
PERFIL DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

SURINAME

(1ª edición, junio de 2002) *

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

La población total estimada de Suriname para 2001 es de 433.998 habitantes, con aproximadamente 74% residentes en las zonas urbanas. La tasa de desempleo en 1998 alcanzó 11%. Los principales grupos étnicos comprenden el indostano (provenientes de la India) que representa aproximadamente 37% de la población, y criollo (mezcla de blanco y negro) 31%. El tercer grupo étnico más importante es el javanés, procedente de Indonesia con 15%. La República de Suriname tiene un sistema parlamentario. El poder legislativo se encuentra en la Asamblea Nacional, la cual comprende 51 miembros elegidos. El poder ejecutivo está en manos del Presidente, quien es elegido por la Asamblea Nacional. El país se divide en 10 distritos administrativos, subdividido en 62 regiones. Cada región tiene su propio consejo. Los organismos responsables de la descentralización política y administrativa son el Ministerio de Desarrollo Regional y el Ministerio de Asuntos Internos. Un Comisionado de Distrito, el representante del Gobierno y la autoridad local más alta, encabeza cada distrito.

Los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación sanitaria o el desempeño de los servicios de salud son la falta de un enfoque intersectorial para abordar los problemas en el área de abastecimiento de agua, saneamiento, protección del medio ambiente, producción de alimentos, educación básica, vivienda social y empleo. Además, otros problemas tienen que ver con temas relacionados con la recuperación de costos como un instrumento para la participación social y la contención de costos, sin excluir a las personas pobres y casi pobres. El debilitamiento socioeconómico que ha tenido lugar durante los 10 a 15 últimos años ha perjudicado todos los segmentos de la sociedad, incluido el sector de la salud. La minería y el procesamiento de bauxita es el contribuyente principal a la economía y representa más de 15% del PIB y 70% de los ingresos de exportación. El sector público es el sector más importante en cuanto al empleo formal y la contribución al PIB. La ayuda holandesa para el desarrollo es el principal contribuyente financiero externo a los ingresos totales del presupuesto del sector público.

La causa primordial número uno de muerte es aun la “hipertensión y enfermedades cardiovasculares”. Los trastornos cerebrovasculares ocupan el segundo lugar, seguidos por causas externas, neoplasias malignas y trastornos gastrointestinales.

Las instituciones centrales del sistema de atención de la salud son la Oficina Central del Ministerio de Salud, la Oficina de Salud Pública y la Inspectoría. La oficina central y la inspectoría funcionan al nivel de la planificación general de la salud y el establecimiento de normas, la inspección y el monitoreo, al tiempo que la Oficina de Salud Pública es responsable de la elaboración de programas. Los prestadores de atención sanitaria incluyen organizaciones de atención primaria de la salud subsidiadas por el gobierno

para la población pobre y casi pobre, a saber el *Servicio de Salud Regional (SSR)*, que cubre la zona costera y la *Misión Médica* que brinda servicios a la población residente en el interior. Los funcionarios superiores del Ministerio de Salud concuerdan que existe una necesidad urgente de contar con personal profesional capacitado. El Ministerio de Salud se enfrenta a dificultades para contratar y retener individuos capacitados porque la remuneración económica y las condiciones de trabajo en el sector privado son mucho más atrayentes.

Los tres tipos principales de financiamiento para la atención de salud incluyen: El Fondo Estatal del Seguro de Salud (SZF, por su sigla en inglés) que paga un paquete integral de prestaciones de salud para aproximadamente 35% de la población, incluidos funcionarios públicos y un número pequeño de personas que se inscriben voluntariamente. El fondo se financia mediante contribuciones tributarias de los salarios, subsidios de ingresos tributarios generales y primas voluntarias. El Ministerio de Asuntos Sociales (MAS) es responsable por la atención de salud, la atención primaria y hospitalaria sin costo alguno para la población pobre y casi pobre. Con esto se presta servicio a aproximadamente 42% de la población. Compañías privadas y el seguro de salud privado representan aproximadamente 20% de la población. El pueblo surinamés recibe servicios médicos de una variedad de prestadores de asistencia sanitaria de los sectores público y privado.

El origen del proceso de reforma en Suriname se remonta a mediados de los años noventa, cuando Suriname atravesaba un programa de ajuste estructural difícil para corregir distorsiones macroeconómicas (inflación enorme, déficit presupuestario importante, etc.). Suriname cuenta con un programa explícito para la reforma sanitaria. El objetivo es “formular e iniciar reformas de política a fin de mejorar la eficiencia, la equidad, la calidad y la sostenibilidad financiera de la atención de salud en Suriname”¹. La reforma del sector de la salud está incorporada explícitamente en la Declaración del Gobierno para 2000-2005 y en el Plan Multianual de Desarrollo del Gobierno para 2001-2005. Actualmente la reforma se encuentra en su etapa de diseño. En esta etapa se han realizado varios estudios con el propósito de recopilar los datos necesarios para diseñar las políticas de reforma sanitaria que darán lugar a un sistema de salud más eficaz, más eficiente y sostenible. Al finalizar los estudios, y sobre la base de las recomendaciones que resulten de los estudios, se adoptarán decisiones de política con el propósito de diseñar el programa de reforma sanitaria y ejecutar las medidas correspondientes. Hasta el presente, el programa de asistencia técnica que respalda los estudios para diseñar la reforma sanitaria procede de acuerdo al calendario establecido.

1. CONTEXTO

1.1 CONTEXTO POLÍTICO

La República de Suriname tiene un sistema parlamentario. El poder legislativo se encuentra en la Asamblea Nacional, la cual comprende 51 miembros elegidos. El poder ejecutivo está en manos del Presidente, quien es elegido por la Asamblea Nacional.

El país se divide en 10 distritos administrativos, subdividido en 62 regiones. Cada región tiene su propio consejo. Los organismos responsables de la descentralización política y administrativa son el Ministerio de Desarrollo Regional y el Ministerio de Asuntos Internos. Un Comisionado de Distrito, el representante del Gobierno y la autoridad local más alta, encabeza cada distrito. Cada región tiene Consejos de Distrito y Consejos de Recurso, los cuales son entes políticos. La elección de sus miembros se realiza mediante partidos políticos. La descentralización financiera, incluida la autonomía fiscal relativa, se encuentra actualmente en la fase de planificación. En 2002, el Ministerio de Desarrollo Regional llevará a cabo un proyecto, financiado por el BID, con el propósito de fortalecer el gobierno local.

La planificación y la gestión nacional del desarrollo es tarea del Ministerio de Planeamiento y Cooperación para el Desarrollo, con la Oficina de Planificación como su unidad para la formulación de políticas. Esta Oficina se encarga de la redacción del Plan de Desarrollo Multianual nacional. La política social se ejecuta principalmente a través del Ministerio de Asuntos Sociales, pero el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación también ejecutan aspectos de la política social.

La política de salud forma parte de la política nacional, que se formula en la Declaración de Política del Gobierno. Tal política se ejecuta a nivel subnacional mediante programas especiales, como proyectos por el Ministerio de Desarrollo Regional, en estrecha cooperación con otros organismos del gobierno y no gubernamentales.

