1999, el sector salud ha incrementado su participación dentro del gasto del sector público. El gasto total en salud del gobierno central como proporción del gasto total del gobierno central pasó del 20 al 25 % en los años considerados³⁸.

Efectividad y calidad. La tasa de mortalidad infantil (por 1000 NV) se ha reducido de 40,62 en el año 1996 a 38,73 en el año 1999, evidenciándose además un descenso de la mortalidad infantil del 21,5% entre 1993 y 1999. La calidad técnica y calidad percibida aún deben ser desarrolladas en los establecimientos del MSP y BS y en el IPS.

Eficiencia. El informe preliminar de Cuentas en Salud ha permitido conocer el detalle del financiamiento y gasto del sector, específicamente el gasto por niveles y por funciones de atención. Los datos obtenidos

evidencian un incremento del gasto en inversión física del sector público (ampliación de la infraestructura existente y el equipamiento de hospitales) pasando del 16,8% del total del gasto público en el año 1996 al 20,7% en el año 1999³⁹. Las cuentas en salud podrán ser utilizadas para impulsar en el futuro una asignación más eficiente de recursos a nivel global. Para ello ha sido creado en el MSP y BS el departamento de cuentas en salud con el objetivo de analizar la composición del gasto y financiamiento, generar propuestas de mejoramiento y evaluar la sostenibilidad del sistema de salud.

Sostenibilidad y Participación Social. A partir de la aprobación de la Ley 1032 de creación del Sistema Nacional de Salud se han conformado los Consejos Locales de Salud. El apoyo de los municipios, la participación activa de todos los actores de la comunidad, en particular de las comisiones vecinales y representantes de sectores relacionados con la salud permitirá analizar las necesidades de la comunidad y establecer mejores estrategias de acción.

*La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de veintidós profesionales y decisores políticos nacionales representantes del Ministerio de Salud y Previsión Social, de la SuperIntendencia de Salud, del Instituto de Previsión Social, del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina, y de la Fundación VIA pro Desarrollo y de la OPS/OMS. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Paraguay. La revisión externa fue realizada por el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción corresponde al Programa de Organización, y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

- ¹ DGEEC. Censo Nacional Población y Viviendas 1992. 1995.
- ² Consejo Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS). Análisis del Sector Salud en Paraguay. Asunción. Junio 1998.
- ³ Presidencia de la República, Secretaría de Acción Social. Panorama Social del Paraguay. Desarrollo Humano Sostenible, Abril 1997.
- ⁴ Presidencia de la República, Secretaría de Acción Social. Plan Estratégico de Desarrollo Social. Chile, Octubre 1996.
- ⁵ Banco Central del Paraguay. Boletín de Cuentas Nacionales, No 36. Año 2000.
- ⁶ Sistema de Naciones Unidas. Iniciativa 20-20. El gasto público en servicios sociales básicos en Paraguay. 2000.
- ⁷ Secretaria Técnica de Planificación. Dirección de Cooperación Internacional. “Informa anual de cooperación Internacional”. 2001
- ⁸ Dirección General de Estadísticas Encuestas Censos, Divulgación Popular de la Encuesta Integrada de Hogares. 1999.
- ⁹ Censo de 1992.
- ¹⁰ DGEEC. Estimación de la Población. Años Calendarios 1990-2010. 1997.
- ¹¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Celade. América Latina, proyecciones de población años calendarios 1950-2000. 1991.
- ¹² MSPyBS. Departamento de Bioestadística. Informe de Morbilidad 1996-1999.
- ¹³ MSPyBS. Dirección de Planificación, Depto de Bioestadística. Paraguay, Indicadores de Mortalidad 1992,1993,1994,1995,1996,1997,1998,1999. Asunción, Paraguay.
- ¹⁴ Encuesta de Hogares, 1.999.
- ¹⁵ Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos. Divulgación popular de la Encuesta integrada de hogares 97/98. 1999
- ¹⁶ DGEEC. Departamento de Informaciones y Divulgaciones. 2001.
- ¹⁷ Censo 1992.
- ¹⁸ PNUD. Informe de Desarrollo Humano. 2001.
- ¹⁹ OPS/OMS: “Condiciones de Salud en las Américas. 1988”. Washington, DC, Vol. II, 1998.
- ²⁰ Dirección General de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Año 2000.
- ²¹ Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, 2000.
- ²² MSPyBS. Informe anual del Departamento de Bioestadística. 2001
- ²³ Galván P., IICS. Desarrollo Tecnológico en los servicios de salud del Paraguay (Informe Preliminar). 2.001
- ²⁴ MSPyBS, Consejo Nacional de Salud. Análisis del sector salud del Paraguay 1997. Junio, 1998.
- ²⁵ OPS/MSPyBS. Grupo Nacional. Estudio sobre Sistema de Cuentas en Salud. 1996-1999. 2001.
- ²⁶ Estudio realizado por el Grupo Nacional de Cuentas en Salud Paraguay / OPS-OMS. Abril 2001.
- ²⁵ Banco Central del Paraguay. Gerencia de Estudios Económicos 1986-1.996. N° 33. Asunción, Julio 1997.
- ²⁸ MSPyBS. Política Nacional de atención a la salud integral de la mujer. Paraguay, 1999.
- ²⁹ MSPyBS. Dirección General de Programas. Iniciativa Maternidad Segura, Normas de atención del Embarazo, parto, puerperio y recién nacido. 2da edición.2000.
- ³⁰ MSPyBS. Dirección General de Programas. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Avance y proyección para el año 2000. Asunción, 2000
- ³¹ MSPyBS. Dirección General de Programas. Plan nacional de atención integral a la Adolescencia 1997-2000. Asunción, 2000.
- ³² MSPy BS. Instituto Nacional de Alimentación Nutricional. Situación de la Alimentación y Nutrición del Paraguay. Documento Técnico N° 1. Asunción, 2000.

³³ MSPyBS. Dirección General de Salud, Manual Nacional de Normas y procedimientos para la prevención y el control del Cáncer de cuello Uterino. Paraguay, 1.994.

³⁴ MSPyBS. Departamento de Bioestadística. Informe de Servicios Prestados 1996-1999.

³⁵ IPS, Dirección Médica. Informe General del Departamento de Bioestadística, Año 2000. 2001

³⁶ IPS. Informe del Avance del Proyecto de Zonificación de la Dirección Médica Area Interior. 2001.

³⁷ MSPyBS- OPS. La medición de la exclusión social en Salud en Paraguay. Informe de avance.2001.

³⁸ OPS/MSPyBS. Grupo Nacional. Estudio sobre Sistema de Cuentas en Salud. 1996-1999. 2001.

³⁹ OPS/MSPyBS. Grupo Nacional. Estudio sobre Sistema de Cuentas en Salud. 1996-1999. 2001.

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
PERU**

(1a. ed. 17 de marzo de 1999)

(Revisado, 24 de noviembre de 1999)

(2a. ed. 3 de mayo de 2001)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

La República del Perú cuenta con un gobierno unitario, representativo y descentralizado, organizado de acuerdo al principio de separación de poderes. El país está dividido en 24 departamentos, 188 provincias y 1.793 distritos. De acuerdo a su Constitución tiene un gobierno descentralizado, los municipios (provinciales y distritales) disponen de cierta autonomía política, económica y administrativa para realizar planes de desarrollo en la ejecución de los asuntos de su competencia, y se dispone de la Ley Marco de Descentralización. Graves dificultades políticas tanto previas como posteriores al cambio de gobierno de julio del año 2000, dieron lugar a que el Congreso removiera en noviembre del 2000 al presidente anterior e instaurara un Gobierno Constitucional de Transición. Las elecciones generales se realizaron el 8 de abril del 2001 y el cambio de gobierno tendrá lugar a fines de julio.

El Sistema de Servicios de Salud es fragmentado y en él participan dos subsectores: el público y el no público. El primero de ellos contaba en 1999 con 6.687 establecimientos de salud (89% del total nacional) y está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA) con 6.208 establecimientos, el Seguro Social de Salud EsSalud (ex IPSS) con 321 establecimientos y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional con 158 establecimientos de salud. Ese mismo año el subsector no público contaba con el 11% restante de los establecimientos de salud. Según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1997 sólo el 23,5% de la población contaba con seguro médico, predominantemente con la seguridad social. En el año 2000, del 100% de personas que declararon síntomas de enfermedad/accidente y consideraban necesario consultar, el 31 % no logró acceder a los servicios de salud, fundamentalmente por falta de recursos económicos y el 8% sólo lo hizo a servicios no institucionales como son la consulta en farmacia y la visita al curandero. De esa manera, solo el 69% accedió a consulta brindada por un profesional de la salud. Desde el punto de vista funcional el MINSA desempeña el papel rector dentro del Sector y se encarga de emitir los lineamientos de política así como las normas y procedimientos técnicos para regular la actividad sectorial. La coordinación entre las instituciones del sector es limitada, debido a la carencia de instancias permanentes de concertación. El Gobierno de Transición instaló un Comité Consultivo con el objeto de asesorar al Ministro de Salud en aspectos críticos de Política Sectorial. Las instituciones del sector organizan sus servicios por niveles de atención; sin embargo, los mecanismos de referencia y contrarreferencia aún son deficientes. El modelo de atención incluye acciones de salud individual y colectiva, las cuales se encuentran en revisión con el fin de adaptarlas a los requerimientos del nuevo marco legal determinado por la Ley General de Salud (LGS) y la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (LMSS) promulgadas en 1997.

En 1998, el financiamiento del Sistema provino de las siguientes fuentes: gobierno, 25%; hogares, 38%; empresas, 35% y fondos externos, 2%. Ese año el gasto global en salud fue equivalente al 4% del PBI y el gasto per cápita en salud fue de US\$ 99.

La Reforma del Sector de la Salud (RS) puesta en marcha por el gobierno anterior, contaba con principios orientadores basados en los "Lineamientos de Política Sectorial 1995 – 2000" y en un nuevo marco legal. La agenda de trabajo mantuvo diversos énfasis: la recuperación de la capacidad resolutive del primer nivel de atención mediante el incremento del gasto público social; la reforma de la seguridad social abriendo el primer nivel de atención a la prestación privada; el desarrollo de programas que garantizan la atención a grupos vulnerables focalizados como el seguro escolar y el seguro materno infantil (todavía en etapa piloto) y cierta participación comunitaria en la gestión de establecimientos de primer nivel de atención mediante los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS). Aunque el tema de la reestructuración institucional fue planteado en la agenda, este no prosperó. Pese a los problemas que presenta en su conjunto el sistema de salud, durante los últimos seis años hubo un incremento de la cobertura institucional de atención del 32,2% (1994), al 43,5% (1997) y al 49,3% (2000) del total de personas con síntomas de enfermedad y/o accidente. De esta cobertura institucional, el MINSA aumentó su participación del 16,3% (1994) al 25% (1997) y al 29,5 (2000) de los enfermos gracias al incremento de los recursos asignados al primer nivel de atención.

1. CONTEXTO

1.1. Contexto político: La República del Perú de acuerdo a su Constitución (artículo 43) tiene un gobierno unitario, representativo y descentralizado, organizado de acuerdo al principio de separación de poderes. El Poder Legislativo tiene una sola cámara encargada de expedir las leyes. El Poder Ejecutivo, a cargo del Jefe de Estado, tiene la misión de ejecutar las leyes y ejercer el derecho de iniciativa en la formulación de las mismas. El Poder Judicial administra e imparte justicia con arreglo a la Constitución y a las leyes. El país está dividido en 24 departamentos, 188 provincias y 1.793 distritos. Aunque según la Constitución el Perú tiene un gobierno descentralizado, los municipios (provinciales y distritales) apenas cuentan con autonomía política, económica y administrativa para la ejecución de los asuntos de su competencia. Graves dificultades políticas tanto previas como posteriores al cambio de gobierno de julio del año 2000, dieron lugar a que el Congreso removiera en noviembre del 2000 al presidente anterior e instaurara un Gobierno Constitucional de Transición hasta el 28 de julio del 2001.

Desde que el gobierno desactivó en 1993 al Instituto Nacional de Planificación se produjo un vacío en la planificación nacional y sectorial. Paulatinamente el Ministerio de Economía y Finanzas fue asumiendo algunas funciones de planificación desde los últimos años de la década pasada. En el año 2000 a partir de la Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal se desarrolló el Marco Macroeconómico Multianual y se emitieron directivas para la realización de Planes Estratégicos Sectoriales e Institucionales. La política de desarrollo social es definida por un Consejo Interministerial de Asuntos Sociales (Ministerios de la Presidencia, Educación, Salud y de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano). El Ministerio de Salud (MINSa), es el órgano rector del sector de la salud y entre sus funciones se encuentra la formulación de la política sectorial. La acción sectorial se enmarca en el proceso de reforma del Estado que se viene aplicando desde 1995. Su objetivo es reestructurar las funciones generales y específicas del Estado y definir la concertación público-privada e interinstitucional de los diversos agentes en el sector salud. Los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación de salud o en el desempeño de los servicios de salud son la pobreza, asociada fuertemente a la falta de oportunidades de empleo y bajas remuneraciones, la heterogeneidad étnica y cultural y el centralismo.

1.2. Contexto económico: El producto interno bruto real por habitante decreció durante 1998 y 1999 con una pequeña recuperación en el 2000. Hasta 1997, el crecimiento económico se sustentó en la austeridad fiscal y monetaria, la reestructuración del gasto público, la reinserción en la economía internacional y los incentivos a la inversión privada, estimulados por la reducción significativa de la violencia en el país y la desregulación del mercado. A partir de 1998, la actividad económica se contrajo fuertemente debido a problemas internos de carácter social y político a los que se agregó la irrupción de factores externos tales como bruscas salidas de capitales asociadas a las crisis financieras internacionales, el fenómeno del Niño y variaciones en los precios de los principales productos de exportación. El balance negativo de la

segunda mitad de la década ha sido común a los países de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) mientras que los países del MERCOSUR registraron un incremento del 4%.

ALGUNOS INDICADORES ECONOMICOS

Indicador	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB per cápita. en US\$ ^(*)	1922	1858	1768	2152	2505	2527	2659	2551	2271	2180
Población Económicamente Activa, en miles	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Inflación ^(*)	139,2	56,7	39,5	15,4	10,2	11,8	6,5	6,0	3,7	3,7
Gasto Público Total en % del PIB ^(**)	28,6	31,3	29,2	30,4	31,0	29,0	26,2	25,9	27,2	ND
Gasto Público Social en % del PIB ^(***)	ND	ND	3,6	4,0	6,0	6,0	5,7	6,5	7,1	7,9
Gasto Total en Salud en % del PIB ^(****)	ND	ND	ND	ND	4,4	4,2	4,0	4,4	ND	ND

^(*)Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). ^(**)Incluye Gasto Corriente y de Capital del Gobierno General. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). ^(***)Incluye gasto en educación, salud, programas de extrema pobreza y otros gastos sociales. ^(****)Cuentas Nacionales de Salud en Perú Preliminar. Base de datos. MINSa-OPS. ND = no disponible.

Fuentes: Elaborado sobre la base de: a) Cuanto SA. Anuario Estadístico. Perú en Números 2000. Cuadros 18.5; 17.2; 30.18; 30.37, b) MINSa-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.

El PIB per cápita del año 2000, estimado en US\$2.180, fue similar en términos reales al de 1985 y menor en 10% al de 1980. Según la estructura del PIB del nuevo año base (1994) la actividad económica descansa fuertemente en los servicios. El sector primario (agricultura, pesca y minería) representó el 14%; la manufactura el 21%; la construcción el 6%; electricidad y agua el 2%; el comercio el 15%; el transporte y las comunicaciones el 8%; el gobierno el 6% y otros servicios el 28% restante. La disminución del gasto público como porcentaje del PIB fue debida a la reorientación del Estado, mientras que el gasto público social mantuvo una tendencia creciente, duplicando el gasto de la primera mitad de la década: del 3,9% en 1993 (US\$91,3 per cápita) al 7,9% del PBI en el año 2000 (US\$180,2 per cápita). No se conoce la proporción que representa el financiamiento externo sobre el total del presupuesto de ingresos del sector público.

1.3. Contexto Demográfico y Epidemiológico:

La población total estimada para la mitad del año 2001 es de 26,090,330 habitantes, 33% de la cual es menor de 15 años y 5% es mayor de 64 años. La población se encuentra concentrada en las grandes ciudades de la costa, especialmente en Lima donde viven cerca de la tercera parte de los habitantes. La tasa de crecimiento anual siguió disminuyendo, estimándose para el año 2000 en 1,7 %, producto de la disminución de la fecundidad global, de la natalidad y de la mortalidad en la década pasada.

La tasa global de fecundidad (TGF) muestra, sin embargo, diferenciales de 2,3 para el área urbana y 4,6 para la rural. Existe una amplia diferencia según el nivel educativo de la mujer, con TGFs de 6,9, 5,0, 3,0 y 2,1 para mujeres sin instrucción, con instrucción primaria, con instrucción secundaria y con instrucción superior, respectivamente.¹ Asimismo, los valores departamentales muestran una expectativa de vida de 72 a 77 años para Lima, Callao y algunos departamentos de la Costa, mientras los departamentos del Trapecio Andino muestran 57 a 63 años. Para el año 2000, se estima una tasa bruta de mortalidad general de 6,3 por mil habitantes, cifra que ha venido decayendo desde 12,8 en los años 70s y 9,0 en los 80s.

