



CUARTO INFORME ESTADO DE LA REGIÓN



Sistemas de atención médica en Centroamérica: Estudio comparativo sobre su capacidad para enfrentar la crisis actual Informe final

**Investigador:
*Juliana Martínez Franzoni***



Junio 2010

Nota: El contenido de esta ponencia es responsabilidad del autor. El texto y las cifras de las ponencias (investigaciones) pueden diferir de lo publicado en el Cuarto Informe Estado de la Región en el tema respectivo, debido a revisiones posteriores y consultas. En caso de encontrarse diferencia entre ambas fuentes, prevalecen las publicadas en el Informe.

Agradecimientos

La autora agradece a Héctor Solano y Luis Ángel Oviedo, quienes asistieron en la búsqueda y sistematización de fuentes secundarias y de datos estadísticos, respectivamente. También agradece a Koen Voorend por su apoyo con cuadros específicos. Leticia Constanza Vega (Social Security Board) y Ramón Figueroa (National Health Insurance) brindaron valioso apoyo con el acceso a información actualizada relativa a Belice. De igual manera lo hicieron las personas que participaron del taller de validación de una versión parcial de este informe, a la cual Carmelo Mesa-Lago brindó también detallados comentarios. Por supuesto, errores y omisiones son entera responsabilidad de la autora.

Tabla de Contenido

Resumen 4

1. Características de este estudio 5

2. Hallazgos..... 11

3. Balance regional y recomendaciones..... 76

Bibliografía..... 89

Notas 101

Resumen

El trabajo realiza una investigación acerca de los sistemas de atención sanitaria en los países de Centroamérica, sin desligarla del contexto latinoamericano, especialmente se enfoca principalmente en el período 2005-2009. Se analiza tanto la prestación de servicios públicos como privados.

La autora analiza a profundidad cómo se han visto modificados los seis principios que la Organización Internacional del Trabajo considerados como muy sensibles ante los movimientos económicos. Estos principios son: unidad e integridad del sistema, amplitud de cobertura, suficiencia de las prestaciones, solidaridad y equidad social, y eficiencia y costo administrativo. Se presta particular atención a la crisis económica; en cada apartado se estudian las medidas que han tomado para contrarrestar la crisis.

La compra de servicios de salud a terceros, generalmente privados, es uno de los temas abordados en la investigación y el papel de los entes rectores de cada país. Además, se hace un enlace con los Objetivos de Desarrollo del Milenio que atañen a la temática de salud.

Descriptores: sistemas de atención sanitaria, acceso a la salud pública, acceso efectivo a los servicios de salud, seguro social, cobertura de la PEA, crisis económica, segmentación social, brechas de cobertura.

1. Características de este estudio

1.1 Objetivo

En América Latina existe un acuerdo creciente: toda la población debe contar con protección social, incluyendo servicios de salud y educación así como transferencias monetarias que permitan enfrentar contingencias como la invalidez o la vejez (CEPAL, 2009). A diferencia de la creación de “paquetes básicos” prescripta por las instituciones financieras internacionales en el marco del ajuste de las economías, el debate actual gira en torno a cómo garantizar prestaciones básicas, no necesariamente mínimas, antes que en tono a poner techos en materia de protección social. El marco de este debate es la recuperación antes que la retracción del papel del Estado, eso sí, en escenarios nacionales en los cuales las demandas sociales suelen superar, y con creces, las capacidades fiscales e institucionales existentes.

En materia de salud, antes de la actual crisis económica, un tercio de la población centroamericana, más de diez millones de personas, carecían de servicios (Estado de la Región, 2008). A esta situación se agrega ahora un escenario en el que, para promover la equidad y disminuir la pobreza, América Latina ya no puede contar con que haya crecimiento económico, expansión de gasto social ni fáciles réditos del bono demográfico (CEPAL, 2009). Entendiendo que el acceso a los servicios sanitarios no es condición suficiente pero sí necesaria para garantizar el derecho a la salud, ¿en qué situación se encontraba Centroamérica al momento de la crisis; qué medidas tomaron los gobiernos para hacerle frente; cuáles podrían debatirse para mejorar los sistemas?

La caracterización de los sistemas de atención médica se realiza en función de seis principios desarrollados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) incluyendo “pisos” o normas mínimas (ILO, 2001 y Mesa-Lago, 2008). A mayor cumplimiento de cada uno, mejor desempeño. Estas nos permiten tener un único hilo conductor a lo largo del estudio, tanto para examinar las fortalezas y las debilidades de los servicios antes de la crisis, como para evaluar los efectos de la misma y recomendar acciones.

Para el cumplimiento de normas mínimas, Centroamérica presenta marcados contrastes en términos de sus puntos de partida y, por lo tanto, retos muy desiguales para enfrentar la crisis con medidas que fortalezcan los respectivos sistemas de salud. Como se documenta seguidamente, el análisis de cada principio arroja tres grupos de países, los cuales son básicamente consistentes entre principios. Quiere decir que a mayor unidad e integridad del sistema, eficiencia administrativa y sostenibilidad financiera (tres dimensiones correspondientes a los instrumentos de política) también mayor cobertura y suficiencia de las prestaciones (dos dimensiones de resultado), así como equidad de género y solidaridad social (una dimensión relacionadas con la orientación normativa de los sistemas).

A continuación se explica la metodología seguida en este estudio. Segundo, se presenta un estado de la situación previa a la crisis económica actual, las medidas tomadas hasta ahora y, en la medida en que la evidencia lo permite, las consecuencias que la crisis ha tenido con respecto a cada principio analizado. Tercero, se discuten acciones de política pública que podrían fortalecer los sistemas de salud, más concretamente los de atención médica, en el marco de sistemas de protección social que son, sin duda, mucho más amplios. Entre estas últimas se valora el espacio para realizar acciones en el marco institucional del proceso de integración centroamericana.

1.2 Definiciones básicas y metodología

De acuerdo a la OMS (2003), los sistemas de salud “abarcán todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. Por sistema de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos.” (OPS, 2003:3). Este estudio se centra, concretamente, en los *sistemas de atención sanitaria o de atención médica*. Estos sistemas comprenden la prestación de servicios pero también otras funciones, en particular las de rectoría, regulación y financiamiento.

Cuando se alude a *servicios sanitarios o de atención médica*, se hace referencia a las prestaciones propiamente dichas que forman parte de los sistemas de salud. Estas pueden combinar, y generalmente lo hacen, participación pública y privada. Los *servicios públicos de salud* son aquellos prestados por la salud pública y por seguros sociales colectivos. Estos últimos son aquellos organizados a partir de cotizaciones asociadas a la inserción laboral, que se consolidan en fondos de reparto o de capitalización colectiva total o parcial. Los *servicios de salud privados* pueden obtenerse mediante sistemas prepagos de aseguramiento individual, o mediante pagos de bolsillo.

Las *prestaciones básicas* a las que se alude en distintos apartados del documento aluden a aquellas que se considera deben estar garantizadas a toda la población. Lejos de restringirse al primer nivel de atención, éstas deben definirse en función de criterios de deseabilidad para la salud de las personas, así como de la viabilidad fiscal, institucional y técnica de efectivamente garantizar las prestaciones en cuestión.

El análisis se ha llevado a cabo paralelamente a la que conduce Carmelo Mesa-Lago en materia de pensiones. A los efectos de que los respectivos hallazgos sean comparables, la metodología empleada es similar en ambos casos. Esta básicamente replica la desarrollada por Mesa-Lago y aplicada previamente, tanto en pensiones como en salud, en Costa Rica y 25 países de América Latina y el Caribe (Mesa-Lago 2009a, 2009b).

Ambos estudios se ubican en la intersección entre los servicios de salud y la crisis económica. Sin embargo, es preciso aclarar que los efectos de los cambios (en cuenta las crisis), tienden a reflejarse de distinta manera, en

particular con tiempos más largos, en materia de servicios (como los de salud), que de transferencias (como las pensiones). A esto se agrega el tiempo que tardan en estar disponibles los datos, en este caso, relativos al momento post crisis (2008 y 2009).

La *unidad de análisis* es el país y se basa en tres criterios: la comparación entre países; las clasificaciones existentes sobre los sistemas de seguridad social (tanto privados como públicos); y criterios evaluativos ya legitimados en esta materia. Se le ha dado prioridad a tres perspectivas: temporal, intrarregional y latinoamericana.

La *perspectiva temporal* conlleva poner atención a la evolución reciente de los sistemas de atención médica con énfasis en el período 2005-2009. Este período comprende un momento económico expansivo (2005-2007) y otro recesivo (2008-2009). Cuando ha sido relevante y posible, se ofrece información de más largo plazo, especialmente del periodo 2000-2004. Como se verá, los datos estadístico relativos a 2009 son por lo pronto muy escasos.

La *perspectiva intrarregional* alude a la comparación entre los siete países centroamericanos analizados. Estos países tienen diversas condiciones socioeconómicas, laborales, institucionales y en materia de seguridad social. Esta diversidad y el agrupamiento a que da lugar, tiene en cuenta dichas diferencias, tanto para su caracterización como para la presentación de recomendaciones.

La *perspectiva latinoamericana* refiere a la ubicación de los siete países centroamericanos dentro de los parámetros e indicadores de la región. Los dieciocho países latinoamericanos han sido clasificados por Mesa-Lago en tres grupos con alto, intermedio y bajo grado de desarrollo de la seguridad social en general y de los seguros de salud en particular. Entre los países centroamericanos, Costa Rica se ubica en el grupo de desarrollo alto, junto con Argentina, Chile, Uruguay y Panamá; y los restantes países centroamericanos en el grupo de bajo grado de desarrollo, junto con los países andinos y Paraguay. Así, Centroamérica carece de países con un desarrollo intermedio de sus servicios públicos de salud, como es el caso de México, Colombia y Venezuela. Esta clasificación facilita la identificación de similitudes y de diferencias entre los grupos y facilita las sugerencias de políticas.

Los países que Mesa-Lago caracteriza como de alto nivel de desarrollo tienen en común que se tratan de países con una alta presencia del Estado en materia de regímenes de política social (aún cuando ésta tenga priorice la formación de capital humano ó el manejo colectivo de riesgos) (Martínez Franzoni, 2008). Esto no ocurre en los países que Mesa-Lago considera con un bajo nivel de desarrollo, los cuales constituyen regímenes de bienestar informales, basados en un papel “atrápalo-todo” de las relaciones familias (Martínez Franzoni, 2008).

Los *principios considerados por la OIT* son seis, todos ellos, como se ha visto en crisis económicas anteriores, muy sensibles a los efectos de la contracción económica:

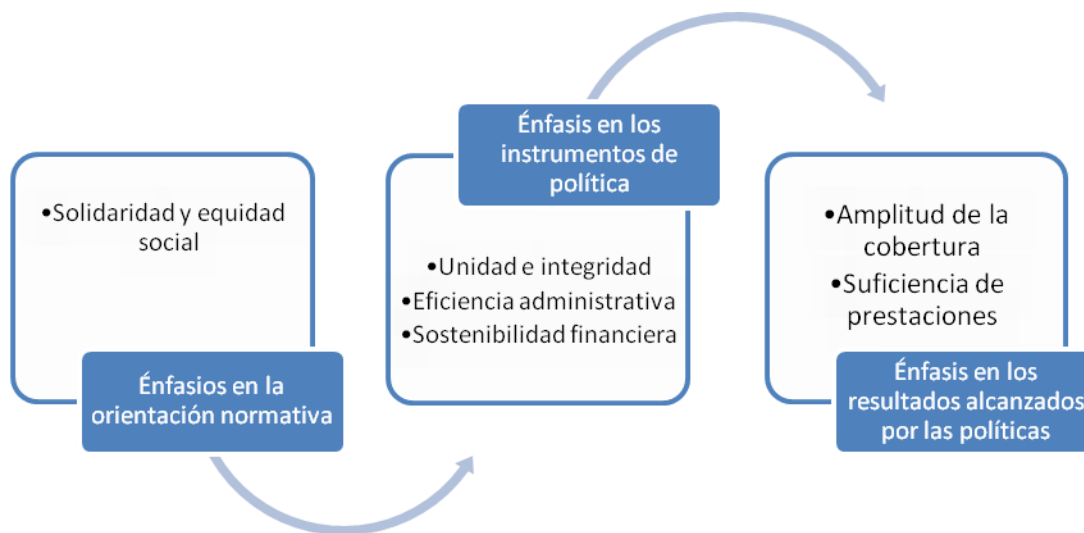
- **Unidad e integridad del sistema:** Comprende el grado de unidad e integración del sistema (diseñado y efectivo), las instituciones y programas que lo conforman. Las fuentes para el abordaje de esta dimensión son principalmente legislación, reglamentos y documentos de política.
- **Amplitud de la cobertura:** Alude a los alcances de las prestaciones respecto de la fuerza laboral y a la población en general, así como la brecha entre la cobertura efectiva y la formalmente definida. Este análisis combina estadísticas nacionales y procedentes de encuestas de hogares.
- **Suficiencia de las prestaciones.** Análisis de si las prestaciones en salud son adecuadas para cubrir la demanda de servicios, incluyendo la existencia de paquete mínimo de prestaciones y de mecanismos (asistenciales o de otro tipo) para la población que carece de aseguramiento contributivo. El análisis, principalmente cualitativo, atiende lo que establece la legislación y a la realidad de su acceso.
- **Solidaridad y equidad social.** Determina el grado de universalidad o segmentación de las condiciones de acceso y expectativa de prestaciones a partir de distintas dimensiones: acceso público o privado; ocupaciones; sistemas general versus programas o regímenes específicos; y ubicación urbano-rural. Este análisis recoge gran parte de las fuentes empleadas en las dimensiones previas, en particular las relativas a amplitud de la cobertura y suficiencia de las prestaciones.
- **Eficiencia y costo administrativo.** Trata la eficiencia en la gestión de los recursos administrados por los sistemas y el costo administrativo. Los indicadores son de nivel nacional y proceden de fuentes diversas según se trate de los relativos a insumos (como médicos por habitantes), o resultado (como mortalidad infantil).
- **Sostenibilidad financiera.** Comprende una caracterización de fuentes, equilibrio financiero y, si es posible, equilibrio actuarial. Las fuentes relativas al gasto proceden de estadísticas de cuentas nacionales y las relativas a la situación actuarial, de las propias instituciones de la seguridad social.

La dimensión de género se considera a lo largo de los distintos principios, aunque, en particular, en las relativas a cobertura, suficiencia de prestaciones y solidaridad y equidad social.

Desde el punto de vista del análisis de política pública, los principios propuestos por la OIT corresponden a *tres distintos niveles*: la orientación normativa (los fines que persigue el sistema); los instrumentos (es decir los medios para cumplir con dichos fines), y los resultados (vale decir los productos alcanzados).

El siguiente gráfico reordena los principios de acuerdo a estos tres niveles, el cual se retoma hacia el final del estudio de cara a discutir los principales retos para mejorar los sistemas de salud centroamericanos, en particular sus servicios médicos.

Gráfico 1
Sistemas de atención de la salud en Centroamérica: Dimensiones de análisis según refieran a fines, medios o resultados de las políticas



Fuente: Elaboración propia con base a principios de OIT.

Estos niveles de análisis se relacionan directamente con a qué actores sociales e institucionales, se afecta más directamente y, por lo tanto, con los procesos que viabilizan los cambios. Este es un tema nada menor. A diferencia de las políticas sociales que sólo conllevan transferencias monetarias, la transformación de las que implican servicios, suelen implicar procesos político-técnicos mucho más complejos. El caso de los servicios sanitarios es particularmente complejo debido a la diversidad de actores públicos y privados, de profesiones y profesionales, de recursos de distinta índole, y de subsistemas que moviliza. Este es particularmente el caso cuando lo que se quiere es fortalecer el papel del Estado. Vale decir que hay generalmente múltiples intereses involucrados, los vetos suelen ser fuertes, y los usuarios escasamente organizados y tan poca “voz” (Hirshman, 1970).

Lo que más le interesa a la población es finalmente el acceso y las prestaciones que éste conlleva (*principios de amplitud de la cobertura y de suficiencia de las prestaciones*). Cuando sus padres contribuyen, ¿pueden niños y niñas ir al médico y en qué casos? ¿Qué diferencia hay entre la consulta que puede hacer la persona que contribuye, y la que pueden hacer sus familiares? Si se tiene

más edad que la permite la seguridad social, ¿hay una clínica u hospital público que ofrezca servicios? ¿Son estos de calidad?

En cambio, lo que suele interesar más a quienes toman las decisiones es si se cuenta con suficientes recursos para financiar los servicios; si se está haciendo el mejor uso posible de los recursos disponibles; y si la organización que se da el sistema es o no adecuada (*principios de sostenibilidad financiera, de eficiencia administrativa y de unidad/integración de los sistemas*).