Los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación sanitaria o el desempeño de los servicios de salud son la falta de un enfoque intersectorial para abordar los problemas en el área de abastecimiento de agua, saneamiento, protección del medio ambiente, producción de alimentos, educación básica, vivienda social y empleo. Además, otros problemas tienen que ver con temas relacionados con la recuperación de costos como un instrumento para la participación social y la contención de costos, sin excluir a las personas pobres y casi pobres. El debilitamiento socioeconómico que ha tenido lugar durante los últimos 10 a 15 años ha perjudicado todos los segmentos de la sociedad, incluido el sector de la salud.

1.2 CONTEXTO ECONÓMICO

La minería y el procesamiento de bauxita es el contribuyente principal a la economía y representa más de 15% del PIB y 70% de los ingresos de exportación². El sector público es el sector más importante en cuanto al empleo formal y la contribución al PIB. La ayuda holandesa para el desarrollo es el principal contribuyente financiero externo a los ingresos totales del presupuesto del sector público.

Las tasas de crecimiento del PIB revelaron fluctuación amplia de -3% en 1993, con un aumento a 13% en 1996 y una disminución drástica a 4% en 1998 y -1% en 1999³. Debido a los incrementos enormes de las tasas de inflación durante los noventa, creció extraordinariamente el porcentaje de la población que vive por debajo del umbral de pobreza. Se calcula que entre 50% y 75% de la población vive en condiciones por debajo del umbral de pobreza⁴.

Indicadores económicos específicos

Indicador	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios en US\$ constantes	1.979	1.752	1.851	2.282	2.360	2.376	2.311
Población económicamente activa, en miles	93	90	90	98	93	99	99
Gasto público total como % del PIB	29,3	27,1	29,7	34,4	42,5	38,9	41,2
Gasto público en programas sociales como % del PIB	9,4	4,1	6,5	6,4	5,7	8,7	6,8
Tasa anual de inflación (promedio a promedio)	143,6	368,5	235,6	-0,7	7,1	19,0	98,8

Fuentes: Oficina General de Estadísticas; OPS, Salud en las Américas, 1998, Volumen II: <http://www.devdata.worldbank.org>. Informe Final National Health Accounts 2000

1.3 CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

Dado que el último censo se celebró en 1980, no existen datos recientes sobre la esperanza de vida al nacer. Se calcula sin embargo que es 70,9 años, y se prevé que las mujeres (73,5 años) vivirán más tiempo que los hombres (68,3 años)⁵.

Desde 1980 a 1989 la tasa media de crecimiento de la población fue 1,3%. Cuando la emigración (principalmente a los Países Bajos) aumentó en el período 1989-1993, la tasa de crecimiento disminuyó a un promedio anual de 0,3%. En los 4 años posteriores (1993-1997) la tasa media de crecimiento aumentó nuevamente a 0,9% debido a que las cifras de emigración fueron la mitad del período anterior. La tasa media de crecimiento de la población anual para los años 1990 a 1999 fue 0,8 a nivel nacional y 0,8 y 1,1 para zonas urbanas y rurales, respectivamente. Para el año 2001 se estima en 0,4⁶. La tasa de dependencia para 1995 se calculó en 60,7.

	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes a mediados de año)	23,3	20,8	21,3	22,7	25,8	24,1	23,6
Tasa total de fecundidad	ND	ND	2,4	2,4	ND	ND	2,35
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes a mediados de año)	7,4	7,0	6,6	7,0	6,9	6,6	7,0
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos)	63,8	86,6	45,9	42,6	74,1	88,1	108,4

vivos)							
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	21,4	22,8	18,0	16,4	22,0	15,9	22,4

Fuentes: Oficina de Salud Pública; Oficina General para Estadísticas, <http://www.data.worldbank.org>, OPS, Situación de Salud en el Caribe, 2001.

La tasa total de fecundidad descendió de 3,6 en 1980 a 2,6 en 1990, y 2,4 en 1995. En 1999 la Oficina Central para el Registro Civil registró 10.144 nacimientos. Entre 1993 y 1999 la tasa bruta de natalidad se situó en torno a 23,0 por 1.000 nacidos vivos. En el año 2001 descendió a 18,8 por 1.000⁷.

La tasa bruta de mortalidad ha promediado alrededor de 7 defunciones por 1.000 durante los noventa. Una encuesta sobre mortalidad materna para el período 1995-1999 notificó un promedio de 73 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, existe un sub-registro de la mortalidad materna. En el último decenio, la tasa de mortalidad materna más elevada se notificó en 1992 (122 por 100.000 nacidos vivos). La tasa de mortalidad materna de 108,4 en 1999 todavía se considera una subestimación.

La tasa de mortalidad infantil informada para 1999 fue 16,8 por 1.000 nacidos vivos. Esto también se considera una subestimación, dado el sub-registro de la mortalidad general. Otras fuentes indican que la mortalidad infantil para 1999 fue 27,4⁸.

La notificación de las defunciones sufrió su disminución principal en 1995 cuando solo se recibieron 58% de los certificados de defunción. En 1998 y 1999 la notificación de las defunciones alcanzó un 80%. Las defunciones resultantes de causas mal definidas para el período 1997-1999 es 15%. De estas, casi la mitad se denomina desconocida, principalmente en el grupo de edad mayor de 65 años.

La tasa de mortalidad calculada por enfermedades transmisibles permanece alrededor de 31 para los años 1997-1999 y la mayoría de estas defunciones son en adultos de 65 años de edad y mayores con infecciones respiratorias agudas. Los niños menores de 5 años representan cerca de 16% de las defunciones debidas a enfermedades transmisibles, con declaración de enfermedades intestinales infecciosas y septicemia como la causa de muerte.

La mortalidad como consecuencia de neoplasias malignas aumenta anualmente con una tasa de mortalidad estimada de 51,4 en 1999, aunque se considera la cuarta causa principal de muerte para los años 1997-1999. La mayoría de las defunciones resultado de neoplasias malignas ocurren en el grupo de edad mayor de 60 años. Hay un modelo diferenciado según sexo y edad para defunciones debido a neoplasias malignas. En el caso de personas menores de 60 años de edad, la razón de hombres a mujeres es 0,5 y para personas de 60 años de edad y más la razón es 1,7, para mortalidad debida a neoplasias malignas.

Las enfermedades del aparato circulatorio continúan siendo la principal causa de muerte para el período 1997-1999, principalmente aquellos en el grupo de 45 años de edad y más. Las causas externas

constituyen la principal causa de muerte para el grupo de edad de 5 a 44 años, con casos de intención indeterminada como la causa predominante de muerte.

La causa primordial número uno de muerte es aun la “hipertensión y enfermedades cardiovasculares”. Los trastornos cerebrovasculares ocupan el segundo lugar, seguidos por causas externas, neoplasias malignas y trastornos gastrointestinales.

La infección por el VIH/SIDA ingresó por primera vez a la lista de las diez principales en 1996 (ubicándose novena), mientras que en 1999 ascendió al octavo lugar.