Comparación de Indicadores Demográficos Seleccionados, 1990-2000

	1990	2000
Población urbana (%)	70,3	72,3
Crecimiento anual de la población (%)	1,9	1,7
Tasa bruta de natalidad (x 1000 hab)	29,0	23,7
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	3,7	2,9
Esperanza de vida al nacer (años)	65,6	69,1
Tasa bruta de mortalidad (x 1000 hab)	7,2	6,3
Mortalidad infantil (x 1000 nv)	61,6	39,0
Mortalidad materna (x 100.000 nv)	nd	265*

*Corresponde a 1996.

Fuentes: INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población por Años Calendario y Edades Simples 1970-2025. Lima: INEI; 1995. INEI. Estado de la Población Peruana 2000. Lima: INEI; 2000.

Las estimaciones oficiales de la tasa de mortalidad infantil (TMI) indican que estaría en 39 por mil nacidos vivos² mientras que resultados preliminares de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2000 (ENDES 2000) indican que estaría en 33,1 por mil nv. para el mismo año. Hay grandes diferencias entre regiones del país, con valores por debajo de 20 por mil en Lima y Callao, y por encima de 60 en Apurímac, Ayacucho, Cuzco, Huancavelica y Puno. En general, la TMI en las áreas rurales duplica a la TMI en las áreas urbanas. Según ENDES 1996, la mortalidad infantil en los niños es mayor que en las niñas y los diferenciales de mortalidad se incrementan con la menor edad de la madre y el menor período intergenésico. De otro lado, los niños de madres sin educación presentan un riesgo de morir 3 veces mayor al de los niños de madres con educación superior.

El análisis de las causas de muerte en el Perú está afectado por el subregistro de las defunciones, el cual se calcula en 43% para 1998; además, de las muertes registradas sólo el 79% fueron certificadas por médico. Cabe destacar que las enfermedades del aparato respiratorio, particularmente la neumonía y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), siguen siendo la primera causa de mortalidad general y que cada año se incrementa el número de defunciones por neoplasias y problemas cardiovasculares. Las muertes por causas violentas se han incrementado entre 1990 y 1998 a expensas de las debidas a accidentes de tránsito. Entre los niños menores de 1 año, las afecciones propias del período neonatal, la infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA) o infección intestinal, constituyeron en 1998 el 39%, 21% y 6% de las causas de muerte, respectivamente. De otro lado, en los niños de 1 a 4 años, la IRA, EDA y las causas externas constituyeron juntas el 56% de las causas de muerte.³ Las EDAs, IRAs, meningitis, malaria, septicemia, enfermedades inmunoprevenibles y deficiencias de la nutrición, representan el 42% de las causas de muerte para los niños menores de 5 años. Este peso relativo presenta rangos que van de 50-60% para Puno, Piura y Huancavelica, a 25-30% para Moquegua, Lima y Callao. La mortalidad materna no ha descendido significativamente en los últimos 36 años, mostrando tasas (TMM) de 400, 318 y 265 x 100.000 nacidos vivos en 1960, 1980 y 1996.⁵ Esto ha

determinado que se considere a la reducción de la mortalidad materna como una prioridad nacional. Se estima que anualmente mueren alrededor de 1.670 mujeres como consecuencia de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, siendo el 15% de ellas a gestantes jóvenes. Sin embargo, el registro rutinario del Ministerio de Salud sólo ha reportado 492, 366 y 378 defunciones en los años 1996, 1997 y 1998, respectivamente.⁷ El promedio nacional de la TMM enmascara grandes diferencias entre regiones, estratos socio-económicos y grupos de población. En 1996, la TMM en Huancavelica fue mayor a 400 por 100,000 n.v., mientras que en Lima fue menor de 40. Las áreas rurales duplicaron los valores de las áreas urbanas. En las mujeres sin educación la TMM fue de 489 y en las que tienen educación superior fue 49. La TMM en las adolescentes de 15 a 19 años fue de 362, cifra muy superior al promedio nacional. El riesgo de morir entre las mujeres de 15 a 44 años es 35,4 veces más alto en el Estrato V (población con más necesidades básicas insatisfechas [NBI]) que en el Estrato I (población con menos NBI). La mayoría de muertes maternas son debidas a causas directas y evitables como hemorragias (44,8%), complicaciones del puerperio (10,9%) y complicaciones del aborto (12,3%). Se estima que anualmente 270.000 embarazos no deseados terminan en aborto, lo que equivale al 30% del total de embarazos.

En materia de morbilidad, las enfermedades transmisibles siguen siendo una prioridad nacional. En 1998 entre la población de 12 a 64 años la prevalencia de consumo en el último año fue de 44,5% para tabaco, 79,6% para alcohol, 0,7% para marihuana, 0,6% para pasta básica de cocaína y 0,1% para cocaína.⁴

1.4. Contexto Social:

El Informe sobre el Desarrollo Humano 2000⁵ indica que en el año 1998, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país fue de 0.737 ocupando el 80^o lugar en la escala mundial. En el Índice de Desarrollo de Género (IDG), Perú ocupó el 71^o lugar. Estos valores fueron similares a los del año 1997. A fines del año 2000, de los 11,9 millones que conforman la PEA, el 10,2% estaba desempleado, el 50,8% subempleado y sólo el 39% adecuadamente empleado⁶. La focalización del gasto fue el objetivo central de la política social para el año 2000, siendo su meta la reducción de la pobreza extrema en un 50% respecto a 1991. En dicho año, la pobreza extrema abarcó al 26,8% de la población, mientras que en el año 2000 abarcó al 14,8%, lo que equivale a una reducción del 45%. No obstante, la condición de pobreza se ha mantenido: disminuyó del 57,4 % al 50,7 % entre 1991 y 1997; y aumentó al 54,1% en el año 2000. La pobreza mantiene su predominio rural en cifras relativas aunque en cifras absolutas es más urbana; la pobreza extrema continua concentrándose en el área rural.⁷ No obstante el incremento del gasto social y la mejora en algunos indicadores sociales que ha sido descrita, se destacan las debilidades institucionales que impidieron mejorar los logros: problemas de coordinación intersectorial y duplicidad de acciones; ausencia de capacidad de rectoría en sectores sociales; deficiente focalización, problemas de regresividad en la ejecución del gasto y reducida transparencia, falta de planificación estatal, problemas de calidad en la gestión de los programas sociales, postergación de un proceso real de descentralización, debilidad funcional de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) y carencia de una Política Social

articulada con una Política Económica de Desarrollo⁸. Entre 1994 y 1997 la concentración del ingreso, medida a través del índice de Gini, se incrementó de 0,469 a 0,484 y la razón de ingreso entre el quintil superior y el inferior pasó del 10,7 al 13,9 en 1997⁹.

Los principales problemas sociales y políticos que condicionan la situación de salud están vinculados a la pobreza, altamente asociada a la carencia de empleo adecuado; y a la amplia variedad étnica-cultural e incompleta integración y dispersión poblacional, especialmente de comunidades andinas y amazónicas. Aunque no existen datos precisos de cómo se distribuye la población entre las diferentes etnias, según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000, el 16,5% de la población no reportó al español como lengua materna, si no a lenguas nativas andinas (14%) como el quecha y aymara; y en mucha menor medida (2,5%) a lenguas amazónicas¹⁰. En 1996 el 10.6% de la población era analfabeta; el analfabetismo en el medio rural fue 5 veces mayor que en el medio urbano (23.7% y 4.5%). Entre 1993 y 1996 el analfabetismo femenino disminuyó del 18.3 al 15.2 %; el nivel de instrucción secundaria se incrementó del 31.4 al 40.7 %; y el porcentaje con instrucción superior creció del 10.8 al 18.7.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización General: Los servicios de salud del país están agrupados en dos subsectores, el público y el no público. El primero lo forman el MINSA, EsSalud, y los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. El subsector público dispone del 51% del total de hospitales, concentra al 69% de los centros de salud y el 99% de los puestos de salud, ubicados en zonas rurales dispersas y zonas marginales urbanas. El MINSA es la institución con mayor número de establecimientos y mayor presencia nacional.

Establecimientos por Subsector e Institución, 1999

Institución	Tipo de Establecimiento			Total
	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de salud	
Subsector Público				
MINSA	139	1.115	4.954	6.208
ESSALUD	91	38	192	321
Fuerzas Armadas y Policiales	20	81	57	158
Subtotal	250	1.234	5.203	6.687
Subsector No Público*				
Privado	224	440	16	680
Otros	12	104	18	134
Subtotal	236	544	34	814
Total del Sector	486	1.778	5.237	7.501

Fuentes: a) MINSA (PE). 2do. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud, 1996. Lima: Oficina de Estadística e Informática; 1996. b) ESSALUD. Estadísticas de Prestaciones de Salud 1999. Lima: Gerencia Central de Finanzas. En preparación; 2000. c) MINSA. Infraestructura Sanitaria de Salud 1999. Lima: OGEI. En preparación; 2000.

* La información del subsector no público corresponde a 1996.

El MINSA atiende en forma predominante a población pobre que no cuenta con Seguro Social en Salud (EsSalud). EsSalud atiende a trabajadores del sector formal y sus establecimientos están principalmente en áreas urbanas. Los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y

familiares directos. El subsector privado concentra sus recursos en las principales ciudades y está formado por clínicas, consultorios y en menor medida por ONGs. El nivel central de las instituciones del sector emite lineamientos de política, normas y procedimientos técnicos. La coordinación entre las instituciones no ha sido regular debido a la ausencia de instancias permanentes de concertación. A inicios del 2001 se estableció un Comité Consultivo en Salud con el objeto de asesorar al Ministro de Salud en aspectos críticos de Política Sectorial.

La estructura central del MINSA cuenta con un órgano de alta dirección (Ministro y Viceministro), órganos de control y asesoría (Planificación, Asesoría Jurídica, Epidemiología y Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa), de apoyo (Administración, y Estadística e Informática) y de línea (Salud a las Personas; Salud Ambiental y Medicamentos, Insumos y Drogas). Existen además dos tipos de órganos desconcentrados: los Institutos Especializados (Salud Mental, Rehabilitación, Salud del Niño, Enfermedades Neoplásicas, Ciencias Neurológicas, Oftalmología y Materno Perinatal) y las Direcciones Regionales o Departamentales de Salud (DISA). Estas últimas tienen a su cargo por delegación funciones de autoridad y control sanitario, así como la provisión de servicios en forma zonificada a través de unidades administrativas cuyo nombre varía de una región a otra. Como organismos públicos descentralizados existen: el Instituto Nacional de Salud, la Escuela Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Medicina Tradicional, el Instituto Nacional de Protección del Medio Ambiente y la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Las instituciones del subsector público organizan sus servicios por niveles de complejidad. Sin embargo, su funcionamiento tiene problemas: el primer nivel no constituye siempre la entrada al sistema de atención; no existen adecuados mecanismos de referencia entre los diferentes niveles; los establecimientos no comparten recursos ni se articulan para trabajar como redes, y existe desequilibrio en la asignación de recursos entre los niveles de atención. Además, la fragmentación de la información dificulta la toma de decisiones oportuna e integrada. Los fondos provenientes de los hogares y empleadores para seguros de salud representaban en 1998 el 6% del total del financiamiento y el 40% del gasto privado con fines de lucro¹¹.

En síntesis, en el Perú existen varios subsistemas de atención de salud, con escasa coordinación funcional en los niveles nacional y subnacionales y por otra parte, existe un segmento importante de la población que aún no tiene acceso regular a ninguno de ellos. Las redes públicas de atención están fundamentadas en la articulación local y provincial que llevan a cabo los puestos de salud, el centro de salud y el hospital de apoyo respectivo. La integración con otros prestadores, tanto privados como de la seguridad social, en el territorio es mínima, lo mismo que la integración de esas redes locales y provinciales con los prestadores de servicios de salud de mayor complejidad. Los prestadores privados se concentran en la capital del país y capitales de departamento y no se organizan en forma explícita bajo la modalidad de red de servicios. Con relación al sector privado, no se dispone de información sobre cuáles son las principales entidades aseguradoras y/o prestadoras de servicios sin y con ánimo de lucro, sobre su naturaleza jurídica

ni sus principales fuentes de financiamiento. Tampoco se dispone de información sobre los medios humanos y tecnológicos propios para la prestación de los servicios ni cómo le compran servicios de salud

2.2 Recursos del Sistema

Recursos Humanos: Entre 1992 y 1996 se observó un incremento en las diferentes categorías de personal, expresado por 10,000 habitantes, el cual varió entre el 40 y 100%. En el caso de los odontólogos y radiólogos, por ejemplo, la variación estuvo entre 80 y 100% y aún así todavía hay demanda insatisfecha para estos últimos. En el año 2000, un total de 23 médicos cursaban el tercer año de especialidad en radiología, mientras que 39 médicos lo hacían en el primer año. Los médicos, enfermeras y farmacéuticos aumentaron en 41, 36 y 50%, respectivamente. Aunque se han puesto en práctica medidas para hacer más equitativa la distribución de personal, éstas aún son insuficientes. Por razones financieras la actualización de la información para el año 2000, a través del III Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos del Sector Salud, fue pospuesta.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD 1992-1999

TIPO DE RECURSO	Años							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10,000 habs.	7.3	ND	ND	ND	10.3	ND	ND	ND
Razón de enfermeras(os) por 10,000 habs.	4.9	ND	ND	ND	6.7	ND	ND	ND
Razón de odontólogos por 10,000 habs.	0.6	ND	ND	ND	1.1	ND	ND	ND
Razón de técnicos medios de Laboratorio por 10,000 habs.	0.9	ND	ND	ND	1.1	ND	ND	ND
Razón de farmacéuticos por 10,000 habs.	0.2	ND	ND	ND	0.3	ND	ND	ND
Razón de radiólogos por 10,000 habs.	0.1	ND	ND	ND	0.2	ND	ND	ND
No. de egresados de posgrado en Salud Pública	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuentes: Primer Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos. Oficina de Estadística e Informática, Ministerio de Salud, Perú, 1992. Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos del Sector Salud, Oficina de Estadística e Informática, Ministerio de Salud, Perú, 1996.

No se cuenta con información sobre el número de egresados de posgrado en Salud Pública. Se puede señalar que en el año 2000 había 21 programas de maestría, de los que 5 fueron creados en el quinquenio pasado, y un reciente programa de doctorado. En 1996, el II Censo de Infraestructura reportó 956 profesionales con la “especialidad de Salud Pública” trabajando en el sector. Entre 1992 y 1996 la razón de médicos generales vs. médicos especialistas se ha mantenido en 0,36 para el conjunto del sistema.

En 1996 el Colegio Médico del Perú reportó 27.692 médicos activos, en contraste con el II Censo de Infraestructura Física y RRHH que indicó que había 24.708. La diferencia podría explicarse por no estar considerados en el Censo aquellos médicos dedicados exclusivamente a la docencia y a la práctica privada independiente. Sin embargo, también podrían estar subregistrados los médicos desempleados. El

Colegio de Enfermeros hace referencia a un fenómeno migratorio no cuantificado de enfermeras en la última década, especialmente hacia Italia, España, EEUU y Chile.

Recursos Humanos de las principales instituciones del Sector Público 1999

Institución	Total	Tipo de Recurso					
		Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Otros trabajadores	Personal administrativo	Servicios generales
MINSA*	84.662	11.157	9.862	ND	ND	11.261	9.886
EsSALUD**	31.631	5.237	5,259	ND	ND	10,235	ND
T o t a l	115.293	16.394	15.121			21.496	ND

Fuente: *MINSA Oficina de Estadística e Informática, Lima, Enero, 2001. ** EsSalud, Gerencia Central de Recursos Humanos, Lima, 1999

Al inicio de la década de los 90, las remuneraciones de los médicos que laboraban en el MINSA fueron equiparadas con las de EsSalud (entonces IPSS), mediante un dispositivo legal que fue cumplido parcialmente. En 1996, en el MINSA el sueldo mensual de un médico de reciente ingreso era de US \$ 683 y en el año 2000 ascendía a US \$ 600 . En esos mismos años, el sueldo de una enfermera era de US \$ 272 y US \$ 240 respectivamente. En EsSalud se mide periódicamente la productividad de los servicios (más no del desempeño individual) de acuerdo a metas fijadas por la institución, existiendo un pago (entre 0 y 22% del salario) que se recibe por este concepto, determinado a juicio del jefe del servicio. El número de atenciones en establecimientos de primer nivel en el año 2000 fue de 2 a 3 atenciones por hora médica (el índice está calculado sobre el total de horas médicas contratadas y corresponde al Programa Salud Básica para Todos). Este índice expresa una mejora respecto a lo observado en los primeros años del Programa (1996), que era alrededor de 1,5 consultas por hora médica.

Medicamentos y otros productos sanitarios: El Perú no cuenta con una política nacional de medicamentos. No obstante, la Ley General de Salud (1997) incluye un capítulo sobre productos farmacéuticos y recursos terapéuticos naturales, el cual contempla aspectos relacionados con el registro sanitario, y la fabricación, importación, comercialización, calidad y el uso de los medicamentos.

