



**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
BELICE**

(1.^a edición, 28 de mayo de 2001)

(2.^a edición, 14 de enero de 2002)*

PROGRAMA DE 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

Belice es un estado soberano que se rige por los principios de la democracia parlamentaria basada en el sistema británico de Westminster. La Jefa de Estado es la Reina Isabel II, representada por un gobernador general. El primer ministro y el gabinete constituyen el poder ejecutivo del gobierno, mientras que una Cámara de Representantes de 29 miembros electos y el Senado, con nueve miembros nombrados, integran una legislatura bicameral: la Asamblea Nacional. El gabinete consta de ministros y ministros de estado nombrados por el gobernador general con el asesoramiento del primer ministro.

El gobierno está formado por el Partido Popular Unido (PUP) que ganó las elecciones generales en septiembre de 1998 por abrumadora mayoría (26 de los 29 miembros de la Cámara de Representantes). El partido de oposición es el Partido Democrático Unido (UDP). Algunos de los problemas más importantes identificados en los sectores sociales y políticos son la pobreza y el desempleo, la depresión del crecimiento económico, la escasez de recursos humanos, la centralización de la toma de decisiones en el funcionamiento del sector público y, en algunas zonas, la falta de prioridades nacionales claramente definidas, y de metas y objetivos cuantificables.

El Ministerio de Salud es el único prestador de servicios sanitarios del sector público. El Gobierno de Belice cuenta actualmente con un total de ocho hospitales, uno en cada distrito, con la excepción de los distritos de Cayo y Belice, que tienen dos cada uno. Tres de los ocho hospitales se han designado Hospitales Regionales y proporcionan una amplia gama de servicios de atención secundaria además de la atención primaria básica. Tres de los hospitales son comunitarios o de primer nivel con capacidad limitada para la prestación de atención secundaria. El Hospital Karl Heusner Memorial funciona como Hospital Nacional de Referencia y hospital general para la región central. Existe además un Hospital Nacional de Salud Mental. Los establecimientos privados de salud están limitados a la ciudad de Belice.

Se ha registrado un aumento de personal sanitario en algunas de las disciplinas en el último decenio, aunque su distribución es desigual, concentrándose la mayor parte en el distrito metropolitano de Belice. Los problemas detectados en la gestión de medicamentos del sector público son la inadecuación del presupuesto anual para cubrir las necesidades de la población, además de la ineficacia del sistema de adquisición y contratación, lo cual se traduce en carencias frecuentes y prolongadas de suministros.

Existen protocolos normalizados de tratamiento sólo para algunas enfermedades prevalentes en los establecimientos públicos. En la actualidad no existen programas para mejorar la calidad ni comités de ética para el examen del comportamiento profesional en ningún establecimiento público o privado. No obstante, esta situación se está abordando como parte del proceso de reforma del sector de la salud. El mantenimiento habitual de los equipos corre riesgos debido a los recursos limitados que se asignan a este

rubro, la escasez de personal capacitado y la inexistencia o uso limitado de protocolos de mantenimiento preventivo y correctivo.

En 1995, el gasto sanitario nacional como porcentaje del PIB fue 3,3% y en 1998 esta proporción fue 3,5%. El gasto sanitario total estimado para 1995 por el Proyecto de Reforma de la Política Sanitaria fue BZ\$ 65,4 millones (US\$ 32,7); 51% correspondió al subsector privado y 49% al público. Del total del sector privado, más de 50% se gastó fuera del territorio nacional. En 1998, el gasto sanitario en Belice fue alrededor de BZ\$ 78,2 millones (US\$ 39,1 millones). De esta cantidad, aproximadamente BZ\$ 31,7 millones (US\$ 15,8 millones) ó 40% correspondieron al subsector público, 58% al privado y una cantidad pequeña a los donantes (0,7%).

La disponibilidad de información fiable y oportuna para apoyar el proceso decisorio es un problema en Belice. Se están buscando soluciones para lograr que la toma de decisiones se base en la información. La capacidad de los usuarios urbanos que poseen los medios económicos para elegir entre diversos proveedores de tipos específicos de servicio en el sector privado ha aumentado en los últimos cinco años. Los usuarios rurales no gozan de ese privilegio puesto que el sector privado se ha desarrollado esencialmente en las zonas urbanas.

El Proceso de Reforma Sanitaria comenzó en Belice en 1990 y se encuentra actualmente en la etapa de ejecución. Las áreas abordadas por el Proyecto de Reforma de las Políticas Sanitarias (HPRP) son la eficiencia en la asignación de recursos y la ampliación y diversificación de las fuentes de financiamiento. Otras áreas son la estructuración y las políticas del sector; el desarrollo del sector privado; la organización y prestación de servicios sanitarios; las políticas y la gestión de los recursos humanos; los sistemas de información; el acceso a los servicios de salud; y el manejo de los sistemas de apoyo. El Proceso de Reforma se encuentra en su segunda fase. La fase de diagnóstico del Proyecto de Reforma de las Políticas Sanitarias con financiamiento del BID se completó en junio de 1998, al cabo de la cual se le entregó al Gobierno un informe final con recomendaciones sobre cambios políticos, administrativos y legales. La ejecución de las reformas propuestas se encuentra actualmente en su etapa inicial con las siguientes fechas propuestas para el proyecto. Fase de diagnóstico: 1991-1998; Etapa de Preparación del Proyecto: 1999-2000; Aprobación del Banco y Firma: 2000-2001 (abril); Condiciones Preliminares: mayo de 2001 - junio de 2002; Ejecución del Proyecto: febrero de 2002; y Evaluación Final: abril de 2005.

1. CONTEXTO

1.1. Contexto político

Belice es un estado soberano que se rige por los principios de la democracia parlamentaria basada en el sistema británico de Westminster. La Jefa de Estado titular es la Reina Isabel II, representada por un gobernador general. El primer ministro y el gabinete constituyen el poder ejecutivo del gobierno, mientras que la Cámara de Representantes, compuesta por 29 miembros elegidos, y el Senado, con nueve miembros nombrados, integran la legislatura bicameral: la Asamblea Nacional. El gabinete consta de ministros y ministros de estado nombrados por el gobernador general en consulta con el primer ministro.

Con respecto al gobierno local, existen seis distritos: Corozal, Orange Walk, Belice, Cayo, Stann Creek y Toledo. Una junta popular de siete miembros elegidos localmente administra cada zona urbana. La Ciudad de Belice y Belmopan poseen un sistema singular, ya que cuentan con su propio ayuntamiento de nueve miembros elegidos. Los Consejos Comunales se encargan de la administración a nivel de la comuna, con la incorporación de los “Alcaldes” o el sistema mayoral tradicional del sur (Distrito de Toledo) en la estructura¹.

En la actualidad, el gobierno está formado por el Partido Popular Unido (PUP) que ganó las elecciones generales en septiembre de 1998 con amplia mayoría (26 de los 29 miembros de la Cámara de representantes). Existen dos partidos de oposición: el Partido Democrático Unido (UDP) y el Partido Democrático Popular.

En este momento, los ministerios correspondientes son los que definen los mecanismos nacionales para la planificación y la gestión del desarrollo y la política social. “Reforma política: darle poder al pueblo”, fue uno de los capítulos del Manifiesto de 1993-2003 del Partido Popular Unido. También se proponen reformas importantes en el aspecto socioeconómico, como la participación de la sociedad civil y el sector privado en la formulación y gestión de las políticas y los programas nacionales.

Algunos de los principales problemas sociopolíticos que afectan la situación sanitaria son la pobreza, el desempleo, la depresión del crecimiento económico y la falta de recursos humanos.