Una enfermedad transmisible crónica importante es la tuberculosis. La incidencia de esta afección aumentó en gran parte entre 1998 y 1999 aunque el número de defunciones observadas debidas a la tuberculosis descendió del noveno lugar en 1998 al quinto lugar en 1999. La incidencia de la lepra disminuyó marcadamente entre 1995 y 1996 pero ha seguido subiendo desde un nivel bajo de 43 casos en 1996, hasta un promedio aproximado de 54 casos por año entre 1997 y 1999.

Si bien en la actualidad no hay vigilancia de las enfermedades no transmisibles crónicas a nivel nacional, se cuenta con algunos datos disponibles de las instituciones de atención primaria de la salud. Los Servicios de Salud Regionales, que proporcionan atención primaria de salud a las poblaciones costeras, informaron que 15% de todas las consultas de consultorios en 1999 fueron por hipertensión y 10% por diabetes. La aparición de enfermedad crónica es prevalente en aproximadamente 50% de los pueblos ubicados en el interior⁹. La prevalencia de la hipertensión fue 21,4 por 1.000 habitantes del interior, y 2,5 para diabetes mellitus¹⁰. En 1996 se notificaron 11 casos nuevos de neoplasias malignas del pulmón, 45 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres y 55 nuevos casos de cáncer cervicouterino¹¹. Para el año 2000, se notificaron 13 nuevos casos de neoplasias malignas del pulmón, 75 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres y 85 nuevos casos de cáncer cervicouterino¹². En 1998 comenzó un proyecto para el tamizaje del cáncer cervicouterino, el cual podría haber contribuido al aumento considerable de la incidencia del cáncer cervicouterino.

Las cinco causas preponderantes de mortalidad infantil son: i) ciertas afecciones que se originan en el período perinatal que representan casi 50% de todas las defunciones de lactantes; ii) enfermedades del aparato digestivo con 11%; iii) septicemia (excepto neonatal); iv) infecciones respiratorias agudas y malformaciones congénitas, deformaciones y anormalidades cromosómicas, v) carencias nutricionales y anemia nutricional. Un 12% de las defunciones de niños menores de 5 años se debe a enfermedades del aparato digestivo, mientras que un 4% se debe a infecciones respiratorias agudas.

1.4 CONTEXTO SOCIAL

La población total estimada de Suriname para 2001 es 433.998 habitantes, con aproximadamente 74% residentes en las zonas urbanas¹³. La tasa de desempleo en 1998 alcanzó 11%. En comparación con

1996 y 1997, no hubo ningún cambio cuando respectivamente 10% y 11% de la población económicamente activa estaba desempleada. No hay datos disponibles sobre el mercado de trabajo informal¹⁴.

Los principales grupos étnicos comprenden indostano (provenientes de la India) que representa aproximadamente 37% de la población, y criollo (mezcla de blanco y negro) 31%. El tercer grupo étnico en importancia es el javanés, procedente de Indonesia con 15%. La población en el interior comprende cimarrones (antepasados africanos) 10% y amerindios 2%. Los grupos étnicos más pequeños en la zona costera son chinos 2% y blancos 1%.

En la encuesta preliminar del año 2000, los resultados estiman una tasa de alfabetismo general de la población de 15 años de edad y mayores de 94,2%¹⁵. Sin embargo, en el interior, sólo 51% de la población es alfabetizada. El alfabetismo entre las mujeres es inferior que entre los varones y el porcentaje de alfabetismo disminuye con la edad.

Aproximadamente, 86% de los niños asisten a la escuela primaria; un porcentaje sensiblemente mayor en las zonas urbanas (95%) en comparación con las zonas rurales (91,5%). No obstante, en el interior sólo 56% de los niños asisten a la escuela. No hay ninguna diferencia entre la asistencia escolar primaria de niños y niñas.

2. EL SISTEMA DE SALUD

2.1 ORGANIZACIÓN GENERAL

El Ministerio de Salud (MS) se encarga de la disponibilidad, la accesibilidad y la asequibilidad de la atención de salud. Las responsabilidades principales del Ministerio de Salud son las siguientes: formulación de políticas, evaluación, coordinación y establecimiento de normas y valores. Las instituciones centrales del sistema de atención de la salud son la Oficina Central del Ministerio de Salud, la Oficina de Salud Pública y la Inspectoría. La oficina central y la inspectoría funcionan al nivel de la planificación general de la salud y el establecimiento de normas, la inspección y el monitoreo, al tiempo que la Oficina de Salud Pública es responsable de la elaboración de programas. Los prestadores de atención sanitaria incluyen organizaciones de atención primaria de la salud subsidiadas por el gobierno para la población pobre y casi pobre, a saber el *Servicio de Salud Regional (SSR)*, que cubre la zona costera y la *Misión Médica* que brinda servicios a la población residente en el interior. Además, se cuenta también con *Médicos Generales Privados*, la mayoría de los cuales realizan la práctica privada y atienden a personas que están cubiertas por el Seguro de Salud del Estado (SZF), compañías privadas o contribuyentes autónomos. Los especialistas proporcionan atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados. Los consultorios de atención primaria están administrados por compañías grandes. *Programas Verticales Estatales* ofrecen servicios de salud especiales para toda la población, por

ejemplo, ETS, lepra, atención dental para jóvenes, malaria e inmunización. Muchas ONG son reconocidas por el gobierno para la prestación de servicios específicos de atención de salud, por ejemplo, la Fundación para la Planificación de la Familia (Stichting Lobi), especializada en el campo de la salud reproductiva.

La contribución del sector privado se manifiesta al nivel de los prestadores de servicios y sus actividades se ubican principalmente en el campo curativo, al tiempo que los Servicios de Salud Regionales y la Misión Médica, subsidiados por el gobierno, proporcionan servicios de atención de salud curativos y preventivos.

La mayoría de los especialistas realizan consultas de pacientes ambulatorios en los policlínicos de pacientes ambulatorios afiliados a los hospitales públicos y privados de la nación. La atención hospitalaria a pacientes es prestada por cinco hospitales; tres son públicos y dos son privados.¹⁶

2.2 RECURSOS DEL SISTEMA

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD

TIPO DE RECURSO	AÑO			
	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10.000 habitantes.	10,4	2,52	ND	5,0
Razón de enfermeras por 10.000 habitantes.	ND	15,63	ND	22,8
Razón de dentistas por 10.000 habitantes.	0,78	0,09	ND	0,8
Razón de técnicos de laboratorio de nivel medio por 10.000 habitantes.	ND	ND	ND	ND
Razón de farmacéuticos por 10.000 habitantes.	ND	ND	ND	0,6
Razón de radiólogos por 10.000 habitantes.	ND	ND	ND	0,1
Número de graduados de salud pública	ND	ND	ND	ND

Fuentes: Informe de CMO 1999, Ministerio de Salud; Salud en las Américas, edición 1998. OPS/OMS, Situación de Salud en las Américas: Indicadores básicos 2001; BID, Evaluación del Sector de la Salud de Suriname, 1999.

RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, 1999

Institución	Tipo de recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Otros trabajadores de la salud	Personal administrativo	Servicios generales
Servicios de salud regionales	50	56	64	ND	ND	ND
Hospital Académico	ND	157	52	ND	ND	ND
Hospital del Gobierno	ND	127	100	ND	ND	ND
Hospital Nickerie	ND	21	8	ND	ND	ND
Misión Médica	ND	12	69	ND	ND	ND
COVAB	ND	8		ND	ND	ND
Instituto Psiquiátrico	ND	78	30	ND	ND	ND
Oficina de Salud Pública	ND	20	8	ND	ND	ND
Total	ND	479	331	ND	ND	ND

Fuente: CIMS 2000.

Los funcionarios superiores del Ministerio de Salud concuerdan que existe una necesidad urgente de contar con personal profesional capacitado. El Ministerio de Salud se enfrenta a dificultades para contratar y retener individuos capacitados porque los jornales y las condiciones de trabajo en el sector privado son mucho más atrayentes. El Ministerio de Salud carece de un número suficiente de profesionales con los antecedentes necesarios para la elaboración de políticas.¹⁷

Medicamentos y otros productos sanitarios

Los precios de los medicamentos están totalmente controlados. El margen para las importaciones es de 22%, se permite un 35% adicional a farmacias. Estos porcentajes se calculan más el valor C.I.F. En el sector informal no hay control alguno. Los cinco productos que lideran las ventas son atenolol (100 mg); amoxicilina (500 mg); nifedipino (10 mg); paracetamol (500 mg); y complejo vitamínico B/vitaminas múltiples. En 1999 se presentó al Ministro de Salud un borrador para una política farmacéutica. La lista de medicamentos esenciales incluye 458 elementos. Todas las instituciones de atención de salud utilizan la lista, cuya primera edición se publicó en 1988. La última edición (tercera) de 1997 ya ha sido objeto de la tercera revisión. En realidad, toda la población tiene acceso a todos los medicamentos incluidos en la lista. Sin embargo, la cobertura es inferior debido a la interrupción en el suministro.

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Número total de productos farmacéuticos registrados	585	591	597	632	651	692	773
Porcentaje de medicamentos con nombre comercial	46%	50%	0%	51%	84%	29%	32%
Porcentaje de medicamentos genéricos	54%	50%	100%	49%	16%	71%	68%
Gasto total en medicamentos (precio de venta al público) (mln US\$) *	0,71	1,49	4,02	5,69	5,20	4,85	2,80
Gasto per cápita en medicamentos (precio de venta al público)	1,76	0,37	9,83	13,76	12,41	11,42	6,50
Porcentaje del gasto público en salud asignado a medicamentos	ND						
Porcentaje del gasto ejecutado por el ministerio de salud para medicamentos	ND						

Fuentes: Ministerio de Salud, Oficina de Registro de Preparaciones Farmacéuticas; Proveedor de Medicamentos Suriname. *Estas son las ventas de la Proveedor de Medicamentos. No incluye ventas informales de farmacias privadas.

La Proveedor de Medicamentos de Suriname distribuye todos los medicamentos en la lista nacional de medicamentos a las farmacias privadas y públicas, así como a los hospitales. Estos institutos entregan los medicamentos a los pacientes, según su afiliación en una de las Aseguradoras de Salud. El borrador de la política de medicamentos incluye un protocolo de tratamiento. Se cuenta con un comité para la formulación de terapias estandarizadas, y hasta el momento no se ha publicado ningún protocolo terapéutico. En farmacias privadas y de hospitales se requiere la presencia del farmacéutico.

Equipo y tecnología

DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1999

SUBSECTOR	TIPO DE RECURSO			
	Camas disponibles por 1.000 habitantes	Equipo básico de imaginología por 1.000 habitantes	Laboratorios clínicos por 100.000 habitantes	Bancos de sangre por 100.000 habitantes
Público		ND	ND	ND
Hospital Académico	420	ND	1	ND
Hospital del Gobierno	280	ND	ND	ND
Pabellón Infantil	300	ND	ND	ND
Hospital Nickerie	70	ND	ND	ND
Hospital Coronie	9	ND	ND	ND
Centro Regional de Salud Ellen	9	ND	ND	ND
Centro Regional de Salud Albina	8	ND	ND	ND
Hospital Stoelmanseiland	20	ND	ND	ND
Hospital Djoemoe	3	ND	ND	ND
Hospital Brownsweg	2	ND	ND	ND
Oficina de Salud Pública		ND	1	ND
Investigación del profesorado médico		ND	1	ND
Banco de Sangre de la Cruz Roja		ND	ND	1
Subtotal	1.121	ND	3	1
Privado		ND	ND	ND
Hospital Diakonessen	240	ND	1	ND
Hospital San Vincentius	320	ND	ND	ND
Laboratorio de Control de la Salud		ND	1	ND
Subtotal	560	ND	2	ND
TOTAL	1.681	ND	5	1

Fuente: ABS 1999

En 1984 se aceptó una iniciativa de todos los hospitales en Suriname para establecer un instituto responsable del mantenimiento y la reparación del equipo médico en el sector de la salud (GMTD). Este instituto es un ejemplo de la asociación de los sectores público y privado. Tanto el Gobierno como el sector privado participan en el instituto.

Se cuenta con técnicos capacitados a nivel local. Para el equipo más avanzado se trabaja con expertos externos en el corto plazo. Suriname tiene en funcionamiento las siguientes unidades, todas ubicadas en Paramaribo: una unidad de diálisis (no gubernamental), dos unidades neonatales (una pública y otra privada), una unidad de cuidados intensivos de avanzada (pública) y una unidad de tomografía computarizada (no gubernamental).

2.3 FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Función rectora. El Ministerio de Salud se encarga de la formulación y la creación de las condiciones para la ejecución de la política del sector sanitario en Suriname. A fin de cumplir con esta función que

reviste tanta urgencia, el Ministerio necesita una estructura vigente de gestión y toma de decisiones, plantel calificado de analistas y un sistema adecuado de información sobre la gestión sanitaria. El Ministerio no tiene a la fecha el personal ni la información necesaria para vigilar adecuadamente el sector de la salud o fijar políticas. Actualmente, el personal superior del ministerio se centra en los problemas cotidianos.

Financiamiento y gasto. Los tres tipos principales de financiamiento para la atención de la salud incluyen: el Fondo Estatal del Seguro de Salud (SZF, por su sigla en inglés) que paga un paquete integral de prestaciones de salud para aproximadamente 35% de la población, incluidos funcionarios públicos y un número pequeño de personas que se inscriben voluntariamente. El fondo se financia mediante contribuciones tributarias de los salarios, subsidios de ingresos tributarios generales y primas voluntarias.

El Ministerio de Asuntos Sociales (MAS) es responsable por la atención de atención de salud, la atención primaria y hospitalaria sin costo alguno para la población pobre y casi pobre. Con esto se presta servicio a aproximadamente 42% de la población. Compañías privadas y el seguro de salud privado representan aproximadamente 20% de la población.