En tercer lugar, la orientación normativa, concierne a toda la sociedad. El tema central aquí es en qué medida se establece una relación directa entre el poder adquisitivo y los servicios de salud a los que se tiene acceso. De igual manera, interesa saber si el sistema de salud “penaliza” a las mujeres por ser mujeres y procrear, o a la población adulta mayor por requerir de más servicios que la población adulta. ¿Hay solidaridad y, si la hay, por parte de quiénes, para con quiénes y en función de qué criterios?

En términos del *diseño de investigación*, se replanteó el objetivo inicial de comparar la situación antes-después de la crisis, sea de manera estadística (como en solidaridad social y equidad de género) o cualitativa (como en materia de unidad del sistema). En primer lugar, porque en materia de servicios sanitarios, los efectos de la crisis toman tiempo en manifestarse. En segundo lugar, porque para muchos de los indicadores, se han presentado dificultades para acceder a la información relativa a 2009. En tercer lugar, porque la crisis está aún en curso.

Las *fuentes* principales son estadísticas y documentales, tanto de fuentes primarias como secundarias. Además, de manera complementaria e indicativa de cómo se ha tematizado la relación entre la crisis económica y los sistemas de salud, se recurrió a información publicada en la prensa. La búsqueda se hizo en once periódicos para el periodo 2004 y 2009, a partir de palabras clave, principalmente los principios de la seguridad social propuestos por la OIT (ILO, 2001). Los medios fueron seleccionados a partir de un criterio de diversidad de perspectivas, disponibilidad de archivo, y facilidad técnica de los respectivos buscadores¹. Lo más llamativo que arrojó la búsqueda fue lo disperejo de los hallazgos: las referencias a la crisis que estuvieran relacionadas con los servicios de atención médica se concentraron principalmente en dos países, Guatemala y Honduras. El criterio para incorporar esta fuente fue que se careciera de otras oficiales para referirse a los temas en cuestión. En esos casos, se buscó hacer referencia a más de un periódico. En cualquier caso el reporte de prensa debe considerarse como indicativo antes que como evidencia empírica irrefutable de lo que allí se plantea.

A continuación, con respecto a cada dimensión de análisis se caracteriza la situación inicial, las fortalezas y debilidades, previas a la crisis. Segundo, se identifican las medidas de política pública anunciadas o adoptadas desde fines de 2008 y durante el 2009 para contrarrestar los respectivos efectos de la crisis. Tercero, se discuten alternativas.

2. Hallazgos

2.1 Arquitectura de los sistemas de atención médica

En países cuyas economías son de mercado, los servicios de salud pueden obtenerse mediante la salud pública, la seguridad social y/o las compras privadas. La combinación de estos subsistemas nos permite conocer la arquitectura de los sistemas de salud, en particular de los servicios de atención médica. Existe, además, un cuarto subsistema que es el de servicios comunitarios, en Centroamérica frecuentemente, aunque no sólo, asentados en la tradición indígena, al que se accede mediante pagos mínimos o intercambios en especie.

Generalmente, a la seguridad social se accede mediante una cotización. A veces se requiere una pertenencia profesional (como la docente) ó laboral (como el poder judicial o las fuerzas armadas). A la salud pública, en cambio, se accede tanto como derecho universal (en tanto integrante de una comunidad nacional) como por necesidad económica, según los países. Finalmente, el acceso a los servicios privados está estrictamente sujeto al poder adquisitivo y se realiza mediante seguros (con escaso peso relativo en Centroamérica) o mediante pagos “de bolsillo” (la mayor parte del gasto privado en la región).

Esta dimensión aborda la arquitectura institucional de los respectivos servicios de salud. Interesa determinar su grado de unidad e integración en materia de prestación de servicios, en contrapunto con el grado de segmentación, así como la existencia de instancias rectoras y reguladoras que articulen los servicios que prestan los distintos subsistemas. El análisis se basa en insumos cualitativos, de orden institucional, y comprende una revisión de los marcos institucionales y de las competencias y recursos formales y efectivos.

Una primera clasificación de los siete países analizados da lugar a tres principales grupos de los diez que ha identificado Mesa-Lago (2005) en América Latina.

El primero, que Mesa-Lago denomina *unificado*, tiene una importante presencia del Estado y de un régimen de política social público con cobertura alta ó universal. En Centroamérica tienen un sistema unificado Costa Rica y Belice. En Costa Rica, el financiamiento y la mayor parte de la prestación de los servicios de salud están a cargo de la seguridad social, la cual ha alcanzado una cobertura prácticamente universal a partir de la combinación de acceso contributivo y no contributivo (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1973; 2000; CCSS, 2006a). En América Latina, en términos de cobertura, sólo puede compararse con el sistema de salud cubano, el cual, sin embargo, se organiza en torno a la salud pública (Mesa-Lago, 2008). La salud pública dejó de prestar servicios con las reformas de los años noventa, y el sector privado tiene un papel creciente aunque complementario al gasto público². Bajo el sistema de salud unificado hay especialización funcional entre subsectores. Además, aunque persiste un traslape de funciones (OPS, 2004: 34), la Caja Costarricense

de Seguridad Social (CCSS) ha promovido una diferenciación interna de funciones, mediante la cual distintas gerencias han asumido el financiamiento, la compra de servicios y la prestación, respectivamente (Ministerio de Salud, 2007b).

En Belice a partir de 2001 se inició una reforma del sector que conllevó un traslado de competencias desde el Ministerio de Salud a la Caja del Seguro Social (Social Security Board o BSSB), primero en la ciudad de Belice, y a partir de 2006 en otras partes del país. Para tales efectos se creó un Fondo Nacional de Salud (National Health Insurance o NHI), encargado del financiamiento y la compra de servicios. A partir de 2009, la fuente de financiamiento ha sido exclusivamente pública. El Ministerio de Finanzas transfiere los recursos a través del Ministerio de Salud (BSSB, 2009).

En el segundo grupo, el Estado también tiene una importante presencia en términos de la prestación de servicios y de alcances en su cobertura, a partir de dos entidades que financian y prestan: la salud pública y la seguridad social, con un papel del sector privado marginal. Mesa-Lago le llama a este sistema **dual**. En Centroamérica se encuentra en esta categoría Panamá; en el resto de América Latina, Chile y Brasil. Con esta organización, el sistema carece de separación de funciones, aunque sí podría haber coordinación. No es el caso de Panamá, donde se carece de coordinación y ambas entidades formulan, implementan, monitorean y evalúan sus propios planes, proyectos y programas (OPS, 2007b). Si bien la legislación establece que la Caja del Seguro Social (CCS) tiene la obligación de coordinar las acciones preventivas con el Ministerio de Salud, en la práctica ello no ocurre (MINSA, 2006: 39; OPS, 2007b). El gobierno que terminó su período constitucional en febrero de 2009, propuso, aunque no implementó, la creación de un sistema único de servicios públicos de salud con cobertura universal, que fusionara las respectivas redes de la CCS y el Ministerio (MINSA, 2006: 41; OPS, 2007b).

El tercer grupo comprende a El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, y se caracteriza por una deficiente presencia estatal. Entre un cuarto y la mitad de la población carece de servicios públicos y recurre a mecanismos privados o comunitarios (ver más abajo, bajo prestación). A este sistema Mesa-Lago le denomina tripartito segmentado³. Dado que la medicina indígena tradicional existe en los cuatro países, en este estudio se le denomina simplemente *segmentado*. En este grupo la separación de funciones es escasa o nula, y la coordinación débil o inexistente (Ortiz, 2008; Badillo y otros, 2009; Mesa-Lago, 2008). Este último redundante en problemas de cobertura, pero también de referencia y de insuficiencia de las prestaciones (Secretaría de Salud de Honduras, 2005; Flores, 2008b). En el resto de América Latina esta categoría comprende a países con un nivel importante de desarrollo del Estado como Argentina y Uruguay, los cuales, sin embargo, cuentan con gran diversidad de prestadores y prestaciones.

En Guatemala, el subsistema de seguridad social está a cargo del programa de enfermedad y maternidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

(IGSS), y se complementa con los regímenes especiales de las fuerzas armadas y el personal docente. La medicina tradicional, particularmente importante en este país, fue legalmente reconocida como resultado de los Acuerdos de Paz (Cottom, 2004; Flores, 2008b). En 2001 se estimaba que el 10% de los llamados terapeutas tradicionales, contaba con un permiso de ejercicio expedido por el Ministerio de Salud Pública (Nigenda y otros, 2001). “El sistema de medicina tradicional comunitaria ha sobrevivido con los servicios de los Chamanes, los curanderos, los hueseros, los ancianos, las comadronas que desde la sabiduría de la cultura maya utilizan Consejos, Rituales, Baños, Plantas Medicinales y productos animales y minerales para solucionar sus problemas de salud. Este sistema ha sido ignorado y muy poco tomado en cuenta desde la cultura occidental aunque ya hay esfuerzos de lograr que tanto el sistema médico occidental como el etnomédico maya puedan convivir en mutuo respeto y entendimiento con acciones conjuntas.” (Cottom, 2004:4).

En El Salvador, el subsistema de seguridad social está en manos de tres entidades: el régimen general del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), Bienestar Magisterial y la Sanidad Militar (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1953; 2007b). Bajo el subsistema público, desde 2005 opera el Fondo Solidario de Salud (FOSALUD), creado para ampliar la cobertura y mejorar la atención de emergencias en regiones geográficas carentes de servicios y en asentamientos socialmente vulnerables (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2004). Aunque inicialmente se formuló como un fondo, al operar como una dependencia con servicios propios⁴, amplió la cobertura pero también aumentó la segmentación de los servicios. En 2007 se crearon los Servicios Básicos de Salud Integral (SIBASI), para articular servicios públicos, privados o de la seguridad social y coordinar con los niveles superiores de atención en un ámbito geográfico dado (Asamblea Legislativa, 2005). La legislación es, sin embargo, poco clara en cuanto al carácter (des)concentrado y público/privado de las entidades proveedoras de servicios.

El sistema de salud de Nicaragua está formalmente organizado en tres regímenes: contributivo, no contributivo y voluntario (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 2002). Una de sus particularidades es la compleja relación entre el Ministerio de Salud (MINSA) y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). El INSS compra servicios a las Empresas de Prestación Médicas (EMP), las cuales pueden ser privadas pero también públicas (Badillo y otros, 2009). Dado que el 20% de las EMP pertenecen al Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2008a; Badillo y otros, 2009b), el que el INSS compre servicios al Ministerio mediante la EMP, en la práctica conlleva que la salud pública esté usando parte de sus escasísimos recursos (equipamiento, infraestructura, etc.) para prestar servicios de salud de la población asegurada. Esta situación a su vez inhibe cumplir con lo establecido en la legislación, en cuanto a que la población asegurada debe agotar la atención brindada en el marco de la seguridad social, antes de proceder a la salud pública (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 2002: artículo 44). En tercer lugar, existen vacíos importantes en la definición de las reglas de

juego entre el MINSA, las EMP y la seguridad social, lo cual acentúa las tensiones a que da lugar el diseño institucional existente⁵ (Mathauer y otros, 2009:17-18).

En Honduras, la relación entre la seguridad social y la salud pública se caracteriza por una escasa coordinación. Al igual que en Nicaragua, tiene lugar la compra de servicios de la primera a la segunda, en este caso mediante los Equipos de Salud Familiar (ESAF). En términos generales, si bien la salud pública sigue prestando servicios mediante los Centros de Salud Rural (CESAR) y los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO), la tendencia es hacia la desconcentración y el traslado de competencias, inclusive desde el gobierno central a los gobiernos locales, quienes prestan servicios mediante las clínicas comunitarias. Existe un marcado énfasis en la focalización hacia la población en condición de pobreza, particularmente desde el Programa de Asignaciones Familiares (PRAF) y la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP).

En estos países el subsistema privado tiene un peso variable con respecto al PIB. El máximo es en Nicaragua (5,12% del PIB en 2007), seguido de Guatemala (4,47% del PIB) y luego de Honduras (3,49%). Luego viene El Salvador (2,32%) aunque con porcentajes más cercanos a Costa Rica (2,19%) y finalmente Belice y Panamá (2,09 y 2,08%, respectivamente) (ver dimensión de sostenibilidad financiera). En términos de tendencia, Nicaragua, Guatemala y Honduras han experimentado una tendencia consistente en términos de aumento del gasto privado en salud. En cambio, El Salvador ha experimentado una tendencia consistente a su reducción (del 4,74% del PIB que al que equivalía el gasto privado en 1998).

Entre los países con sistemas sanitarios unificados o duales, Costa Rica tiene un escaso aunque creciente papel del gasto privado, pasando de 1,49% del PIB en 1998 a 2,19% en 2007. En cambio en Panamá, la tendencia del gasto privado fue a aumentar hasta 2003 (2,56%) para descender durante los siguientes años y registrar un 2,08% en 2007. Una tendencia similar ha sido la de Belice adonde el gasto privado creció hasta 2001 (2,41% del PIB) para luego descender y ubicarse en 2,09% en 2007.

A continuación se caracterizan los sistemas sanitarios centroamericanos, según las dimensiones de análisis. En cada caso, se buscó señalar las fortalezas y debilidades de cada país o grupo de países.

2.2 Unidad e integridad del sistema

Seguidamente se caracterizan las funciones de rectoría, regulación y prestación⁶. La fortaleza o debilidad institucional en esta materia tiene dos principales dimensiones: una técnica (propia y relacionada con el conocimiento en salud) y otra gerencial (relacionada con la organización de los recursos requeridos para el ejercicio de cada función). Dado que los sistemas sanitarios se insertan en el marco de un Estado que los trasciende, la debilidad

de las rectorías se acentúa si también es débil la institucionalidad que la rodea. Lo contrario también ocurre. La trayectoria institucional de los países centroamericanos con sistemas sanitarios segmentados es considerablemente más débil que la de los países cuyos sistemas son unificados o duales.

2.2.1 Rectoría

Las reformas sectoriales llevadas a cabo en toda América Latina a partir de la década de los 90, han estado inspiradas en el llamado “nuevo gerenciamiento público”. Se trata de un paradigma de organización del Estado que apela a la creación de incentivos mediante la diferenciación de funciones (entre rectoría, financiamiento, prestación), antes que a la línea de mando propia de la administración pública burocrática. En contrapunto con las restantes funciones, el liderazgo persuasivo (también denominado consenso y/o cooperación), constituye el principal instrumento con que cuenta la función rectora.

Las rectorías de los sistemas de salud en general, y sanitarios en particular, están legalmente a cargo de los Ministerios de Salud. Conlleva las diversas y complejas funciones de conducción, formulación de políticas, regulación, supervisión y vigilancia, y teóricamente, se ejerce sobre el conjunto de los proveedores de los tres o cuatro subsistemas. En la práctica, el subsistema privado tiende a operar con independencia del ente rector. Un caso documentado es el de Guatemala, adonde la incidencia de la rectoría en el conjunto de actores, en particular en el sector privado lucrativo, es prácticamente nula (USAID, 2008a:5; Estrada Galindo, 2008:74). En Belice, la rectoría del Ministerio de Salud se ejerce sobre el sector privado, cuya expansión además se impulsa como parte de la estrategia de compra de servicios desde la seguridad social (Ministry of Health, 2010). Sin embargo, al inicio del proceso de reforma se carecía de un marco legal que regulara los servicios sanitarios del sector privado (OPS, 2002b), y a la fecha no se ha podido encontrar evidencia de que esto haya cambiado.

A la complejidad, diversidad y poder relativo de los actores sobre los cuales se ejerce la rectoría, se agrega la debilidad presupuestaria de los Ministerios de Salud. Como resultado, otros actores tales como la CCSS en Costa Rica ó el IGSS en el Salvador, el BID y el Banco Mundial en Guatemala, tienen más peso en la definición de las políticas de salud, así como en la conducción del sistema en su conjunto. Cuanto más peso relativo tienen otras instituciones públicas en la prestación de los servicios sanitarios, más difícil es para los Ministerios de Salud ejercer la rectoría sobre el propio subsistema público. En Panamá, en los hechos, la CCS coparticipa de la rectoría junto con el MINSAL (MINSAL, S/D; OPS, 2007b).

Las dificultades para ejercer la rectoría no son menores frente a las entidades públicas, las cuales pueden ser muy diversas e incluso ni siquiera ser parte del sector social. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de Nicaragua, tiene que ver con la higiene y la salud ambiental, por lo que no sólo debe ejercer la rectoría sobre el INSS, sino también sobre el Ministerio de Ambiente y Recursos

Naturales, el Ministerio Agropecuario y Forestal, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados y el de Fomento Municipal (Badillo y otros, 2009c).