1.2. Contexto económico

El país tiene una economía abierta basada principalmente en la agricultura y los servicios. Una de las atracciones principales para las inversiones extranjeras es una moneda estable. Desde 1976 se ha fijado la paridad de la moneda con el dólar estadounidense en US\$ 1,00 = BZ\$ 2,00. El ingreso per cápita en 1999 fue US\$ 2.427 comparado con US\$ 1.664 en 1989, es decir, un crecimiento de 45,8% a precios corrientes. El PIB en precios corrientes aumentó un 92%, de US\$ 306 millones en 1989 a US\$ 589,7 millones en

1999. El PIB ha registrado una tasa de crecimiento real de 8,1% en 2000, comparado con 6,4% en 1999 y 1,5% en 1996. La tasa de inflación medida según el índice de precios al consumidor es relativamente baja en comparación con los países vecinos, aunque ha aumentado durante el año pasado. El Índice de Precios al Consumidor era 2,9% en 1995 y aumentó a 6,4% en 1996, pero disminuyó en 1999 a 1,2%. El promedio de los cinco años anteriores fue 3,2%. La tasa de inflación disminuyó de 6,4% en 1996 a 1,2% y 0,6% en 1999 y 2000, respectivamente. El gasto del Ministerio de Salud expresado como porcentaje del gasto del Estado fue 9% en 1998 y desde 1994 a 1997 fue 8% a los precios actuales.

Principales indicadores económicos

Indicadores	Año								
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes, en US\$.	1.514	1.614	1.639	1.630	1.636	1.620	1.630	1.596	1.670
Población económicamente activa	108.788	ND	120.030	122.235	126.405	134.475	137.505	145.895	150.355
Gasto público total como porcentaje del PIB	ND	41,2	38,5	37,1	32,7	30,4	32,0	33,5	37,1
Gasto público en programas sociales como porcentaje del PIB	ND	10,9	14,3	ND	14,7	10,2	ND	ND	ND
Tasa anual de inflación	3,1	2,4	1,5	2,6	2,9	6,4	1,0	-0,8	-1,2
Gasto total sanitario como porcentaje del PIB.	3,3	2,6	4,4	5,7	3,3	2,4	2,6	3,5	ND

Fuentes: Belize Abstract of Statistics, 1999 Central Statistics Office.

Las exportaciones agrícolas, que incluyen caña de azúcar, cítricos, concentrado, plátanos y productos marinos, han dominado históricamente la economía de Belice. Belice depende también en gran medida de la silvicultura, la pesca y la minería como recursos primarios. En consecuencia, es vulnerable a los cambios en la economía mundial. Las tendencias económicas recientes incluyen un incremento significativo del déficit comercial, lo cual ha ejercido presión sobre las reservas extranjeras netas. El deterioro de los ahorros del público, combinado con una expansión de las inversiones fijas, ha producido una elevación sustancial del déficit del gobierno central, además de una contracción de las corrientes de ayuda y un aumento de la deuda externa. A largo plazo, el creciente giro hacia el libre comercio (TLCAN, GATT, UE) podría erosionar algunos de los arreglos de los que disfruta Belice como mercado preferencial, obligando por tanto a las industrias a aumentar su competitividad. El Gobierno central ha logrado ajustar los gastos al nivel de los ingresos. Sin embargo, no ha podido generar los recursos necesarios para invertir en la ampliación de las infraestructuras al ritmo requerido. Las medidas de reducción de gastos han perjudicado a algunos servicios en términos de frecuencia y cobertura, habiéndose deteriorado la red de servicios sociales. Por ejemplo, se han reducido los servicios de salud en

comunidades rurales; los puestos de salud y las unidades móviles prestan servicios reducidos¹. En este momento, las prioridades del nuevo gobierno son: “reducir los impuestos y eliminar las ineficiencias, promover la inversión, estimular la actividad económica, reducir el desempleo, mantener la estabilidad del dólar de Belice, regular los monopolios y reducir las tasas de utilidad, modernizar las industrias, fundar el banco de empresas y pequeños agricultores, crear zonas de libre comercio y fortalecer las economías rurales”.²

En 1999, las principales inversiones sociales fueron para el sector de educación (40%), para agua y saneamiento (30%), salud (25%) y desarrollo humano (5%)³. Los recursos financieros se asignan fundamentalmente a los rubros de infraestructura y administración en lugar de a los programas. El presupuesto público para salud ha descendido al 2,0% del PIB en 1999. Del 9% del presupuesto nacional asignado al sector de la salud (presupuesto recurrente) un 73% es para sueldos.

1.3. Contexto epidemiológico y demográfico

La población total para el año 2000 fue de 249.800.⁴ Ello representa un aumento de alrededor de 55.800 personas desde el censo de 1991. La tasa de crecimiento intercensal es de 2,7% por año, la cual es aproximadamente un punto porcentual mayor que el crecimiento entre 1980 y 1991. La razón urbana/rural fue 48:52 en 1991. En el año 2000 esta razón permaneció invariable.

Cincuenta por ciento de la población tiene menos de veinte años de edad y 5% tiene más de 60 años. La esperanza de vida al nacer es 70,1 años para los hombres y 74,0 para las mujeres con un promedio de 71,8 años para la población general. El total de nacidos vivos durante el último decenio ha registrado una disminución leve, con una tasa de natalidad bruta de 31,5 en 1993 y 29,2 en 2000.

El número total de defunciones notificadas ha experimentado un aumento durante el último decenio: 4,5 por 10.000 en 1991, 5,1 por 10, 000 en 1997 a 5,7 por 10.000 en 1998. El porcentaje estimado de mortalidad no registrada en 1999 fue de 5%.

Indicadores	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa de bruta de natalidad	31,5	27,9	30,6	30,1	31,9	25,1	29,3	29,2
Tasa de fecundidad total	4,3	3,6	4,0	3,9	4,2	3,2	3,7	4,0
Tasa bruta de mortalidad	4,6	4,5	4,3	4,3	5,1	5,7	4,9	6,1
Tasa de mortalidad materna	154,8	118,9	ND	59,9	40,8	167,1	42,2	54,8
Tasa de mortalidad infantil	19,3	19,4	14,9	26,0	24,0	21,5	17,5	21,3

Fuente: Central Statistical Office 2000.

El porcentaje de defunciones en adultos por causas mal definidas en 1999 fue 4,1%, mientras que para los

niños menores de cinco años fue 5,1%. Han disminuido las defunciones notificadas por enfermedades transmisibles durante los últimos cinco años. El número de personas que contrajeron las enfermedades transmisibles más comunes en Belice, por ejemplo la malaria, ha registrado una disminución marcada de 8.934 casos en 1995 a 1.456 en 2000.

En los dos últimos decenios se han observado varias enfermedades nuevas o emergentes. La más devastadora es la infección por el VIH/SIDA. En Belice se ha producido un aumento rápido de esta enfermedad, que se transmite principalmente por la modalidad heterosexual. El primer caso de infección por el VIH/SIDA se notificó en 1986 y para fines de septiembre de 2001 se habían registrado 1773 casos con 420 casos de SIDA y 292 defunciones. El número de casos de tuberculosis había comenzado a disminuir de 70 casos en 1993 hasta llegar a 41 casos en 1994. Sin embargo, con el aumento de casos de infección por el VIH/SIDA, se ha producido un aumento en el número de casos notificados a 181 en 1998. Enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión siguen siendo las que más contribuyen a la mortalidad y la morbilidad. La cardiopatía sigue figurando entre las cinco primeras causas de muerte, ocupando el segundo lugar en 1997, cuarto en 1998 y primero en 1999. Las defunciones por complicaciones de la diabetes mellitus también han escalado de séptimo lugar en 1997 a quinto en 1999.

Los accidentes de tránsito en carreteras siguen aumentando, con 24 defunciones en 1993, 82 en 1997 y 101 en 1998. En 2000 se produjo una disminución a 81. El grupo de edad y el sexo de las víctimas es de gran interés. Siete veces más hombres que mujeres murieron en 1999, y la mayoría de las defunciones se dieron en el grupo de 15 a 45 años.