A partir de 1991, se ha constatado un incremento en el número de productos registrados como consecuencia de dispositivos legales que facilitaron la obtención del registro sanitario. Así, el número total de medicamentos registrados se incrementó desde unos 4.950 productos en 1990 a 11.241 en 1999, correspondiendo el 65% de este último total a productos de importación. Por otra parte, sólo alrededor del 22% de los medicamentos registrados en 1999 se comercializaban en el mercado nacional. En cuanto a los medicamentos genéricos registrados se puede afirmar que, con excepción del año 1991 en que se observó un 80% de genéricos registrados, gracias al impulso del gobierno a través de dispositivos legales, su participación en el conjunto de productos registrados no varió mucho durante la década de los 90¹².

En el país no existe control de precios desde fines del año 1990. De acuerdo al Intercontinental Marketing Service (IMS) de Febrero de 1999 y a la Revista KAIROS de Diciembre de 1999, los cinco productos de mayor venta (y sus correspondientes precios promedio) durante el año de 1999 fueron: una asociación de

diclofenaco+paracetamol (US\$0.37xtab), naproxeno sód. (US\$0.49xtab.500mg), un producto con componentes de la Vit.B. y ácido orótico (US\$0.56 x tab), amoxicilina (US\$0.41xtab 500mg) y una crema dérmica que asocia el clotrimazol con dexametasona y gentamicina (US\$3.86xtubo 10g).

Disponibilidad y Gasto de Medicamentos, 1991-1999

Indicador	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nº Total de productos farmacéuticos registrados (*)	1694	1289	2203	1519	959	1669	2066
Porcentaje de medicamentos de marca (*)	67.2	76.1	70.0	73.1	72.5	64.0	64.8
Porcentaje de medicamentos genéricos(*)	32.8	23.9	30.0	26.9	27.5	36.0	35.2
Gasto total en medicamentos (precio de venta al público)	ND	ND	811.1	724.1	799.2	793.5	ND
Gasto per cápita en medicamentos (precio de venta al público (en US\$))	ND	ND	34,5	30.0	32.8	32.0	ND
Porcentaje del gasto ejecutado por el MS destinado a medicamentos	ND	ND	10.0	10.4	10.6	10.8	ND
Porcentaje del gasto de la Seguridad Social (EsSalud) destinado a medicamentos	ND	ND	15.4	16.7	16.5	17.5	ND

Fuente: Elaborado en base: Dirección general de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). MINSA; y MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.

Existe una Lista Nacional de Medicamentos Esenciales revisada y aprobada en 1998 y aunque no se ha establecido una frecuencia fija de revisión, existía a Enero de 2001 una propuesta de nueva lista que espera ser oficializada. La lista de 1998 contiene 330 diferentes principios activos, siendo su uso obligatorio en las adquisiciones de medicamentos en los servicios asistenciales del Ministerio de Salud. El Seguro Social (EsSalud) tiene su propia lista (corresponde en un 75% a la del MINSA), de uso obligatorio tanto para las adquisiciones como para las prescripciones médicas. Pese a no disponerse de datos confiables sobre accesibilidad de la población a los medicamentos esenciales, en un reciente estudio (1999),¹³ se ha estimado que sólo alrededor de un 65% de los pacientes atendidos en los establecimientos del Ministerio de Salud pudo adquirir en forma completa los medicamentos esenciales que les fueron prescritos. El 35% restante, no pudo acceder a esos medicamentos debido principalmente a falta de capacidad adquisitiva. Desde 1994, existe un Programa descentralizado de abastecimiento de medicinas (PACFARM) a nivel de Direcciones Departamentales de Salud para los establecimientos del primer nivel del MINSA, que funciona con base en fondos rotatorios. El MINSA provee gratuitamente medicamentos para los Programas Nacionales dirigidos a problemas prioritarios como IRA, EDA, TBC, Malaria y PAI. Adicionalmente se proveen medicamentos para el Programa del Seguro Escolar Gratuito creado en 1997 y para el Programa del Seguro Materno-Infantil en implementación. De otro lado, el Seguro Social de Salud (EsSalud) y las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) financia los medicamentos a los derechohabientes. Existe una Política Nacional de Sangre explícita y desde 1998 se establecieron Guías para la donación de

sangre. El Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre del MINSA reporta que para 1999 el total de unidades de sangre donadas ascendió a 332.800, de las cuales 1,7% correspondieron a donantes remunerados. El 80,1% de las donaciones se hicieron por parte de familiares o por reposición. Tanto en los hospitales como en los centros y puestos de salud del subsector público se aplican protocolos de tratamiento para las principales enfermedades prevalentes en el país. La presencia del farmacéutico aunque es legalmente exigida en hospitales y en farmacias privadas, se cumple parcialmente.

Equipamiento y Tecnologías: Existen 1,17 camas por cada 1000 hab.: el subsector público dispone de 0,93 y el subsector privado de 0,24. El sector tiene 781 laboratorios clínicos, 100 bancos de sangre y 2462 equipos de radiodiagnóstico¹⁴.

Disponibilidad de equipamiento en el sector salud por cada 1,000 habs. 1996 y 1999

Sector	Tipo de Recurso			
	Camas Censables	Laboratorios Clínicos	Bancos de sangre (1999)	Equipo de radiodiagnóstico*
Subsector Público				
MINSA	16,983	517	48	778
ESSALUD	5,435	98	20	308
Fuerzas Armadas y Policiales	1,947	20	04	147
Subtotal	24,365	635	72	1233
Subsector no Público				
Privado	5,851	130	28	1219
Otros	504	16		10
Subtotal	6,355	146	28	1229
TOTAL	30,720	781	100	2462

Fuentes: MINSA: "II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud", Lima, 1996. *Incluye equipos de radiología y ultrasonografía. MINSA: Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre.

Disponibilidad de Equipamiento en el Sector Salud por nivel de atención, 1996*

Sector	Tipo de Recurso					
	Salas de parto		Laboratorio Clínico		Equipos de Radiodiagnóstico	
Subsector Público	1er. Nivel	2do. Nivel	1er. Nivel	2do. nivel	1er. Nivel	2do. Nivel
MINSA	1.021	ND	104	413	209	569
ESSALUD	ND	ND	49	49	35	273
Fuerzas Armadas y Policiales	ND	ND	11	9	108	39
Subtotal			164	471	352	881
Subsector no Público						
Privado	ND	ND	70	60	817	402
Otros	ND	ND	12	4	10	-
Subtotal			82	64	827	402
TOTAL	ND	ND	246	535	1179	1283

Fuente: MINSA: "II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud", Lima, 1996. *Datos más recientes disponibles

Datos del MINSA de febrero de 1999, mostraron que el 15% de 8,315 equipos de nivel de complejidad mayor, adquiridos y entregados a los establecimientos de su red de servicios entre los años 1995 – 1998, ya se encontraban inoperativos. Según estimados para el año 2002, el 42% del mismo grupo de equipos se encontraría inoperativo, teniendo una antigüedad máxima entre 4 y 7 años. Los estudios concluyeron

calificando como crítica la situación del mantenimiento de equipos en el MINSA, resaltando que el presupuesto destinado para mantenimiento era en promedio US\$ 1.14 (en un rango de 0.69 a 1.88) por día cama en los hospitales evaluados, estando el estimado requerido en un rango que varía de US \$ 4.73 a 11.59 de costo diario de mantenimiento por cama de hospital.¹⁵ Actualmente se está fortaleciendo la capacidad de gestión de tecnología en equipos y dispositivos médicos del Ministerio de Salud. No se dispone de información sobre cuál es la distribución de unidades y/o equipos de alta tecnología por demarcaciones territoriales, y entre los subsectores público y privado.

2.3 Funciones del Sistema de Salud

Rectoría : Por disposición de la Ley General de Salud, el MINSA es la máxima autoridad sanitaria, tiene a su cargo la rectoría del Sector y es responsable de la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como de supervisar su cumplimiento, de conformidad con la política general del Gobierno. La función normativa está reservada al MINSA, en tanto que los órganos desconcentrados tienen delegadas las funciones de regulación sanitaria, prevención y control, así como otras específicas a su campo de actividad. La misma Ley establece que el Estado 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. Corresponde a éste último subsidiar parcial o totalmente la atención médica de las personas con menores recursos y a aquellos que no cuentan con seguro de salud público o privado. Los servicios básicos de Salud Pública incluyen principalmente: inmunizaciones, acciones de saneamiento básico y ambiental, información, educación y comunicación en salud, control de enfermedades transmisibles, control de alimentos e insumos para la salud, vigilancia epidemiológica y salud mental. La Ley General de Salud faculta al MINSA para efectuar la evaluación, control y auditoría periódicas a los establecimientos y servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza o modalidad de gestión. Esta función no se desempeña regularmente por la escasez de recursos en las Direcciones Departamentales de Salud. La supervisión y control a los establecimientos del MINSA es sobre todo de orden presupuestal - contable. En el caso de EsSalud, el MINSA no desarrolla acciones de supervisión y control, excepto en el campo de Acreditación de Establecimientos de Salud. Las aseguradoras privadas de salud son supervisadas por la Superintendencia de Banca y Seguros. A partir de 1993, se empezó a desarrollar el sistema de información del Ministerio de Salud (HIS/MIS) con la expectativa de que fuera un sistema único de registro de actividades ambulatorias y extramurales. No obstante, a inicios del 2001, coexistían una diversidad de sistemas de información no integrados entre sí. La información sobre la programación y ejecución presupuestal a nivel nacional no está disponible debido a que la ejecución de la Direcciones de Salud no ubicadas en el departamento de Lima depende del Ministerio de la Presidencia. Su consolidación se demora y requiere esfuerzos adicionales de concertación interinstitucional. En los últimos años la elaboración de las Cuentas Nacionales en Salud correspondientes a 1995, 1996, 1997 y 1998 ha permitido disponer de información sectorial para dichos años aunque debe señalarse que la información sobre los

proveedores privados proviene de una muestra y no de su universo. La información sobre la oferta física en salud, se actualiza cada 4 años a través del Censo Nacional de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud. Periódicamente se realizan encuestas de hogares que permiten estudiar la demanda y utilización de servicios de salud.

A pesar de que el Recurso Humano ha sido identificados como estratégicos en el sector, el MINSA no ha ejercido rectoría suficiente en la determinación de la cantidad, composición por categoría ni calidad de su formación. Adicionalmente, no existe suficiente articulación entre las instituciones formadoras y las entidades prestadoras de servicios de salud, para adecuar la formación profesional y técnica a las necesidades, lo cual se traduce en sobrecostos por reentrenamiento e ineficiencia del sistema en su conjunto. La Escuela Nacional de Salud Pública, órgano rector del MINSA en Recursos Humanos en Salud, se encontraba a inicios del 2001 en reestructuración. A través de una Comisión los diferentes programas y proyectos del MINSA coordinan la capacitación la cual aún es fragmentada. No se cuenta con un Sistema Nacional de Garantía de Calidad como tal, aunque en el MINSA opera desde 1998 una Unidad de Acreditación de Establecimientos de Salud que aplica la normatividad vigente para el proceso de acreditación en todos los subsectores, haciendo énfasis en estándares de infraestructura. A comienzos del 2001, cinco instituciones hospitalarias (1 pública y 4 privadas) han sido acreditadas y más de 150 instituciones hospitalarias están en el proceso de autoevaluación, paso previo a la acreditación. Desde 1976, existe una Comisión Nacional del Residentado Médico (CONAREME) que regula la formación de especialistas médicos en el país. En julio 1999 se promulgó la ley que institucionaliza la acreditación de Facultades de Medicina. En el caso de las profesiones de la salud, predomina un modelo de autorregulación de las mismas a través de los Colegios Profesionales. El Colegio Médico inició en 1999 el proceso de recertificación de profesionales médicos a través del Programa de Educación Continua. El Ministerio de Salud, tanto a nivel central como a través de sus órganos desconcentrados, lleva a cabo un proceso de coordinación intersectorial, especialmente con los sectores de Educación, Agua y Saneamiento, Nutrición y Promoción del Desarrollo de la Mujer y Desarrollo Humano. No se dispone de datos específicos sobre como se vinculan estas acciones y/o programas con las instituciones prestadoras de servicios de los subsectores público y privado. No existen en el país agencias dedicadas a la evaluación de las tecnologías en salud. La elaboración de guías de práctica clínica no están reguladas por alguna política explícita, y se elaboran de acuerdo a criterios definidos en cada institución. No se dispone de información sobre si las autoridades sanitarias, y en concreto el Ministerio de Salud, disponen de sistemas de información sobre situación de salud, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios confiables y oportunos y sobre si ella se utiliza en forma efectiva para la toma de decisiones.

Financiamiento y Gasto.

Según cifras preliminares del Estudio de Cuentas Nacionales en Salud 1997-1998, en 1998 el Perú destinó alrededor del 4,4% de su PBI a la salud. Esto equivale a US\$99 per cápita. No obstante, es posible

que el financiamiento privado se haya subestimado. En latinoamérica, los países con similar producto nacional utilizan un mayor porcentaje de su PBI en salud¹⁶, lo que sitúa al Perú por debajo del promedio.

Distribución del Financiamiento en Salud, Perú 1995-1998

Fuentes de Financiamiento	1995	1998
Total (Millones de US\$)	2.446	2.652
Hogares	43,3	38,5
Gobierno	26,7	24,8
Empleadores	27,7	34,1
Externo	1,5	1,8
Donaciones	0,8	0,7
Total	100%	100%

Fuente: MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.

Distribución del Gasto Total en Salud, Perú 1995-1998

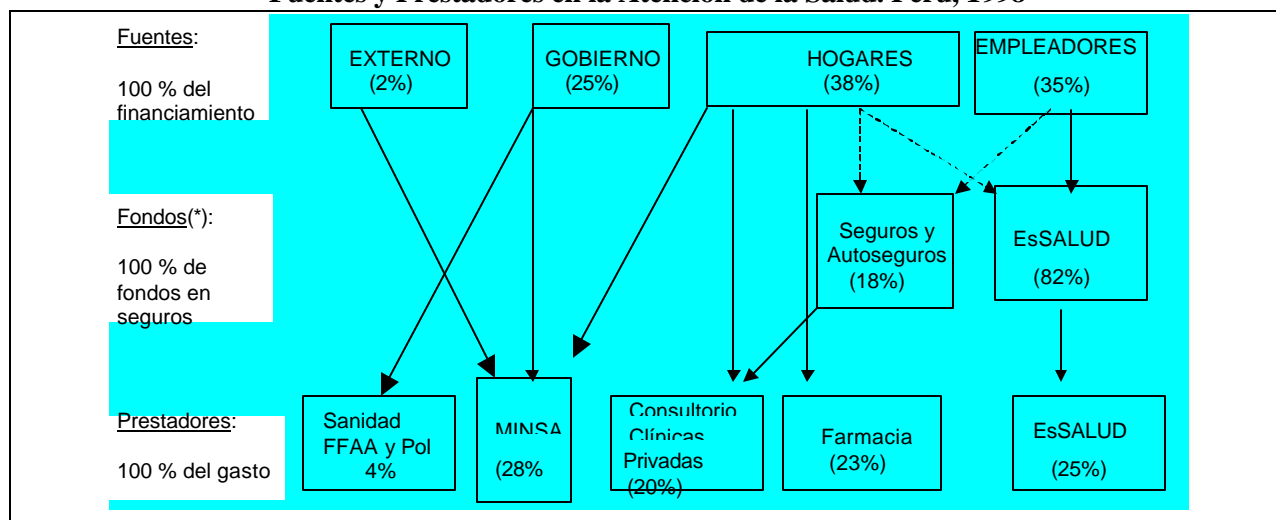
Gasto según Prestadores	1995	1998
Ministerio de Salud	26,1	27,9
Otros públicos (*)	0,8	0,4
Sanidad Policial y Fuerzas Armadas	5,1	3,8
EsSalud	23,8	25,1
Privado Lucrativo	16,0	18,6
Privado No Lucrativo	1,5	1,7
Farmacia	26,6	22,5
Total	100%	100%

Fuente: MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001. (*) Mayormente Municipios.

Las principales fuentes de financiamiento son los hogares, los aportes de los empleadores para sus trabajadores estables declarados, y el gobierno a través del tesoro público. La disminución en la participación de los hogares en el financiamiento entre 1995 y 1998 se debió a la eliminación del aporte del 3% del trabajador (hogares) a la cotización del 9% sobre la remuneración de la seguridad social en salud. Ello supuso un incremento del aporte del empleador que pasó del 6 al 9%.

Los recursos del Gobierno son canalizados tanto a la sede central del MINSA, como a las Direcciones Departamentales de Salud del mismo a través de los Gobiernos Transitorios Regionales, lo que suele traer problemas de descoordinación. Los recursos de los hogares se destinan preferentemente a la compra en farmacias, muchas veces sin intermediación de los servicios de salud, así como al pago de tarifas por la atención privada y por la pública. Pocos hogares cotizan directamente un seguro potestativo a EsSalud, o adquieren directamente pólizas de seguros privados. Los empleadores aportan a EsSalud para asegurar a sus trabajadores estables declarados y en menor medida, contratan seguros privados. Los fondos del aseguramiento en salud incluyen los recursos captados por el Seguro Social (EsSalud) y los seguros privados. Si bien la cooperación financiera externa es poco relevante como porcentaje del financiamiento del sector, (alrededor del 2%) es importante en el diseño e implementación del proceso de RS, lo que le otorga valor estratégico. Esta característica puede convertirse en el futuro en un punto vulnerable si no logra ser sustentado por fondos del tesoro público.