Las consecuencias de contar con rectorías institucionalmente débiles varían también según funciones. Cuando los instrumentos son inadecuados en materia de coordinación entre subsistemas de salud, se refuerza la duplicación y con ello la ineficiencia de los servicios. Cuando son inadecuados en su propia organización, por ejemplo en materia de desconcentración, puede verse afectada la cobertura. Cuando se enfrentan retos en materia de supervisión, el efecto sería más bien en la calidad de los servicios.

En Belice, uno de los componentes centrales de la reforma sectorial es la desconcentración del Ministerio de Salud como ente rector. Esta incluye la transferencia de facultades y capacidades en aspectos relativos a la planificación de políticas, al manejo del personal (profesional, técnico y administrativo), y a la ejecución presupuestaria, entre otras (Ministry of Health, 2010). Desde 2006 no se ha avanzado en esta materia, lo cual representa un obstáculo significativo para la administración y la prestación de servicios en las regiones (Figueroa, 2010).

En Panamá, las Políticas y Estrategias de Salud (2005-2009) buscaron fortalecer la rectoría del MINSA mediante una redefinición de competencias y funciones de los diferentes componentes del sector salud. Se reorganizó la estructura orgánico-funcional del Ministerio; se reforzaron las capacidades, conocimientos y habilidades para el cumplimiento de las funciones; y se establecieron mecanismos de monitoreo, supervisión y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos del sistema nacional de salud (MINSA, 2006:59). Sin embargo, al final del día, el papel del Ministerio depende de la voluntad que tengan las restantes entidades para colaborar con el ejercicio de la función rectora de este.

En El Salvador El nuevo gobierno estudia cómo reducir las duplicaciones y ambigüedades existentes en materia de los órganos responsables de ejercer la rectoría, así como de asignarle mayores recursos (Rodríguez, 2009).

En Honduras, la Secretaría de Salud ha tenido avances en las áreas relativas al establecimiento de estándares, acreditación y licenciamiento de establecimientos de salud (públicos y privados), no así en otras funciones (Rodríguez, 2005a). Además, entre los escasos instrumentos concretos encontrados para el ejercicio de la rectoría, se encuentra un sistema de información y comunicación dirigido a mejorar la eficiencia de la función rectora de dicha Secretaría. Se carece, sin embargo, de información relativa a su puesta en práctica⁷.

En Nicaragua el fortalecimiento de la rectoría es una de las líneas prioritarias de trabajo de la OPS en Nicaragua. Busca mejorar “el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, el fortalecimiento de la gestión hospitalaria y las redes de servicios, que permita alcanzar la satisfacción de los usuarios, la

calidad de los servicios, la promoción del escrutinio público, la transparencia, y la incorporación de técnicas de gestión más avanzadas” (OPS, 2010:1).

Se desconoce el grado en que los distintos subsectores efectivamente acatan los lineamientos formalmente obligatorios definidos por parte de los entes rectores de cada país. Dado los factores mencionados, se entiende que los resultados alcanzados por las rectorías son tímidos. Como resultado existe una suerte de desplazamiento *de facto* de la rectoría, desde los Ministerios de Salud a otros actores.

Hay distintos puntos de vista sobre el peso relativo de los distintos factores que dan lugar a dicho desplazamiento. En Guatemala, USAID lo atribuye a una carencia de liderazgo (USAID, 2008:5-6). En cambio, Badillo y otros (2009a:63) enfatizan la falta de instrumentos. En Nicaragua, incide fuertemente un inadecuado marco institucional, dado que el INSS cuenta con un estatus legal y atribuciones que le otorgan una gran independencia funcional con respecto de los lineamientos generales dictados por el MINSA, que además, “aprueba” la normativa de salud del INSS *ex post* (Mathauer y otros, 2009:17-18). A esto se suma que el Presidente Ejecutivo del INSS ostenta el rango de ministro (Badillo y otros, 2009c:180; Mathauer y otros, 2009:17-18).

En general, independientemente de la pertinencia o no de las reformas impulsadas, si comparamos los Ministerios de Salud previos a las reformas, principalmente dedicados a la prestación de servicios, con los Ministerios rectores posteriores, todavía no es claro el avance en su liderazgo sectorial. Esto a su vez dificulta la existencia de sistemas nacionales de salud sólidos, los cuales estarían articulados, precisamente, por estos entes rectores (OPS, 2006a).

Un último aspecto a señalar es la ausencia de criterios explícitos para evaluar las distintas funciones que hacen a la rectoría. Una rectoría bien evaluada por la OPS (2004) es la de Costa Rica. Su función de planificación y de formulación colectiva se determina en base al reconocimiento que recibe por parte de diversos actores del sector. Para evaluar la función de vigilancia, se señala que el Ministerio cuenta con una dirección nacional y con presencia regional y local. Se señala además que existen diversos sistemas de monitoreo (situación de salud, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios) y que persisten problemas de heterogeneidad en la calidad y la oportunidad de la coordinación (OPS, 2004). Estos indicadores de insumo, aunque importantes, parecen ser insuficientes para establecer el desempeño de una entidad en el ejercicio de la función rectora.

En general, las rectorías centroamericanas parecen constituir proyectos más que realidades institucionales. Bajo sistemas de salud unificados esta situación tiene menores consecuencias que bajo sistemas duales, y en estos que bajo sistemas segmentados, en los cuales una gran parte de las acciones en materia de salud están fuera del control directo, no ya de los Ministerios sino del Estado. En un extremo, bajo un sistema unificado como el de Costa Rica, la separación de

funciones tiene lugar dentro de la propia CCSS. En Belice, dado que el Ministerio de Salud mantiene unidades prestadoras, la separación de funciones podría no ser tan clara. En el otro, en cambio, en El Salvador, Honduras, Nicaragua y Guatemala los ministerios de salud combinan la rectoría con la prestación de servicios. En Honduras, por ejemplo, el Plan Nacional de Salud 2021 (lanzado en el 2005) le atribuye a esta falta de separación de funciones, el fraccionamiento, la desintegración y la poca regulación presentes en el sistema hondureño, con la consecuente duplicidad de esfuerzos, acciones y gastos (Secretaría de Salud, 2005:26). Sin embargo, se podría decir que en escenarios de debilidad institucional y alta segmentación, el que los ministerios de salud tengan aún la potestad de proveer servicios puede darles un mínimo de margen de acción para resolver problemas de acceso y de suficiencia de prestaciones que, como se verá luego, constituyen problemas críticos en los países con sistemas de salud segmentados.

2.2.2 Regulación

La regulación comprende áreas como el acceso y la calidad de los medicamentos y los servicios de salud propiamente dichos, la promoción y la prevención de la salud, la certificación de establecimientos, y la protección de los alimentos. El nuevo gerenciamiento público parte de que, sean públicos o privados, es clave lidiar con la asimetría de información entre quienes ejercen la rectorías, quienes prestan los servicios, y quienes los reciben. Esta asimetría se acentúa cuando el lucro compite con la salud como derecho humano. Además, cuanto más segmentado el sistema, menos peso relativo tiene la línea de mando como mecanismo para que los Ministerios de Salud velen por el interés general. Por eso, la importancia de la regulación es directamente proporcional a la presencia relativa de diversos subsistemas, en particular, del subsistema privado.

En los países estudiados, la regulación está actualmente a cargo de una dirección de los respectivos Ministerios de Salud. Sea debido a inconsistencias en los marcos legales, a falta de instrumentos, ó a otros factores, la regulación tiende a ser débil en todos los países analizados. La principal diferencia está en el peso relativo de prestadores de servicios distintos a los propios Ministerios de Salud: grande en los países con alta segmentación (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua); menor en los países con servicios duales (Panamá) y unificados bajo la seguridad social (Costa Rica, aunque no Belice debido a la importancia de la compra de servicios privados).

Repasando la situación de cada país:

- En Costa Rica, la regulación que ejerce el Ministerio de Salud se ha enfocado en la fiscalización de las operaciones de los establecimientos⁸ (Herrero y Durán, 2001). Más recientemente, el Plan Estratégico 2008-2010 estableció un conjunto de acciones preparatorias para el ejercicio de la función de regulación⁹ (Ministerio de Salud, 2007a). Paralelamente, la

proliferación de entidades formadoras y de profesionales egresados en salud ha tensionado la capacidad reguladora del Ministerio¹⁰.

- En Belice, el fortalecimiento de la función reguladora del Ministerio de Salud es uno de los principales componentes del proceso de reforma sectorial. En el marco del nuevo modelo de prestación de servicios mediante el NHI, la función reguladora del Ministerio de Salud se establece tanto en el sector privado como público mediante contratos legales que definen estándares y servicios aprobados por el Ministerio de Salud (Figueroa, 2010).
- En Panamá, durante este período, se ha dado prioridad al fortalecimiento de la regulación en el marco de las Políticas y Estrategias de Salud 2005-2009 (MINSAL, 2006). Tres han sido las líneas de trabajo: revisar y adecuar el marco regulatorio; fortalecer los sistemas de vigilancia y control de los establecimientos e industrias de producción y procesamiento de alimentos; y, diseñar y depurar los mecanismos de acreditación de establecimientos prestadores de servicios de salud, según nivel de atención y complejidad (MINSAL, 2006). De estas tres, se ha logrado avanzar en la primera línea, aprobándose leyes y decretos para mejorar el acceso a programas como los de vacunación, distribución de medicamentos, consumo de tabaco y uso de plaguicidas (MINSAL, 2007). La evaluación realizada en 2009 del proceso de transformación institucional del sector salud en su conjunto, destaca tres avances: la aprobación legislación para la certificación y recertificación del personal médico; la mejora de la calidad de los establecimientos de salud, mediante la elaboración de manuales con estándares y capacitación de personal médico; y en cuanto al acceso a medicamentos. Este último aspecto comprende la formulación, aún en marcha, de una Política Nacional de Medicamentos con participación de diversos actores, la reglamentación de la ley de medicamentos, la capacitación del personal en los niveles locales y regionales, la expansión de la oferta pública y la definición de sistemas de monitoreo, entre otros (Privado Medrano, 2009).
- En El Salvador, la ley de creación del Sistema Nacional de Salud de 2007, le asignó esta función a la Dirección de Regulación del MSPAS (Asamblea Legislativa, 2007a). Sin embargo, el Código de Salud le asigna la función de regulación a un órgano sancionado en la Constitución Política, el Consejo Superior de Salud, integrado por los jefes del MSPAS y del ISSS¹¹ (Asamblea Legislativa, 1988). Este Consejo cuenta además con Juntas de Vigilancia – una por cada gremio de profesionales contemplados en la legislación – que remiten al Consejo la información necesaria para el ejercicio de la regulación¹² (Asamblea Legislativa, 1953). Diversos análisis, independientes y de gobierno, coinciden en que se cuenta con capacidades para la revisión periódica, la evaluación y la modificación del marco normativo. Las carencias están en los “conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulador” (MSPAS, 2005:29). A estas limitaciones propias del ministerio, se agregan restricciones legales: la autonomía institucional del ISSS, la Sanidad Militar y el Bienestar Magisterial; y la ausencia de un marco regulador de los

proveedores privados (PNUD, 2008^a), frente a las cuales el MSPAS tiene potestad de autorización pero no de supervisión. De allí la necesidad de revisar el marco normativo (Rodríguez, 2009).

- En Guatemala el marco jurídico relativo a la regulación sectorial, le permite a la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud sancionar a los prestadores según la magnitud del hecho. La función reguladora ha mejorado en materia de monitoreo, evaluación, análisis de la situación de salud y vigilancia epidemiológica (OPS, 2007a). Sin embargo, las acciones de regulación que lleva a cabo el Ministerio se limitan al registro de clínicas y hospitales, mientras que no se ejercen los controles adecuados sobre los fármacos, tanto los dispensados bajo receta, como con los de venta popular; no se ejercen controles sobre las municipalidades en cuanto al saneamiento básico ni el agua para consumo humano” (Estrada, 2008:122). Años atrás, el MSPAS (2002) había reconocido la existencia de debilidades en áreas tales como la certificación y recertificación de profesionales, la acreditación de los establecimientos de salud y la tutela en el cumplimiento de los contratos u ofertas de provisión de servicios por parte de proveedores privados (MSPAS, 2002). A la fecha, la OPS considera que este ministerio carece de las capacidades técnicas y presupuestarias para regular al IGSS o a las aseguradoras privadas (Estrada, 2008).
- En Honduras, aunque parciales, desde ha tiempo se han señalado avances en el licenciamiento y en la acreditación de los establecimientos privados de salud, en particular cuando se trata de los de atención primaria (Rodríguez, 2005a). Actualmente, la Secretaría de Salud cuenta con un conjunto de instrumentos jurídicos e institucionales que le facultan para ejercer sus funciones. En el caso de los establecimientos públicos, se han definido estándares mínimos, según tipo y nivel de complejidad de los establecimientos. En general, se han identificado avances relativos a la regulación pública, no así privada (OPS, 2009a).
- En Nicaragua, la OPS identificó avances en cuanto al marco regulatorio, concretamente, a su revisión, evaluación y modificación. A la vez, encontró un pobre desempeño del Ministerio de hacer cumplir la regulación, asociado a escasas capacidades institucionales y técnicas del MINSA en general, y para asesor y apoyar técnicamente a las dependencias regionales en particular. Durante la administración Ortega, una de las estrategias de la Política Nacional de Salud ha sido fortalecer los procesos de regulación (MINSA, 2008a:23). El apoyo actual de la OPS al gobierno de Nicaragua se orienta a fortalecer la función regulatoria de la entidad rectora (OPS, 2010:1).

Los organismos gubernamentales generalmente atribuyen la insuficiencia en la regulación a problemas en los marcos legales (es decir, a la definición de qué hacer), antes que a las capacidades institucionales existentes para hacerlos cumplir (es decir, al cómo hacerlo). En efecto, la disponibilidad de instrumentos legales para el ejercicio de la función reguladora es uno de los temas que requiere ser abordada. Concretamente y más allá del liderazgo persuasivo, es necesario dotar a los ministerios de salud de instrumentos que incentiven el

cumplimiento del marco normativo por parte de actores poderosos. Además del marco legal, es preciso mejorar las capacidades técnicas e institucionales, de los ministerios, incluyendo las capacidades financieras, que les permitan optimizar los márgenes de acción que les otorgan los marcos normativos. Con frecuencia, los propios órganos reguladores no ven estas debilidades con tan claridad como lo hacen estudios externos como los realizados por la OPS¹³.

2.2.3 Prestación de servicios

La prestación de servicios públicos puede ser propiamente pública o mediante la compra de servicios a terceros, generalmente privados aunque también a organizaciones no gubernamentales y de la economía social. Los procesos de reforma sectorial implementados en la región desde principios de los noventa, han promovido, aunque en distintas formas y grados la prestación de servicios de atención primaria mediante la compra de servicios a terceros (Bitrán, 2004; Almeida, 2006).

En toda la región, salvo en Panamá, en principio, la salud pública le presta servicios a quienes carecen de seguridad social. En Costa Rica, adonde el Ministerio de Salud ya no presta servicios, el aseguramiento no contributivo constituye un mecanismo de acceso a la seguridad social para la población de escasos recursos y sin trabajo remunerado (CCSS, 2006). Algo similar ocurre en Belice, con la particularidad de que la población accede mediante el seguro social, pero éste, al carecer de una red propia de servicios, contrata al menos parte de las prestaciones al Ministerio de Salud (BSSB, 2003). Salvo en Guatemala, en los países con sistemas sanitarios segmentados se espera que los Ministerios de Salud atiendan a la población sin seguro social, aunque no necesariamente pobre. En Guatemala los servicios sanitarios públicos sólo son para la población pobre¹⁴. En los hechos, en toda la región, es principalmente la población pobre la que acude a los servicios que brinda la salud pública.

La tabla 1 resume la prestación de servicios médicos, en particular por parte de los subsistemas de salud pública y de la seguridad social.

En Costa Rica y Panamá se contrata servicios a terceros de manera complementaria a los servicios prestados directamente por la seguridad social. En ambos casos, esta participación ha sido creciente. En Costa Rica, no estado exenta de discusión en torno a su pertinencia, a su costo-efectividad y a los conflictos de interés en los que con frecuencia se han visto envuelta (Martínez Franzoni y Mesa-Lago, 2003).

En Belice, como parte de la estrategia de reforma sectorial, se promueve la compra de servicios a terceros dada la incapacidad presupuestaria para desarrollar una red propia de servicios de salud. Históricamente, parte de la población ha recurrido a los servicios de México y Guatemala. La reforma fortalecer la estrategia de compra que hace la seguridad social a centros públicos del Ministerio de Salud ó a centros privados dentro del propio país. A su vez, los médicos privados están autorizados a usar los establecimientos del gobierno para la prestación de aquellos servicios que no estén a su alcance en

el ámbito privado. En esos casos, los usuarios proporcionan el financiamiento en forma directa o mediante un seguro médico privado (OPS, 2002b). Los programas de extensión de cobertura del NHI han dado prioridad a la atención primaria de la población pobre de las zonas rurales.