	1996	1997	1998	1999
Gasto público per cápita en salud (en US\$)	ND	ND	ND	ND
Gasto público en salud/gasto público total	ND	ND	ND	ND
Gasto sanitario total per cápita (en US\$)	98,4	ND	ND	ND
Gasto sanitario total como % del PIB	7,3	ND	ND	ND
Deuda sanitaria externa /Deuda externa total	ND	ND	ND	ND

Fuente: OPS/OMS: Situación de Salud en las Américas: Indicadores básicos 2001.

Seguro de salud¹⁸

El pueblo surinamés está asegurado por una variedad de fuentes incluido el Fondo Estatal del Seguro de Salud (SZF), el Ministerio de Asuntos Sociales (MAS), compañías privadas que aseguran de manera autónoma, seguros de salud privados y otros que pagan el seguro de salud, como aseguradores contra accidentes automotores y ocupacionales.

Las pólizas de pago establecidas por el SZF determinan en gran parte medida las prácticas de pago de los demás contribuyentes. El paquete de beneficios cubiertos por SZF es sumamente integral e incluye servicios preventivos, así como curativos. SZF no cubre servicios preventivos que se prestan a toda la población a través de programas verticales del gobierno.

El Ministerio de Asuntos Sociales se encarga de programas que ofrecen medidas de protección social para los pobres. En el sector de la salud, el MAS certifica la admisibilidad para recibir servicios y funciones subsidiadas como un contribuyente de los hospitales para esta población certificada.

La mayoría de las compañías privadas con empleados que están cubiertos bajo convenios de negociaciones colectivas ha elegido el seguro propio en lugar de la adquisición del seguro de salud de una empresa privada o de SZF.

2.4 PRESTACIÓN DE SERVICIOS⁹

El pueblo surinamés recibe servicios médicos de una variedad de prestadores de asistencia sanitaria de los sectores público y privado. Los residentes de la costa del Atlántico, aproximadamente 90% de la población, pueden recibir servicios de atención primaria de consultorios públicos del servicio de salud regional, médicos privados, o profesionales asalariados contratados por empleadores privados. También pueden recibir atención hospitalaria de hospitales públicos o privados y consultar a especialistas en la práctica privada o empleados por hospitales públicos. Las personas que residen en el interior reciben servicios primarios a través de consultorios administrados por la Misión Médica y utilizan el Hospital privado Diakonessen.

Las personas que son certificadas por el MAS tienen acceso a servicios de atención primaria sin costo alguno en los consultorios del servicio de salud regional. La Misión Médica atiende a los aproximadamente 40.000 residentes surinameses que residen en el interior del país. Se prestan servicios de atención primaria a través de una red de centros de salud atendida por trabajadores de la salud. Ante casos difíciles se consulta a los médicos de salud pública. Los pacientes que necesitan hospitalización se transportan a Paramaribo y reciben atención en el Hospital privado Diakonessen.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, 2000

	Número	Tasa por 1.000 habitantes
Consultas y controles realizados por profesionales médicos	574.902*	1,3
Consultas y controles realizados por profesionales no médicos	ND	ND
Consultas y controles realizados por dentistas	ND	ND
Consultas de urgencia	39.456	0,1
Consultas de laboratorio	ND	ND
Radiografías	ND	ND

Fuente: Iniciativa para Datos de Salud Centrales de la OPS, 2001. * Incluye Instituto Psiquiátrico, Misión Médica, Hospital St. Vincentius, Hospital del Gobierno, Hospital Académico.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, 1999

INDICADOR	
Número total de altas	32.621
Índice de ocupación	52-70% **
Días promedio de estadía	7,9 **

Fuente: Informe de CMO 1999, Ministerio de Salud; ** Incluye Hospital Académico, Hospital del Gobierno y Hospital Diakonessen.

Los ciudadanos surinameses que padecen afecciones médicas que no pueden ser tratadas en Suriname tienen derecho a ser enviados al extranjero para tratamiento ante una probabilidad alta de recuperación completa. Este beneficio está disponible para todos los ciudadanos, independientemente de la cobertura

de seguro, y es financiado mediante los Fondos del Tratado Holandés. Todas las referencias se hacen actualmente a Holanda pero el Ministerio de Salud está investigando la posibilidad de enviar pacientes a otros países en la región.

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

3.1 VIGILANCIA DEL PROCESO

Vigilancia de la dinámica. El origen del proceso de reforma en Suriname se remonta a mediados de los años noventa, cuando Suriname atravesaba un programa de ajuste estructural difícil para corregir distorsiones macroeconómicas (inflación enorme, déficit presupuestario importante, etc.). Esto tuvo serias implicaciones en cuanto a la disponibilidad de fondos para el sector de la salud. En particular, el financiamiento de los proveedores de servicios de salud por el Gobierno estaba bajo presión.

En 1997 el informe “Evaluación del Sector de la Salud de Suriname” preparado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) realizó recomendaciones para reformas de políticas a fin de reestructurar el financiamiento del sector de la salud. En ese momento, el Ministro de Salud expresó el interés del Gobierno en recibir asistencia técnica del BID para poner en práctica las recomendaciones, con hincapié en la eficiencia y el uso racional de los servicios públicos. Con el tiempo esto resultó en el programa de cooperación técnica existente entre el Gobierno de Suriname y el BID para iniciar la reforma del sector de la salud en el país mediante la realización de estudios en respaldo del proceso de planificación para la reforma del sector de la salud.

Al momento de proponer la reforma se tomó en cuenta la opinión de la población, dado que muchas de las personas aseguradas por el Gobierno, es decir los funcionarios públicos, cubiertos por el Seguro de Salud del Estado y los pobres y los casi pobres, cubiertos por el Ministerio de Asuntos Sociales, expresaron públicamente su insatisfacción con el sistema de pago actual y la falta de calidad de los servicios prestados. También los proveedores (doctores, especialistas, hospitales), que estaban insatisfechos con el pago que recibían, realizaron huelgas con frecuencia y exigieron cambios en la política financiera.

Suriname cuenta con un programa explícito para la reforma sanitaria. El objetivo es “formular e iniciar reformas de política a fin de mejorar la eficiencia, la equidad, la calidad y la sostenibilidad financiera de la atención de salud en Suriname”²⁰. La reforma del sector de la salud está incorporada explícitamente en la Declaración del Gobierno para 2000-2005 y en el Plan Multianual de Desarrollo del Gobierno para 2001-2005.

El personal del Ministerio de Salud y los especialistas en salud del BID diseñaron conjuntamente el proceso de reforma sanitaria. Los consultores del BID elaboraron los borradores para las opciones de

política y las propuestas de reformas sanitarias. Estas se trataron y acordaron con el Ministro de Salud, y otras personas fundamentales e institutos en el sector de la salud.

Las autoridades sanitarias surinamesas y los especialistas en salud del BID definieron los objetivos generales del programa de reforma sanitaria. Los objetivos específicos del programa de asistencia técnica fueron preparados por los expertos del BID y negociados con las autoridades sanitarias locales.

Durante la preparación del convenio sobre asistencia técnica se realizaron visitas a los muchos interesados directos, como el Seguro de Salud del Estado, el Consejo Nacional de Hospitales, la Misión Médica, la Oficina de Salud Pública, los Servicios de Salud en la Región, etc., a fin de obtener su posición y los criterios para el diseño de las propuestas de reformas sanitarias.