El dengue no parece ser un problema importante. Hubo 18 casos confirmados en 1995 y tres en 2000. Las enfermedades reemergentes, como el cólera, empezaron a ser un problema en 1998 con tres casos notificados y doce en 1999. Sin embargo, no se notificó ningún caso en 2000. El abuso de drogas se percibe como un problema aunque no hay datos disponibles para fundamentar esta aseveración.

1.4. Contexto social:

Los principales grupos étnicos son: mestizos (46,4%), criollos (27,7%), garifunas (6,4%), mayas (10%), caribeños orientales (3,3%) y otros grupos más pequeños que representan 2,9%.⁵ Los chinos, los sirios y los libaneses representan los grupos más pequeños. El Índice de Desarrollo Humano para 1998 coloca a Belice en el puesto 58 en un total de 171 países. Ello significa que el país pertenece a la categoría “Alto Desarrollo Humano” y figura entre los primeros 30 países del mundo en desarrollo⁶.

La tasa de desempleo en 1996 fue 13,8%; en 1997, 12,7%; en 1998 aumentó a 14,3% y en 1999 disminuyó a 12,8%. Existe disparidad de género en materia de empleo. En 1999 la fuerza laboral empleada estaba compuesta por 69,1% de hombres y 30,9% de mujeres. Existe poca información sobre el sector económico informal de Belice.

El Informe de Evaluación de la Pobreza de 1995 indica que 33% de los beliceños viven en la pobreza, y 13% pertenecen a la categoría muy pobres.⁷ Hay discrepancias entre los hombres y las mujeres y entre distritos con respecto a la pobreza. De los varones, 32,8% son pobres, frente a 33,1% de las mujeres. Se estima que 23,6% de los jefes de familia varones son pobres, mientras que 30,5% de las mujeres que encabezan la familia los son. En Toledo, donde vive la concentración más alta de mayas, se estima que 57,6% de la población es pobre, frente a sólo 24,9% de las poblaciones de Orange Walk. Por otra parte, 3,9% de los niños del Distrito de Toledo padecen de retraso del crecimiento, comparado con 4,1% en el Distrito de Belice.

En 1996 la tasa de alfabetización básica fue 75,1%, un porcentaje que es prácticamente igual para los hombres que las mujeres.⁸ Sólo 42,4% de la población de 10 a 65 años de edad se puede describir como funcionalmente alfabetizada. La tasa de finalización de la escuela primaria es 98%. Las transición de la escuela primaria a la secundaria revelan la hacen aproximadamente un 80%. Sin embargo, ello oculta la realidad del acceso a la educación secundaria. Sólo en torno a un 41% asiste a la escuela secundaria en la cohorte de 15 a 19 años de edad.⁹

Indicadores socioeconómicos por distrito

Distrito	Tasa de mortalidad infantil				Pobreza %	Desempleados		Agua potable %	Saneamiento %	Retraso del crecimiento %
	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1999	1994	1994	1996
Corozal	13,8	33,0	21,9	9,8	26,7	5,8	11,8	88,5	37,0	15,8
Orange Walk	32,6	20,3	23,6	13,0	24,9	6,6	5,4	90,5	27,5	16,8
Belice	29,4	28,1	28,1	29,1	24,5	18,4	16,2	86,5	57,0	4,1
Cayo	17,9	15,1	14,0	13,8	41,0	15,2	14,5	82,0	28,5	17,8
Stann Creek	32,2	28,9	20,5	5,7	26,5	15,4	8,4	84,5	18,5	13,5
Toledo	30,1	23,5	13,8	11,5	57,6	14,3	16,9	70,5	28,5	39
País	26,0	24,0	21,5	17,3	33,0	13,8	12,8	83,7	39,0	15,4

Fuente: Belize Abstract of Statistics 1999, Central Statistics Office.

Los porcentajes promedios fueron significativamente inferiores para los hombres (3% a 9%) que para las mujeres. El alfabetismo adulto no registró ningún cambio desde 1996 a 1998, con 86,8 para las zonas urbanas y 62,7 para las zonas rurales.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. Organización general:

El gobierno es el principal proveedor de servicios de salud, lo cual incluye el suministro de fármacos, que en los últimos años han sido prácticamente gratis para los pacientes. Esta situación está cambiando

gradualmente como consecuencia de la institución de la política de recuperación de costos, en particular en los servicios curativos. El sector privado es reducido en Belice. Sin embargo, en los últimos años ha experimentado un crecimiento sostenido en virtud del proceso de Reforma del Sector Sanitario, que promueve una asociación público-privada en los servicios de atención sanitaria.

En el decenio que terminó, el modelo de organización predominante para los servicios de salud se ha caracterizado por su carácter centralista en materia de tratamiento y enfermedad, y orientado al consumidor en su aspecto programático. Basado en los principios de equidad y sostenibilidad, el modelo emergente de atención sanitaria reconoce la necesidad de: i) descentralización, planificación participativa y programación a nivel de gestión; y ii) uso de un enfoque orientado al público a nivel programático, asegurando al mismo tiempo la prestación de un conjunto integral de servicios de salud.¹⁰

Subector público: El Ministerio de Salud es el único proveedor de servicios sanitarios del sector público. El Gobierno de Belice cuenta actualmente con un total de ocho hospitales, uno en cada distrito, con la excepción de los Distritos de Cayo y Belice, que tienen dos cada uno. Tres (3) de los ocho hospitales han sido designados Hospitales Regionales y prestan una amplia gama de servicios de atención secundaria además de atención primaria básica. Hay otros tres hospitales que son comunitarios o establecimientos de primer nivel y prestan una cantidad mínima de atención secundaria a nivel distrital. Sólo un hospital funciona como Hospital Nacional de Referencia (Karl Heusner Memorial Hospital) y como hospital general del Distrito de Belice. Hay además un Hospital Nacional de Salud Mental. Debe señalarse que con la excepción del convenio con el hospital en la Universidad de las Indias Occidentales en Mona Jamaica, no existe ningún mecanismo estandarizado de referencia con los países vecinos.

Hay 76 establecimientos públicos, que incluyen 39 centros de salud y 37 puestos sanitarios rurales en todo el país. Los centros de salud proporcionan atención prenatal y posnatal, servicios de inmunización, vigilancia del crecimiento de los menores de 5 años, tratamiento para la diarrea y dolencias menores, además de educación sanitaria general. Por otra parte, algunas clínicas especializadas ofrecen servicios para el tratamiento de la hipertensión, la diabetes, la tuberculosis, las ETS y el SIDA; también se proporciona referencia y seguimiento. Cada centro sanitario atiende de 2.000 a 4.000 personas. La mayoría de los centros también prestan servicios de extensión mediante consultorios móviles, visitando aldeas más pequeñas y remotas cada seis semanas. Estos consultorios móviles representan cerca del 40% de la prestación de servicios de los centros. El financiamiento del sector público proviene del gobierno central. Los mecanismos de recuperación de costos existen pago directo por algunos servicios, en particular los servicios curativos. No obstante, la cantidad recuperada es mínima. Hay un mecanismo estandarizado eficaz para referir clientes de los centros de salud a los hospitales comunitarios, y de los hospitales comunitarios a los hospitales regionales. El mecanismo también cubre las referencias de los

Hospitales Regionales al Hospital Nacional de Referencia. Este sistema de referencia se aplica a la red de salud pública al igual que al sector privado.

La función de los Servicios de Seguridad Social de Belice (BSSS) aún no se ha definido. Una de las opciones que el Gobierno está probando en este momento es la de financiar la atención de salud mediante un Seguro Médico Nacional. Un proyecto de Atención Primaria de Salud con un paquete definido de servicios está a prueba en este momento, desempeñándose la BSSS como comprador de los servicios de los sectores privado y público.