Fuentes y Prestadores en la Atención de la Salud. Perú, 1998



Fuente: Elaborado en base a: MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001. Las flechas con líneas punteadas indican flujos menores. (*) Sólo el 36% del financiamiento está intermediado como fondo.

En 1998, la distribución del gasto según los diversos prestadores, ubicó al MINSA en el primer lugar, ya que este recibe ingresos adicionales de los hogares vía las tarifas y los fondos externos. El rubro farmacia agrupa la venta de medicamentos no efectuada dentro del establecimiento de un prestador. Buena parte de este rubro representa la compra directa en farmacia, un gasto no intermediado por el proveedor. La composición del gasto en salud indica que el 83% se destina a la prestación de servicios de salud (recursos humanos, servicios e insumos) de los cuales el 28% se dedica a medicamentos, el 8% a la administración y regulación pública y el 5% a la inversión.

Composición del Gasto en Salud 1998

Descripción	MINSA Nac.	EsSalud	Total Sector
Prestación de Servicios de Salud (*)	60,2	66,2	55,6
Medicamentos	6,6	10,5	27,8
Administración y Regulación Pública	22,5	6,3	7,9
Administración de Planes Seguridad Social	-	9,7	2,4
Otros servicios relacionados a salud (**)	2,1	-	1,7
Inversión	8,6	5,2	4,7
Total	100%	100%	100%

Fuente: MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001. (*) Comprende Servicios Finales e Intermedios de Salud. (**) Comprende educación en salud, formación de recursos humanos, certificaciones, inspecciones, licencias, control de animales y venta de residuos.

Desde 1993, el gasto público del MINSA ha tenido una tendencia creciente, aunque ella se estancó en los últimos años debido a la crisis fiscal resultante de la crisis política y de la recesión económica. En 1999, el gasto nacional global del MINSA fue financiado en 80% por el tesoro público, en 16% por los ingresos provenientes del cobro de tarifas a los usuarios, en 2% por el endeudamiento externo y en el 2% restante por donaciones. Estudios sobre la composición del gasto por niveles de atención, sugieren que alrededor del 40% del subsidio público en salud del MINSA (definido como el gasto ejecutado menos los pagos de usuarios por tarifas y el gasto de la administración central del MINSA), se destina al nivel hospitalario, mientras que el 60% restante va al primer nivel de atención (centros y puestos de salud)¹⁷. La distribución

del subsidio público en salud del MINSA por quintiles de ingreso de la población ha mostrado un claro patrón regresivo en el gasto hospitalario, principalmente en el medio rural, así como un significativo patrón progresivo en el gasto en centros y puestos de salud urbanos¹⁸. Hasta 1996, el presupuesto se asignaba por tendencia histórica y sin relación con la producción y logro de metas. A partir de 1997, se empezó a vincular la asignación de recursos según resultados esperados. En el área económica y financiera, se realizan estudios para buscar la concordancia entre la programación presupuestaria y el logro de objetivos y metas, así como para mejorar la identificación de beneficiarios y la formulación de políticas de cobro. A inicios del 2001 comenzó una experiencia piloto de cambio en los mecanismos de pago en un hospital al norte del país.

Fuentes de Financiamiento del Ministerio de Salud a nivel Nacional, 1995-1999 (en miles deUS\$)

	1995	1996	1997	1998	1999
Tesoro Público ("Recursos Ordinarios"):	566.083	598.477	605.045	615.191	581.852
Fondos Propios ("Recursos Directamente Recaudados")	79.452	92.220	106.186	115.458	113.965
Endeudamiento Externo ("Recursos de Credito Externo")	20.014	38.041	25.243	24.639	14.834
"Donaciones y Transferencias"	360	198	5855	14306	13.119
Total	665.909	728.936	742.330	769.594	723.770
% Gasto Total MINSA Nacional en Gasto del Gobierno Central	5,3	5,0	5,0	5,4	5,4
% Gasto Total MINSA Nacional en el PIB ¹	1,2	4,2	1,3	1,3	1,3

Fuentes: MINSA Base de datos; Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección Nacional de Presupuesto Público; Base de Datos de los Organismos Públicos Descentralizados (SEPS, ENSAP, INS, INMETRA, INAPMAS); Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Aseguramiento Sanitario. Existen tres tipos de afiliación a seguros de salud: la Seguridad Social (EsSalud), la sanidad de las FFAA y Policía Nacional, y los seguros privados. En cuanto a EsSalud, los empleadores cotizan el equivalente al 9% del salario mensual de sus trabajadores y el número de aportantes depende de la evolución del sector formal de la economía. Adicionalmente a los trabajadores dependientes que en diciembre del año 2000 constituían el 95% de los asegurados aportantes activos, la Seguridad Social ha buscado desde la década de los 70 expandir el seguro a trabajadores que no se encuentran en relación de dependencia con escasos resultados. El seguro de las Fuerzas Armadas cubre exclusivamente a sus trabajadores y familiares directos y se financia con fondos del tesoro público. Los seguros privados en salud suelen ser contratados por las familias y, en menor medida, directamente por los empleadores. Las principales diferencias entre las prestaciones ofrecidas por el MINSA y el Seguro Social radican en la gratuidad de las atenciones y medicamentos requeridos para los asegurados en ésta, mientras que las personas que acuden al MINSA pagan tarifas por la atención (consultas, hospitalización, pruebas diagnósticas, etc) y por los medicamentos, con excepción de algunos programas de salud (tuberculosis, seguro escolar, seguro materno-infantil en áreas piloto) que incluyen atención y medicamentos gratuitos, ya que no existe un conjunto o plan básico de prestaciones sanitarias al cual

tengan derecho todos los ciudadanos. El Seguro Social ha mantenido unificadas las prestaciones para todos sus afiliados independientemente del nivel de ingreso/aportación y de régimen (hay asegurados regulares y asegurados de regímenes especiales) hasta inicios del 2000. Desde entonces ha desarrollado planes de salud con diverso grado de cobertura para los asegurados de Regímenes Especiales que son los asegurados independientes (denominados facultativos) y sus familias. La creciente informalización de la economía, la flexibilización laboral aun en el sector público y el escaso incremento de las remuneraciones reales llevaron a una fuerte disminución del aseguramiento en salud: del 37,7% en 1994 al 23,5 en 1997. El paulatino incremento de las primas de los seguros privados influyó también sobre este fenómeno. En 1997, del total de asegurados, el 86,5% estaba afiliado al EsSalud y el 6,8% sólo disponía de aseguramiento privado. Adicionalmente, un 2,5% contaba con doble aseguramiento (EsSalud y seguro privado) ¹⁹. En dicho año, el rango de variación del aseguramiento fue de 35.9% para la población de Lima Metropolitana y 6.2% para la población del medio rural

Aseguramiento en Salud, 1997

Condición de Aseguramiento	Total	Lima-Metropolitana	Resto Urbano	Rural
No Asegurado	76,5%	64,1%	69,4%	93,8%
Asegurado	23,5% (100,0%)	35,9% (100,0%)	30,6% (100,0%)	6,2% (100,0%)
-ESSALUD-	(84,0)	(77,5)	(88,4)	(92,1)
-ESSALUD y Seguro Privado	(2,5)	(4,8)	(0,6)	(1,3)
-Sólo Seguro Privado	(6,8)	(9,1)	(4,6)	(5,8)
- Privado Individual	((5,0))	((7,1))	((2,9))	((4,9))
- Privado Empresa	((1,8))	((2,0))	((1,7))	((0,9))
Sanidades Policial/Militar	(6,8)	(8,5)	(6,4)	(0,7)

Fuente: Petrerá M, Cordero L, El Aseguramiento Público en salud y la Elección del Proveedor. En Pobreza y Economía Social. Cúanto SA.

Con información preliminar de las Cuentas Nacionales en Salud 1997-98, se observa que en 1998, los fondos provenientes de los hogares y empleadores para seguros de salud representaban 1,4% del PIB, el 36% del total del financiamiento en salud y el 40% del gasto privado en salud con fines de lucro. De este monto, EsSalud manejaba el 82% y el aseguramiento privado el 18% restante²⁰.

Provisión de servicios

Servicios de salud poblacional: En 1999 la cobertura nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) fue 95,8% para vacuna antipolio; 98,9% para DPT; 92,5% para antisarampionosa y 96,9% para BCG, en niños menores de 1 año.²¹ Asimismo, resultados preliminares de la ENDES 2000 indican que la atención prenatal por personal capacitado alcanzó al 82,5% de embarazos y el 57,3% de los partos fueron atendidos por profesionales de salud capacitados. Además, el 50,3% de las mujeres unidas en el 2000 usaban métodos modernos de anticoncepción.

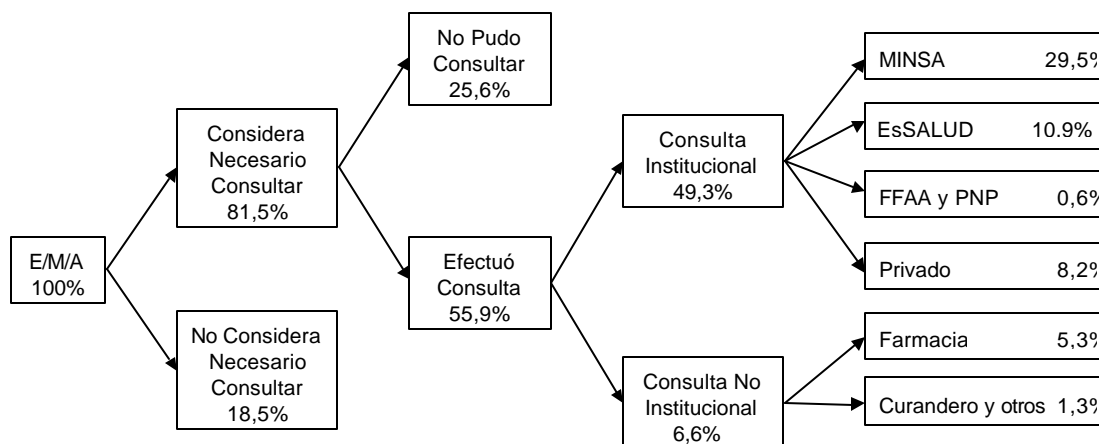
Los servicios de salud están reorientando su prestación con criterios de promoción de la salud, incorporando aspectos preventivo-promocionales, adecuación sociocultural y participación de la comunidad. Además, alrededor de 30 municipios provinciales y distritales han conformado redes locales

de comunidades saludables tanto en el norte (Tumbes y Piura), sur (Arequipa) y centro del país (Lima y Callao). Estas redes están trabajando de manera prioritaria en cuatro áreas: maternidad saludable y segura, prevención y control de la violencia familiar, atención del adulto mayor y entornos saludables especialmente en salud del ambiente. La promoción de la salud ha sido incorporada en las líneas de acción del sector educativo a través del Programa Nacional de Municipios Escolares (5.000 a nivel Nacional) que constituyen espacios formativos, de participación, organización y opinión de niños y adolescentes. Una de las estrategias de programa es el desarrollo de Escuelas Promotoras de la Salud incorporando para ello los ejes de Promoción y Prevención en Salud en el ambiente escolar y familiar.

Servicios de salud individual: En el año 2000, el 25,2% de la población declaró enfermedad o malestar en salud o accidente en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta. De este grupo, el 81,5% consideró necesaria la consulta. Entre los que la consideraron necesaria, el 25,6% no pudo acceder a la misma, siendo la falta de recursos económicos la principal razón de exclusión. Del 55,9% que efectuó consulta, el 6,6% la hizo con personal no profesional, preferentemente donde el expendedor de farmacia. Sólo el 49,3% de los que manifestaron problemas de salud tuvieron atención profesional. De este grupo, los establecimientos del MINSA captaron al 29,5% ; EsSalud al 10,9%; el sector privado al 8,2% y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional al 0,6% restante. Una comparación con los niveles de utilización estudiados para 1994 y 1997 ²² indica que el incremento de la cobertura institucional fue fuertemente propiciada por el MINSA, cuya participación aumentó del 16,3% (1994) al 25% (1997) y 29,5 (2000) del total de personas con síntomas de enfermedad/accidente, gracias al incremento del primer nivel de atención en centros y puestos de salud, concordante con el mayor gasto focalizado en el Programa de Salud Básica para Todos.

Debido a la fragmentación del sistema de salud y a la falta de oportunidad y centralización de los datos, no se dispone de información consolidada nacional sobre producción de servicios y morbilidad según las diferentes redes de servicios. En el caso de la mortalidad, existe un mejor nivel de registro, flujo y análisis de la información para la toma de decisiones a nivel nacional. Entre 1987 y 1997 no sucedió un cambio sustancial en el patrón de las principales causas de mortalidad. La Tuberculosis y Septicemia dejaron de ubicarse entre las primeras 10 causas de mortalidad y las Enfermedades Infecciosas Intestinales pasaron del segundo al séptimo lugar. De otro lado, la Enfermedad Cerebrovascular subió al tercer lugar pese a haber disminuido ligeramente su tasa, y las Infecciones Respiratorias Agudas mantuvieron su primer lugar, con una amplia ventaja sobre la segunda causa para cualquiera de los períodos. Existe preeminencia de las enfermedades transmisibles, aunque las enfermedades del aparato urinario fueron también importantes, de la misma manera que la Hipoxia, Asfixia del Feto y el Recién Nacido. Asimismo, las Deficiencias de la Nutrición y Anemias se mantuvieron entre las primeras causas de mortalidad.

Niveles de Utilización de Servicios de Salud 2.000



Fuente: MINSA-SEPS-OPS. Equidad en la Atención de Salud en Perú 1997

Calidad técnica: Debido a que no se ha establecido un Sistema Nacional de Garantía de Calidad, no se ha dispuesto el reporte de información sobre el porcentaje de hospitales con programas de calidad y comités de ética establecidos y funcionando, ni sobre el porcentaje de cesáreas sobre el total de partos, el índice de infecciones hospitalarias, el porcentaje de hospitales con comités de infecciones establecidos y funcionando, el porcentaje de autopsias sobre el total de fallecidos, el porcentaje de muertes infantiles y las maternas auditadas.

Calidad percibida: El estudio sobre Equidad en la Atención de Salud ²³ explora la satisfacción percibida por ámbito (rural, urbano, Lima Metropolitana), sexo y tipo de proveedor para cada quintil de ingreso, encontrado que: a) en todos los quintiles, la satisfacción es mayor en el proveedor privado y la diferencia con los otros proveedores se acentúa a medida se eleva el ingreso, b) en los prestadores públicos, la atención en el primer nivel (Centro/Puesto de Salud) es la más satisfactoria en todos los quintiles, lo que concuerda con el incremento de gasto gubernamental en este nivel, c) la satisfacción en los establecimientos del EsSalud es la de menor calificación en todos los estratos de ingreso, lo que contrasta con la mayor valoración (respecto al MINSA) que presentaban estos establecimientos en encuestas anteriores, d) los niveles de satisfacción de la población rural, tienden a ser menores que los urbanos y los de Lima Metropolitana, y, e) el sexo es importante para explicar cierta preferencia relativa de las mujeres por el hospital respecto al primer nivel.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA

3.1. Seguimiento del proceso.

Seguimiento de la dinámica: Desde 1995, el gobierno anterior había realizado ajustes en la Administración Pública como parte del Proceso de Reforma del Estado, a fin de reducir gradualmente su participación en la administración de bienes y servicios y reforzar su rol rector y regulador, lo que ha

dado origen a procesos de modernización de diversos sectores entre ellos el del Sector Salud. Por lo tanto, el proceso de reforma sectorial en salud fue parte de un proceso administrado centralmente por las autoridades del Ministerio de Salud, en lugar de pasar por un proceso de negociación con los diversos actores sectoriales. Si bien los lineamientos generales del proceso tuvieron una amplia difusión (Documento Lineamientos de Política de Salud 1995-2000), su agenda y planes de acción, así como sus posibles criterios y mecanismos de evaluación, se mantuvieron en reserva. El financiamiento de las experiencias de campo y la implementación del proceso se dio a través de los proyectos nacionales con la Banca Internacional de Desarrollo (BID-Banco Mundial), del Tesoro Público y de la cooperación técnica internacional. Dadas las circunstancias políticas de interrupción súbita del gobierno elegido en mayo del 2000, la designación de un Gobierno de Transición en noviembre del mismo año y la convocatoria a elecciones generales en abril del 2001, el proceso de reforma del estado y por ende de reforma sectorial en salud se convierte en un tema de la próxima gestión nacional y sectorial.