Tabla 1

Centroamérica: Prestaciones según país y subsistema

País	Salud Pública		Seguridad social	
	Primer nivel	Segundo y tercer nivel	Primer nivel	Segundo y tercer nivel
Bélice	39 centros de salud y 37 puestos de salud	34 centros de salud y 8 hospitales (3 distritales, 3 de referencia regional, 1 de referencia nacional y 1 de salud mental)	Programas de ampliación de cobertura de los servicios a regiones más empobrecidas y alejadas del país.	
Costa Rica	Sólo programas de fumigación, vacunación de perros, atención directa a pacientes con malaria y letrización	N/A	812 EBAIS, 6 cooperativas bajo la lógica de la compra de servicios. Adicionalmente, médico de empresa, medicina mixta. Apoyo por parte de la red de servicios de segundo nivel.	7 hospitales regionales, 14 hospitales periféricos y 8 clínicas (GAM), 3 hospitales de referencia nacional y 5 hospitales nacionales especializados (mujeres, niños, adultos mayores, rehabilitación y psiquiatría).
El Salvador	Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) y Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)	SIBASI referencia desde el primer nivel a los hospitales de la red del MSPAS (la información es aún imprecisa)	245 clínicas empresariales, 38 clínicas comunales, 6 unidades médicas sin hospitalización y 10 centros de atención preventivos. Además dos regímenes especiales: Sanidad Militar y Bienestar Magisterial	10 hospitales

<p>Guatemala</p>	<p>Puestos de salud y centros de atención primaria; compra de servicios a ONG (1244 centros de convergencia, 926 puestos de salud y 300 unidades mínimas)</p>	<p>Centros de Salud y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI); 13 hospitales distritales, 32 centros de salud tipo A, 249 tipo B, 16 maternidades cantorales, 3 clínica periféricas y 32 centros integrados</p>	<p>Servicios de consulta externa, visita domiciliar, emergencias, odontología y farmacia, a través de diversas modalidades.</p>	<p>1 policlínica, 1 unidad de consulta externa de enfermedades, 2 hospitales generales, 1 hospital de gineco-obstetricia y 1 hospital de accidentes</p> <p>Existen en total 35 establecimientos (fuente no aclara el tipo).</p>
<p>Honduras</p>	<p>Diversos programas (Acceso, Nuevos modelos de gestión, PRIESS) propios pero tendencia a transferir la prestación de servicios a gobiernos locales, visitas itinerantes y trabajo voluntario</p>	<p>28 hospitales, 1018 Centros de Salud Rurales (CESAR) y 380 Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO).</p>	<p>Equipos de Salud Familiar (ESAF) son los prestadores (públicos y privados) bajo modalidad de venta de servicios; aportan instalaciones, equipo médico, personal, exámenes y medicamentos incluidos en el cuadro básico definido por el IHSS;</p>	<p>2 hospitales, 8 clínicas periféricas, 1 centro odontológico, 2 centros de medicina física y rehabilitación, 1 centro de atención al adulto mayor y 1 casa comunitaria de partos</p>
<p>Nicaragua</p>	<p>Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) coordinan la prestación de servicios por parte de los centros y puestos de salud públicos y privados en el territorio. Existen 868 puestos de salud, 150 centros de salud son camas y 25 centros de salud con camas.</p>	<p>1 polícnica, 28 hospitales agudos y 4 hospitales crónicos. Centros nacionales de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, psiquiatría, así como en el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en Salud Pública</p>	<p>45 Empresas Médicas Previsionales (EMP, ahora denominadas Clínicas Médicas Previsionales), 20% del MINSAL y las restantes privadas, prestan servicios desde las instancias del MINSAL (centros de salud, centros de referencia y hospitales) a los afiliados del INSS.</p> <p>La información disponible no especifica niveles.</p>	

Panamá	47 equipos básicos de salud para poblaciones rurales en extrema pobreza en 10 regiones de salud (junio 2009)		12 clínicas satélites, 13 unidades Locales de Atención Primaria (ULAPS-CSS), Centros de Salud y 27 Centros de Atención Primaria (CAP-CSS) brindan consulta ambulatoria; principalmente red propia de servicios; excepcionalmente compras a terceros (públicos y privados)	26 policlínicas y 15 hospitales.
--------	--	--	---	----------------------------------

Fuentes: Guatemala: Congreso de la República de Guatemala (1946, 1997); MSPAS (2002, 2005, 2008); OPS (2007); Estrada Galindo, (2008); Flores (2008b); Badillo y otros (2009a) / El Salvador: Asamblea Legislativa (1953; 2005; 2007a); Holtz (2003); OPS (2006b); ISSS (2007) y Presidencia de la República (2008) / Honduras: Martínez (2003); Rodríguez (2005); Secretaría de Salud de Honduras (2005); IHSS (2009); OPS (2009); Badillo y otros (2009) / Nicaragua: OPS, 2006; Ministerio de Salud de Nicaragua (2008a; 2008b); Badillo y otros (2009) / Costa Rica OPS (2004); CCSS (2006c); Ministerio de Salud de Costa Rica (2007b) / Panamá OPS (2007); CCS, 2008; Ministerio de Salud (2009b).

El sector privado (incluyendo a organizaciones no gubernamentales) tiene un papel relativo mayor en los países cuyo sistema de salud es segmentado. Se trata de una participación generalmente definida a partir de criterios de focalización de la población pobre. Repasando la situación de los países:

- En El Salvador se ha reorganizado la salud pública en torno a los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), los cuales en un territorio dado combinan operadores públicos y privados (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2005).
- En Guatemala, además de la provisión directa por parte de los hospitales privados, las ONG desempeñan un papel muy importante como parte de programas de extensión de cobertura impulsados desde la década de los 90. Desde 1999, como parte de la extensión de cobertura impulsado por el MSPAS, se ha venido implementando una creciente transferencia de recursos y competencias del MSPAS a las ONG. De acuerdo con las informaciones oficiales, esta medida habría aumentado de manera significativa el acceso de población históricamente excluida, particularmente en materia de atención primaria (MSPAS, sin fecha: 9), en las zonas más desprotegidas del interior del país (Cottom, 2004:9-10).
- En Honduras, desde el primer nivel y con el apoyo de la cooperación sueca, la Secretaría de Salud había ido dejando de financiar la oferta de servicios para financiar la demanda mediante convenios de pago por prestación de servicio y de gestión por resultados (Secretaría de Salud, 2005). Actualmente, el Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud (PRIESS) de la Secretaría de Salud, profundiza la compra de servicios a organizaciones tales como ONG, mediante el modelo de concesión/privatización (Rodríguez, 2009a; Badillo y otros, 2009b). Hospitales y clínicas privadas le venden servicios a la Secretaría de Salud y al IHSS (Secretaría de Salud, 2005; Badillo y otros, 2009b; OPS, 2009a).
- En Nicaragua se plantea el carácter complementario que la prestación privada directa de servicios tiene con respecto a la pública y de la seguridad social. Una cierta proporción de la población debería estar accediendo a los servicios del INSS pero, al no poder hacerlo, recurre a la salud pública (MINSA, 2008a). Además, el que el INSS carezca de servicios propios y deba contratar a terceros, muchos de los cuales son parte de la salud pública, introduce conflictos de intereses y una clara estratificación entre los usuarios del MINSA que están asegurados y los que no. En el pasado esto condujo a que muchos recursos del MINSA se desviarán a pacientes del INSS, provocando un subsidio cruzado masivo e indirecto del MINSA al INSS (Mathauer y otros, 2009). En suma, la escasa cobertura de la seguridad social afecta al MINSA, tanto en disponibilidad y calidad de los servicios como en la canalización de su presupuesto hacia la población asegurada.

2.2.4 Medidas para contrarrestar la crisis

A la fecha, no se han detectado efectos de la crisis en el diseño general de los sistemas de atención de la salud, ni en la dirección de aumentar ni de reducir su grado de unidad/segmentación. Tampoco se observan cambios en programas específicos. Es claro que, para hacerle frente, cuanto más segmentados y más descoordinados los sistemas, menores las posibilidades de que los Ministerios de Salud actúen en tanto rectores para ordenar funciones, acceso y prestaciones, tanto en tiempos normales como frente a situaciones de crisis.

Durante los últimos tres años, antes del advenimiento de la crisis, dos países, Panamá y Nicaragua, tuvieron algún nivel de debate público acerca de la posible creación de sistemas únicos de salud. En Nicaragua, un sistema único de salud había sido creado durante los años ochenta, bajo la revolución sandinista. En 2008 el presidente ejecutivo del INSS anunció la intención del gobierno de avanzar en esta dirección, y le atribuyó precisamente a la crisis el que no hubiera condiciones económicas para hacerlo. Con este sistema se habilitarían a nivel local las Clínicas Médicas Previsionales del Ministerio de Salud, fortalecimiento entonces la función del Ministerio como prestador, y no sólo como rector del sistema de salud (Mathauer y otros, 2009).

En Panamá, el debate se inició a fines de 2006 con una propuesta impulsada decididamente por la administración que precedió a la actual (MINSAL, 2006; OPS, 2007b). En el marco de la Mesa de Salud en el Diálogo de la Concertación Nacional que sesionó durante 2007 se la modificó y alcanzó un acuerdo. Este planteó la coordinación e integración de los servicios de salud (en cuenta procesos de compra) del MINSAL y la CSS, como una etapa previa al establecimiento de un sistema público unificado de salud (el cual hubiera requerido de la realización de un referéndum). Ambas entidades mantendrían su independencia y autonomía financiera; el MINSAL dirigiría el sistema de rectoría y la CSS el sistema de servicios de salud. En ambos casos se prohíbe inhibe la privatización y las compras de servicios a terceros, salvo amenaza a la vida de las personas. El proyecto de ley establece la creación de un Consejo Nacional de Coordinación e Integración del Sistema Público de Salud integrado por el MINSAL, la CSS y el Ministerio de Economía y Finanzas (MINSAL, 2006; OPS, 2007).

2.3 Amplitud de la cobertura

Bajo esta dimensión, se aborda el acceso que tiene la población a los servicios sanitarios, no así, la suficiencia de dichos servicios, la cual se analiza a continuación, ni las brechas entre grupos de población, como aquellos rurales y urbanos, la cual se aborda bajo la dimensión de solidaridad y equidad social.

El cuadro 1 permite diferenciar dos grupos de países: aquellos con sistemas sanitarios segmentados son también los que tienen más de la mitad de la fuerza laboral en condiciones de informalidad y de pobreza. En ambos grupos hay países con niveles de desempleo altos para la región (8% en Costa Rica y

Nicaragua), aunque bajos en el contexto latinoamericano. En materia de pobreza, se distinguen también dos situaciones: la de los países con hasta una tercera parte de su población bajo la línea de pobreza, y la que de los países con más. Entre los primeros se encuentran Costa Rica, Belice y Panamá; entre los segundos, los países con sistemas de atención de la salud segmentados adonde la pobreza puede alcanzar ser de 5, 6 ó 7 de cada 10 personas (El Salvador y Guatemala, Honduras y Nicaragua, respectivamente).

Cuadro 1
Centroamérica: Informalidad, desempleo y pobreza. 2000-2009

País	Variación anual del PIB			Informalidad		Desempleo		Pobreza	
	2007/06	2008/07	2009/08	2006/07	2008	2008	2009	2005/07	2008
Costa Rica	7,8	2,6	-1,2	38,8	37,1	4,8	7,6	19,9	16,4
Panamá	12,1	10,7	2,5	38,3	35,9	6,5	7,9	29,9	27,7
Belice	1,2	3,8	-0,5			8,2			
El Salvador	4,7	2,5	-2,5	56,7	57,8	5,5		47,5	40,0
Guatemala	6,3	4,0	-1,0	58,1	0,0	5,5	7,0	54,8	
Honduras	6,3	4,0	-3,0	43,6	0,0	4,1	4,9	70,2	
Nicaragua	3,2	3,2	-1,5	63,0	63,1	8,0		61,9	
América Latina	5,8	4,2	-1,8	48,5	49,6	7,7	8,5	36,8	33,0

Fuentes: CEPALSTAT, 2009. CEPAL, Anuario Estadístico, 2009 y Balance preliminar de las economías de AL y el Caribe 2009; OIT, Panorama Laboral 2009. DIGESTYC; EHPM 2008.

Antes de la crisis, las economías de todos los países de la región venían teniendo un desempeño positivo (cuadro 1). La variación anual del PIB entre 2009 y 2008 fue sin embargo negativa en todos los países con excepción de Panamá (que aunque a un ritmo considerablemente menor al que traía, continuó creciendo). Excepto en Belice, ya en 2008 el crecimiento del PIB había sido mucho menor que en 2007 y había estado acompañado de un leve descenso (Costa Rica y Panamá), de un pequeño aumento (El Salvador) o de niveles similares (Nicaragua) de informalidad. Sería de esperar que en 2009, año para el cual aún se carece de los datos, la informalidad mostrara un claro aumento, igual que ha ocurrido con el desempleo de los países para los cuales se cuenta ya con los datos respectivos (Costa Rica, Panamá, Guatemala y Honduras).

En distinto grado, el desempleo ha aumentado en toda la región (CEPAL, 2009a), pasando de 7,7 a 8,5%. Considerando que Centroamérica se caracteriza más por la informalidad y por el subempleo que por el desempleo, en tres los cuatro países para los cuales se cuenta ya con las cifras, el aumento del desempleo ha sido muy alto (un aumento de 2,8, 1,5 y 1,4% en Costa Rica, Guatemala y Panamá, respectivamente). Si asumimos una correlación positiva con el crecimiento económico, la informalidad y el desempleo, es de esperar que los datos relativos a 2009 arrojen un claro aumento de la pobreza.

En crisis anteriores, en América Latina tuvo lugar un círculo perverso: se contrajo el acceso a los servicios sanitarios, producto de la reducción de la inversión

pública y de la contracción del aseguramiento, asociado al aumento del desempleo, del subempleo y de la informalidad. Al reducirse la población asegurada, aumentó la población necesitada de los servicios que brinda la salud pública, la cual por lo tanto debió atender a más población con menores recursos. Es esperable una contracción de la cobertura de los sistemas contributivos de salud, así como mayores dificultades de los sistemas no contributivos para atender una mayor demanda social.

Para conocer la cobertura debemos relacionarla con cada subsistema. La arquitectura de los servicios sanitarios permite un primer acercamiento a la estratificación social en el acceso. Los sectores medios y con empleo formal predominantemente urbano, general y principalmente acceden mediante el seguro social. Los sectores de altos ingresos compran servicios privados para los cuales se tiene mejor información en términos de gasto (ver dimensión de sostenibilidad financiera) que de cobertura. La salud pública legalmente se encarga de la población no asegurada, pobre y de bajos ingresos, incluyendo la rural y la indígena. En general, el seguro social y el sector privado, tienen más recursos financieros y mejores instalaciones que la salud pública la cual, a su vez, debe atender a la mayoría de la población (Mesa-Lago, 2009).

Para conocer la cobertura de la seguridad social se cuenta con datos adecuados. El acceso a la salud pública se aborda en términos de cobertura esperada (en general equivalente a la población que carece de seguridad social), y un acceso efectivo (generalmente muy inferior). Aunque se cuenta con un indicador de encuestas de hogares relativo a la población que carece de un esquema formal en salud, en algunos países se pregunta por seguridad social y en otros explícitamente por seguro médico. La medición del acceso a la salud pública requiere ser mejorada.

A continuación se presenta primero la cobertura de la seguridad social, para luego examinar el acceso a los servicios de la salud pública.

2.3.1 Caracterización

A continuación se caracteriza la cobertura de los seguros sociales de salud respecto a la PEA y a la población total. Esta última combina cobertura contributiva, mediante el aseguramiento directo de la población ocupada y pensionada, y acceso no contributivo de familiares económicamente dependientes. El cuadro 2 presenta la cobertura de la seguridad social respecto a la población total y a la PEA.

Cuadro 2

Centroamérica. Cobertura de la seguridad social, regímenes generales. 2005-2008 (en porcentajes)

Sistema Sanitario	País	Población Total ^{1/}				Población Económicamente Activa ^{2/}			
		2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Unificados	Belice	64,2	70,6	70,3	69,9	64,3	68,8	67,6	70,0
	Costa Rica	87,6	87,5	87,6	88,8	55,0	57,7	61,0	64,6
Duales	Panamá	66,7	70,0	74,1	77,4	61,2	65,3	68,9	77,3
	El Salvador	21,5	22,8	23,8	23,9	31,0	31,8	32,8	33,1
Segmentados	Guatemala	18,1	17,9	17,6	17,4	21,3	20,6	20,3	20,0
	Honduras	16,9	16,9	18,7		20,5	20,5	22,3	
	Nicaragua	16,4	18,2	19,5	18,9	16,1	17,8	18,7	21,7

^{1/} Incluye todas las personas aseguradas, de manera directa e indirecta.