Subsector privado: Los servicios sanitarios del sector privado están condicionados por el número de proveedores y la variedad de servicios. En su mayoría se limitan a los servicios ambulatorios con cierta atención secundaria para casos de obstetricia y procedimientos quirúrgicos sencillos. No obstante, en la Ciudad de Belice se está dando una ampliación de los servicios para ofrecer las cuatro especialidades principales y cierta atención secundaria.

De cualquier forma, se tiende a ofrecer un paquete donde se ofrecen los servicios de varios profesionales en un consultorio, y no los de un sólo profesional aislado. El sector privado opera en dos categorías: organizaciones con o sin fines de lucro, con distintas coberturas y capacidades.

El sector privado con fines de lucro: Las instituciones privadas se registran legalmente como empresas; no obstante, no hay ninguna ley en vigor que regule los servicios sanitarios del sector privado. La Ley de Servicios e Instituciones Médicas se aplica a los establecimientos del sector público, según una definición muy estricta. Sólo hay un hospital privado (25 camas) ubicado en la Ciudad de Belice. Cincuenta y cuatro consultorios privados prestan servicios ambulatorios y casi todos están ubicados en la Ciudad de Belice.

A los médicos privados se les permite usar los establecimientos del gobierno para la prestación de aquellos servicios que no estén a su alcance en el ámbito privado. En general los usuarios proporcionan el financiamiento en forma directa o mediante un seguro médico privado. Este último es limitado en Belice pero ha aumentado rápidamente durante los años ochenta y los noventa. Muchas de las aseguradoras son miembros de grupos internacionales grandes. Los paquetes de prestaciones están concebidos para cubrir gastos por atención médica recibida fuera de Belice. Las aseguradoras también venden planes ejecutivos que cubren servicios prestados en Estados Unidos. Los niveles de prima son altos y generalmente fuera del alcance de un trabajador promedio. La cobertura familiar puede costar hasta US\$ 100 por mes (póliza grupal para servicios médicos), lo cual representa al menos 20% de los ingresos de muchos trabajadores beliceños.

Sector privado sin fines de lucro: Hay un hospital sin fines de lucro en el Distrito de Cayo (20 camas) y cuatro (4) clínicas en todo el país. Las instituciones sanitarias del sector privado sin fines de lucro están reconocidas legalmente. No existe una legislación específica que las regule. Algunas de ellas participan en

la prestación de servicios ambulatorios: la Cruz Roja; la Asociación Familiar de Belice; el Consejo de Belice para las Personas con Deterioro Visual; el Club de Leones y la Alianza en contra del SIDA, entre otras. El financiamiento se basa en los mecanismos de recuperación de costos, las donaciones y la ayuda externa. La cobertura es limitada, en particular en las zonas urbanas. El 1 de agosto de 1999 el Ministerio de Salud firmó un convenio con el Equipo de Respuesta en Casos de Emergencia (BERT) para prestar servicios de ambulancia en la Ciudad de Belice. Este arreglo ha estado funcionando sin tropiezos y están en marcha las negociaciones para extender el servicio a los Hospitales Regionales. No hay ningún mecanismo definido correctamente para casos de referencia e interacción entre las organizaciones públicas y privadas.

2.2 Recursos del sistema

Recursos humanos: Se ha registrado un aumento de personal sanitario en el último decenio. En Belice, hay aproximadamente un médico por cada 1.000 personas y una enfermera por cada 620 personas. Hay una gran concentración de personal sanitario en el distrito metropolitano de Belice, donde se emplea a más de la mitad del personal de salud (54% de los médicos, 52% de las auxiliares de enfermería y 57% de las enfermeras tituladas). Se observa excesiva inequidad en la distribución de los profesionales de la salud si se comparan las zonas rurales con las urbanas. Para abordar la disparidad creada por la concentración de los recursos humanos en las zonas urbanas, se han pactado acuerdos de cooperación técnica entre los gobiernos de Belice, Cuba y Nigeria, según los cuales se envía a personal de salud, principalmente médicos generales, a trabajar a las zonas rurales.

Casi 75% del personal sanitario trabaja en el subsector público, siendo el grupo más numeroso las enfermeras tituladas y los auxiliares de enfermería (83,9%). Los médicos y dentistas constituyen 57% del personal sanitario en el subsector privado. Aproximadamente 14% del personal sanitario trabaja en los dos subsectores. El personal de salud comunitaria consta de parteras y asistentes de partería. Otro personal del Ministerio de Salud incluye a 17 farmacéuticos, 19 inspectores de salud pública, 68 encargados de control de vectores, 7 educadores de salud y una red de 202 trabajadores comunitarios de salud¹¹, 4 gerentes y 2 subgerentes de salud regional, 3 administradores de hospitales, 3 ingenieros sanitarios, 4 nutricionistas, 8 radiógrafos, 69 farmacéuticos, 3 fisioterapeutas y 5 terapeutas ocupacionales.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD

TIPO DE RECURSO								
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Razón de médicos por 10.000 habitantes	5,9	6,6	6,5	6,4	6,5	6,6	7,0	7,9
Razón de enfermeras por 10.000 habitantes	14,6	14,2	13,8	18,1	17,6	17,1	16,6	16,2
Razón de dentistas por 10.000 habitantes	0,6	0,7	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2

Razón de técnicos de laboratorio de medio nivel por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	1,4
Razón de farmacéuticos por 10.000 habitantes	0,8	1,0	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4
Razón de radiólogos por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0,2
No. de profesionales de Salud Pública	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	22

Fuente: National Health Information Unit 2000.

No existen programas estructurados para ofrecer la gestión y desarrollo de cursos de posgrado al Personal de Salud. El Ministerio de Salud está por crear una Unidad de Gestión de Recursos Humanos, al igual que un Programa para Prestadores de Atención con el fin de ofrecer asistencia y desarrollo al personal.

Se ha observado un aumento en el número de profesionales de la salud con el transcurso de los años, aunque no se ha identificado un problema de desempleo entre los mismos. No se dispone de datos sobre la remuneración promedio de los médicos generales en el país. Los especialistas que trabajan para el gobierno perciben un promedio de \$32.000 por año, comparado con los funcionarios médicos que recién ingresan al servicio, que perciben \$27.912. Si se los compara con otros profesionales, los abogados que trabajan para el Estado reciben el mismo sueldo que los médicos generales. El sueldo inicial de las enfermeras profesionales es \$14.940 por año.

Medicamentos y otros productos sanitarios: No existe información disponible para realizar un análisis integral del mercado de medicamentos y las tendencias del gasto per cápita en este rubro. El Formulario Terapéutico de Belice comprende un total de 241 medicamentos cuyo uso es obligatorio para todos los médicos titulados¹². El Formulario Terapéutico de Belice se publicó por primera vez en diciembre de 1984; se revisó en 1994 y la revisión se publicó en julio de 1997.

Se ha suscrito recientemente un Contrato de Precios Máximos para la adquisición de medicamentos, además de haberse creado una inspectoría de medicamentos para vigilar y hacer cumplir la ejecución del Formulario. Todos los beliceños tienen acceso permanente a los medicamentos de la lista cuando acuden al sector público para recibir servicios de salud, siempre y cuando haya existencias de los medicamentos solicitados. Se han detectado tres problemas importantes en la gestión de medicamentos en el sector público: primero, el presupuesto anual es demasiado bajo para cubrir las necesidades médicas de la población; segundo, las adquisiciones son ineficaces, con muchas compras a precios innecesariamente altos; tercero, el sistema de distribución es idóneo en teoría, pero disfuncional en la práctica, y las carencias de suministros son frecuentes y prolongadas. No hay ningún protocolo normalizado para tratar las enfermedades prevalentes en los establecimientos públicos de asistencia sanitaria. En teoría, se exige

la presencia de un farmacéutico en las farmacias y los hospitales privados, pero en la práctica no hay ningún mecanismo de acreditación vigente para hacer cumplir la ley.