El apoyo al programa de reforma del sector de la salud incluye un Plan de Acción, con metas, fechas y responsabilidades para su ejecución. El BID presentó el financiamiento para el programa de reforma del sector de la salud. Actualmente la reforma se encuentra en su etapa de diseño. En esta etapa se han realizado varios estudios con el propósito de recopilar los datos necesarios para diseñar las políticas de reforma sanitaria que darán lugar a un sistema de salud más eficaz, más eficiente y sostenible a largo plazo. Al finalizar los estudios, y sobre la base de las recomendaciones que resulten de los estudios, se adoptarán decisiones de política con el propósito de diseñar el programa de reforma sanitaria y ejecutar las medidas correspondientes. Hasta el presente, el programa de asistencia técnica que respalda los estudios para diseñar la reforma sanitaria procede de acuerdo con el calendario.

Los resultados de los estudios de reforma del sector de la salud se han tratado con las partes del sector de la salud y partes externas al sector. Se ha proporcionado información al público en general a través de comunicados de prensa y la cobertura de los medios de comunicación, aunque no en cantidad suficiente. Hasta el presente, los comentarios sobre la información proporcionada a la población no han producido cambios en el proceso de reforma.

Los criterios de evaluación para la reforma del sector de la salud en Suriname no se definieron al principio del programa de cooperación técnica. Los estudios actuales proporcionarán criterios de evaluación para cada uno de los temas de la reforma sanitaria. No se ha realizado ninguna evaluación de la repercusión de la reforma, dado que el proyecto se encuentra todavía en su etapa de diseño.

MONITOREO DEL CONTENIDO

Marco legal. No se han introducido y no se introducirán cambios en la Constitución como resultado de la reforma sanitaria. Tal vez se modifiquen algunas leyes sobre salud (por ejemplo: la ley sobre la importación de medicamentos, la ley sobre aranceles en la atención de salud, etc.). Estos cambios respaldarán una de las principales metas de la reforma sanitaria, principalmente aumentar la eficacia con fondos limitados. La introducción de la ley sobre aranceles en la atención de la salud será un apoyo muy

necesario para contener los costos de los servicios de salud. La Constitución define equidad (Artículo 8: “Nadie puede ser discriminado sobre la base de género, grupo étnico, religión, educación, preferencia política o situación económica”). Este principio coincide con la Convención Internacional sobre Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

Derecho a la atención de salud. La Constitución garantiza el *derecho a la atención de salud* (Artículo 36: “Todos poseen el derecho a la salud”). Sin embargo, no se han lanzado mecanismos para difundir este derecho. Existen varios programas destinados a aumentar la cobertura, como servicios preventivos para la población total (Oficina de Salud Pública), atención primaria para las zonas rurales (Servicios de Salud Regionales) y atención primaria para el interior (Misión Médica). Se proporciona un *paquete básico de prestaciones para servicios médicos* a los funcionarios públicos, a las personas de las zonas rurales y las personas del interior. El paquete básico consta de atención preventiva, atención curativa primaria y secundaria, hospitalización y medicamentos.

Función rectora. Se presume que el Ministerio de Salud retomará sus funciones rectoras como líder del sector de la salud. Como tal, se fortalecerá el Ministerio de Salud en sus capacidades de adoptar decisiones de política necesarias, vigilar el financiamiento público, proporcionar seguro a los funcionarios públicos y las personas de escasos recursos así como vigilar el desempeño de los diferentes prestadores de servicios de salud.

A fin de fortalecer su función rectora dentro del marco de la reforma del sector de la salud, el Ministerio de Salud es apoyado por un Comité multidisciplinario de Reforma del Sector de la Salud, el cual supervisa los resultados del programa de reforma del sector y proporciona normas para decisiones de política y puesta en práctica de las recomendaciones para la reforma. Se proponen modificaciones a la estructura de la autoridad sanitaria, por ejemplo, la integración del Fondo Estatal del Seguro de Salud (funcionarios públicos) y el Ministerio de Asuntos Sociales (pobres y casi pobres) en un Fondo Social de Seguro de Salud. No se han creado instituciones públicas nuevas como resultado de la reforma del sector de la salud.

El país no cuenta con un sistema de información sanitaria con buen funcionamiento. Actualmente el Ministerio de Salud, con apoyo de la OPS, se encuentra en el proceso de diseñar dicho sistema. Las instituciones sanitarias tienen la obligación de notificación ante el Ministerio de Salud, especialmente para aquellas que reciben apoyo del gobierno. Sin embargo, la notificación no se hace estructuralmente, y el Ministerio no cuenta con herramientas para hacer cumplir prácticas de notificación adecuadas y oportunas. Las instituciones públicas deben presentar al Ministerio de Salud sus informes anuales, incluidas las actividades y el uso de los fondos. Los Servicios Nacionales de Auditoría deben revisar estos informes anuales. Algunos informes anuales de las instituciones públicas sufren muchos años de retraso.

Modalidades de la descentralización. Se han tomado medidas para examinar y modificar, cuando fuera necesario, el funcionamiento de los servicios de salud para las personas en las zonas rurales (Servicios de Salud Regionales). Estos cambios están relacionados con servicios de salud descentralizados más eficaces a las diferentes regiones y no necesariamente están vinculados a otras iniciativas para descentralizar la administración pública u otros sectores sociales. Las responsabilidades, las autoridades y los recursos no son transferidos a los niveles subnacionales, dado que este nivel de gobierno subnacional, descentralizado no existe en Suriname.

La descentralización está razonablemente bien formulada en la Misión Médica, la cual proporciona servicios de salud en el interior, y hasta cierto punto en el nivel de Servicios de Salud Regionales, que suministra servicios a las zonas rurales. La Oficina de Salud Pública no está descentralizada en gran medida, pero posee divisiones auxiliares en las tres ciudades principales del país.

Participación y control social. La participación social es un objetivo de la reforma del sector de la salud. La mencionada participación se estimula a través de presentaciones sobre los resultados de los estudios y las opciones de política a grupos sociales y la sociedad civil, a fin de obtener alguna reacción general sobre el desempeño del sistema de salud y el apoyo para las propuestas de reformas. No obstante, la participación social en el proceso de toma de decisiones es limitada. No se ha excluido a ningún grupo social del propósito de la toma de decisiones. La participación social no tiene ningún estado formal.

Financiamiento y gasto. En el proceso de reforma sanitaria en Suriname se hace mucho hincapié en el financiamiento y los gastos en salud. De varias maneras se fortalecen los sistemas de información sobre financiamiento y gastos a través de la introducción de un sistema de cuentas nacionales de salud; análisis de los sistemas de pago actuales, y el diseño de un modelo actuarial para el Fondo Estatal del Seguro de Salud. Los gastos totales en salud revelan una tendencia al alza. Tal aumento es financiado principalmente por un incremento de los gastos privados (compañías y gastos en efectivo de hogares). La población considera que los aumentos en los pagos en efectivo de hogares para la atención de la salud son improcedentes e injustos. La reforma propone modificar la distribución del financiamiento público, con más énfasis en el financiamiento de la atención preventiva y promocional. Se están emprendiendo esfuerzos para aumentar la eficiencia del gasto en el sector de la salud (como compra de medicamentos). Sistemas nuevos de pago a proveedores vincularán el pago al desempeño y es de esperar que produzca mejores logros de las metas de salud y mejor calidad de la atención de salud.