^{2/} Incluye sólo a las personas activas/contribuyentes aseguradas de manera directa. Si se considera a las personas aseguradas directas no activas, el dato solo varía en Costa Rica adonde aumenta con la presencia de pensionados y asegurados por el Estado.

Fuentes: BSBB, 2008; CCSS, 2008b; ISSS, 2009; IGSS, 2008; IHSS, 2007; INSS, 2007; CSS, 2008; OIT, 2010.

Asociado a sus menores niveles de informalidad y pobreza, Costa Rica, Panamá y Belice tienen mayor cobertura que los restantes países de la región.

Población total

Los sistemas sanitarios segmentados con mayor cobertura de la región, Brasil y Uruguay, alcanzan el total ó casi el total de la población (Mesa-Lago, 2008). En Centroamérica, sin embargo, los sistemas médicos segmentados son los que tienen menor cobertura. Respecto a la población se observan tres grupos de países: con cobertura virtualmente universal (Costa Rica con casi el 90% en 2008); con muy alta cobertura (Panamá y Belice con casi el 80 y el 70% de cobertura en 2008, respectivamente); y con baja cobertura (El Salvador, que cubre casi un cuarto de la población, seguido de Guatemala, Nicaragua y Honduras, que cubre menos de un quinto de su población).

Entre los países con sistemas sanitarios segmentados, Guatemala, El Salvador y Honduras cuentan con regímenes especiales (tabla 2). En toda la región el peso relativo del aseguramiento privado es pequeño (aunque variable, como se discute luego).

Tabla 2
Centroamérica. Regímenes especiales en salud, por país

Países	Regímenes	Financiamiento	Afiliación	Condiciones de acceso familiar	Prestaciones
Guatemala	<i>Plan de Solidaridad Magisterial</i>	Ministerio de Educación	Datos no disponibles	Cónyuge, hijos < de 23 años	Medicina general, pediatría, ginecología y laboratorio
	<i>Sanidad Militar</i>	Datos no disponibles	Datos no disponibles	Datos no disponibles	Datos no disponibles
Honduras	<i>Sistema Hospital Militar</i>	Datos no disponibles	Datos no disponibles	Datos no disponibles	Emergencia, hospitalización, maternidad, radiología, laboratorio y farmacia
El Salvador	<i>Bienestar Magisterial</i> ^{1/}	Tripartito ^{2/}	Obligatoria	Cónyuge, hijos/as solteros/as < 21 años ^{3/}	Laboratorio, farmacia, hospitalización, medicina familiar, odontología, psicología
	<i>Sanidad Militar</i>	Presupuesto nacional	No aplica	Sin dato	Datos no disponibles

Notas:

^{1/} Presta servicios a través de hospitales públicos y privados con los que tiene convenios y de médicos de familia, odontología, psicología y especialistas afiliados al sistema, mientras que la distribución de medicamentos se realiza mediante farmacias privadas contratadas por BM.

^{2/} Global 11%. Patrón: 7,5%; Trabajador: 3%; US\$ 1 adicional por cuenta de docentes.

^{3/} Cubre gastos por maternidad de hijas menores solteras.

Fuentes: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. 1998; Holst, 2003; Hospital Militar, 2010; Presidencia de la República de Guatemala, 2010.

En términos de evolución de la cobertura, la situación es heterogénea. En 2008 se produjo un leve caída de la cobertura en Belice (-0.4) y Guatemala (- 0,2). En este último caso, la caída se venían produciendo desde antes y la crisis la acentuó, especialmente por la reducción del número absoluto de personas aseguradas directas. En cambio, en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, se mantuvo la tendencia previa a un lento aumento de la cobertura. De la mano de un ritmo positivo de crecimiento, en Panamá la cobertura mostró un aumento importante (+3,3). Aunque se carece aún de los datos, en 2009 la cobertura debería reflejar los efectos del notorio decrecimiento económico experimentado respecto a 2008.

Si vamos más atrás para ver las tendencias previas al advenimiento de la crisis, vemos que entre los tres países con mayor cobertura, ésta se mantiene estable en Costa Rica y presenta aumentos considerables en Panamá y Belice (10 y

5%, en sólo tres años, respectivamente). Dentro del grupo de países con baja cobertura destaca Guatemala cuya cobertura ha decrecido, en comparación con El Salvador, Nicaragua y Honduras adonde ha ocurrido un crecimiento de 2 a 3%.

Población económicamente activa

Usando la definición corriente de PEA (que considera como “inactivas” a las personas, generalmente mujeres, que no reciben remuneración por su trabajo, como es el caso de las amas de casa). Salvo en Costa Rica, adonde la seguridad social contempla aseguramiento no contributivo de la población pobre, la seguridad social aumenta o contrae su cobertura debido a las variaciones en el aseguramiento de la PEA, junto con la cual acceden además los familiares económicamente dependientes. De allí que los países muestra tendencias similares a las encontradas para la población total.

Panamá, Belice y Costa Rica tienen niveles de aseguramiento altos, en este orden. Si bien Costa Rica alcanza la mayor cobertura total de los tres países, tiene un nivel de desprotección de la PEA llamativamente mayor que Panamá y Belice: en Costa Rica está asegurada el 64.5% de la PEA, mientras que en Panamá y Belice casi el 80 y el 70%, respectivamente.

En sólo tres años, Belice aumentó su cobertura en 6% (1% más que para la población total), Costa Rica en prácticamente el 10% (considerablemente más que para la población total) y Panamá en el 16% (6% más). En Belice la seguridad social ha venido implementando programas de extensión de cobertura en atención primaria, por medio de contratos de compra de servicios a operadores de la red del Ministerio de Salud. En Costa Rica, además, este aumento principalmente se debió a una ampliación de la cobertura de trabajadores/as no asalariados/as que entre 2004 y 2008 pasó de 21.7 a 37.7%, en el marco de medidas vigentes desde mayo de 2005. En Panamá, el aumento de la cobertura refleja los cambios legales realizados en 2005 y vigentes desde 2006 en materia de pensiones (Ley 51), los cuales ampliaron la base contributiva de la seguridad social al incorporar a los trabajadores por cuenta propia (voluntariamente desde 2007 y obligatoria mente a partir de 2008 para quienes tienen ingresos anuales netos gravables por encima de los US\$9,600 anuales) y los empleados contratados por el Estado por servicios profesionales.

En el grupo de países con baja cobertura, la diferencia entre El Salvador y los restantes tres países es mayor que cuando se considera a la población total. En 2008, la cobertura de la población económicamente activa fue de 33,1% en El Salvador, y de sólo 21,7 y 20% en Nicaragua y Guatemala, respectivamente. Como se discute seguidamente, corrobora que en El Salvador, la población asegurada familiar es proporcionalmente menor que en los restantes tres países (ver cuadro 3).

Uno de los factores más importantes que inciden en el aseguramiento a la seguridad social es el tipo de inserción laboral asalariada o por cuenta propia y si

el marco legal de cada país excluye, establece la contribución voluntaria, o la define como obligatoria, por parte de la población no asalariada.

En un extremo encontramos a Costa Rica adonde en el año 2000 de definió un período de cinco años para que el aseguramiento fuera obligatorio también para la población no asalariada (CCSS, 2006). En Belice el aseguramiento incluye a los trabajadores por cuenta propia, aunque con un acceso diferencial en las prestaciones (BSSB, 2002). En Panamá, hasta 2007 de manera voluntaria y a partir de 2008 de manera obligatoria, se viene incorporando a los trabajadores independientes a este régimen. En El Salvador y Nicaragua, la seguridad social es obligatoria para la población asalariada y admite no asalariados/as de manera voluntaria (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1953¹⁵). Algo similar ocurre en Nicaragua adonde el aseguramiento es voluntario para trabajadoras domésticas, a domicilio, independientes, patronos, cooperativistas, campesinos, ocasionales y de temporada (regímenes especiales) (Congreso Nacional de Honduras, 1959). En Guatemala el aseguramiento es obligatorio para los asalariados, y voluntario para los independientes y trabajadoras domésticas (Congreso de la República de Guatemala, 1946).

En el otro extremo, en Honduras el aseguramiento es obligatorio para asalariados y excluye a trabajadores/as por cuenta propia. Bajo la administración Zelaya (2006-2009) fue creado el “Régimen Especial y de Afiliación Progresiva para Trabajadores Autónomos”, que incluye la protección por riesgos de enfermedad y maternidad (IHSS, 2008). No se dispone de evidencia que muestren la continuidad o discontinuidad de dicha política tras la interrupción del período de gobierno en junio de 2009.

El cuadro 3 presenta los datos procedentes de encuestas de hogares de los países.

Cuadro 3
Centroamérica: Cobertura de seguro médico o social según condición laboral

País	Población asalariada				Servicio doméstico				Población no asalariada			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Belice												
Costa Rica	83,7	84,7	86,0	86,4	68,2	70,4	73,5	70,9	64,6	67,6	69,9	70,3
El Salvador	47,2	49,1	50,8		8,7	8,8	6,3		11,2	10,7	6,9	
Guatemala	43,0				7,7				6,9			
Honduras	47,4	38,2			2,5	2,7			2,0	0,8		
Nicaragua ^{1/}	35,8				3,7				2,6			
Panamá	72,7	73,7	74,7	77,3	32,1	36,1	36,3	36,2	20,0	20,3	23,2	22,6

1/ Corresponde a 2005

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas de Hogares de cada país.

Los datos a partir de encuestas consolidan el aseguramiento que la población tiene mediante distintos regímenes, generales y especiales. La disponibilidad de

encuestas permite valorar tendencias en Costa Rica, Panamá, El Salvador y en menor medida, Honduras.

En toda la región las brechas de aseguramiento entre la población asalariada y no asalariada son enormes. Las tendencias son, sin embargo distintas: entre 2006 y 2009 en Costa Rica se produjo un incremento de la cobertura (incluso en 2009), mientras que en Panamá el incremento fue más pequeño y la brecha con la población asalariada mayor. En El Salvador, al igual que en Honduras, la tendencia ha sido a que más bien la cobertura se contraiga.

El trabajo doméstico, aunque asalariado, continúa clasificándose aparte. Una buena noticia es que en diez países de América Latina, en los últimos años han tenido lugar cambios dirigidos a mejorar la protección social de las trabajadoras domésticas (Blofield, 2008). En Centroamérica, Costa Rica presenta las mejores condiciones de igualdad: si bien hay un grado de evasión mayor a la que tiene lugar en la PEA, el aseguramiento está legalmente establecido como obligatorio (Martínez Franzoni, Mora y Voorend, 2009). Aún así, el nivel de aseguramiento de trabajo doméstico en Panamá y, especialmente, en Costa Rica, pareció alto para los porcentajes esperados. Por eso se controló, no sólo por categoría ocupacional, sino también por rama de actividad en el rubro de servicio doméstico, obteniéndose resultados similares.

En el resto de los países el aseguramiento es voluntario. Los cambios más recientes han ocurrido en Guatemala y El Salvador. Desde mediados de 2009 las trabajadoras domésticas guatemaltecas pueden asegurarse de manera voluntaria y acceder a prestaciones relacionadas con la maternidad, las emergencias, los accidentes de trabajo y la atención preventiva de sus hijos/as. En El Salvador, si bien existe una exclusión explícita, desde 2008 el ISSS anunció la puesta en marcha de cuatro planes de extensión de la cobertura de los servicios de salud, los cuales incluyen a las trabajadoras domésticas y a los comerciantes informales (ISSS, 2008b). Con estos cambios, las trabajadoras domésticas guatemaltecas y salvadoreñas pueden al menos tener acceso voluntario a la seguridad social. El camino queda así básicamente allanado para abordar los mecanismos de aseguramiento que permitan traducir esta posibilidad en aseguramiento efectivo.

En términos de la cobertura actual de las trabajadoras domésticas remuneradas, las brechas entre países es muy grande: en 2009, de más de 70% en Costa Rica, de menos del 5% en Honduras y Nicaragua, de menos del 10% en Guatemala y El Salvador, y de poco más de una tercera parte de todas las trabajadoras domésticas remuneradas en Panamá. En este último caso, la cobertura se ha mantenido independientemente de la crisis. En cambio, en El Salvador ha disminuido y en Guatemala, Honduras y Nicaragua no es posible establecerlo.

Relación aseguramiento activos/PEA

Detrás de esta cobertura de la seguridad social se encuentran situaciones distintas en cuanto a la suficiencia de las prestaciones, el aseguramiento directo y el aseguramiento familiar¹⁶ (cuadro 4). Costa Rica y Guatemala, con una cobertura total marcadamente distinta, se parecen en la proporción que el aseguramiento directo de la PEA tiene con respecto a la población asegurada (34%). Incluso Nicaragua, Honduras y El Salvador, tres países con bajos niveles de aseguramiento global, tienen mayor proporción de aseguramiento directo que Costa Rica con respecto al total de población asegurada (38, 45.2 y 56.5%, respectivamente). La mayor proporción de asegurados/as familiares por cada asegurado directo es, sin embargo, máxima en Nicaragua (1,48), seguida de Belice (1,44) y en tercer lugar Costa Rica (1,13). Los altos niveles de cobertura de Costa Rica, Panamá y Belice no se explican entonces necesariamente por un mayor aseguramiento familiar. La brecha principal está en la proporción de población asegurada activa, con respecto al total de la población: 28.7, 30.2 y 36.4% en Belice, Costa Rica y Panamá, respectivamente, en comparación a 13,5% en los países con sistemas sanitarios segmentados.

Cuadro 4

Centroamérica: Cobertura de la PEA alrededor de 2008

Sistema Sanitario	País	% de la población total	% de la población asegurada	Razón de aseguramiento activos y familiar
Unificados	Belice	28,7	41,0	1,44
	Costa Rica	30,2	34,0	1,38
Duales	Panamá	36,4	47,0	1,13
Segmentados	El Salvador	13,5	56,5	0,77
	Guatemala	7,7	34,7	1,25
	Honduras	8,5	45,2	1,21
	Nicaragua	8,7	38,0	1,48

Fuentes: BSBB, 2008; CCSS, 2008b; ISSS, 2008; IGSS, 2008; IHSS, 2007; INSS, 2007; CSS, 2008; OIT, 2010.

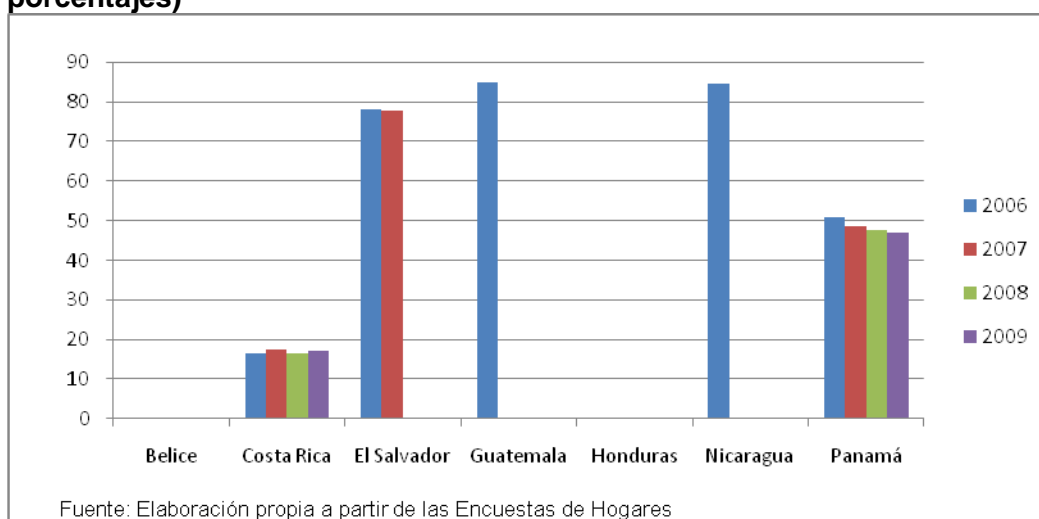
A diferencia de los restantes países, en Costa Rica el aseguramiento directo incluye a la PEA, a pensionadas/os y a personas aseguradas de manera no contributiva por el Estado.

Llama la atención la escasa cobertura de familiares en El Salvador (sólo 13% de la población total y con una relación de 0,77 asegurados/as familiares por cada asegurado/a directo/a).