El número total de donaciones de sangre para el período 1996-1998 fue el siguiente: 2.445 en 1996; 2.726 en 1997; y 2.797 en 1998. Para el año 2000, el Banco de sangre recogió 3.275 unidades. El banco de sangre sufrió daños como resultado del Huracán Keith pero desde entonces se ha reparado gracias al financiamiento de la Comunidad Europea.

Equipos y tecnología: Los equipos y la tecnología todavía son limitados en Belice. El número de camas que disponía el subsector público en 1999 era 598, con una razón de 2 camas por 1.000 habitantes. El subsector privado contaba con 44 camas.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1999

Subsector	Tipo de recurso			
	Camas disponibles por 1.000 habitantes	Laboratorios clínicos por 1.000 habitantes	Bancos de sangre por 1.000 habitantes	Equipo radiodiagnóstico por 1.000 habitantes
Público	554	7	1	10
Privado (con fines de lucro y sin fines de lucro)	44	15	0	18
Total	598	22	1	28

Fuente: Policy and Planning Unit, Ministry of Health.

Con la Reforma del Sector de la salud han surgido planes de mejoramiento en el área de desarrollo de equipos y tecnología. Se están produciendo nuevas inversiones, aunque de una manera ad hoc. Un ejemplo es el nuevo programa para la donación de equipos médicos a cargo de Asociación Rotaria Internacional en Belice.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS EN EL SECTOR DE LA SALUD, 1999

Subsector	Tipo de recurso					
	Salas de parto		Laboratorios Clínicos		Equipo radiodiagnóstico	
	1.º nivel	2.º nivel	1.º nivel	2.º nivel	1.º nivel	2.º nivel
Público	6	3	6	1	9	1
Privado (con fines de lucro y sin fines de lucro) *	5	3	13	2	5	13
Total	11	6	19	3	14	14

Fuente: Policy and Planning Unit, Ministry of Health. * No se dispone de información sobre el sector privado. Se sabe que existen muchos laboratorios privados con capacidad técnica mínima pero no están registrados.

El mantenimiento habitual de los equipos corre riesgos por los recursos limitados que se asignan a este rubro, la escasez de personal capacitado y el uso limitado de protocolos de mantenimiento preventivo. Las unidades y los equipos de alta tecnología sólo están disponibles en la Ciudad de Belice, tanto en el

subsector público como en el privado. Aunque el Ministerio de Salud cuenta con equipos radiodiagnósticos complejos, no se utilizan suficiente debido a la falta de personal adiestrado.

El mantenimiento está centralizado, destinándose 80% de los recursos de mantenimiento al Hospital Nacional (KMHM). Los rubros más desarrollados en el sector privado son los laboratorios clínicos y los radiodiagnósticos. El número de laboratorios privados está aumentando pero no existe regulación del subsector privado en esta área. Dado que el Hospital Karl Heusner Memorial es ahora semiautónomo, se espera que sufrague los gastos de mantenimiento de los equipos.

2.3 Funciones del sistema

Rectoría: El Ministerio de Salud es responsable de la regulación y prestación de servicios sanitarios y del ejercicio de la autoridad sanitaria. La regulación es una responsabilidad clave que incluye la dirección de políticas y la planificación de los programas nacionales. El gobierno central supervisa y controla el financiamiento público del sector.

Desde diciembre de 1995, el Ministerio de Salud estableció una Unidad de Planificación a cargo de la formulación de políticas, la planificación y coordinación de la ejecución de los servicios sanitarios. La unidad ha recibido el nuevo título de "Unidad de Políticas, Análisis y Planificación". Actualmente desempeña dos funciones diferenciadas: a) prestar servicios de secretaría técnica, incluida la planificación, asesoramiento y asistencia al Comité Directivo del Proyecto de Reforma del Sector Sanitario (HSRP); b) asesorar y ayudar a las entidades de gestión responsables de la ejecución del HSRP.

Financiamiento y gasto. En este momento no se dispone de información fiable y oportuna sobre financiamiento y gasto en salud. Este tipo de información no es fácil de obtener, a menos que se necesite para proyectos especiales. En la actualidad, el sector público está financiado por el gobierno central.

Existen mecanismos de recuperación de costos para los ingresos en hospitales y las pruebas de diagnóstico, pero el monto recuperado es mínimo. El ingreso de los 7 hospitales durante el ejercicio económico 95/96 ascendió a US\$ 313.000, lo cual representa 4,2% de los costos de operación. Además, los fondos recaudados van directamente a los ingresos generales y no los puede usar el establecimiento que los recaudó. La Seguridad Social de Belice también proporciona US\$ 500.000 al año al Ministerio de Salud, a cambio de que preste atención gratis a los empleados cubiertos en casos de lesiones ocupacionales.

El financiamiento de donantes y los préstamos internacionales han sido la fuente primordial de apoyo en capital y en programas en Belice. Durante el período 1993 a 1997, Belice recibió US\$ 28.367.000 en donaciones (61,2%) y US\$ 11.000.000 en préstamos (38,8%). En 2001, el Gobierno de Belice firmó un préstamo para cubrir los costos estimados del Proyecto de Reforma al Sector Sanitario, equivalente a US\$ 18.126.000 según las siguientes fuentes de financiamiento: BID (US\$ 9.800.000), CDB (US\$ 4,716), UE

(US\$ 1.600) y GOBL (US\$ 2,010) y categorías de inversión: Componente 1- Reestructuración del sector, Componente 2 - Racionalización y Mejoramiento de Servicios, y Componente 3 – Apoyo al Fondo Nacional de Seguro Médico (NHIF).

Se prevé en el futuro la creación de un Fondo Nacional de Seguro Médico desde el Consejo de Seguridad Social de Belice para recaudar los aportes de los empleadores y los empleados que financiarán los gastos de salud pública. Los servicios de atención de salud serán ofrecidos por prestadores acreditados, tanto públicos como privados, que serán reembolsados según los honorarios negociados previamente con NHIF. El Consejo de Seguridad Social de Belice se encuentra ejecutando un Proyecto Piloto para poner a prueba la factibilidad del proyecto.

Belice gasta alrededor de US\$ 39,4 millones por año en servicios de atención de salud y costos conexos. El Gobierno de Belice gasta alrededor de US\$ 16,0 millones (40,5%), el consumidor US\$ 23 millones (58,8%) en forma directa, y los donantes una cantidad reducida (0,7%). En este momento no se dispone de información específica sobre el gasto sanitario privado en el país.

Aseguramiento: No existe un plan de seguro médico público en este momento. El seguro médico no es parte de las prestaciones del Plan de Seguridad Social vigente, que solo cubre las “enfermedades relacionadas con el trabajo”. Actualmente, la seguridad social tiene 55.000 contribuyentes, los cuales representan el 67,9% de la fuerza laboral estimada en abril de 1997 (80.940). Hay una amplia brecha en el acceso a los servicios sanitarios si se compara la población rural con la urbana, y los pobres con los que no lo son. Actualmente, el Ministerio de Salud no está recopilando ni procesando datos referentes a los diversos modelos privados de seguro médico y no hay un conjunto básico definido de prestaciones médicas a las que tengan derecho todos los ciudadanos. Se observa una mayor incidencia de seguro médico privado en Belice. En la actualidad, las aseguradoras no ofrecen pólizas individuales sino planes colectivos para las principales empresas del país. Se estima que alrededor de 10% de la población activa y sus familias están cubiertas por el seguro médico privado.

2.4 Prestación de servicios

Servicios de salud poblacionales: Belice ratificó en 1994 la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. En consecuencia, la educación sanitaria fue incorporada a los programas verticales. La utilización de los medios de comunicación social y la movilización comunitaria se adoptaron como estrategia de alcance nacional. El establecimiento de coordinadores locales de promoción de la salud contribuyó a la descentralización de la educación y la promoción de la salud. Una limitación importante es la disponibilidad limitada de instituciones de capacitación de educadores sanitarios.