Seguimiento de los contenidos:

Marco jurídico: El marco jurídico del Sector ha sido modificado por dos leyes: La Ley de Modernización de la Seguridad Social (LMSS, mayo 1997) y la Ley General de Salud (LGSS, junio 1997). La LGS es la ley marco para el sector. La LMSS flexibilizó el monopolio público en la provisión de la atención médica de los asegurados a la seguridad social en salud con el fin de mejorar la calidad y cobertura de servicios, abriendo la posibilidad que el 25% de la cotización pueda ser trasladado a proveedores privados. La equidad no es definida como un principio explícito en la LGS, aunque si se indica que "es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables, de seguridad, oportunidad y calidad". No se observan cambios jurídicos que favorezcan la intersectorialidad en salud, con excepción de la creación de Comisiones Multisectoriales en temas como alimentación y nutrición, prevención de la violencia familiar, educación y salud.

Derecho a los cuidados de salud y al aseguramiento en salud: La RS ha buscado extender la cobertura de cuidados básicos mediante mecanismos de aseguramiento, y de carácter gratuito para los pobres en la provisión de servicios. En 1994 el MINSA definió paquetes de atención básica para niños, adolescentes, mujeres en edad fértil y población adulta, los cuales se promovieron con fondos del país a través del Programa de Salud Básica para Todos. En 1997 se puso en marcha el Seguro de Salud Escolar que cubrió en todos los niveles y de manera integral (atención, medicamentos y pruebas diagnósticas) a los escolares de escuelas públicas y en 1998 se inició la aplicación piloto del Seguro de Salud Materno-Infantil para atender a las madres gestantes, parto, puerperio, y a los niños hasta los dos años de edad.

Rectoría y separación de funciones: Los principios de la reforma prevén la separación de funciones, pero todavía no ha sido puesta en funcionamiento. No se dispone de una evaluación del ejercicio de la función rectora en materia de salud.

Modalidades de descentralización: En julio de 1999, el anterior Presidente anunció la descentralización administrativa a nivel municipal de los servicios de educación y de salud y se presentaron varios proyectos de ley al Congreso de la República en ese sentido. La crisis política ha llevado a que este tema quede pospuesto para estudio del nuevo Congreso y del nuevo Gobierno.

Participación y control social: Su desarrollo ha tenido dos líneas de trabajo: Los CLAS (establecimientos administrados por autoridades del MINSA y de la comunidad) y los procesos de “rendición de cuentas”, aun en etapa de construcción. La participación social no está planteada en forma explícita como un objetivo de la Reforma Sectorial.

Financiamiento y gasto: Se ha desarrollado una política de identificación de beneficiarios para cautelar el principio de equidad y la focalización del subsidio público, según criterios de pobreza/necesidad/efectividad de la atención. Actualmente se está probando la confiabilidad de algunos métodos para identificar a los beneficiarios del subsidio. Se discuten diversos mecanismos de pago alternativos al tradicional con el fin de cambiar gradualmente un subsidio orientado a la oferta, por una asignación basada en la demanda, productividad y eficiencia. Se desarrollan y aplican diversos sistemas de costeo al interior de hospitales.

Oferta de servicios y Modelos de atención: Durante los últimos años se ha dado prioridad al financiamiento de los servicios del primer nivel de atención en la red de servicios de salud a cargo del MINSA, lo cual ha contribuido a su reorientación hacia la promoción y prevención. La priorización de la atención en el primer nivel ha sido en forma predominante por riesgo y por daño, aunque la tendencia reciente es a efectuarla por grupos de población con un enfoque de atención integral (Niño, adolescente, mujer, adulto/adulto mayor). Se busca mejorar la focalización del subsidio en salud, a través de un sistema de exoneraciones además del funcionamiento del Seguro Escolar Gratuito y de los pilotos del Seguro Materno-infantil. Se espera un proceso de unificación hacia un Seguro Público de Salud Subsidiado. Un efecto adicional derivado de la política de incentivar el desarrollo del primer nivel de atención, ha sido la reducción en el financiamiento público para los niveles 2 y 3 de atención, lo cual ha limitado el acceso de la población más pobre a los mismos. En el caso del Seguro Social, se ha propuesto un Nuevo Modelo de Atención Integral que apunta a incrementar el acceso de los beneficiarios al primer nivel de atención y poner en funcionamiento un adecuado Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes. Este modelo todavía se encuentra en fase de diseño. En el sector privado las experiencias son muy diversas, encontrándose oferta de servicios en todos los niveles de atención, con predominio de aquellos de mayor complejidad.

Modelo de gestión: Además de los Acuerdos de Gestión con 5 Direcciones Departamentales de Salud, la reforma busca desarrollar un modelo de atención basado en redes de establecimientos y servicios de salud que permita la movilización de usuarios y recursos a lo largo de diversas capacidades resolutivas según la complejidad de la necesidad a ser atendida. La relación de los prestadores públicos con los privados

todavía es mínima. Algunos establecimientos públicos de salud, especialmente los hospitales, han comenzado a organizarse conforme a criterios gerenciales, como consecuencia principalmente de la insuficiencia de recursos de transferencia para su operación. No obstante, la ausencia de una política hospitalaria explícita dificulta la definición de objetivos institucionales. La Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud promueve desde su creación el desarrollo de guías de atención para los establecimientos privados, concordadas con el Ministerio de Salud y el Seguro Social de Salud.

Recursos humanos: Se evidencia que aunque algunas facultades o escuelas que forman profesionales de salud han introducido algunos cambios a fin de responder a las necesidades de la RS, estos no son significativos a nivel nacional. La flexibilización laboral ha modificado y diversificado las condiciones de trabajo, ha ampliado las causales de despido y ha generado restricciones a la sindicalización y a la negociación colectiva. En 1988-89 el 77.6% de los médicos que trabajaban en instituciones públicas y el 29% de los que lo hacían en instituciones privadas, tenían vínculo laboral vitalicio; en 1996, la proporción de médicos nombrados en el sector salud era de 50.3%. A inicios del 2001, el MINSA gestionaba una ley para pasar a condición de nombrado al personal asistencial contratado a plazo fijo, e igualar la duración de la jornada laboral de los trabajadores, independientemente del tipo de vínculo laboral. En cuanto a modificaciones en la práctica profesional en los últimos cinco años se han dado algunas experiencias interdisciplinarias como las promovidas por el Proyecto 2000 en el campo de atención materno-infantil, y la estrategia de AIEPI. En el país no han variado los mecanismos de certificación de los trabajadores de la salud excepto aquel de recertificación que el Colegio Médico del Perú tiene en marcha para los médicos generales desde 1999 y para los especialistas a partir de mayo del 2000, ambos a través de un programa de educación continua. Los trabajadores de salud no han tenido participación activa en el proceso de reforma: planteamientos de la Federación y el Colegio Médico así como de la Asociación de Médicos del Seguro Social fueron presentados pero no acogidos. Se han dado algunas modificaciones en la planificación y gestión de los recursos humanos en el subsector público través del Programa Salud Básica para Todos que cubre requerimientos de personal en establecimientos de primer nivel, tanto profesional como técnico, en zonas deprimidas. Actualmente cuenta con 12,288 trabajadores (70% contratados en forma directa y 30% a través de los CLAS), de los cuales 14% son médicos, 19% son enfermeras, 18% otro personal profesional, y 49% es personal técnico. Sólo una pequeña cantidad de ellos (unos 700) es personal de planta que recibe un incentivo económico por horario ampliado. Para el resto la modalidad de contratación es por servicios no personales, por 6 meses para el de SBPT y por un año para los CLAS, contando estos últimos con beneficios sociales. Los contratos responden a metas de productividad pre-establecidas. En el caso de los CLAS, los responsables del mismo están en capacidad de contratar personal con sus propios recursos y atender sus necesidades. Ellos mismos negocian las condiciones de la contratación. No se cuenta con una política sectorial de desarrollo de recursos humanos y tampoco con una política de incentivos para el desempeño, excepto EsSalud que tiene un aporte por

productividad pero que el personal lo interpreta más como una compensación a los bajos salarios que como un incentivo al desempeño. Referente a Capacitación, las modalidades que se están introduciendo, especialmente a través de los grandes proyectos, son diversas, tales como: capacitación en servicio con el enfoque de la educación permanente empleando la metodología de la problematización, pasantías, educación a distancia, entre otras.

Calidad y Evaluación de Tecnologías en Salud: A pesar de que existen grupos de investigadores interesados en evaluar las tecnologías en salud al interior de las instituciones de todos los subsectores, no se cuenta con organismos públicos o privados para ese efecto. Existe una corriente cada vez más fuerte para promover la formulación y uso de protocolos y guías de atención en la práctica clínica, con el fin de mejorar la calidad de atención y racionalizar el gasto. El MINSA ha diseñado y difundido protocolos y guías para la mayoría de los programas de salud.

3.2. Evaluación de resultados.

Equidad: La Reforma es parte del proceso de Reforma del Estado y estuvo precedida por un incremento del gasto público social para impulsar el Programa de Salud Básica para Todos, por lo que no es posible adjudicar los resultados logrados solo a la RS sino al conjunto de estas políticas, las cuales estuvieron además acompañadas por una reactivación económica entre 1993 y 1997.

Solo en la atención de primer nivel (puesto y centro de salud) se demuestra cierta progresividad, ya que la atención de hospitales es mas bien regresiva. Entre las razones para no realizar consulta destacan la falta de dinero, la distancia del establecimiento, la lentitud de la atención y la desconfianza en el servicio²⁴.

En rigor, aún no es posible evaluar el impacto de la Reforma sobre la equidad en la cobertura, el acceso, y el uso de los servicios de salud.

Efectividad y Calidad: Aunque se han producido algunos avances en el marco legal, en la acreditación de establecimientos y recursos humanos, en la regulación del sector privado, en la elaboración de guías de atención, en materia de auditoría médica y en evaluación de la satisfacción de los usuarios, todavía no es posible evaluar el impacto de la Reforma en este campo porque aún no está estructurado un Sistema Nacional de Garantía de Calidad.

Eficiencia:

En la asignación de recursos: Formando parte del Programa de Salud Básica Para Todos iniciado a fines de 1994, se aplicaron criterios de focalización del gasto en los establecimientos de primer nivel según niveles regionales de pobreza. Posteriormente, se ha puesto en marcha el Sistema de Programación y Presupuesto SPP en todas las regiones del país, el cual asigna los recursos financieros con base a las metas anuales del plan. También se desarrollan diversas metodologías de costeo de servicios y diagnósticos atendidos

En la gestión de recursos: Se han introducido metodologías de programación, ejecución y seguimiento presupuestal con énfasis descentralizado, y se han producido avances en la estandarización de

procedimientos de gestión y en el equipamiento de los establecimientos de salud pero la carencia de un sistema de incentivos y la complejidad administrativa, retrasan y dificultan su puesta en marcha masiva.

Sostenibilidad: Las restricciones financieras constituyen una seria amenaza para la viabilidad del proceso de reforma. El contexto económicamente recesivo iniciado en 1998 está significando importantes recortes presupuestales y pone en riesgo las expectativas formadas. Un argumento central a favor de la legitimidad de la Reforma es el importante aumento de la cobertura del primer nivel de atención del Ministerio de Salud a favor de la población mas pobre y vulnerable.

Participación y Control Social: La participación comunitaria en la organización y gestión se ha desarrollado a través de los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS) en el 20% de los establecimientos de primer nivel. Los CLAS incorporan la participación en la gestión de los establecimientos de atención primaria de salud. Se considera que la participación civil asegura una mejor gestión y control social de los recursos²⁵. Cuando se aplica en zonas con redes sociales desarrolladas y que asimilan la propuesta, los resultados son una mejora en la productividad del recurso humano y en la calidad de la atención. Esta línea de participación comunitaria en la gestión de salud es considerada como expresión tangible del “empoderamiento” del usuario y una muestra del ejercicio real de sus derechos.

* La segunda edición del Perfil fué preparada por un grupo de ocho profesionales y decisores políticos nacionales pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y a la OPS/OMS. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Perú. La revisión externa fué encomendada a personal docente e investigador de la Universidad Católica del Perú. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- ¹ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 1996. Lima: INEI; 1997.
- ² INEI. Compendio de Estadísticas Sociodemográficas 1998-1999. Lima: INEI; 1999.
- ³ MINSa. Defunciones Perú 1998. Lima: MINSa; 2000.
- ⁴ CONTRADROGAS. Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas. Informe General. Lima: Contradrogas; 1999
- ⁵ PNUD: "Informe sobre el Desarrollo Humano 2000", New York, 2000
- ⁵ Ministerio de Economía y Finanzas. Carta de Política Social. Borrador de Trabajo, febrero 2001
- ⁷ Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000. Base de Datos. Cuanto SA. Lima, 2000.
- ⁸ Ministerio de Economía y Finanzas. Carta de Política Social. Borrador de Trabajo, febrero 2001
- ⁶ Banco Mundial: "Pobreza y Desarrollo Social 1994-97". En: Diálogo sobre Experiencias y Retos en la lucha contra la Pobreza. Primer Foro 26-27, octubre 1998.
- ¹⁰ Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000. Base de Datos. Cuanto SA. Lima, 2000.
- ¹¹ MINSa-OPS. Cuentas Nacionales en Salud 1997-1998. Documento de Trabajo Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.
- ¹² Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, "Análisis de los productos farmacéuticos con registro sanitario vigente al mes de Diciembre de 1997", 1999
- ¹³ Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Proyecto: Fortalecimiento de los Sistemas de Suministro y Calidad de Uso de los Medicamentos, Informes de la evaluación con indicadores de los sistemas de suministro de medicamentos 2000 (documento interno)
- ¹⁴ MINSa: "Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud", Lima, 1996.
- ¹⁵ Informes de Consultoría en Equipamiento y Mantenimiento. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, 1999.
- ¹⁶ OPS: "Gasto Nacional y Financiamiento del Sector Salud en América Latina y El Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa". Serie Salud en el Desarrollo No 3, Washington DC, 1995
- ¹⁷ MINSa-SEPS-OPS: "Equidad en la Atención de Salud 1997", Lima, septiembre 1999.
- Portocarrero Augusto. Distribución del subsidio Público en Salud 1997 y 1999. ASC MINSa-OPS Lima, 2001.
- ¹⁸ MINSa-SEPS-OPS: "Equidad en la Atención de Salud 1997", Lima, septiembre 1999.
- ¹⁹ Petretera M, Cordero L, El Aseguramiento Público en salud y la Elección del Proveedor. En Pobreza y Economía Social. Cuanto SA
- ²⁰ MINSa-OPS. Cuentas Nacionales en Salud 1997-1998. Documento de Trabajo Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.
- ²² MINSa. Informe del Programa Ampliado de Inmunizaciones 1999. En preparación 2000
- ²² Utilización de la Base de Datos de las Encuestas nacionales de Niveles de Vida (ENNIV 1994, 1997, 2000).
- ²³ Se ha utilizado la base de datos proveniente de la aplicación de la Encuesta Nacional Sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV) correspondiente al año 1997, desarrollada y aplicada por el Instituto Cuanto SA bajo asesoría técnica del Banco Mundial La ENNIV es una muestra representativa del nivel nacional de 3.843 hogares, estratificada con los siguientes dominios de estudio: Lima Metropolitana, Callao, Costa urbana, Costa rural, Sierra urbana, Sierra rural, Selva urbana y Selva rural. Se cumplen los atributos de muestreo probabilístico, multietápico e independencia en cada dominio. MINSa-SPS-OPS: "Equidad en la Atención de Salud 1997", Dirección General de Planificación, Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Lima, setiembre 1999.
- ²⁴ MINSa-SPS-OPS: Op. Cit., septiembre 1999.
- ²³ Cortez, Rafael: "Equidad y Calidad de los Servicios de Salud: El Caso de los CLAS", Universidad del Pacífico. Lima, 1998.

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
URUGUAY**

(1ra. edición, agosto de 1999)
(2da. edición, mayo de 2002)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Uruguay es un estado democrático. Posee un Gobierno nacional y 19 Gobiernos Departamentales. El Área Social del Poder Ejecutivo está integrada por los Ministerios de Salud Pública (MSP), Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Deportes, Turismo, y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

Para el 2002 se estima que la población del Uruguay es de 3.360.868 (91% urbana)¹. El Producto Nacional Bruto per cápita fue de US\$ 6.006 (a precios constantes) en el 2000. Si bien la tendencia de la tasa de desempleo fue descendente desde 1996, en 1999 se inició un ascenso de la misma como consecuencia de las crisis económico-financiera del Brasil y la Argentina llegando al 15,3% en el 2001. En cuanto a la distribución del ingreso, el 5,2% del total de los hogares se encontraba en el quintil 1, mientras que el 48,4% de los hogares estaba en el quintil 5 (1998)². La tasa nacional de analfabetismo de la población de 10 años y más fue del 3,1%. El promedio general de años de estudio aprobados por la población de 12 años y más, excluyendo la enseñanza preescolar, fue de 8 años.

El sistema de salud del Uruguay está constituido por los subsectores público y privado. Las instituciones del subsector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP, el cual brinda sus servicios a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE), el Banco de Previsión Social, la Universidad de la República, los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior, las Intendencias Municipales, y otras entidades públicas y entes autónomos. El subsistema privado está constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, instituciones de seguro de pre-pago que brindan una atención integral), las empresas que brindan seguros parciales de salud, los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE, que son empresas públicas o privadas que realizan alguno de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pagos a través del Fondo Nacional de Recursos), los sanatorios y clínicas privados, y las residencias para ancianos.