Acceso a la salud pública

En cuatro de los seis países, las encuestas de hogares permiten conocer la proporción de la población que dice carecer de todo esquema formal de salud (gráfico 2). En Costa Rica es de menos del 20% y se mantenido relativamente estable, con variaciones que no parecen tener que ver con la crisis (en tanto si bien aumentó levemente en 2009, también lo había hecho en 2007). En Panamá, consiste con la importancia de la salud pública, es llamativamente alta la proporción de población que declara carecer de un esquema formal de salud (entorno al 50% de la población y con un descenso entre 2006 y 2009 que estaría asociado al aumento de la cobertura de la seguridad social). En los países con sistemas sanitarios segmentados, en los cuales la cobertura de la seguridad social es menor, la población sin esquema formal de salud es mucho mayor. En 2006 prácticamente el 85% en Guatemala y Nicaragua, y en 2006 y 2007 era cercana al 80% en El Salvador.

Gráfico 2
Centroamérica. Población sin esquema formal de salud
(en porcentajes)



Se esperaría que quienes carecen de un esquema formal de salud recurran a la salud pública. Sin embargo, sabemos que no es necesariamente así. Los servicios de la salud pública no siempre existen ni siempre están disponibles. Además, en la mayoría de los países de la región (en particular entre los países con sistemas sanitarios segmentados) el acceso de familiares económicamente dependientes a la seguridad social está restringido a servicios muy específicos (como maternidad para las cónyuges y controles básicos de salud para niños y niñas). Es por eso que las estimaciones relativas al acceso a la salud pública presentan tan serias limitaciones: constituyen aproximaciones al acceso *esperado* (población total menos cobertura de la seguridad social), antes que al efectivo.

Las estimaciones relativas al acceso privado mediante el pago de bolsillo, también presentan limitaciones en cuanto a la metodología y a la comparabilidad entre países. En Guatemala, por ejemplo, se estima que las ONG atienden al 30% de la población con prestaciones, sin embargo, variables. Además, la importancia del aseguramiento privado es pequeña pero variable entre países: el 0.2% de la PEA en Guatemala pero entre 1 y 5% en El Salvador (OPS, 2007c) (ver dimensión de sostenibilidad financiera por discusión sobre importancia relativa de los seguros médicos privados).

El cuadro 5 presenta el porcentaje de la población que se estima carece de acceso a servicios de salud (el cual descuenta pago de servicios privados y cobertura de la seguridad social). Estos datos podrían también estar sobreestimando el acceso a la salud pública (en particular de Nicaragua y Honduras, adonde se estima en un 60%, en comparación a Guatemala con un 27%, a Panamá con un 35% y a El Salvador con un 40%). Llama la atención que Panamá y Guatemala muestren niveles similares de personas sin ningún tipo de acceso, lo cual se debe al papel de las ONG en Guatemala.

Cuadro 5

Centroamérica. Población sin cobertura de la seguridad social o ningún acceso al sistema de salud. 2007

País	Porcentaje de la población		Población Económicamente Activa ^{2/}
	Sin seguro social	Sin ningún acceso al sistema de salud	
Costa Rica	13	0	0
Belice ^{1/}	31	S/D	S/D
Panamá	35	20	629.709
Guatemala	82	20	2.735.941
El Salvador	84	42	2.962.784
Honduras	82	30	2.314.702
Nicaragua	92	28	1.699.433
Promedio	73	24	10.342.569

1/ Subestima la falta de seguro social porque considera sólo cotizantes activos último mes

Fuente: Estado de la Región (2008) a partir de OPS (2007). En el caso de Belice el dato de cobertura corresponde a fuentes oficiales. El 31% de la población de Belice carente de seguro social en 2007 equivalía a 91,304 personas.

Estos datos refuerzan la necesidad de contar con mejores estadísticas, posiblemente procedentes de encuestas de hogares, que permitan establecer con mayor precisión el acceso efectivo al sistema de salud (y a los determinados servicios que permite el acceso a los respectivos sistemas).

En general, se carece de información relativa a las estrategias que quienes carecen de esquemas formales de acceso a la salud despliegan para tener, de todas maneras, algún tipo de acceso a prestaciones. Es de esperar que la consulta informal en farmacias tenga un papel importante, como también la medicina tradicional y a los consejos de familiares y vecinos. A los efectos de

promover aumentos en la cobertura, se trata éste de un tema en el que debería profundizarse.

Papel de las transferencias condicionadas

Al menos en Guatemala, El Salvador y Honduras, los programas de transferencias monetarias condicionadas han contribuido a un aumento no estimado de los servicios básicos de salud, en particular, entre madres y niños/as. Desde 2005, en El Salvador, el programa Red Solidaria ha coordinado con los ministerios de línea (de Salud y de Educación) la ampliación de la oferta de servicios en comunidades rurales, que a su vez le permitiera al programa condicionar las transferencias. El tratarse de un programa con apoyo político del más alto nivel, con una conducción ejercida desde la Presidencia de la República, facilitó un alto nivel de coordinación y una priorización de la asignación de recursos acorde a las metas del programa de transferencias monetarias.

También en Guatemala y en Honduras ha tenido lugar una ampliación de cobertura. En Nicaragua la Red de Protección Social se llevó a cabo como un programa piloto durante la administración de Bolaños (2002-06). El programa fue reemplazado por otro con características algo distintas durante la administración de Ortega (2007-2011).

2.3.2 Medidas para contrarrestar la crisis

Para fines de 2008, la cobertura se había contraído sólo en Nicaragua. Sin embargo, cuando consideramos 2009, también se contrajo en Costa Rica y El Salvador. Sería esperable que lo mismo haya ocurrido con los restantes países centroamericanos cuyas economías se contrajeron, pero para los cuales la información de 2009 no se encuentra aún disponible.

Del medio millón de empleos que CEPAL (2009a) estima se habrán perdido en Centroamérica al final de esta crisis, una proporción será de personas que tenían cobertura de la seguridad social y que la habrán perdido junto con su empleo. En ausencia de mecanismos no contributivos, cualquier aumento del desempleo, del subempleo y de la informalidad, afectará el aseguramiento, no sólo directo, sino también familiar.

En el caso de la salud pública el acceso no está mediado por el mercado laboral, pero sí por la contracción del presupuesto público y por la proporción de éste que se destina a la política social en general, y a la política de salud en particular. Es esperable que la crisis afecte los recursos destinados a los servicios de salud, conllevando mayores restricciones en la cantidad de personas atendidas así como en la cantidad y calidad de las prestaciones disponibles.

En términos de la capacidad de compra de servicios privados por parte de la población, es de esperar que la pérdida de poder adquisitivo asociada a la crisis, afecte la capacidad de compra de servicios privados de bolsillo. A esta pérdida

de poder adquisitivo, durante 2008 y 2009, contribuyó el retorno de una proporción no estimada de inmigrantes desde los Estados Unidos, un aumento del flujo intra regional, en particular, aunque no sólo de NICARAGUA a COSTA RICA, y una reducción de remesas, en promedio, en 1,7% entre 2006 y 2009 (cuadro 2.3.2.1). Esta reducción afecta particularmente a los países con sistema sanitarios segmentados, en los cuales la importancia relativa de las remesas respecto al PIB es muy alta (antes de la crisis, en un rango respecto al PIB de entre 11,9% en Guatemala y 21,6% en Honduras antes de la crisis, y de entre 10,5 y 17,2% después). En 2008, un 12% de las remesas Guatemaltecas se destinó a compra “de bolsillo” de servicios de salud y educación, en Nicaragua se trató de un 12% sólo destinado a salud, solo superado por el rubro de alimentos (OIM en Badillo y otros, 2009). En materia de salud se trata de un gasto ante eventos de enfermedad que, además de ineficiente, es altamente regresivo (Badillo y otros, 2009a:73).

Cuadro 6
Centroamérica: Remesas como porcentaje del PIB

País	2006	2007	2008	2009
Total Región	10,5	10,3	9,5	8,7
Belice	7,7	8,2	8,1	7,4
Costa Rica	2,3	2,1	2,1	1,8
El Salvador	17,8	18,1	17,1	16,2
Guatemala	11,9	12,1	11,1	10,5
Honduras	21,6	20,6	18,9	17,2
Nicaragua	17,9	17,4	15,7	14,9
Panamá	1,7	1,6	1,4	1,2

Fuentes: Elaboración propia con datos del FOMIN; CEPAL, Anuario Estadístico 2009; CMC, Informe Económico Regional 2009; Banco Central de Belice, Reporte Anual 2009; Contraloría General de la República de Panamá, Informe PIB Trimestral, Boletín 3/2010.

Del lado de la demanda social, sería esperable un aumento de la demanda de servicios públicos, precisamente por la caída o bajos niveles de aseguramiento, como por la contracción de las remesas.

Frente a esta situación, ¿cuáles han sido las medidas tomadas por los gobiernos centroamericanos? Fuera de la región, en Chile las reformas previas la crisis reforzaron la solidaridad del sistema y el sistema público acoge a quienes pierdan su afiliación privada. Los sistemas públicos universales de Brasil y Cuba funcionarán de manera similar, aunque en Brasil la segmentación incide negativamente (Mesa-Lago, 2009a).

Los datos de 2009 muestran que en Costa Rica y El Salvador, el aseguramiento se contrajo. En Costa Rica, se debió a una reducción del aseguramiento de la población asalariada, no así de la no asalariada, que más bien aumentó. Igual ocurrió con el aseguramiento no contributivo. Este último en 2007 ya había mostrado un aumento (cuadro 7), por lo cual éste no parece haber estado asociado solamente a la crisis. Combinados, sin embargo, no lograron revertir un

descenso de 1,7% del aseguramiento total (CCSS, 2009; cifras a junio de cada año).

Cuadro 7

Costa Rica: Evolución del acceso al Seguro por Cuenta del Estado. 2007-2009

Descripción	2007	2008	2009
Población total con Seguro por el Estado (%)	11,5	10,4	11,5
Personas con Seguro por el Estado	508.735	471.449	531.355
Asegurados/as por el Estado como % de asegurados/as de forma directa	33,2	28,4	31,7

Fuente: Elaboración propia con datos de la CCSS.

En El Salvador entre 2008 y 2009 la PEA aumentó en 57.039 personas pero el aseguramiento se redujo en 38.000 (ISSS, 2009). Las personas cotizantes se redujeron en 16.686 personas y las aseguradas en calidad de familiares en 21.374 distribuidos de igual manera entre cónyuges e hijos/as.

En Guatemala, adonde la cobertura se encontraba estancada desde antes de la crisis, en 2008, por primera vez en más de cinco años, el crecimiento de las personas afiliadas a la seguridad social se redujo en términos absolutos (en 0.63% entre diciembre de 2007 y diciembre de 2008) y relativos (-0.95% durante el mismo período). Durante los años previos, aunque se hubiera contraído la cobertura en términos porcentuales, el número absoluto de personas afiliadas había continuado aumentando. Paralelamente, como medida propia de la actual administración de gobierno, se discute una “Ley general de protección social de la salud”, el cual establece una ampliación de la cobertura en un período de 10 años, enmarcado en el Plan Nacional de Protección Social de Salud. En su etapa inicial (3 años) se prevé afiliar a toda la población trabajadora asalariada, incluyendo trabajadoras domésticas. En la etapa intermedia (5 años) el IGSS deberá realizar los estudios pertinentes para incluir a trabajadores/as por cuenta propia y asalariados temporales. En la etapa de consolidación (2 años), se completará la afiliación del resto de la población, como desempleados, menores de edad y tercera edad (IGSS, 2008).

En Honduras, previo al golpe de Estado se venía trabajando por una ampliación de la cobertura (CEPAL, 2009b).

De los planes anticrisis diseñados por los gobiernos de Centroamérica, se identificaron medidas en El Salvador y en Nicaragua. En El Salvador, desde mediados de 2009 se definió ampliar el período de acceso a la salud de tres a seis meses con posterioridad a la pérdida del empleo, así como mejorar los niveles de cumplimiento que se presumía escaso de los tres meses

preexistentes. Esta medida, junto con la ampliación de la cobertura, parece hacer de El Salvador, el único de los países centroamericanos que está implementando medidas contracíclicas en materia de cobertura de la seguridad social.

Mientras que las medidas salvadoreñas van dirigidas a mantener cobertura, las definidas en Nicaragua con las únicas en Centroamérica que contemplan su ampliación, mediante la creación de 55 centros y unidades de salud. Estos serán financiados mediante una asistencia por \$343 millones proporcionada por el BCIE, que tiene como fin la construcción de infraestructura (Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, 2009:5; Sandino, 2009). La actual Política Nacional de Salud enfatiza la extensión de la cobertura entre sectores de la población que viven en condición de extrema pobreza. El gobierno de Ortega ha retomado el énfasis en la seguridad social, promoviendo una extensión de la cobertura urbana (MINSAL, 2008:19-20). Se trata de una ampliación de medidas ya existentes y que serían igualmente necesarias de no mediar la crisis económica.

El único otro país de América Latina que reportó enfrentar la crisis con medidas dirigidas a ampliar la cobertura de la seguridad social es República Dominicana. Allí, a inicios de 2009 se amplió la cobertura del seguro familiar de salud en el régimen contributivo (CEPAL, 2009b).

En Costa Rica no se identifican medidas específicamente anticrisis en esta materia. Sin embargo, es el país centroamericano con mejores condiciones para enfrentar los efectos de la contracción económica. En tanto procede de la planilla laboral y del impuesto de ventas, el financiamiento del acceso no contributivo mediante el llamado “Seguro por el Estado”, es procíclico. Sin embargo, el contar con este mecanismo, que incluso cubre a familiares, le da al país una fortaleza, como también se la da el venir expandiendo la cobertura contributiva de la población activa no asalariada. De hecho ya en el marco de la crisis, Costa Rica reportó aumentos en la inversión en salud (CEPAL, 2009b), tema éste que se aborda luego, bajo la dimensión de sostenibilidad financiera.

2.4 Suficiencia de las prestaciones

Dos criterios son fundamentales para caracterizar los sistemas. El primero alude al criterio de acceso. Los sistemas de atención médica se diferencian según dispongan o no de servicios universales, es decir, para toda la población, independientemente de si el acceso es contributivo o de si se está en condiciones de necesidad ó de pobreza (ver dimensión de cobertura). El segundo criterio alude a las prestaciones o servicios a los que se tiene acceso. El acceso al sistema de salud es condición necesaria pero no suficiente para un adecuado funcionamiento de los sistemas sanitarios. Bajo suficiencia de prestaciones interesa este segundo aspecto.

De más está decir que la determinación de cuántas, cuáles prestaciones y en qué momento del ciclo de vida son suficientes, es un tema complejo y que difícilmente se puede establecer haciendo abstracción de las condiciones sociales y fiscales que rodean a los sistemas de atención de la salud. A continuación se discuten fortalezas y debilidades de los sistemas a partir de su desempeño en materia de prestaciones básicas y de servicios de alta complejidad; del acceso efectivo a las prestaciones; y de la calidad y oportunidad de los servicios disponibles. Antes que de presentar un análisis de los servicios médicos propiamente dichos, estos indicadores se utilizan con el objetivo de caracterizar de manera comparada los sistemas.

Los indicadores empleados para abordar esta dimensión son relativamente adecuados, aunque no necesariamente la confiabilidad de los datos. Esta es una de las dimensiones en las que los países podrían hacer un mayor esfuerzo de estandarización que admita mayores y mejores grados de comparabilidad. Una de las dimensiones para la que se carece de datos comparables es la de tiempos de espera y capacidad de resolución de los respectivos sistemas.

2.4.1 Caracterización

A continuación se presenta primero el acceso a los servicios por parte de la población en general, para luego abordar variaciones asociadas al tipo de acceso (contributivo, no contributivo; directo o familiar). Dos indicadores de suficiencia de las prestaciones de salud en América Latina son el otorgamiento de un paquete básico universal (es decir, a toda la población), y la cobertura de enfermedades catastróficas o acciones de alto costo y complejidad (cuadro 8) (Mesa-Lago, 2009).

Cuadro 8
Centroamérica. Suficiencia de prestaciones, básica y compleja. 2007

Sistema Sanitario	País	Servicios básicos	Alto costo y complejidad	
			Salud pública	Seguridad Social
Unificado	Costa Rica	Sí	--	Sí
	Belice	Sí	--	No
Dual	Panamá	Sí	Parcial	Sí
	El Salvador	No	Sí	Sí
Segmentado	Guatemala	Sí, limitado	No	Sí
	Nicaragua	Sí, muy limitado	No	Sí
	Honduras	No	No	Sí

Fuente: Adaptación de Mesa-Lago (2009a) en función de fuentes primarias y habiendo agregado Belice (Figueroa, 2010).