Prestación de servicios. Los servicios de la Oficina de Salud Pública deben fortalecerse mediante mayor recopilación de datos, más prevención y más promoción de la salud. Los servicios de atención primaria de los Servicios de Salud Regionales se concentrarán más en la atención preventiva, no solo en la atención curativa, como ocurre en la actualidad. La atención primaria actuará más como guardiana de la

atención secundaria de alto costo. Los servicios de la atención secundaria como tal no cambiarán mucho. Se propone que los pagos para la prestación de servicios en la atención secundaria se modificarán, utilizando pagos de paquetes para los diez primeros motivos de ingresos, paquetes de pacientes ambulatorios en lugar de pago por día de hospitalización como se realiza actualmente.

Se están elaborando actualmente muchos programas a fin de aumentar la prestación de servicios a grupos vulnerables, como: programas para la atención maternoinfantil, programas sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cobertura de mayor calidad para pobres y casi pobres, para personas en el interior y el establecimiento de casas de salud para ancianos, etc.

Se están redefiniendo los modelos de atención. De este modo, la atención primaria incluirá más atención preventiva y de promoción en lugar de atención curativa exclusivamente. La atención secundaria se centrará más en estadías breves y atención hospitalaria de agudos en lugar de estadías largas en hospitales; la introducción de la operación quirúrgica sin hospitalización, la operación quirúrgica de pacientes ambulatorios etc. forman parte de esta estrategia. La mejor integración de la atención primaria y secundaria se incluye en el proceso de reforma (fortalecer la función de guardianes de los médicos generales, mejorar el seguimiento de pacientes mediante una mejor comunicación del especialista médico con el médico general que envió al paciente).

Modelo de gestión. La propuesta establece que los diferentes interesados directos en el sector de la salud se organicen en un Consejo Nacional de Salud formal. El Ministerio de Salud ha convocado varias reuniones, pero el consejo no se ha creado. Este Consejo reflejaría la participación de los establecimientos de salud tanto públicos como privados.

Existen en la actualidad contratos de gestión y compromisos en el sistema de salud pública entre los contribuyentes (Ministerio de Salud, SZF, Asuntos Sociales) y los prestadores (TURBERA, RGD, Misión Médica, hospitales, médicos generales, especialistas, farmacias). En general los establecimientos públicos prestan servicios a toda la población. Los hospitales públicos cuentan con el permiso legal para comercializar sus servicios a terceros en el sector privado. Existe en la actualidad cierta forma de autonomía para los establecimientos de salud pública, como los hospitales públicos y los Servicios de Salud Regionales. Una Junta vigila estas instituciones. Sin embargo, la autogestión es limitada, ya que el Ministro de Salud designa a los miembros de la Junta y establece aspectos cruciales como aranceles y sueldos. No hay ninguna intención de trasladar la gerencia de los establecimientos de salud pública al sector privado.

Recursos humanos. Se introducirán algunas modificaciones al programa de educación de médicos generales, a fin de reflejar mejor la necesidad de fortalecimiento de la atención preventiva y promocional. No se ha introducido cambios significativos en la ley de trabajo, y no se han propuesto modificaciones a la orientación multidisciplinaria de la práctica profesional. Una de las metas de la reforma del sector de la

salud es la garantía de la calidad, como parte de la cual se propone la certificación de los médicos generales. Varios organismos profesionales de trabajadores sanitarios (Asociación Médica, Asociación de Enfermería) integran el Comité Nacional para la Reforma del Sector de la Salud.

Dentro del marco de reforma del sector de la salud se ha incluido una propuesta para mejorar el desempeño de los médicos generales en el sector público. Consiste en ofrecer una bonificación al médico general cada vez que se alcanza una meta predefinida para los servicios de atención preventiva para su población de pacientes.

Calidad. La acreditación de los establecimientos de salud (centros de atención primaria, hospitales) forma parte del programa de reforma del sector de la salud. La reforma del sector de la salud incluye iniciativas en el ámbito de calidad técnica mejorada (mejor educación del personal humano, mejor administración de establecimientos y mejor monitoreo del desempeño). La calidad percibida de la atención de los hogares y los pacientes se incluye como parte de la actividad de recopilación de datos dentro del programa de reforma sanitaria.

3.2 EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El proceso de reforma del sector de la salud en Suriname se encuentra aún en su etapa de diseño, de manera que no hay ninguna repercusión que informar sobre el mejoramiento en los niveles de equidad, eficacia, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. Asimismo, no es posible presentar datos que reflejen datos contundentes para la repercusión de la reforma sanitaria en los indicadores mencionados. No obstante, la información a continuación tiene por objetivo ilustrar la manera en que el programa de reforma del sector de la salud *puede* repercutir en los indicadores.

EQUIDAD

Cobertura. El porcentaje de la población eficazmente cubierta por un *paquete básico de servicios de salud* aumentará mediante el enfoque en las personas necesitadas que no tienen acceso a ninguna forma de seguro de salud y su incorporación en el sistema del seguro de salud social. Se prevé que la cobertura de la atención prenatal y los niños menores de 1 año y el porcentaje de las mujeres que utilizan anticonceptivos aumentará en el largo plazo, dado que se fortalecerá la atención preventiva.

Distribución de recursos. La reforma del sector de la salud producirá varios indicadores de recursos, como el gasto total per cápita en salud y el porcentaje de gastos públicos de los gastos totales en salud. Estos indicadores se emplearán para elaborar estrategias de distribución de recursos. Por ejemplo, la manera en que el financiamiento público de la atención sanitaria puede desplazarse del financiamiento de la hospitalización en el exterior para un número limitado de pacientes a una cobertura universal de inmunización. No se prevé que la reforma del sector de la salud como tal tendrá una repercusión directa en el número de médicos o enfermeras por 10.000 habitantes. Por otro lado, la reforma sanitaria debe

tener una repercusión en el número de camas de hospital por 10.000 habitantes, especialmente habida cuenta del superávit de camas de hospital en el país.

Acceso. La reforma sanitaria no ampliará el número de consultorios u hospitales sino que procura identificar maneras de aumentar el carácter accesible de los establecimientos existentes para la población. La disponibilidad de los establecimientos no debe ser limitada sino durante períodos de tiempo más prolongados, con lo cual se reduce el riesgo de no prestar atención cuando más se necesita (las situaciones de urgencia no pueden programarse). La introducción de horarios de consulta para los pacientes evitará períodos de espera prolongados, lo cual aumentará a su vez el comportamiento de búsqueda de atención de salud de los segmentos de menores recursos de la sociedad.

Utilización de recursos. Si los establecimientos son más accesibles y más asequibles, se prevé que los recursos se emplearán de manera más eficaz, es decir más consultas de pacientes ambulatorios, número incrementado de partos asistidos por personal capacitado, etc.