El 33,7% del total de la población esta cubierta por los servicios del MSP; el 46,6% por las IAMC, el 4,2% por la Sanidad Militar; el 1,8% por Sanidad Policial y un 1,2% por otros agentes. Existe un 11,7% de la población sin cobertura formal y se ignora la situación del 0,9% restante (Censo Nacional, 1996).

A diciembre del 2001 había 12.775 médicos y 2.903 enfermeras universitarias³.

El sector salud en su totalidad se financia en un 42% mediante el pago de las cuotas (a las IAMC y a los seguros parciales), 31,8% por precios, 25,3 % por los impuestos generales y 0,9% de proventos. La estructura del gasto del sector salud en su conjunto está compuesta por: 50% retribuciones personales, 29% compra de materiales, 15% en medicamentos, 9% en contratos a terceros y un 3% en inversiones (1998).

En los establecimientos del ASSE, la tasa de consulta por 1000 habitantes es de 3.768, mientras que en las IAMC alcanza a las 5.854 (1998). El promedio de días de estadía en los primeros es de 15 días y en los últimos, de 4,5 días. El porcentaje de cesáreas está alrededor del 20% en los hospitales del MSP y entre el 30% y el 40% en las IAMC.

El proceso de reforma del sector salud en el Uruguay está centrado en su financiamiento, en especial el financiamiento del subsector privado, y en el fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud Pública y la desconcentración de las actividades de sus servicios. Gran parte de estas actividades tienen el apoyo financiero del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a través de préstamos.

1. - CONTEXTO

1.1 Contexto Político: Uruguay posee un Gobierno Nacional democrático y representativo. El país se divide administrativamente en 19 departamentos. La renovación de las autoridades nacionales y departamentales se realiza cada 5 años, mediante elecciones secretas y obligatorias. El Gobierno Nacional está constituido por 3 poderes: Ejecutivo (Presidencia y Ministerios), Legislativo (Cámara de Senadores y Cámara de Diputados) y Judicial (Suprema Corte de Justicia, Tribunales y Juzgados). Los Gobiernos Departamentales (19 en total) están integrados cada uno por un Intendente y una Junta Departamental (de 31 miembros o ediles).

El Área Social del Poder Ejecutivo está integrada por los Ministerios de Salud Pública (MSP), Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Deportes, Turismo, y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

La política nacional de salud se planifica en cada Gobierno como parte del Plan de Gobierno al cual se le adjudica una proporción del Presupuesto Nacional para el quinquenio siguiente. No existen otros mecanismos nacionales o subnacionales para la planificación y gestión del desarrollo, la conducción de la política social o la inserción de la política de salud en los programas de gobierno.

En setiembre del 2000, las entonces recientes nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública elaboraron un documento de uso restringido: *Política Nacional de Salud para el Período Quinquenal*; en este se indicaban los principios de la acción: interacción del individuo con el medio, la responsabilidad compartida, la salud como inversión, la ética y humanización de la atención a la salud, la equidad, solidaridad, participación social, eficiencia y cobertura universal, accesibilidad y atención integral. Ese mismo documento establecía las estrategias: el fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud Pública, reorganización interna de la Dirección General de la Salud, el desarrollo de una política nacional de medicamentos, el desarrollo de un programa de garantía de calidad y acreditación de servicios de salud, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, la racionalización del uso de la medicina altamente especializada, fortalecer la integración del MERCOSUR en el sector salud, fortalecer los servicios de salud del Ministerio y los de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Aunque desde aquella fecha de setiembre del 2000 a abril del 2002 ha habido tres ministros de salud, el documento tiene vigencia con las acciones llevadas por las actuales autoridades ministeriales.

Si bien no hay un documento oficial que señale cuáles son los principales problemas políticos y/o sociales con influencia en la situación de salud o en el desempeño de los servicios de salud, se puede afirmar que entre ellos destacan la estructura etaria de la población (12,8 % del total de la población tiene 65 años o más de edad), el alto costo de la atención a la salud y la centralización del MSP.

1.2 Contexto Económico: La economía uruguaya está atravesando por una fase recesiva desde 1998. La misma fue provocada principalmente por condiciones externas desfavorables, en especial por las crisis del Brasil de comienzos del 2000 y por las recientes turbulencias financieras y políticas de la Argentina. En los primeros meses del 2002 las crisis política, económica y social de la Argentina han acentuado la

incertidumbre de los agentes económicos de la subregión⁴. Esto se reflejó en un aumento del riesgo país del Uruguay. Debe destacarse, además, el impacto de las condiciones climáticas adversas para algunos sectores agropecuarios y la reemergencia de la Fiebre Aftosa, situaciones que obligaron a una reducción brusca de la producción y exportaciones desde el último trimestre del 2000. En el período 1999 – 2000 se amplió significativamente el déficit del sector público. En este período la caída del ingreso nacional fue del 6%, significativamente superior a la caída del PBI que fue del 4%⁵.

La inflación se mantuvo en torno al 4% anual siendo de 5,07 % anual a marzo del 2002. En el año 2000 el PBI fue de US\$ 20.053 millones (a precios constantes de mercado). Este PBI fue 1,1% menor con respecto al de 1999. El PBI per cápita presentó en promedio una variación del 1,6% anual entre 1990 y 1997; sin embargo, disminuyó un promedio de 2,4% anual para los años 1998 al 2000. El PBI per cápita fue de US\$ 4.707 en 1990 y de US\$ 5.982 en 1999⁶. El PNB per cápita fue de US\$ 6.006 en 2000 (precios constantes).

En comparación con el 1999 en el 2000 el sector agropecuario decreció un 2,5%, la actividad industrial un 2,5%, y el sector de comercio, restaurantes y hoteles disminuyó un 4.6%.

Principales Indicadores Económicos y del Sector Social

INDICADOR	AÑO					
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PBI per cápita (US\$) (1)	5.993.-	6.327.-	6.648.-	6.812.-	6.331.-	6.033.-
Gasto Público total, como porcentaje del PIB (2)	31,4	ND	32,2	ND	ND	ND
Gasto Público social, como porcentaje del PIB (3)	23,6	20,9		22,8		ND
Gasto Total en salud, como porcentaje del PIB (4)	9,22	ND	10,05	10,26	ND	ND

Fuentes:

1. Uruguay. Banco Central del Uruguay. Anuarios Estadísticos. Disponible en: <http://www.bcu.gub.uy>
2. CEPAL. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL; 1998.
3. CEPAL. *Panorama Social de América Latina 2000 – 2001*. Santiago de Chile: CEPAL; octubre 2001.
4. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay*. Montevideo: MSP; 2001.

En el quinquenio 1995-1999 hubo un fuerte respaldo del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a través de préstamos a las áreas sociales, entre ellas al Ministerio de Salud Pública (MSP). De acuerdo al Balance de Inversiones del MSP para el año 1997, la ejecución de estos proyectos con endeudamiento externo ascendió a US\$ 10.983.826⁷.

1.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico: Dentro de los principales problemas que influyen en la situación de salud se destacan las etapas avanzadas de la transición demográfica y epidemiológica de la población del Uruguay: el 12,8 % de la población total del país tiene 65 años o más de edad, y las tres primeras causas de muerte en la población general son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y accidentes. La esperanza de vida al nacer para el año 2000 fue de 75,13 años para la población total, de 71,12 años para la población masculina y de 79,20 años para la población femenina. En el período

intercensal de 1985 a 1996, la tasa promedio de crecimiento fue del 0,6 % anual. La razón de dependencia para el 2001 fue de 60,5 por 100 habitantes.

La Tasa Bruta de Natalidad es de 15,9 (2000), con un promedio de 52.700 nacimientos por año. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) para el total del país se sitúa en 2,19 hijos por mujer para el año 2000. La fecundidad rural es algo más elevada que la urbana (2,50 y 1,93 hijos respectivamente) ⁸. La Tasa Bruta de Mortalidad no ha presentado gran variación en los últimos 50 años, siendo del 9,4 por mil habitantes para el año 2000. La Tasa de Mortalidad Materna fue de 11,1 por 100 000, en el año 1999. La Tasa de Mortalidad Infantil ha descendido en forma lenta y progresiva luego del importante descenso registrado en la década del 50, pasando de 18,9 en 1994 a 14,1 por mil en el año 2000. Las principales causas de mortalidad infantil son las relacionadas con la prematuridad y las enfermedades congénitas lo que determina que la tasa de mortalidad neonatal sea mayor que la postneonatal.

En el Uruguay se registra el 100 % de las muertes y la casi totalidad de los nacimientos (98%). Ambos hechos son certificados por médicos. En el 2000 el porcentaje de defunciones por síntomas y causas mal definidas fue del 7,4 %.

En el país no se han presentado casos de Malaria, Cólera, Dengue, ni fiebre Amarilla. Desde 1997 se ha interrumpido la cadena de transmisión de la Enfermedad de Chagas.

En el momento actual las enfermedades transmisibles no constituyen una causa importante de mortalidad. A pesar de que no existen datos confiables de morbilidad, en la población infantil la infección respiratoria y las diarreas agudas, constituyen la principal causa de consulta y egreso hospitalario.

Con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles, se debe destacar que en el Uruguay la vacunación es gratuita y obligatoria en la infancia. Debido a esto, en los últimos 20 años no se han notificado casos de polio, tétanos neonatal ni difteria y están en descenso los casos de sarampión, tos ferina y meningitis.

La cobertura de vacunación (2000) fue del 99% para la BCG en menores de 1 año; del 91% para las 3 dosis de DPT; 91% para las 3 dosis de polio; y, del 89% para la triple viral. En los últimos años se han agregado las vacunas contra la hepatitis A y B y la antihemófilus influenzae y en abril del 2002 contra el meningococo B.

En cuanto al VIH-SIDA se calcula una prevalencia de 0,2% en todo el país, siendo el número de casos acumulados hasta el 2001 inclusive de 1690. El número de muertos desde 1983 a agosto del 2002 fue de 807. La vía de transmisión más frecuente es la sexual (68%), pero ha aumentado la transplacentaria en los últimos años.

1.4 Contexto Social: Se estima que la población total del Uruguay para el 2002 es de 3.360.868 habitantes, con un 90,8 % de población urbana. La tasa de analfabetismo de la población de 10 años o más de edad es de 3,1 % para todo el país (3,6 % en los hombres y 2,6 % en las mujeres). El promedio general de años de estudio aprobados por la población de 12 años y más, excluyendo la enseñanza preescolar, es de 8 años. Entre 1996 y 1998, el desempleo mostró una tendencia decreciente. Sin embargo, en los inicios de 1999, y como consecuencia de las crisis argentina y brasileña, la reemergencia

de la Fiebre Aftosa y adversidades climáticas (inundaciones y sequías), la tendencia se invirtió, llegando a 11,3 % en 1999, 13,6% en el 2000 y al 15,3 % en el 2001. No existen cifras oficiales de empleo informal. La línea de pobreza por persona está establecida en US\$ 216 mensual.- para Montevideo y US\$ 134 mensual.- para el resto del país. En el 2000, el 16,4% de los hogares (25,2% de las personas) en el área urbana percibía un ingreso per cápita inferior a los valores señalados. El 1,2% de los hogares (2,2% de las personas) se ubica por debajo de la línea de pobreza (definida como el ingreso requerido solamente para cubrir las necesidades alimenticias) ⁹.

El Uruguay presentaba, en 1995 un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,885, y en 1999 de 0,828. A pesar de mostrar una posición alta en la comparación internacional, algunas dimensiones de este indicador muestran rezagos relativos, entre ellos el más claro es la educación en el nivel terciario. En la evolución de este indicador durante la década de los noventa se verifica un cambio cualitativo en la composición de la pobreza: la pobreza es hoy más homogénea, o sea, afecta más a los hogares con características más similares (familias numerosas, con bajo nivel educativo y desempleados o con trabajos informales).

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización general: El Uruguay cuenta con un sistema de salud mixto (público y privado), donde se distingue un sector público para la atención a la salud de la población de bajos recursos y un sector privado para la atención de los grupos de recursos medios y altos. Las estructuras asistenciales se mantienen casi intactas desde hace más de medio siglo a pesar de que el entorno social y económico que las originó ha cambiado radicalmente.

Sector Público. Las instituciones del subsector público incluyen: i) el Ministerio de Salud Pública (MSP), ii) el Banco de Previsión Social (BPS), iii) la Universidad de la República (a través del Hospital de Clínicas), iv) El Ministerio de Defensa Nacional y el del Interior (Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Servicio de Sanidad Policial respectivamente), v) las intendencias municipales; vi) El Banco de Seguros del Estado y vii) servicios de salud de otras entidades públicas (entes autónomos y servicios descentralizados).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el responsable de normalizar, evaluar y fiscalizar la atención a la salud en todo el país. Se creó en 1934 a través de la Ley Orgánica de Salud Pública donde se establecieron sus cometidos en materia de higiene pública, asistencia, vigilancia y establecimiento de normas. En noviembre de 1987 se creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de acuerdo a la ley orgánica 15903 a fin de ejercer “la administración de los establecimientos de atención médica del MSP “(Art. 267). De esta manera se separa la función normativa de la asistencial del MSP. En el marco de dicha ley, con el propósito de comenzar la descentralización, se creó el marco normativo para transferir a los gobiernos departamentales e instituciones del sector privado la administración o uso de establecimientos asistenciales propios. Sin embargo, actualmente la ASSE sigue fuertemente centralizada. Dentro del marco de la descentralización se destaca que en 1999 se realizó una experiencia piloto de

gestión descentralizada en cuatro hospitales, la cual fue evaluada como exitosa. A fines del 2000 se establecieron nuevas formas de relación con otros 6 hospitales mediante la firma de compromisos de gestión cuyo propósito es mejorar la eficiencia de la gerencia.

El MSP-ASSE (el mayor efector público del país) posee unos 65 establecimientos de salud, los cuales están clasificados según niveles de complejidad en policlínicas, centros de salud y hospitales (A, B, C y especializados). Hay un total de 6.200 camas de agudos y 2.300 de crónicos en todo el país ¹⁰. Para cada uno de los 18 Departamentos del interior del país hay un Hospital Departamental que sirve de referencia para los demás establecimientos de ASSE en el Departamento.

La principal fuente de financiamiento del MSP es el presupuesto nacional quinquenal a través de impuestos directos (en torno al 88 % del presupuesto total del MSP), y el resto por vía no tributaria (precios 8,7 %, y proventos 3,3 %) ¹¹.

En cuanto a la forma de relacionamiento dentro del sector público, no existe un mecanismo formal de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención tanto en el ámbito institucional (MSP) como con otros efectores del primer nivel del subsector público. Sin embargo se pueden destacar algunas experiencias puntuales como el “Programa Aduana” (sistema de contrarreferencia de recién nacidos al primer nivel de atención de todo el subsector público) que funciona exitosamente. La ley de creación de ASSE permite que las prestaciones de mayor complejidad puedan ser compradas a prestadores privados. En el interior del país, es frecuente la venta y compra de servicios entre ASSE y el subsector privado.

El Banco de Previsión Social (BPS) es un ente autónomo del Estado incluido en la Constitución de 1968, actualmente vigente, cuya función es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la Seguridad Social. El BPS actúa como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores y contratando a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). De igual manera, es un prestador directo de algunos servicios de salud, tales como atención al embarazo y a la infancia. Todos los trabajadores dependientes de la actividad privada tienen derecho al Seguro por Enfermedad prestado a través de dichas instituciones y contratadas por el BPS. Asimismo tienen derecho los patrones titulares de empresas unipersonales. El Banco, como prestador directo de servicios de salud, cubre: la atención al embarazo y el parto de los hijos de los trabajadores, así como la atención pediátrica hasta los 6 años de edad; la asistencia odontológica y de ortodoncia y asistencia social hasta los 9 años; y la atención sin límite de edad para aquellos con malformaciones congénitas. Posee un hospital propio y 6 centros materno-infantiles en Montevideo. En el resto del país contrata servicios al MSP o a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). La principal fuente de financiamiento son las retenciones de las contribuciones de los empleados y de los empleadores (aproximadamente un 90 % del total del financiamiento). También recibe fondos del presupuesto quinquenal del gobierno (10%).

La *Universidad de la República*, a través de su Hospital Universitario (512 camas), brinda atención en casi todas las especialidades médicas. Es un servicio público y general para pacientes agudos. Sus

funciones son la docencia, investigación, y la prestación de servicios de salud. Su organización depende del Consejo Directivo Central de la Universidad. La principal fuente de financiamiento son los impuestos a través del presupuesto quinquenal del gobierno. Posee todos los niveles de complejidad. A pesar de ser un centro de referencia nacional, por falta de recursos financieros está en una profunda crisis, y ha debido suspender algunos de sus servicios.

La *Sanidad de las Fuerzas Armadas* - que depende del Ministerio de Defensa- posee un Hospital Central de 450 camas. La *Sanidad Policial* - que depende del Ministerio de Interior- posee un hospital de 70 camas. La principal fuente de financiamiento en ambas son los impuestos a través del presupuesto quinquenal del gobierno. Ambas instituciones cubren al personal en actividad y en retiro, y a los pensionistas y sus familiares. El *Banco de Seguros del Estado*, cubre las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo de los trabajadores del sector privado, cuenta con un Hospital de 160 camas en Montevideo y contrata servicios a terceros en el interior del país.