Similar a Cuba que también tiene un sistema unificado, Costa Rica cuenta con servicios que son a la vez universales y comprensivos (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1973; Ministerio de Salud, 2007b). En Belice la seguridad social no contempla servicios catastróficos, por lo cual tiene servicios

universales pero no comprensivos. Lo opuesto ocurre en el marco de la seguridad social en Panamá, adonde los servicios son comprensivos pero no universales. El sistema se complementa con una orientación focalizada y de servicios básicos en el marco de la salud pública. Los restantes países tienen, ó bien servicios básicos, generalmente focalizados, ó bien atención comprensiva (aunque con calidades diversas que se abordan más abajo) para la población asegurada de manera contributiva, directa, aunque no familiar. En América Latina, en este grupo de países, sólo la República Dominicana cuenta con un paquete básico de servicios (Mesa-Lago, 2009).

En Guatemala y Nicaragua se consigna que el paquete básico es limitado o muy limitado. En Guatemala se lleva a cabo mediante el Sistema de Atención en Salud (SIAS), el cual articula prestación pública y de ONG. En Nicaragua, el sector público solo atiende a niños/as pequeños/as y a mujeres embarazadas. De igual manera, en la seguridad social, las prestaciones dependen de si se trata de la persona asegurada directa o de la familia, y existe además un paquete reducido para la población adulta mayor.

El costo de cubrir los riesgos catastróficos es muy alto y resta recursos escasos para financiar servicios básicos que debería tener ser universales y prioritarios en tanto resolverían la mayoría de los problemas de salud típicos de la región, en función de su perfil de morbilidad (Mesa-Lago, 2009), es decir, de los niveles de su mortalidad y de sus causas. Por eso, cuando menor la cobertura y mayor la segmentación de las prestaciones, mayor es la tensión entre más contar con todas las prestaciones para pocas personas, ó contar con prestaciones garantizadas para toda la población. En Centroamérica, los países con sistemas unificados y duales cuentan con servicios de alto costo y complejidad. Entre los segmentados, sin embargo, la situación es variable: El Salvador y Nicaragua los tiene bajo la seguridad social y la salud pública, mientras que el resto de los países los tiene bajo la seguridad social pero no bajo la salud pública. Esta situación es comparable al resto de América Latina. En este grupo de países, todos cuentan con servicios de este tipo bajo el subsistema de seguridad social pero sólo República Dominicana los tiene además bajo el subsistema de salud pública (Mesa-Lago, 2009).

En la mayoría de los países analizados se carece de cobertura de riesgos catastróficos. En Costa Rica y Panamá se presta desde la seguridad social (OPS, 2004). En los restantes países la hay, al menos legalmente: bajo ambos subsistemas en Guatemala (OPS, 2007; IGSS, 2009) y Honduras (Martínez, 2003; Secretaría de Salud de Honduras, 2005; Badillo y otros, 2009b); y desde el subsistema público, que además le vende este tipo de servicios a la seguridad social, en Nicaragua (Presidencia de la República de Nicaragua, 2002: artículo 45¹⁷). En Belice y en El Salvador, en principio se carece de protección frente a enfermedades catastróficas. Sin embargo, la legislación más reciente relativa a la coordinación en la prestación de los servicios por parte de operadores públicos y privados (desde la seguridad pública en el primer caso, y desde la salud pública en el segundo), establece puentes entre el sistema público (como

regulador) y los servicios privados (en tanto prestadores) para hacerle frente a los riesgos catastróficos (BSSB, 2003; Asamblea Legislativa, 2005). Distinta es la situación de Honduras, adonde explícitamente el gobierno ha dicho que “paulatinamente, [se] está dejando de financiar la oferta de servicios y está dirigiendo sus esfuerzos al financiamiento de la demanda” (Secretaría de Salud de Honduras, 2005:3).

Como lo muestra el cuadro, hay una relación entre el tipo de sistema y la suficiencia de las prestaciones. Los países con sistemas segmentados tienden a ofrecer prestaciones de alto costo y complejidad a una proporción relativamente pequeña de la población, no así servicios básicos a la mayoría. Por ejemplo, en El Salvador los servicios se dirigen a las poblaciones rurales y urbano-marginales y son fundamentalmente curativos (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2004; 2005; 2007a; Argueta, 2007). En Guatemala, tras la firma de los Acuerdos de Paz, el MSPAS ha venido implementando un programa de extensión de cobertura (OPS, 2007a:35). Este busca proveer de un paquete básico a quienes carecen de acceso a los servicios de atención secundaria y terciaria (Flores, 2004b:34). El que el financiamiento privado de la salud tenga un papel tan importante (Véase Sostenibilidad financiera) incide de manera negativa sobre la calidad de las prestaciones y la equidad en el acceso.

2.4.2 Acceso efectivo

Los indicadores previos relativos a la existencia de un paquete básico y al acceso a servicios de alta complejidad, aluden al acceso esperado, no necesariamente efectivo, que tiene la población a los servicios. Es por eso importante complementarles con indicadores de este segundo tipo. Para ello, el cuadro 9 presenta un básico relativo al acceso a servicios médicos: el relativo a los partos asistidos por personal sanitario especializado. Este establece la relación porcentual entre los partos atendidos por médicos/as, enfermeras, matronas y agentes calificados de atención primaria de salud o matronas tradicionales capacitadas, y el total de nacimientos estimados.

Se trata de una prestación fundamental para las madres y para niños y niñas. Dos de los ocho Objetivos del Milenio se relacionan directamente con las condiciones del parto (además de embarazo y del post-parto): la meta de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (objetivo 4) y la meta de reducir la mortalidad materna, (objetivo 5) ambos objetivos a los que se han comprometido todos los países centroamericanos¹⁸.

El cuadro muestra que la brecha entre los promedios latinoamericano y centroamericano es muy alta: 33%. Si consideramos que algunos de los países centroamericanos cuentan con los porcentajes más altos de América Latina, da una idea de cuán bajas son estas proporciones en los restantes países.

Consistentemente con su desempeño en las dimensiones previas, Costa Rica presenta la proporción más alta de partos asistidos, seguido de Belice y Panamá. Durante el período considerado, los dos primeros países

experimentaron mejoras (de 94,3 a 98,7% y de 90,6 a 84,8% en Costa Rica y Belice, respectivamente). En Panamá, en cambio, la proporción de partos asistidos se han mantenido estancados (91,1 y 91,5% entre 2005 y 2007).

Cuadro 9

Centroamérica: Evolución de partos asistidos por personal sanitario especializado

Descripción	Países	OPS 2007	OPS 2009		
Promedio América Latina		87,8	88,3		
Promedio Centroamérica		54,5	55,4		
Unificados	Belice	90,6	2006	94,8	2008
	Costa Rica	94,3	2006	98,7	2007
Duales	Panamá	91,1	2005	91,5	2007
Segmentados	El Salvador	43,9	2005	43,7	2005
	Guatemala	31,4	2004	31,4	2007
	Honduras	66,9	2001-05	66,9	2006
	Nicaragua	79,7	2005	84,0	2007

Fuente: OMS, 2007d; OPS, 2009.

Entre los países con sistemas sanitarios segmentados, el mejor desempeño lo tiene Nicaragua. No sólo tenía la mayor proporción de partos asistidos por personal especializado (84% en 2007, más del doble de Guatemala) sino un incremento del 4% entre 2005 y 2007 (de 79,7 a 84%). El peor desempeño según este indicador lo tiene Guatemala, con sólo un tercio, 31,4%, de partos asistidos. Allí, sin embargo, las comadronas indígenas atienden más del 50% de los partos en el país y 8 de cada 10 partos en la región occidental (Martínez Franzoni, 2008). Sería importante que las estadísticas oficiales registren esta atención que además de reflejar una especialización, cuenta con protocolos de certificación. En todo caso, la alta mortalidad infantil guatemalteca, sugiere la existencia de problemas de salud en general, y de insuficiente atención médica en particular.

Llama la atención el estancamiento de El Salvador con el segundo porcentaje más bajo de Centroamérica (43,9%) y la ausencia de datos actualizados que permitan valorar qué ha ocurrido más recientemente.

2.4.3 Calidad y oportunidad de los servicios

Además del tipo de prestaciones, la suficiencia requiere que éstas estén disponibles cuando se necesitan (criterio de oportunidad) y con los estándares apropiados (criterio de calidad). En general, los servicios de la seguridad social tienen mayor calidad y oportunidad que los servicios de la salud pública, y los privados que los de la seguridad social (aunque también ocurre que están, en sí mismos, altamente segmentados). A su vez, los servicios de salud de la seguridad social están segmentados entre regímenes generales y especiales.

Si bien no se aborda en este estudio, en términos de calidad, uno de los aspectos a considerar tiene que ver con los medicamentos. Las deficiencias en esta materia se discuten desde mucho antes de la crisis en países con sistemas de salud distintos como es el caso de Panamá y de El Salvador.

En términos de oportunidad, el principal reto alude a los tiempos de espera. Aunque Costa Rica presenta el mejor desempeño en materia de cobertura y de suficiencia de las prestaciones, para algunas especialidades quirúrgicas (como cirugía general, ginecología y ortopedia) y para algunos estudios (como gastroscopías y mamografías) se presentan listas de espera mayores a 3 meses, las cuales pueden incluso ser mayores a un año. Esto ocurre a pesar de la ampliación de horarios y de la compra de servicios especializados a terceros, como los de radioterapia, oftalmología y anatomía patológica, (OPS, 2004: 34). Esta situación podría estar relacionada con que en 2007 se reporte que un 30% de los hogares haya recurrido a los servicios privados. Esta situación plantea interrogantes acerca de la proporción de familias que estaría ante esta necesidad en los países con sistemas segmentados, adonde el ingreso es menor, pero las carencias de los servicios públicos son mucho mayores.

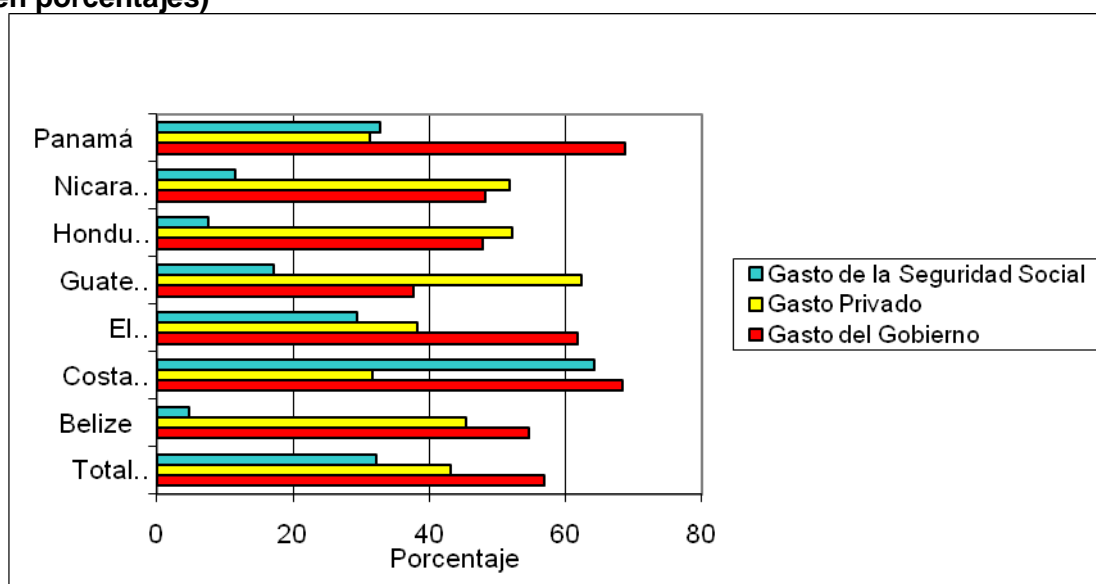
En Nicaragua, si bien los servicios del subsistema de seguridad social tienen innumerables problemas de oportunidad (como filas o largos tiempos de espera), los servicios del subsistema público a los que teóricamente tiene acceso la mayoría de la población que declara carecer de aseguramiento, tienen problemas de mala calidad como el hacinamiento o la falta de implementos básicos para la atención médica.

En Guatemala, la prensa ha señalado que la red hospitalaria enfrenta serios retos para hacer frente a la demanda de servicios, que hay desabastecimiento de medicamentos y falta de recursos humanos para hacer frente, no sólo a las enfermedades crónicas y agudas, sino también de atención primaria para hacer frente enfermedades como el dengue y la gripe A, y para combatir la desnutrición. Sin embargo, no fue posible identificar fuentes oficiales que documenten este tipo de problemas.

El gráfico 3 presenta la importancia relativa del gasto según subsistemas de atención de la salud, en tanto indicador de la calidad y oportunidad de los servicios públicos. Dado que el objetivo es este y no el análisis del financiamiento de los servicios médicos en general (el cual se aborda luego bajo

la dimensión de financiamiento), por lo pronto no se desagrega el gasto privado según sea prepago o de bolsillo. Los datos muestran que en países con sistemas segmentados de atención de la salud, concretamente en Guatemala, Honduras y Nicaragua, el gasto privado supera al público y la seguridad social se encuentra muy atrás de ambos. El Salvador se distingue porque, aunque el gasto en seguridad social también está detrás del gasto privado, a diferencia de lo que ocurre en los restantes tres países con sistema sanitario segmentado, el gasto público es mayor que el privado.

Gráfico 3
Centroamérica: Importancia del gasto en cada sector respecto del gasto total en salud. 2006
(en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos de OMS, 2009; Programa Estado de la Región, 2009.

En Costa Rica, los principales rubros a los que se destina el gasto privado son la automedicación, los servicios cosméticos y la prestación a través de proveedores directos para el caso de familias de ingreso medio. En Belice, la implementación del NHI es uno de los factores explicativos de la pérdida del peso relativo del gasto privado dentro del conjunto del gasto en salud. En Panamá, la existencia de un sistema de seguridad social financiado de modo tripartito, en gran medida explica el mayor peso relativo del gasto público sobre el privado. En los países con sistemas de salud segmentados, los escasos niveles de cobertura de la seguridad social contribuyen a explicar el importante peso relativo del gasto privado, el cual ha mostrado una tendencia al aumento desde muchos años antes de la crisis económica actual (Bitrán, 2004).

2.4.4 Medidas para contrarrestar la crisis

La crisis ha afectado a los países de manera diversa, en general acentuando los problemas preexistentes. Los países que estaban mejor preparados, no parecen estar siendo afectados, mientras que los países peor preparados enfrentaban y enfrentan problemas relacionadas con la brecha entre la oferta de servicios y la demanda social, que los efectos de la crisis económica no hacen sino poner aún más en evidencia. Por ejemplo, aunque también asociado a la crisis política, en Honduras durante 2009 la prensa reportó la suspensión de cirugías debido a falta de insumos por negativa de proveedores de entregar insumos debido a deudas previas (El Heraldó, 13/10/2009; La Tribuna, 11/11/2009).

En la mayoría de los países se carece de medidas específicas para enfrentar la crisis con relación a la suficiencia de los servicios sanitarios, sean éstas legislativas o otra índole, contingentes o permanentes. La excepción son Honduras y El Salvador. Sin embargo, si se identifican propuestas o medidas en materia de suficiencia de prestaciones, que, aunque no diseñadas como respuesta a la actual crisis, podrían incidir en la mitigación de los efectos que tenga la misma. Haciendo un repaso según país, se encuentra que:

- En El Salvador, en el marco de un plan anticrisis, se han promovido dos medidas: el abastecimiento de medicamentos en los establecimientos de salud pública de los tres niveles de atención, y la atención integral de salud y de nutrición a niños y niñas entre 0 y 3 años que habitan en cien municipios con un alto grado de desnutrición (CEPAL, 2009b; Secretaría Técnica de la Presidencia de El Salvador, 2009). Aunque las medidas, en particular la primera, estaba prevista desde antes de mediar la crisis, ésta le ha dado mayor legitimidad social a la actuación en este campo, y por lo tanto mejores condiciones para avanzar más rápidamente.
- En Honduras se reporta haber destinado recursos a poner en marcha un paquete básico de salud (CEPAL, 2009b). En este caso se encontraron referencias de prensa enfocados en la insuficiencia de las prestaciones médicas, asociadas a la falta de medicamentos, equipo y material médico-quirúrgico, así como del papel de la medicina indígena o tradicional para atender distintos tipos de problemas de salud (El Heraldó, 10/11/09).
- En Panamá existe el Programa de Protección Social y Apoyo a la Red de Oportunidades (Ministerio de Salud de Panamá, 2009b). Uno de sus componentes consiste en “incrementar la cobertura y fortalecer la calidad de la oferta de servicios de salud materno-infantil, en las comarcas indígenas, con acciones comunitarias culturalmente pertinentes de promoción del crecimiento y prevención de la desnutrición”. Para mayo de 2009, apenas se había cumplido con la fase de investigación e identificación de problemas. Ha sido financiado con recursos provenientes de préstamos del BID y del Banco Mundial.
- En Guatemala parecen haber habido recientemente propuestas para ampliar la cobertura a la esposa o compañera de afiliado directo. Según la prensa

ésta ha sido impulsada por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Colegio de Médicos y Cirujanos, el mismo año 2008 habría presentado al Congreso un segundo proyecto que proponía ampliar la cobertura de familiares para la esposa, esposo o conviviente de los afiliados, así como sus hijos/as de entre 5 a 18 años. Estos proyectos habrían contemplado además, la atención a los padres del afiliado que sean económicamente dependientes de éste, así como de los hijos con discapacidad permanente. Ha sido sin embargo imposible corroborar esta información de prensa (Prensa Libre, 2008) con ninguna otra de carácter oficial como el propio Congreso de Guatemala.