Dentro del contexto de regionalización y descentralización, todos los programas verticales como el SIDA, la tuberculosis, la SMI y la Educación y Promoción Sanitarias, por ejemplo, han sido incorporados al sistema regional de prestación de servicios de salud. Los anteriores Directores del Programa se desempeñan ahora como Asesores Técnicos a la oficina del Director de Servicios de Salud.

Entre 1993 y 1997 se realizaron dos actividades importantes para mejorar el control del sarampión utilizando la introducción de la vacuna triple (MMR) contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. En 1999, el Programa Ampliado de Inmunización para los menores de 1 año logró coberturas de 89% y 90% con la tercera dosis de la DPT y la OPV, respectivamente; de 95% con la BCG; y de 95% con la vacuna triple (MMR).

El Programa de Control de Vectores ejecuta actividades de vigilancia, diagnóstico y tratamiento en todo el país. En los últimos 6 años se ha observado una disminución constante de los casos de malaria en el país. En 1994 se notificaron 10.415 casos. Esta cifra gradualmente ha descendido hasta alcanzar 1.847 casos en 1999 y 1.441 casos en 2.000. Es importante mencionar que inmediatamente después del huracán Keith (2000) y el huracán Iris (2001) no se produjeron brotes de malaria ni de dengue. Este logro puede atribuirse a los esfuerzos concentrados en el saneamiento ambiental inmediatamente después de ambos huracanes. Se recibió ayuda del Gobierno Mexicano y el estado vecino de Quintana Roo, en México, para combatir el vector y consolidar las actividades de vigilancia contra la malaria y el dengue.

La oficina de salud pública lleva a cabo programas de vacunación activos y actividades de educación sanitaria contra la rabia para alentar a la población a que vacune a sus animales domésticos.

El Gabinete aprobó en octubre de 2000 una Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional multisectorial, la cual se lanzó oficialmente en febrero de 2001. El Ministerio de Salud ha acordado una Política Nacional para la Tercera Edad y una Política de Salud Reproductiva. Se ha introducido el concepto de Municipio Saludable en cuatro de los seis distritos del país y se está procurando desplegar la iniciativa en todo el país. Existe un Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. El programa se ocupa del Diagnóstico, el Tratamiento, la Educación Sanitaria y Vigilancia de la Tuberculosis. Los Servicios de Tratamiento Directamente Observado se están ofreciendo en todo el país y están a cargo de las Enfermeras de Salud Pública y Salud Rural, en cooperación y con el apoyo de los médicos locales. El modelo de la tuberculosis ha permanecido estable desde 1996. En 1999 y 2000, se registró un total de 101 y 104 casos, respectivamente.

La infección por VIH y el SIDA son problemas prioritarios. Para fines del año 2000 había un total acumulado de 1.263 personas infectadas desde el comienzo de la epidemia a fines de 1986. El grupo de edad principalmente afectado es el de 20 a 39 años. La epidemia se debe predominantemente a la transmisión sexual, siendo la modalidad heterosexual la principal responsable. En diciembre de 2000 se

lanzó un Proyecto de Prevención y Control de la Transmisión Maternoinfantil en colaboración con el Ministerio de Salud de las Bahamas y con apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS en Belice.

La Encuesta Nacional de Morbilidad y Mortalidad Maternas reveló una cobertura de 87,0% para la atención prenatal (al menos una consulta), con un promedio de 5,8 consultas. Sólo 12,1% de las mujeres acudieron a su primera consulta prenatal en el primer trimestre, 51,9% acudieron en el segundo trimestre y 25,8%, en el tercero. Del total de partos, 18,4% contaron con asistencia médica, 66,2% fueron atendidos por enfermeras, 0,8% por auxiliares de enfermería y 11,5% por estudiantes de enfermería.

Atención secundaria: Los servicios de atención secundaria están a cargo de tres hospitales comunitarios, tres hospitales regionales y un hospital de referencia (Karl Huesner Memorial Hospital, KHMH) en la Ciudad de Belice. Hay 34 centros de salud distribuidos en las cuatro regiones de salud. Los hospitales ofrecen las cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia. El KHMH también presta servicios de neurología, fisioterapia, ENT y cirugía ortopédica. Los servicios comunitarios de extensión incluyen: salud odontológica, salud mental, prevención y control de las enfermedades transmisibles.

En la última parte de 2000, el Ministerio de Salud lanzó un proyecto piloto de la Iniciativa Nacional para el Seguro Médico. Se espera que al final del proyecto piloto el Ministerio pueda poner en marcha un plan nacional de seguro médico que cubra la mayoría de los problemas de salud que actualmente financia el Estado por intermedio del Ministerio de Salud. Los recursos humanos están recibiendo el aporte de profesionales médicos cubanos y nigerianos en virtud de convenios bilaterales.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, 2000

Indicadores	Nacional	Belice	Belmopan	San Ignacio	Corozal	Orange Walk	Stann Creek	Punta Gorda
Total de egresos	17.724	7.731	2.180	1.372	1.139	1.431	2.242	1.669
Tasa de ocupación (%)	46,6	75,4	34,4	20,3	17,3	46,4	37,6	34,0
Estancia hospitalaria promedio	3,2	3,9	2,7	1,5	2,0	4,4	2,8	2,3

Fuente: Medical Statistics Office, Ministry of Health.

La producción de los hospitales es baja, la tasa promedio de ocupación a nivel nacional es sólo 46,6%. Los cinco motivos más frecuentes de los egresos hospitalarios según el Ministerio de Salud en 2000 fueron:

Motivos más frecuentes de egresos hospitalarios, 2000.

Afección	Porcentaje (y número) del total de egresos hospitalarios
Partos	ND
Infecciones respiratorias	6% (923)
Complicaciones del embarazo	41% (6444)
Infecciones intestinales	3% (454)
Otras lesiones	9% (1399)

Fuente: NHISU, Ministry of Health.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica. Se admite que la reforma del sector de la salud es la estrategia primordial que permitirá al Gobierno de Belice alcanzar las metas y los objetivos definidos y aumentar la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema. Mediante el Proyecto de Financiamiento Sanitario y Sostenibilidad (HFS), patrocinado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), una empresa internacional llevó a cabo una evaluación integral para los encargados de formular las políticas. El informe, presentado al Gobierno de Belice en 1991, incluía recomendaciones de corto, mediano y largo plazo para una reforma del sector en gran escala. La principal recomendación de corto plazo fue elaborar y poner en práctica la estrategia de descentralización del Ministerio de Salud; la principal recomendación de largo plazo fue la creación de un sistema integral de seguro médico. Entre 1992 y 1993 la OPS/OMS apoyó al Ministerio de Salud con el fin de elaborar una estrategia de descentralización. En 1996, el Ministerio de Salud lanzó su Plan Nacional de Salud 1996-2000 con el apoyo técnico de la OPS/OMS y comenzó el Proyecto de Reforma de las Políticas Sanitarias (HPRP) con el apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco de Desarrollo del Caribe y la Unión Europea.

Con la adjudicación de un contrato de asistencia técnica a Cambridge Consulting Corporation (CCC) y Resources Management Corporation (RMC), el Gobierno de Belice empezó formalmente la fase de diagnóstico del Proyecto de Reforma de las Políticas Sanitarias en mayo de 1996, la cual finalizó en julio de 1998 con la presentación de un informe final al Gobierno de Belice con las recomendaciones principales para el mejoramiento del sector sanitario.