Las *Intendencias Municipales* brindan atención ambulatoria de primer nivel de complejidad a la población general. Entre otras funciones, las Intendencias actúan como policía sanitaria sin perjuicio de las funciones del MSP. La principal fuente de financiamiento son los impuestos a través de los presupuestos quinquenales de las intendencias municipales. No existe una entidad que coordine a todas las instituciones públicas de salud.

Sector Privado. El sector privado está constituido por instituciones privadas prestadoras de servicios de salud, que incluye a: i) instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC); ii) instituciones de asistencia médica particular (los llamados seguros parciales de salud) que son empresas con fines de lucro que brindan una atención específica (por ejemplo: de emergencia, odontológica, de policlínicas, etc.) y de las que hay unas 68 en el país; iii) los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) (empresas públicas o privadas que realizan algunos de los procedimientos pagados a través del Fondo Nacional de Recursos); y iv) los sanatorios, clínicas, consultorios privados, y las residencias y hogares para ancianos.

Las *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)* son organizaciones privadas sin fines de lucro que ofrecen un seguro de pre-pago, con cobertura integral y cuyo número total de afiliados representa casi el 50% de la población del país (2000). Pueden adoptar alguna de las siguientes tres formas jurídicas (Ley 15.181, del 21 de agosto de 1981): a) Asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de la solidaridad y que, mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica (son conocidas como “mutualistas” y las primeras en el país tienen casi un siglo y medio de existencia); b) Cooperativas de profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios, y en las que el capital social es aportado por los profesionales que integran dicha cooperativa; c) Servicios de asistencia, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar atención médica al personal de dichas empresas y sus familiares. De las 50 IAMC que hay en el país, 7 son mutualistas. La mayoría de las otras son cooperativas de profesionales. Existen unas pocas instituciones creadas con anterioridad a la

Ley de 1981 que no realizaron su transformación jurídica según las tres formas señaladas. Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí. El Estado a través del MSP, del Ministerio de Finanzas, y del Ministerio de Trabajo, ejercen algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen un alto grado de autonomía. La mayor restricción a esta autonomía está dada por la fijación por parte del Estado del valor máximo de las cuotas mensuales. Las IAMC están distribuidas en todo el país, existiendo por lo menos una en cada departamento del país. La principal fuente de financiamiento son las cuotas (75 % del total de los ingresos en 1998). Estas cuotas pueden ser de tres tipos: i) de pago individual, ii) de pago por convenio colectivo, o iii) de pago por la Seguridad Social por un seguro obligatorio que suscribe a los trabajadores de empresas privadas a la IAMC de su elección, con una cobertura integral de salud, pero que no incluye a los dependientes. Otras fuentes de financiamiento son los copagos para la utilización de servicios de los afiliados (11 % del total), y los ingresos por la venta de servicios y otros (14% del total). La mayoría de las IAMC están agrupadas en asociaciones de segundo grado (Federación Médica del Interior -FEMI-, Unión de la Mutualidad del Uruguay -UMU-, y el Plenario de IAMC). Las IAMC se relacionan con el subsector público sobre todo a través de la compra y venta de servicios. También existen otras coordinaciones en temas relacionados con la promoción y prevención de enfermedades a través de comisiones ad hoc. En la última década el modelo predominante en el Uruguay siguió siendo el de las IAMC; aunque hubo una tendencia creciente a la aparición de instituciones de “asistencia médica particular”, las cuales son seguros de salud comerciales.

2.2 Recursos del sistema

Recursos Humanos:

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD, 1993 - 2001

TIPO DE RECURSO	AÑO								
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Razón de médicos por 10,000 hab.	34,8	35,5	36,3	37,3	37,8	37,0	37,4	ND	43,8
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab.	6,5	6,8	7,0	7,2	7,5	7,5	7,8	ND	9,1
Razón de odontólogos por 10,000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12,2	ND	13,1
Razón de técnicos medios de Laboratorio por 10,000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Razón de farmacéuticos por 10,000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND	3,2	3,2		3,9
Razón de radiólogos por 10,000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
No. de egresados de postgrado en Salud Pública	1	3	1	1	2	0	0	1	1

Fuentes: Uruguay. Caja de Jubilaciones y Pensiones Universitarias. Boletines de varios años, excepto para el 2001 que se utilizó <http://www.cjppu.org.uy>. Para egresados de Salud Pública: Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Según estudios realizados en el medio¹², las tendencias en la demografía médica en el Uruguay han sufrido un aumento geométrico de la tasa de médicos por 10.000 habitantes, feminización de la población médica y mayor tendencia hacia la especialización y multiespecialización. Existe una gran variabilidad

en las remuneraciones de los médicos, tanto en el ámbito público como privado y de especialistas y médicos generales, por lo cual no existen patrones de remuneración que sean representativos.

Medicamentos y otros productos sanitarios: Todos los medicamentos que se comercializan en el Uruguay son registrados en el MSP. Se estima que debe haber unas 4.000 presentaciones de medicamentos que se comercializan en el país. En el año 1971 el MSP elaboró un Listado de Medicamentos Esenciales en respuesta a los requerimientos de la OMS (LIME), el cual es el vademécum obligatorio para todas las dependencias del MSP-ASSE. Existe una comisión del LIME que actúa en forma permanente y decide periódicamente la inclusión o la exclusión de fármacos. En la revisión de 1998 el LIME incluyó aproximadamente 300 medicamentos referidos por sus nombres genéricos. La última revisión fue realizada en 2001. Cada institución privada posee su propio vademécum.

Desde 1992 se iniciaron experiencias del sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias. En la actualidad, su aplicación se ha extendido, sobretudo en el ámbito privado, pero no generalizado. Del total del gasto del sector salud 16,7 % se destinó a medicamentos (1998). El volumen de ventas de fármacos fue de US\$ 348.548.510 de los cuales el 36% correspondieron a ventas a particulares, 31% a gastos del sistema de las IAMC y 15% a gastos del sector público. Si bien no hay una política explícita de regulación de los medicamentos, la cobertura integral de las IAMC incluye derecho a medicación en atención ambulatoria mediante un ticket regulador de vabr único en referencia al costo del medicamento. Actualmente no existen protocolos de tratamiento en el ámbito de los centros de atención que permitan obtener información sobre el uso racional de los medicamentos. La normativa vigente establece la obligación de que la dirección técnica de las farmacias privadas estén a cargo de un químico-farmacéutico. Las direcciones de las farmacias de los hospitales del MSP-ASSE deben ser ejercidas también por químicos-farmacéuticos.

En 1997 se notificaron 115.490 donaciones de sangre, en 1998 116.626 y en 1999 115.818¹³. La venta de sangre y hemoderivados está prohibida por ley. Toda la sangre donada es controlada según estándares internacionales.

Equipamiento y tecnologías: No hay un inventario nacional sobre el equipamiento o tecnologías existentes. En mayo de 2001 se creó la Unidad de Evaluación de Tecnología Médica dependiente del MSP que se encarga de asesorar a la Dirección General de Salud en los temas de la introducción, control y regulación de equipos y tecnologías, alimentos modificados, reactivos diagnósticos y medicamentos.

2.3 Funciones del Sistema de Salud

Rectoría: En 1934 se creó el MSP, y en su Ley Orgánica, aún vigente, y Decretos posteriores del Poder Ejecutivo se establece que es el organismo responsable de establecer normas, regular y controlar el sector, desarrollar programas preventivos y administrar sus servicios asistenciales. El gobierno desarrolla un proceso de reforma del sector salud, con énfasis en la descentralización orientado a mejorar la eficiencia y la eficacia, y a racionalizar el gasto aspirando a una atención de calidad.

Los servicios de ASSE no tienen un marco regulatorio explícito en cuanto al funcionamiento, la estructura o la calidad de la atención de los servicios. Existe un sistema de acreditación que no es obligatorio para las instituciones públicas. En el proceso de descentralización los compromisos de gestión con los hospitales dependientes del MSP, permitirán evaluar el cumplimiento de las funciones señaladas en dichos documentos. Para el sector privado existe una regulación por la ley 15.181 que define las prestaciones que se deben brindar, las inversiones a realizar, los requisitos mínimos para su funcionamiento, etc. Esta ley rige solo para las *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC) pero no para los seguros parciales los cuales tienen un marco regulatorio menos estricto.

Respecto al funcionamiento de los servicios de salud, el MSP dispone del Sistema Nacional de Información (SINADI). Este brinda datos de las IAMC sobre cobertura, número de prestaciones de servicios, gestión económico-financiera, y algunas variables de recursos físicos de las instituciones. No obstante, no brinda información sobre recursos humanos. También tiene en ejecución, desde hace una década, un sistema de información sobre la producción, rendimientos y costos (PRORRECO) de los establecimientos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (MSP-ASSE). La información disponible es utilizada muy poco por el MSP, tanto a nivel central y local, como por las instituciones privadas. En los últimos años se han estado haciendo esfuerzos para mejorar el desarrollo gerencial.

El MSP no tiene políticas formuladas en el área de recursos humanos. La única institución de formación de médicos es la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Las licenciadas en enfermería, nutricionistas y técnicos (de laboratorio, registros médicos, anatomopatología) son formadas primordialmente en la Universidad de la República. En la última década hubo una proliferación de escuelas privadas para la formación de auxiliares de enfermería, especialmente en el interior del país. Todas las instituciones deben cumplir una serie de requisitos para acreditar la capacidad de los profesionales formados. Para poder ejercer, todo profesional de la salud debe estar registrado ante el MSP, quien habilita su ejercicio en el país. No existen colegios de profesionales, excepto el de enfermería que está en formación pero que aún no tiene personería jurídica.

Financiamiento y gasto: No existe un proceso de información único ni sistemático sobre el financiamiento del gasto en salud del país¹⁴. Los tres mecanismos principales de financiamiento del sector salud son: a) pre-pago voluntario de cuotas (42,1%); b) precios, que incluye medicamentos, órdenes y tickets (IAMC) (31,8%); y c) impuestos (25,2%). Estas fuentes de financiamiento se superponen. En el sector público la estructura de financiamiento muestra un predominio del financiamiento mediante impuestos. El financiamiento por vías no tributarias es escaso (por venta de servicios y precios 0,9 y 2,5% respectivamente) lo que refleja una baja recuperación de costos en el sector público.

En cuanto al sector privado, predomina la fuente de financiamiento a través de las cuotas de pre-pago por parte de la población afiliada (59 %). Gran parte de este aporte se realiza a través de transferencia de fondos de la Seguridad Social. Le siguen los precios abonados por la población que se pagan a los seguros

parciales, a las farmacias externas, a las casas de salud y residenciales y a la asistencia estrictamente privada, y los pagos por órdenes y tickets por parte de la población afiliada a las Mutualistas.

Estructura del financiamiento del sector salud, 1995

INSTITUCIÓN	Estructura del financiamiento				
	Impuestos	Precios	Pre-pago	Proventos	TOTAL
Sector público:					
Ministerio de Salud Pública- ASSE	16,1			0,7	16,8
Sanidad FF.AA.	1,6	0,3			1,9
Sanidad Policial	1,0	0,3			1,3
Hospital de Clínicas(Univ. de la República)	1,5			0,1	1,6
Otros Públicos	3,0	1,9		0,1	5,0
Aporte del Tesoro al Fondo Nacional de Recursos	2,0				2,0
SUBTOTAL SECTOR PÚBLICO	25,2	2,5		0,9	28,6
Sector privado:					
Instituciones de asistencia médica colectiva		11,4	38,21		49,6
Aporte del sector privado al Fondo Nacional de Recursos			3,9		3,9
Otros Privados		17,9			17,9
SUBTOTAL SECTOR PRIVADO		29,3	42,1		71,4
TOTAL	25,2	31,8	42,1	0,9	100,0

Fuente: Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *El Gasto en Salud en Uruguay años 1994 y 1995*. Montevideo: MSP - Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS); 1996. Mimeo.

Entre estas dos modalidades se cubre el financiamiento del 92 % del sector privado. Las cuotas de afiliación a las IAMC, han tenido un incremento real apreciable desde 1988, si bien en los últimos 4 años los precios se han mantenido estables, destacándose que se encuentran controlados por el Poder Ejecutivo.

Evolución de las cuotas mutuales en Montevideo

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cuota en dólares	27,86	33,59	26,30	42,02	44,22	45,86	46,30	45,06	44,22

Fuente: i) Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001*. ii) Buglioli, M. et al. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Impacto de la regulación. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16:63-69.

No hay desgravaciones fiscales por suscribir un seguro privado de salud. Sobre donaciones o préstamos no reembolsables, si bien no se recoge información en forma sistemática, las mismas no son significativas. Ya se hizo referencia anteriormente a los préstamos reembolsables del BM y del BID. La situación de la información sobre gasto es la misma que la de la información sobre financiamiento.

Gasto en Salud, 1994 – 1998

Años	Gasto en salud (millones de dólares)	Gasto en salud per cápita	Gasto en salud en porcentaje del PBI
1994	1.590	498	9,08
1995	1.781	553	9,22
1997	2.163	663	10,05
1998	2.292	697	10,26

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001*.

Gasto en salud, Uruguay, 1995 y 1998 (en % sobre el total)

Sector de salud	Origen del Gasto										
	Retribución personales		Medicamentos		Material y otros		Inversiones		Contrato a terceros		TOTAL
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	
Sector público	36,6	48,72	12,0	15,82	41,0	29,35	2,8	4,68	7,7	S/D	100,0
Sector privado	49,4	53,16	18,6	14,49	18,4	29,70	3,4	2,65	10,2	S/D	100,0

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001.*

Gasto en salud por tipo y prestadores de servicios, 1998.

Prestador	Tipo de servicio			
	Administración y Gestión	Prevención, Promoción y Vigilancia	Atención Curativa	Total
Sector Público	16,83	3,64	79,53	100
Sector Privado	0,04	0,00	99,96	100

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001.*

Aseguramiento: La información oportuna y confiable sobre cobertura que dispone el MSP es la referida a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Del resto del subsector privado no existe información. En cuanto a la cobertura del MSP existe una aproximación basada en el número de carnés otorgados que permiten el uso de sus servicios, pero no es muy confiable. Las sanidades militares y policial tienen población cerrada. Para las Intendencias Municipales y otras instituciones públicas no existe una información oportuna y confiable.

Existe cobertura múltiple por los sistemas públicos y privados de atención integral. Además de las que brindan atención integral, existe un conjunto de empresas privadas, un total de 64, que ofrecen seguros parciales de salud, de emergencia, de atención ambulatoria, odontológica, etc. Este sistema de seguro parcial existe desde la década de los 50 pero tuvo su expansión en la década de los 80. A ellos está afiliado el 30-35 % de la población total del país, siendo frecuente poseer una doble cobertura por este sistema y el de cobertura total.

Por decreto del Poder Ejecutivo de 1997, actualmente vigente, se crea el Registro Único de Cobertura Formal (RUCAF) que obliga a todas las instituciones del país, a remitir al RUCAF el padrón completo de sus afiliados o usuarios. Este sistema se está implementando en el momento actual y su finalidad es detectar dicha cobertura múltiple.¹⁵

POBLACIÓN RESIDENTE EN LOCALIDADES DE 5000 O MÁS HABITANTES, 2000

Derechos vigentes	Total	Montevideo	Interior
Total	100,0	100,0	100,0
No Tiene	4,4	4,7	4,2
IAMC, afiliación individual	27,9	36,8	19,2
IAMC, afiliación por DISSE	17,2	21,3	13,2
Ministerio de Salud Pública	36,1	23,3	48,6
Otras instituciones públicas	11,7	11,5	11,8
Otras instituciones privadas	2,7	2,3	3,1

Fuente: Encuesta Continua de Hogares - 2000

Según la Constitución de la República (art. 44) “el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”. El MSP otorga cuatro tipos de carné de asistencia a las personas: i) el carné gratuito de asistencia para aquellos cuyo ingreso no supere los dos y medio salarios mínimos nacionales, a los que no se les cobrarán los servicios prestados; ii) el carné bonificado de asistencia que tiene dos categorías: los que deben abonar el 30% del arancel y los que deben pagar el 60% dependiendo de su nivel de ingresos; iii) el carné maternoinfantil, para embarazadas y hasta los 6 meses después del parto y para el niño menor de un año, quienes tienen una atención gratuita; y, iv) el carné gratuito de asistencia vitalicia, que comprende a los pasivos mayores de 65 años y los pasivos menores de 65 años por incapacidad laboral. Los trabajadores de la actividad privada se afilian a las IAMC a través del Banco de Previsión Social y por medio de un co-pago entre el trabajador y el empresario.

Varios procedimientos considerados de alta tecnología o de alto costo (litotricia, diálisis renales, cirugía cardíaca, prótesis de cadera, de rodilla, gran quemados, etc.) están financiados a través del llamado Fondo Nacional de Recursos (creado en 1979), y son realizados por los Institutos de Medicina Altamente Especializada -que pueden ser públicos o privados. El 100 % de la población del país está cubierto, por lo que no hay problemas de accesibilidad económica ni administrativa para dichos procedimientos.

No existe una definición expresa de una canasta básica o plan básico de prestaciones. El MSP define el mínimo de prestaciones que se debe brindar al afiliado, por el monto de la cuota.