EFICACIA Y CALIDAD

La reforma sanitaria se centra en el aumento de la atención preventiva, que a su vez con el tiempo debe conducir a la reducción nacional de la mortalidad infantil, la mortalidad materna, el porcentaje de bajo peso al nacer, la incidencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Estas cifras reducidas deben reflejarse especialmente para la población que actualmente tiene menos acceso a la atención de salud, por razones geográficas (del interior) o razones socioeconómicas (pobres y casi pobres).

Calidad técnica. Un aspecto importante del programa de reforma sanitaria es la introducción de programas para la garantía de la calidad. Estos programas formularán protocolos ordinarios de tratamiento, establecerán comités para la garantía de la calidad tanto para la atención primaria como para la atención hospitalaria y vigilarán la gestión de los servicios de salud, como la disponibilidad de medicamentos esenciales, la incidencia de infecciones nosocomiales, etc.

Calidad percibida. Contrariamente a los funcionarios públicos asegurados con el Fondo Estatal del Seguro de Salud, las personas pobres y casi pobres no tienen la posibilidad de seleccionar a su proveedor de atención primaria. El proceso de reforma sanitaria procurará permitir la selección de prestadores de servicios. Los porcentajes de establecimientos con programas operativos para mejorar las relaciones con los usuarios, procedimientos de orientación específicos para los usuarios, encuestas de opinión para usuarios, o comités de arbitraje no serán afectados directamente por el proceso de reforma sanitaria; efectos indirectos quizá ocurran mediante la introducción de programas de gestión de la calidad. La reforma sanitaria incluirá la medición regular del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud prestados, por ejemplo, mediante entrevistas al momento del alta.

EFICIENCIA

Asignación de recursos. La eficiencia del financiamiento del sistema de salud es uno de los elementos más importantes de la reforma sanitaria en Suriname. Nuevos mecanismos de pago (como incentivos para atención preventiva, paquetes de tratamiento para atención hospitalaria) procuran maximizar los resultados y el desempeño con un costo mínimo por unidad. La eficiencia en los procedimientos para la compra de medicamentos resultará en ahorros considerables sin sacrificar la calidad de la atención. La eficiencia también puede mejorarse mediante la formulación de sistemas de información sanitaria, a través de los cuales pueden detectarse ineficiencias del sistema. La reforma del sector de la salud como tal no repercute en el sistema de abastecimiento de agua potable y alcantarillado en zonas rurales y urbanas. La reforma sanitaria contempla el aumento en el porcentaje del presupuesto sanitario invertido en servicios de salud pública, y el porcentaje de los gastos sanitarios totales destinado a atención primaria. El programa de reforma no repercute directamente en las medidas intersectoriales. Los programas para la prevención de enfermedades sumamente prevalentes están influenciados por la reforma del sector de la salud, debido a la mayor atención dedicada a la prevención de enfermedades crónicas en el paquete de atención primaria, y la formulación de protocolos ordinarios para enfermedades como diabetes e hipertensión.

Gestión de recursos. Mediante su programa de acreditación, el programa de reforma del sector de la salud propone introducir sistemas operativos estandarizados para medir el desempeño de actividades en centros de salud y hospitales. El efecto de la reforma del sector de la salud en el mejoramiento de los indicadores de desempeño de hospitales, como número de ingresos, días promedios de estadía, tasa de ocupación, probablemente será tal que se reducirá el énfasis en tratamientos de pacientes hospitalizados y aumentará el énfasis en la atención y el tratamiento especializado de pacientes ambulatorios en el nivel de atención primaria.

El programa de reforma del sector de la salud promueve negociaciones de contratos entre los proveedores y los contribuyentes, de acuerdo con aranceles y volúmenes determinados previamente. La reforma del sector de la salud estimula la creación de presupuestos sobre la base de actividades planificadas, en lugar de cifras históricas.

Sostenibilidad. La reforma del sector de la salud influye en el desarrollo a mediano y largo plazo del sistema de salud, como la incorporación posible de medicina alternativa; el mejoramiento de la disponibilidad de información financiera clasificada por gastos públicos y privados en salud y, en cierto grado, por unidades geográficas, mediante las cuentas nacionales de salud. La influencia se pone de manifiesto también al mejorar la cobertura para toda la población, a través del aumento de los programas preventivos y su incorporación en el paquete básico de atención primaria; la introducción de programas de monitoreo de la calidad y el mejoramiento de la gestión de los establecimientos (disponibilidad más

prolongada para atención de agudos, consultas médicas programadas, etc.). Además, se mejora el equilibrio entre los ingresos y los gastos de los contribuyentes para el seguro de salud social por un lado (Fondo Estatal del Seguro de Salud y Ministerio de Asuntos Sociales), y de los proveedores por otro lado (Servicios de Salud Regionales, Misión Médica y hospitales). Los centros de salud pública y los hospitales ya recaudan contribuciones de terceros (como seguro de salud privado, compañías privadas, pagos en efectivo directos). No se prevé que el Ministerio de Salud, ni otro proveedor público, negocie los préstamos externos por sí mismo y los canjee posteriormente por recursos nacionales.

Participación y control social. Hasta el presente, la reforma del sector de la salud ha incrementado el grado de participación y control social en el proceso de formulación de políticas sanitarias. Esta participación social se refleja en la representación de muchos interesados directos del sector de la salud y de la sociedad civil en los debates, los talleres y las ponencias acerca del futuro de nuestro sistema de atención de la salud.

* El perfil fue preparado por un grupo de quince profesionales y encargados de adoptar las decisiones de política a nivel nacional del Ministerio de Salud, el Ministerio de Planeamiento y Cooperación para el Desarrollo, el Ministerio de Desarrollo Regional, la Oficina General de Estadísticas, el Proyecto de Reforma del Sector de la Salud del Banco Interamericano de Desarrollo y la Representación de la OPS/OMS en Suriname. La coordinación técnica del grupo nacional fue responsabilidad del Director de Salud, el Ministerio de Salud de Suriname y la Representación de la OPS/OMS en Suriname. El examen final, la edición y la traducción son responsabilidad del Programa sobre Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ Acuerdo sobre cooperación técnica entre el Gobierno de Suriname y el BID.

² <http://www.odci.gov/cia>

³ <http://www.data.worldbank.org/>

⁴ Algemeen Bureau voor de Statistiek, Encuesta sobre el presupuesto hogareño 1999/2000

⁵ OPS/OMS, Situación de Salud en las Américas: Indicadores básicos 2001.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ <http://www.data.worldbank.org/> La base de datos internacional de la Oficina de Censo de los Estados Unidos revela que para 1999 la tasa de mortalidad infantil es 26,0 por mil.

⁹ Misión Médica, 1999.

¹⁰ Ibid.

¹¹ National Pathology Laboratory, 1999.

¹² National Pathology Laboratory, 2000.

¹³ <http://www.data.worldbank.org/>

¹⁴ Oficina de Estadísticas, 1999.

¹⁵ Anuario Estadístico de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO 1999

¹⁶ BID, Evaluación del Sector de la Salud de Suriname, agosto de 1999.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Acuerdo sobre cooperación técnica entre el Gobierno de Suriname y el BID.