El Ministerio de Salud ha ratificado su visión, metas y objetivos nacionales para el período 1996-2010 y reconoce que, si bien el Plan Nacional de Salud es una guía conceptual y estratégica, el “programa de reforma sanitaria” es la guía operativa para llevar el Plan a la práctica. El objetivo general del Programa de Reforma del Sector es aumentar el estado de salud de la población beliceña mejorando la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios de atención de salud y promoviendo modos de vida más sanos. Dentro de ese contexto se han definido tres objetivos: i) reestructuración y fortalecimiento de la capacidad regulatoria y de organización del nivel central y regional del subsector público para planificar, organizar, producir, prestar y contratar servicios de buena calidad; ii) racionalización y mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios de los sectores público y privado mediante la reestructuración de establecimientos públicos, compra de servicios selectivos al sector privado, prestación de servicios móviles

y transporte en zonas menos accesibles, capacitación de los auxiliares de enfermería a nivel comunitario y otros profesionales de la salud; y iii) logro de un sistema de financiamiento equitativo y sostenible mediante el establecimiento de un Fondo Nacional de Seguro Médico y concentración del gasto público en los pobres. Una definición clara de su ejecución, del proceso de descentralización, de sus consecuencias legales y de los modelos financieros y de organización que se formularán son los resultados previstos del proceso de Reforma del Sector.

Para lograr lo anterior, se diseñaron tres componentes principales con sus objetivos específicos: *Componente 1: Reestructuración sectorial* para promover el desarrollo de las capacidades institucionales dentro del Ministerio de Salud para que pueda ejercer su función como regulador y diseñador de políticas, además de estimular eficazmente y apoyar la desconcentración hacia las regiones de salud recién creadas. *Componente 2: Racionalización y mejoramiento de los servicios de salud.* Este componente apoya las actividades de inversión en infraestructura y equipos médicos. La inversión se orientará a mejorar el suministro público de los servicios de atención de salud concentrando los servicios quirúrgicos y otros servicios hospitalarios clave en un número más pequeño de centros regionales (tres) con miras a aumentar la utilización de la capacidad y mejorar la calidad. La inversión se vinculará a la ejecución de los convenios de desempeño. Este mecanismo forjará una conexión entre las mejoras en el desempeño con la instalación de infraestructuras. *Componente 3: Apoyo al fondo nacional de seguro médico (NHIF).* Prestará apoyo al nuevo NHIF en la adquisición de capacidades financieras y de gestión como comprador de servicios. Para lograr este fin, el programa financiará la asistencia técnica, el adiestramiento y el financiamiento para organizar proyectos piloto orientados a desarrollar pericias en materia de adquisiciones.

Seguimiento de los contenidos

Marco legal: El marco legal fue examinado como parte del proyecto de reforma, proponiéndose modificaciones legislativas. El informe titulado “Examen y Análisis de la Legislación pertinente al Proceso de Reforma de las Políticas Sanitarias” ofrece recomendaciones sobre la reorganización del Ministerio de Salud a nivel central y local, y sobre la delegación de poder del gobierno central al MS para cumplir con ciertas funciones que actualmente recaen en el Servicio Público.¹³ Desde que el informe mencionado se dio a conocer se han realizado cambios legales y cuasilegales. Respecto a la organización y gestión: i) el Karl Heusner Memorial Hospital dispone de un consejo de administración; ii) la Comisión de Servicio Público otorgó a su Director Ejecutivo el poder de transferir, reclutar, etc., personal; iii) los Gerentes Regionales tienen poder para gestionar servicios a nivel regional. La facultad que utilizan es la delegada al Jefe Médico Distrital. Se ha creado la Unidad de Análisis y Planificación de Políticas.

Derecho a la atención sanitaria y el seguro médico: La Ley de Seguro Social fue enmendada para posibilitar la introducción del Seguro Médico Nacional. La intención es que el Seguro Médico Nacional sea el comprador exclusivo de servicios de salud para el gobierno. El Seguro ha hecho análisis de costos para lanzar un proyecto piloto en el Distrito Sur de Belice. El Ministerio de Salud, en la figura del Director de Servicios de Salud, sigue siendo responsable de la prestación de servicios sanitarios de parte del gobierno de Belice.

Este componente del Proyecto de Reforma, que aborda la creación de un Fondo Nacional de Seguro Médico (NHIF), e incluye la capacidad de comprar servicios, también incluye dos subcomponentes: (1) el desarrollo técnico de NHIF y (2) el Fondo de Innovación. Los dos subcomponentes apoyarán: a) la formación y el adiestramiento del Comité de Políticas del NHIF; b) el diseño, la ejecución y evaluación de un modelo financiero orientado a proyectar el desempeño financiero del NHIF; c) un mecanismo de evaluación permanente para vigilar el impacto de las cotizaciones sobre las nóminas en el mercado de trabajo; d) asistencia técnica para mejorar las capacidades administrativas del Consejo de Seguridad Social para recaudar aportes, actualizar la base de datos e instalar un sistema integral de información que combina la afiliación, recolección y utilización de las bases de datos; y e) la validación y ejecución de un mecanismo para identificar a los inscritos en el segmento subsidiado del NHIF.

Rectoría: Se ha examinado el ejercicio de la función rectora en materia de salud y las funciones de los organismos encargados de asumir esta función. El proceso de reforma exige que el Ministerio logre objetivos que sólo pueden alcanzarse mediante la reorganización. Para ello el Ministerio está implantando mecanismos para ejecutar eficazmente las funciones de regulación y de desarrollo y cumplimiento de las normas. Las funciones del Ministerio de Salud gira en torno del asesoramiento político al Ministro, la protección de la salud pública, la planificación, regulación, investigación, calidad y normas, colaboración internacional y regional y vigilancia del desempeño general del sistema de salud. Existen dos dependencias de importancia clave en el Ministerio de Salud: la Dirección de Servicios de Salud y la Unidad de Planificación y Análisis de Políticas, dependiendo ésta última del Director de Servicios de Salud.

El Director de Servicios de Salud es el departamento técnico más importante del Ministerio de Salud, con las siguientes responsabilidades: i) asesoramiento en salud pública al Ministro y el Gerente General; ii) cumplimiento de las leyes de salud pública de Belice; iii) regulación e inspección de las instituciones y prestadores de salud; iv) establecimiento y vigilancia de las normas de calidad para todas las áreas de prestación de atención sanitaria; v) definición de un modelo integral y adecuado de la salud y la atención sanitaria que garantice el acceso universal; vi) definición de mecanismos para la adecuada formulación de políticas y planificación sanitaria; vii) creación de un sistema eficaz y eficiente para el manejo de la

organización; (viii) elaboración de un sistema nacional de información sanitaria que sea funcional; y ix) gestión y desarrollo de los recursos humanos.

Se esperan los siguientes resultados; i) un sistema administrativo más eficaz y receptivo; ii) la posibilidad de gestionar según objetivos usando un enfoque de equipos; iii) un uso más eficaz de los recursos humanos y financieros existentes; iv) desarrollo de un alto nivel de satisfacción y orgullo personal entre los trabajadores de salud y los miembros de la comunidad debido a la mejor calidad y la equidad en la prestación de la atención sanitaria; y v) una cultura participativa en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud.

Separación de funciones: El Ministerio de Salud es el organismo a cargo de la regulación, el financiamiento y la prestación de servicios sanitarios. Estas funciones están organizadas en una estructura centralizada y vertical, en la cual el personal de alto nivel del Ministerio (Ministro de Salud, Gerente General y Director de Servicios de Salud) toma las decisiones. No obstante, se fortaleció la Unidad de Planificación para desarrollar el proceso de reforma. El primer componente del Proyecto de Reforma del Sector aborda la reestructuración del mismo. Incluirá las actividades necesarias para promover el desarrollo de capacidades institucionales dentro del Ministerio de Salud a fin de ejercer su función como regulador y diseñador de políticas para el sector, además de estimular y apoyar la desconcentración hacia las regiones de salud recién creadas y hacia los hospitales autónomos. Incluirá los cinco subcomponentes siguientes: reorientación del Ministerio de Salud, desconcentración de la autoridad operativa a las Regiones de Salud, autonomía de gestión con la Autoridad del Hospital Karl Heusner Memorial, estrategia de información pública, y promoción de conocimiento y cambio de conductas.