2.4 *Provisión de Servicios*

Servicios de Salud Poblacional. Existen varias instituciones públicas que realizan acciones de promoción de hábitos saludables y de protección frente a riesgos. El MSP posee una División de Promoción de la Salud, de la cual dependían los programas prioritarios que realizaban actividades de promoción y educación para la salud. Actualmente debido a la reestructuración del MSP aprobada por el Parlamento en el 2001, estas actividades pasaron a depender del Departamento de Salud de la Población de la Dirección General de la Salud y que comprende la División de Epidemiología y los Programas de Prevención.

La cobertura de la atención prenatal por resolución ministerial del 2 de abril de 1986 se realiza gratuitamente en el MSP sin ninguna exigencia. En 99% de los casos el parto es institucional y son asistidos por personal entrenado ¹⁶.

Servicios de Atención Individual: Para ambos niveles de atención Se implementó a nivel central (MSP) un sistema de recolección sistemática de datos, indicadores asistenciales económico financieros (SINADI para parte del subsector privado y el PRORRECO para el MSP-ASSE). No obstante, no se realiza retroalimentación, control ni toma de decisión sobre la base de ellos. No ha habido cambios en la última década en la capacidad de elección de los usuarios entre distintos proveedores de salud: los trabajadores del sector privado tienen libre elección entre las diferentes instituciones de salud privadas; los trabajadores del sector público también lo tienen a excepción de algunos grupos que poseen sus propios

servicios (Fuerzas Armadas, Policía). Los desempleados se atienden en el MSP; y los jubilados se atienden según su capacidad de pago en el MSP o las diferentes instituciones del sector privado

Para el nivel primario de atención. Los porcentajes de cobertura total por institución para el total del país son: 33% para el MSP; 47% para las IAMC; 6% para la Sanidad Militar y Policial; y un 12% sin cobertura formal. Interesa destacar que casi la mitad de la población del MSP son niños y adolescentes (47% tiene menos de 20 años) y que casi la mitad de la población que se asiste en alguna IAMC se concentra entre los 15 y 49 años de edad.

En general, el uso de sistemas computarizados está difundido entre los diferentes centros de atención tanto públicos como privados. El desarrollo de redes computarizadas depende de cada institución. No hay aún una red que integre los sistemas de información computarizados de las diferentes instituciones.

Para el año 2000 el número de consultas anuales en las IAMC fue de 5,6 consultas por afiliado en policlínica, y 0,8 consultas por afiliado en urgencia. No hay información actualizada de las consultas anuales en el MSP. No se dispone de información sobre las cinco causas mas frecuentes de consulta. Todas las instituciones de asistencia médica colectiva brindan un servicio de visita domiciliaria. En los últimos años se viene desarrollando en las IAMC el sistema de internación domiciliaria. Salud Pública brinda atención domiciliaria dependiente de los centros de salud, existiendo además un programa de atención de Médicos de Familia.

Para el nivel secundario de atención: La cobertura por instituciones ya fue señalada y se refiere específicamente al nivel secundario pues no hay información desagregada por niveles de atención. Los hospitales del MSP-ASSE no poseen sistemas de información computarizados para la gestión, aunque se está en vías de implementación de los mismos. En algunos hospitales se están desarrollando herramientas de gestión clínica. Para el 2000 el número estimado de egresos fue de aproximadamente 170.000 en los efectores públicos y para las IAMC el número estimado fue aproximadamente de 168.000.

Calidad

Calidad técnica: No existe una normatización en cuanto a los programas de calidad desarrollados en los servicios. Existen experiencias puntuales. No hay una exigencia por parte del MSP de conformar un Comité de Ética para evaluar el comportamiento profesional en los establecimientos de salud. Las experiencias que existen son por iniciativa de cada establecimiento. En cuanto a la calidad técnica se muestra a continuación la evolución del Índice de cesáreas en el subsector público y privado.

Tasa de cesáreas por sector, 1990 – 1999 (% de nacimientos)

Sector	Año					
	90-94	1995	1996	1997	1998	1999
Sector público	18,0	18,0	18,0	17,2	19,1	19,8
Sector privado	27,4	33,0	31,8	32,3	33,9	34,0
Total	20,8	23,8	23,1	22,6	23,8	24,7

Fuente: Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001*. Montevideo: MSP; 2001.

En noviembre de 1997 se decretó la obligación de que cada institución de salud pública o privada en el Uruguay tuviera un comité de control de infecciones intrahospitalarias, adjunto a la dirección, otorgándole un año de plazo para su implementación.¹⁷ Aún no se tiene información de cuántas instituciones ya poseen un comité o programa de infecciones hospitalarias en funcionamiento en el ámbito nacional. En Uruguay desde 1998 se auditan todas las muertes maternas e infantiles.

Calidad percibida: Desde 1996 se viene desarrollando el sistema de acreditación de Hospital Amigo del Niño. A la fecha se han acreditado algunas maternidades del país tanto públicas como privadas.

Por decreto del Poder Ejecutivo (junio, 1992) se establecieron las Normas de Conducta Médica y los Derechos del paciente. Dicho decreto creó también la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (ADUSS). Esta Asociación se dedica principalmente al apoyo del usuario de los servicios de salud en los trámites de denuncias ante el MSP.

En el 2001 se aprobaron por el MSP la Cartilla de los Derechos de los Usuarios, la cual es obligatorio colocar en un lugar visible en todos los establecimientos del sector privado. No hay información sobre el porcentaje de establecimientos con comisiones de arbitraje (o equivalentes) establecidas y funcionando.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL.

3.1 Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica: El hecho más relevante de los últimos 15 años en el subsector público fue la separación de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en una administración aparte: la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE; artículo 275 de la Ley 15903 del 10 de noviembre de 1987). Si bien ASSE continúa bajo la dependencia del Ministro de Salud Pública, la ley de su creación otorga la potestad de transferir sus servicios a las municipalidades, realizar convenios con las instituciones privadas e incluso la gestión de determinadas cantidades de los presupuestos de los establecimientos por los llamados “Grupos de Apoyo” (vecinos de la localidad). La creación de ASSE puede señalarse como el comienzo de una incipiente reforma del sector público que no se ha profundizado. En Uruguay no existe un proceso que intente reformar al sector salud en su totalidad. Para muchos autores este fue el comienzo del proceso de reforma de la atención a la salud. Sí hay, en cambio, un conjunto de proyectos dirigidos a fortalecer al MSP, tanto en su capacidad de gerencia como en la prestación de los servicios que brinda, y en las acciones de ciertos programas prioritarios. Tales proyectos forman parte de una política global del Gobierno tendiente a la modernización del Estado y al refuerzo de las áreas sociales, iniciada en 1995 y financiada en casi su totalidad por préstamos del BM y del BID.

El mencionado proceso está dirigido a nivel general por la Presidencia de la República y su Oficina de Planificación y Presupuesto, y dentro de cada sector por el Ministerio del ramo. En el sector salud, los proyectos se concentran en el subsector público y en su casi totalidad en el MSP.

En 1987 se crea ASSE como un organismo público encargado de administrar los establecimientos de atención a la salud pertenecientes al MSP. En el mismo decreto, como se indicó, se creó el marco normativo que posibilitaba la transferencia de la gestión de los establecimientos públicos de salud a los gobiernos departamentales y/o a las IAMC.

En 1995 el gobierno envió al Parlamento un proyecto de ley de presupuesto quinquenal que en uno de sus artículos establecía la descentralización de la ASSE, dicho proyecto no fue aprobado. La estrategia de la reforma del sector salud se basa en la revalorización de la atención primaria, el mejoramiento de la coordinación entre los sectores público y privado, la modernización del sistema de información en salud, el fortalecimiento del nivel ministerial central y la descentralización de los hospitales del MSP.

La rectoría de los proyectos dentro del MSP la ejerce el Ministro con la asesoría de la Unidad de Cooperación Internacional del MSP, las tres Direcciones Generales, y los jefes de los proyectos del BID y del BM. Desde su inicio (1995), han habido varios ajustes en los proyectos y cambios de las autoridades ministeriales (cinco cambios en MSP desde 1995 a marzo del 2002).

El MSP tuvo un papel relevante a la hora de impulsar la reforma. Los procesos se han dado de diferente manera y con diferente desarrollo en cada uno de los sectores público y privado. En el último año en el ámbito público en el proceso de la descentralización se realizaron compromisos de gestión entre ASSE y los hospitales. En el ámbito privado el Programa de Modernización de los Servicios de Salud (PROMOSS), realizó la recolección y procesamiento de los datos asistenciales y económico financieros que permitieron el conocimiento de la situación a este nivel. De acuerdo a este diagnóstico se le planteó a las distintas IAMC los problemas más relevantes de su estructura y funcionamiento. Según la respuesta a este diagnóstico las IAMC podrán solicitar préstamos a bancos internacionales para fortalecimiento del sector.

Enmarcado en la estrategia de reforma del sector de la Salud, el Hospital de Clínicas (dependiente de la Universidad de la República) participa en la misma a través del Proyecto “Centro Médico” (financiado con fondos del BID) que tiene como objetivo contribuir a la adecuación del sistema de salud a la realidad específica del país redefiniendo la función del Hospital Universitario y mejorando la formación de los recursos humanos.

Seguimiento de los contenidos

Marco jurídico: No se tiene planificado proponer modificaciones a la Constitución o a la legislación básica del sector salud. En la reforma del Estado se reafirman los dos cometidos sustantivos del MSP establecidos en la Constitución de 1967 y en la Ley Orgánica del MSP (1934): brindar asistencia gratuita a los indigentes o carentes de recursos, y promover la salud y fomentar la disminución de factores de riesgo en toda la población.

La Equidad no se define en la normativa jurídica sanitaria vigente. El subsector privado se ha basado en la solidaridad intergeneracional y no en el principio de la equidad en la asignación de recursos.

No hay un programa específico de aumento de cobertura. Existe cierto consenso entre los operadores del sector en extender el aseguramiento por parte de la Seguridad Social a sectores aún no cubiertos, lo cual permitiría aumentar la población afiliada de las IAMC.¹⁸ No se ha establecido aún un conjunto básico de prestaciones.

Rectoría y Separación de funciones En el último año el Parlamento aprobó la reestructuración funcional del MSP la cual está en proceso de implementación. Se crearon 3 áreas dependientes de la Dirección General de la Salud: Servicios de Salud, (Calidad, evaluación y auditoría), Productos (Equipos de salud, alimentos modificados, reactivos diagnósticos y medicamentos) y Salud de la Población (Epidemiología y Programas Prioritarios).

Se han realizado esfuerzos aunque no coordinados de mejorar los sistemas de información. No hay ningún planteo de reorganización de las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud. No se creó ninguna institución responsable para la formulación de políticas, financiamiento, cobertura y provisión de servicios.

Modalidades de descentralización: Aunque no se logró dotar, aún, de un mayor grado de autonomía a los hospitales del ASSE –como lo permite la ley de 1987- el MSP continua impulsando la desconcentración y descentralización de sus establecimientos a través de un proyecto financiado por el Banco Mundial, que crea los hospitales públicos de gestión descentralizada. Para ello se espera fortalecer los cuadros gerenciales de los hospitales.

Participación y control social: Existen algunas Comisiones de Apoyo en algunos hospitales de ASSE. También existen comisiones barriales de salud que apoyan a los centros de salud de las Intendencias Municipales, sobre todo en las periferias de las ciudades..

Financiamiento y gasto: En 1996 y en 1999 el MSP publicó las primeras cuentas nacionales de salud. En el año 2000 realizó las cuentas nacionales referente al VIH-SIDA. En la actualidad se está trabajando con las cuentas relacionadas con los accidentes de tránsito. A pesar de estos incipientes esfuerzos, aún no se están introduciendo medidas que modifiquen sustancialmente la estructura ni composición del gasto en salud y su financiamiento.

Oferta de servicios: No hay ningún proyecto en la actualidad dirigido a modificar sustancialmente la oferta de servicios de primer y segundo nivel. No ha habido ningún aumento de los proveedores de servicios públicos ni privados.

Modelo de gestión: Se están implementando, como ya se ha señalado compromisos de gestión entre los hospitales del MSP-ASSE, para mejorar la eficiencia de la gestión. En el ámbito privado como consecuencia del PROMOSS, se han evidenciado problemas en la gestión de las IAMC los cuales deben ser solucionados para poder acceder a préstamos para la reactivación de las instituciones.

ASSE compra a terceros aquellos procedimientos y tecnologías los cuales no se disponen en sus establecimientos, Los procedimientos de alta tecnología y/o de alto costo los financia el Fondo Nacional

de Recursos, algunos de los cuales son prestados por empresas públicas o privadas. No se han entregado a la gestión privada ningún establecimiento de propiedad pública.

Recursos humanos: En la formación de los recursos del sector se han introducido cambios, readecuando los cupos de Residencias médicas para priorizar la atención de primer nivel. En el ámbito de la Facultad de Medicina, la Escuela de Graduados está implementando la Educación Médica Continua a través de la acreditación de instituciones y programas, con miras a una futura re-certificación de los profesionales.

Existen diferentes mecanismos de incentivos desde hace años para el personal del MSP-ASSE, a través de las Comisiones de Apoyo de las unidades ejecutoras. Cada una de las instituciones privadas de salud poseen sus propios mecanismos de incentivos. La participación de los trabajadores de la salud en la reforma del sector se ha realizado en varias instancias, entre las que se destaca la Comisión Multisectorial en la cual intervienen el MSP, Ministerio de Economía y Finanzas, de Trabajo y Seguridad Social, la Federación Uruguaya de la Salud, la Federación de Funcionarios de Salud Pública, el plenario de las IAMC, el Sindicato Médico del Uruguay, la Asociación de Usuarios y otros actores privados.

Calidad y evaluación de tecnologías en salud: En la actualidad no existe un mecanismo de acreditación de la calidad asistencial ni de las tecnologías como tal. El MSP en su reestructura (2002) creó una unidad que tendrá a su cargo la evaluación de la incorporación de tecnologías en salud. Se está iniciando el proceso de desarrollar dicha unidad.

3.2 Evaluación de resultados

No existen estudios que puedan indicar que los cambios que pudieran haber ocurrido en el país en cuanto a la equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad financiera y participación comunitaria se puedan deber total o parcialmente a una Reforma Sectorial.

* La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 13 profesionales y decisores políticos de del Ministerio de Salud Pública y de la Administración de Servicios de Salud del Estado, del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de Montevideo, de una ONG uruguaya relacionada con el sector de la salud y de la Representación de la OPS/OMS en el Uruguay. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en el Uruguay. La revisión externa fue encomendada al Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de medicina de Montevideo. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción corresponde al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA y NOTAS

- ¹ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy>. Acceso el 4 de abril del 2002.
- ² Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *La salud del Uruguay en cifras*. Montevideo: MSP; 2001.
- ³ Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales del Uruguay. Disponible en: <http://www.cjppu.org.uy>. Acceso el 4 de abril del 2002.
- ⁴ CEPAL. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2000-2001*. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.
- ⁵ Uruguay. Banco Central del Uruguay. *Informe al Poder Ejecutivo y Programa Monetario*. Disponible en: <http://www.bcu.uy> Acceso el 24 de abril del 2002.
- ⁶ Precios constantes.
- ⁷ Uruguay. Ministerio de Economía y Finanzas. Contaduría General de la Nación. *Balance de Ejecución Presupuestal 1995 – 1999*. Montevideo: Ministerio de Economía; 2001.
- ⁸ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001*. Montevideo: MSP; 2001.
- ⁹ PNUD. *Desarrollo humano en el Uruguay 2001*. Montevideo: PNUD; marzo del 2002: 41.
- ¹⁰ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Establecimientos de Salud en el Uruguay*. Montevideo: MSP; 1999.
- ¹¹ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *El Gasto en Salud en Uruguay años 1994 y 1995*. Montevideo: MSP - Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS); 1996. Mimeo.
- ¹² Serra J. La oferta actual de médicos y su proyección: . En :Proyecto Centro Médico. Area formación de recursos humanos para la salud. Informe final. Coordinadora C. Barbato. Mimeo. Agosto 1997.
- ¹³ Uruguay, Servicio Nacional de Sangre. *La transfusión de sangre en el Uruguay. Informe 1997*. MSP. Montevideo, 1998.
- ¹⁴ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Análisis y tendencias de la salud en Uruguay*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública – Fortalecimiento Institucional del Sector Salud; septiembre 1998.
- ¹⁵ Uruguay, Instituto Nacional de Estadística: “Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos - Uruguay urbano – 1994 - 95”. Montevideo, INE, 1996
- ¹⁶ OPS. CLAP. *Sistema Informático Perinatal en el Uruguay. SIP 15 años en el Uruguay*. Montevideo: CLAP; Junio 2001.
- ¹⁷ Quintana A. Organización, actividades y resultados del primer sistema multiinstitucional de control de infecciones intrahospitalarias. *2ª Reunión nacional sobre garantía de calidad y acreditación de servicios de salud*. Grupo de trabajo multiinstitucional sobre garantía de calidad y acreditación de servicios de salud. Montevideo, diciembre 1998
- ¹⁸ Buglioli, M. et al. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Impacto de la regulación. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16:63-69.