Modalidades de descentralización: Se examinaron los niveles administrativos del sistema de salud pública, sus funciones y las relaciones entre los mismos. Dicho examen pasó a integrar el primer componente que abordará la creación de Regiones de Salud con capacidades financieras y de gestión básicas. Sus subcomponentes son el nombramiento y adiestramiento de los equipos técnicos que trabajan a nivel regional, la asistencia técnica para crear herramientas de gestión a nivel regional, la organización de talleres técnicos para intercambiar experiencias y la organización de talleres de integración para fomentar la participación social y la información pública. La racionalización de los servicios ha creado Regiones de Salud denominadas Oeste, Norte, Sur y Central. Se han transferido recursos financieros en forma parcial a nivel de los distritos, aunque no se ha realizado ningún traspaso de autoridad. Los distritos tienen poco control sobre el financiamiento y sobre las decisiones de personal; especialmente con relación a los principales programas de salud pública, que funcionan de una manera centralizada y vertical (control de vectores, salud pública, PAI, SMI, SIDA/ETS y tuberculosis).

Participación social y control: La participación social no es un objetivo explícito del Proyecto de Reforma. Sin embargo, sí lo es en el Plan Nacional de Salud y en el Manifiesto del partido en el poder. El Ministerio de Salud, mediante la Estrategia de Educación Sanitaria y Participación Comunitaria, ha promovido la integración de equipos de salud distritales intersectoriales, y de equipos de salud de las aldeas para facilitar la participación social en materia de salud. Hay un equipo de salud distrital intersectorial funcionando en casi todos los distritos para apoyar la planificación y programación de la salud local, movilizar recursos y participar en la ejecución de las actividades de movilización social. Estas entidades no tienen personería jurídica y todavía no están institucionalizadas. No cuentan con los recursos, la capacidad ni la autoridad para llevar a cabo las funciones que se les asignan. El Proyecto de Reforma no ha prestado atención a este rubro y hasta ahora no se han elaborado opciones de políticas ni se han presentado al gobierno como parte del conjunto de medidas para la reforma.

Financiamiento y gasto: El fortalecimiento de los sistemas de información sobre el financiamiento y el gasto es un resultado previsto de la reforma del sector de la salud. No se han adoptado medidas hasta el momento para modificar sustancialmente la composición y las tendencias del financiamiento y el gasto sanitarios.

Prestación de servicios: El Ministerio de Salud ha detectado la necesidad de redefinir el modelo de atención. El modelo previsto debe tener en cuenta a la persona, ser integral, asequible y eficaz. Cabe prever una definición clara del nuevo modelo como resultado del proceso de reforma. No se han introducido modalidades nuevas de asistencia sanitaria. No se han tomado decisiones en materia de prestación de servicios. Los programas existentes no dirigen sus acciones a los grupos vulnerables o en riesgo. Existe un movimiento dentro del Programa de Reforma del Sector Sanitario (HSRP) para alentar al sector privado a ofrecer competitivamente servicios de atención primaria.

Modelo de gestión: No se está introduciendo ninguna modificación en el modelo de gestión o en las relaciones entre los actores dentro o fuera de los establecimientos sanitarios públicos o privados. Tampoco se están suscribiendo contratos o compromisos entre los diferentes niveles del sistema asistencial público. No hay un plan estructurado para crear la capacidad legal e institucional, si bien éste es un resultado previsto del proyecto de reforma sanitaria. Los establecimientos de salud pública no están organizándose conforme a criterios empresariales o de autogestión. El nuevo gobierno ha establecido un consejo independiente para la administración del hospital Karl Heusner Memorial. Se ha nombrado un consejo provisional que está funcionando.

Recursos humanos: No se han introducido cambios en la planificación y gestión de recursos humanos. No se ha concebido ni introducido ninguna modificación en la formación de recursos humanos para

atender las necesidades generadas por la reforma sectorial. La participación de los trabajadores sanitarios y sus representantes en el proceso de la reforma sectorial, específicamente en materia de recursos humanos, se ha concretado en talleres y debates generales, pero no en forma sostenida en la definición de opciones normativas. Un instrumento redactado como parte del proyecto de reforma del sector concede al Secretario Permanente del Ministerio de Salud y Deportes la facultad de nombrar y transferir a los funcionarios públicos, aunque aún no ha sido aprobado. No se están proponiendo incentivos de desempeño para el personal de los establecimientos de salud pública, pero sí mejor remuneración. Se está promoviendo un enfoque multidisciplinario en el sector público de manera ad hoc. No hay un plan estructurado de educación continua o plan de capacitación en este momento, y el adiestramiento de los trabajadores de salud se está realizando según lo exigen las circunstancias. No existe información sobre el volumen de recursos consumidos el año pasado en adiestramiento en los principales establecimientos de salud pública. Existen procedimientos de certificación para los trabajadores sanitarios, aunque hay que actualizarlos y reforzarlos.

Calidad y evaluación de las tecnologías en salud: El Proyecto de Reforma recomendó que la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud estuviera a cargo de acreditar a los establecimientos, reglamentar y vigilar, además de elaborar y ejecutar un programa nacional de garantía de calidad. Los mecanismos para la evaluación de las tecnologías sanitarias antes de su introducción o durante su uso no están contemplados en el Proyecto de Reforma.

3.2. Evaluación de resultados

El Proceso de Reforma en Belice está en su segunda etapa. La fase de diagnóstico finalizó en junio de 1998, entregándose al Gobierno de un informe final con recomendaciones de cambios normativos, administrativos y jurídicos. La ejecución de las reformas propuestas se encuentra ahora en sus etapas iniciales, con las siguientes fechas propuestas para el proyecto: Fase de diagnóstico 1991-1998; Etapa de Preparación del Proyecto 1999-2000; Aprobación del Banco y Firma 2000-2001 (abril); Condiciones preliminares, mayo de 2001 - junio de 2002; Ejecución del proyecto, febrero de 2002; y Evaluación Final, abril de 2005. Por consiguiente, no es posible evaluar los resultados en estos momentos.

* La segunda edición de este perfil fue preparada por un grupo de cuatro profesionales y decisores de políticas nacionales del Ministerio de Salud y de la Representación de la OPS/OMS en Belice. La coordinación técnica del grupo nacional estuvo a cargo de la Representación de la OPS/OMS en Belice. El examen externo fue finalizado por el PNUD, Belice. El examen final, la edición y la traducción son responsabilidad del 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 PAHO/WHO: "Op. cit" p. (page 78)

² Manifiesto of the People's United Party 1998-2003: Set Belize Free, Strike 3, Belize, September 1998,

³ CSO, WASA, PAHO, Public Health Bureau.

⁴ Census 2000.

⁵ 1999 Labor Force Survey.

⁶ National Human Development Advisory Committee (NHDAC); United Nations Development Program: Taking Stock: National Human Development Report Belize, 1998.

⁷ Caribbean Development Bank, Kairi Consultancy, the Ministry of Economic Development, Central Statistics Office: Belize Poverty Assessment Report, 1995.

⁸ 1996 National Literacy Survey.

⁹ Belize Study 20/20 Initiative.

¹⁰ GOB/MOH: "The Quest for Equity: Belize National Health Plan 1996-2000", Belize, November 1996.

¹¹ PAHO/WHO- Belize: "Human Resources in the Health Sector", Belize, CA. June, 1997

¹³ Cambridge Consulting Corporation , Review and Analysis of Legislation Relevant to the Health Policy Reform Process", 1997.