En ningún caso se han identificado medidas dirigidas a atender problemas de salud asociados a la crisis, tal como aquellos relacionados con la salud mental, debido a la pérdida del empleo.

2.5 Sostenibilidad financiera

Las crisis afectan adversamente el equilibrio financiero y actuarial de los sistemas de salud en general y de atención médica en particular, tanto debido a la caída de los ingresos (por aumento del desempleo, de la informalidad y de la evasión ó morosidad, y la consiguiente caída en las contribuciones salariales, los aportes fiscales, la rentabilidad de la inversión y las reservas), como al aumento de los gastos (debido a mayor demanda por prestaciones de desempleo y asistencia social, aumento en los costos de medicamentos y equipo sanitario en contextos inflacionarios) y a la contracción de la reserva por disminución de la rentabilidad (Mesa-Lago,2009a).

A continuación se presentan primero el gasto destinado a la salud (público y privado), y su evolución, seguido de las estadísticas oficiales disponibles en materia de ingresos y egresos. Como se muestra, los datos permiten caracterizar la situación financiera aunque son insuficientes aún para hacer un balance relativo a los efectos de la crisis sobre los respectivos equilibrios financieros.

2.5.1 Caracterización

Los indicadores relativos a los ingresos permiten conocer la composición del financiamiento de la seguridad social, el total de los recursos destinados a la salud, independientemente del subsistema de que se trate y su evolución. Luego se presentan los ingresos, egresos e inversiones de la seguridad social, en tanto uno de los pilares para fortalecer los sistemas de atención médica.

Ingresos

Los siguientes cuadros presentan las dos principales fuentes de ingreso de los sistemas de atención médica: la pública y la privada. El gasto público se presenta como porcentaje del producto interno bruto y en términos absolutos, como monto por habitante.

Los recursos de la salud pública provienen del gobierno central mientras que los recursos de la seguridad social corresponden a contribuciones tripartitas, es decir, realizadas por trabajadores/as, empleadores y gobierno (cuadro 10). En los dos sistemas unificados (Costa Rica y Belice), la seguridad social recibe además fondos destinados a financiar a la población de escasos recursos.

Cuadro 10

Centroamérica: Porcentaje de contribuciones a la seguridad social en materia de salud

Países	Asalariados/as				No asalariados/as		
	Global	Patronos	Trabajadores	Estado	Global	Trabajador	Estado
Belice							
Costa Rica	15,00	9,25	5,50	0,25	4,75-7,75	Hasta 7,36	Hasta 3,64
Panamá	8,50	8,00	0,50		8,50	8,50	0,00
Guatemala	8,00	4,00	2,00	2,00	Excluidos	0,00	0,00
El Salvador	10,50	7,50	3,00	\$ 571	10,50	10,50	\$ 571
Honduras	8,00	5,00	2,50	0,50	7,5	7,5	0,00
Nicaragua	8,50	6,00	2,25	0,25	14,00	13,50	0,50

Fuentes: Mesa-Lago, 2008, excepto El Salvador: www.iss.go.sv.

En Belice, este mecanismo de financiamiento legalmente establecido (contributivo para los afiliados y no contributivo para los no afiliados), no ha funcionado adecuadamente. La mayor parte del financiamiento proviene del presupuesto nacional, lo cual actualmente afecta la viabilidad financiera del sistema. Como mecanismo de recuperación de costos, opera además un pago directo por el uso de algunos servicios, en particular curativos, el cual sin embargo representa una cantidad mínima (SSB, 2010).

Costa Rica es el país con mayor proporción de la planilla laboral destinada al seguro social en materia de salud: 15%, seguida de El Salvador con 10.5% y luego por los restantes países con 8.5% (Panamá y Nicaragua) u 8% (Guatemala y Honduras).

Además del aseguramiento contributivo, el aseguramiento por el Estado en Costa Rica cuenta con un financiamiento específico (combinación de impuesto a la planilla e impuesto de ventas en el marco del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, FODESAF). Este financiamiento es procíclico y tiende a contraerse ante crisis económicas.

El cuadro 11 presenta una radiografía de estas fuentes para el último año para el cual se cuenta con datos comparables. Sería útil contar con datos estadísticos relativos a la cooperación internacional, una fuente cuya importancia tiende a ser mayor, cuanto menor es el financiamiento público de los países.

La brecha entre gasto público y gasto privado (medido con relación al PIB), permite distinguir dos grupos de países: aquellos en cuales el gasto público es mayor que el privado (Panamá, Costa Rica, Belice y El Salvador, en ese orden) y aquellos en los que el gasto privado es mayor que el público (los países con sistemas segmentados de salud). De los tres primeros países, Panamá muestra una mayor diferencia (3.6%) a favor del gasto público. En Belice y El Salvador el gasto público es 1.4 y 1.1% mayor que el privado con respecto al PIB, respectivamente. Así, El Salvador se distingue de los restantes tres países con sistemas segmentados de salud. En Honduras el gasto público y privado es básicamente equivalente, en Nicaragua el gasto privado es 1.4% mayor que el público y en Guatemala 3.4% más. Nótese que Guatemala se encuentra entre los países con menores niveles de ingreso por habitante y entre los dos más desiguales de América Latina.

Cuadro 11

Centroamérica: financiamiento de la salud según fuente. 2007

País	Público		Privado % PIB ^{2/}	Brecha público /privado
	US\$ por hab. ^{1/}	% PIB ^{1/}		
Belice	125	3,4	2,1	1,3
Costa Rica	258	5,1	2,2	2,9
El Salvador	78	3,4	2,3	1,1
Guatemala	20	1,2	4,5	-3,3
Honduras ^{3/}	47	3,4	3,5	-0,1
Nicaragua	33	3,7	5,1	-1,4
Panamá ^{4/}	240	5,7	2,1	3,6

^{1/} CEPAL, RISALC.

^{2/} OMS.

^{3/} Gasto público corresponde a 2006.

^{4/} Gasto público por habitante corresponde a 2005.

A continuación se presenta una radiografía del financiamiento de los respectivos sistemas de salud, para luego analizar con mayor detalle la evolución del gasto público y privado. El cuadro 12 presenta el gasto por habitante total y según subsistemas, a su vez, directamente relacionado con la suficiencia de las prestaciones.

Cuadro 12
Centroamérica. Gasto en Salud según Subsistemas
(en US \$ per cápita)

Región y país	Gasto total en salud		Gasto del Gobierno en salud		Gasto Privado en salud		Gasto de la Seguridad Social en Salud		Gasto directo de los hogares		Planes privados prepagos	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Región	131	173	74	98	57	75	42	56	51	66	4	6
Belice	166	189	80	104	87	86	0	9	87	86	0	0
Costa Rica	264	394	203	270	61	125	182	253	54	108	1	10
El Salvador	167	176	76	109	92	67	33	52	87	60	5	7
Guatemala	95	123	38	46	57	77	20	21	51	70	2	2
Honduras	59	93	33	45	26	49	5	7	22	42	2	4
Nicaragua	55	92	28	44	27	48	5	11	24	47	2	1
Panamá	307	381	209	262	98	119	105	125	80	96	18	23

Fuente: Elaboración propia con datos de: OMS; Estadísticas Sanitarias 2009. Francia 2009 Base de datos de las Naciones Unidas; Consultada el 26 de febrero de 2009; <http://data.un.org/Explorer.aspx?d=15>, Programa Estado de la Región; Estado de la Región 2009.

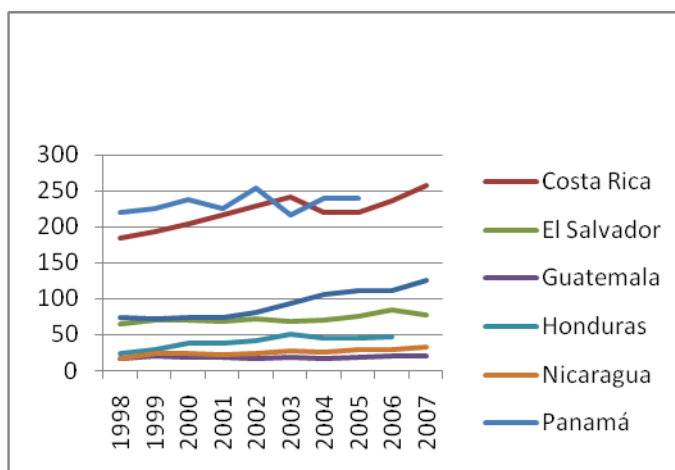
Aunque en distinta magnitud, entre 2000 y 2006 en todos los países el gasto total experimentó un aumento. El gasto directo de los hogares (“de bolsillo”) aumentó en todos los países y de manera considerable, excepto en Belice, adonde se mantuvo estable, y en El Salvador, adonde se redujo. El gasto de salud privado de forma prepaga se mantuvo estable en Guatemala, se redujo en Nicaragua y aumentó en Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá. En Costa Rica, es adonde se evidencia un mayor aumento de esta forma de financiamiento (de 1 a 10 dólares por habitante entre 2000 y 2006). En Panamá es adonde esta forma de financiamiento de los servicios tenía y tiene una mayor importancia (18 y 23 dólares por persona en 2000 y 2006, respectivamente).

OPS ha manifestado su preocupación frente al aumento del gasto privado en sistemas de salud en los que la inversión pública es muy baja (OPS, 2007a:31). Implica que familias centroamericanas, muchas habitantes de los países más desiguales (como Guatemala) o pobres (como Nicaragua), están haciendo un gran esfuerzo para pagar “de bolsillo” los servicios de salud que necesitan. Esto es muy costoso para las familias, pero conlleva también una pérdida de oportunidad de fortalecimiento de los sistemas públicos mediante la canalización de recursos hacia el sector público.

De los tres subsistemas, tuvo lugar un aumento del gasto de gobierno (en todos los países aunque en distinta magnitud) y del gasto privado (en todos los países menos en Belice adonde se mantuvo igual, y en El Salvador adonde disminuyó). La seguridad social tuvo un comportamiento más diverso dado que aumentó en Costa Rica, Belice, Panamá, El Salvador y aunque es aún muy bajo, en Nicaragua, y se mantuvo básicamente constante en el resto.

Los siguientes gráficos presentan la evolución del gasto durante un mayor largo plazo, entre 1998 y 2007 o 2008, según la disponibilidad de los datos.

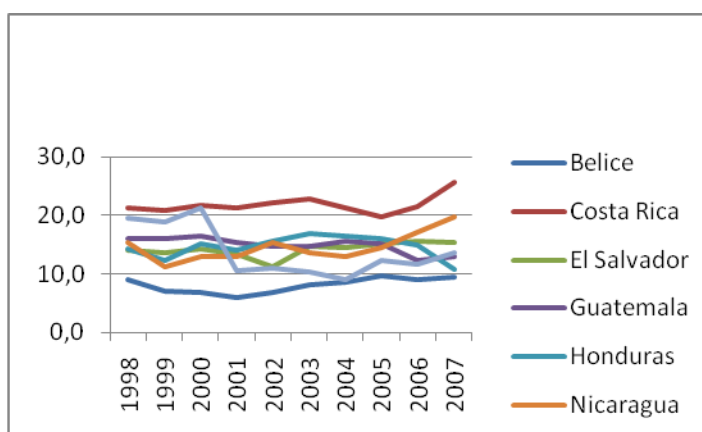
Gráfico 4
Gasto público en salud per cápita
(en US\$ del 2000)



Fuente: Cepal.

Todos los países han experimentado un aumento del gasto público por habitante, excepto Guatemala (que teniendo una diferencia de U\$4 tiene un gasto estancado). A la vez, existen considerables brechas entre países. Costa Rica tuvo el mayor aumento (\$73). Le siguió Belice (\$50), y luego con la mitad o menos de dicho aumento Nicaragua (\$23), Panamá (\$20) y Honduras (\$17). Evidentemente, estas variaciones en el volumen del aumento del gasto, conllevan implicaciones prácticas importantes para la cantidad y la calidad de los servicios brindados por parte de los sistemas de salud.

Gráfico 5
Gasto público en salud como % del gasto público total

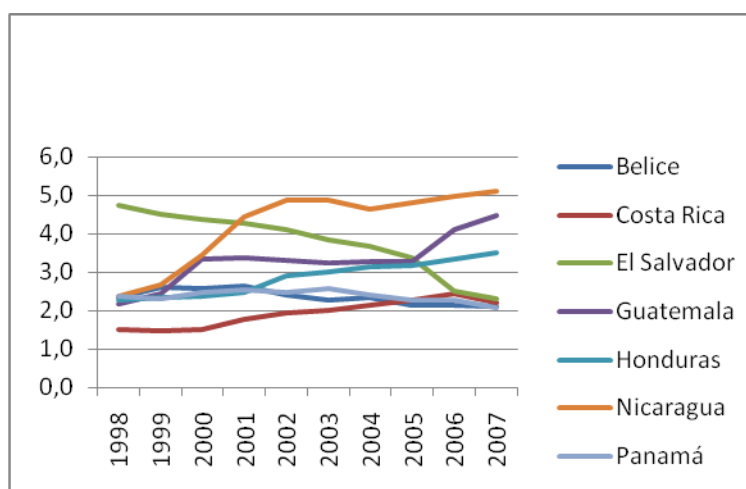


Fuente: OMS.

A su vez, el aumento real de la prioridad dada a la salud, no puede valorarse en términos absolutos, sino que requiere sopesarse en función del tamaño del producto interno bruto de los países. Medido en estos términos, Guatemala ratifica su estancamiento (aumento de 0.1%), mientras Costa Rica y El Salvador sólo un leve aumento (0.3%), inferior a Belice (0.7%) y Panamá (1%). Los dos países que evidencian un incremento del gasto en salud mayor que el crecimiento de sus economías, son precisamente las dos más pequeñas de Centroamérica, Honduras y Nicaragua (con aumentos del 1.4 y 1.5%, respectivamente).

Como contracara, es preocupante el aumento del gasto privado total destinado a la salud en Nicaragua (2.8%) y Guatemala (2.4%), seguido por Honduras (1.2%). Dado que duplicó su gasto privado (de 2.2 a 4.5% del PIB, mientras el público se mantenía en 1.2%), la situación más extrema es la de Guatemala. Con este crecimiento, en 2007, en Guatemala el gasto privado era cerca 3.8 veces más que el público, mientras que en Nicaragua, era 1.8 veces más. Tanto en Honduras como en Nicaragua, durante el período considerado el gasto privado aumentó tanto o más que el gasto público. Es preocupante también el aumento del gasto privado en salud en Costa Rica (2.3%), dado que se trata de una tendencia aparentemente contradictoria con las fortalezas de su sistema público. Aunque no ha ido acompañado de un aumento similar en la inversión pública, El Salvador muestra una tendencia positiva en términos de reducción de su gasto privado el cual, entre 1998 y 2007 se redujo a la mitad (del 5% en 1998 al 2,5% en el 2007). Aún así, el financiamiento público corresponde a menos del 50% del total del gasto en salud (Carrera, Castro y Sojo, 2009).

Gráfico 6
Gasto privado total en salud como % del PIB



Fuente: OMS

2.5.2 Situación financiera de la seguridad social

A continuación se presenta la situación de ingresos y egresos de la seguridad social según el régimen de salud de cada país. En algunos casos (Belice, Nicaragua y Panamá), la institución respectiva sólo reporta la situación general de la seguridad social, sin distinguir entre pensiones y salud.

El cuadro 13 se enfoca en los ingresos, totales y desglosados según se trate de contribuciones y otros ingresos. El cuadro 13, en cambio, se enfoca en los egresos. Los seguros de Panamá y Costa Rica son de lejos lo más grandes en términos de la escala de sus finanzas (por encima de los US\$ 1500 millones). Belice es la más pequeña (con una escala de menos de US\$ 50 millones). Entre medio se encuentran, en este orden, Guatemala y El Salvador (por encima de los US\$ 300 millones), luego Nicaragua (entorno a los US\$ 300 millones por enseguida por debajo) y finalmente Honduras (entorno a los US\$ 130 millones).

Cuadro 13
Centroamérica. Situación financiera de la seguridad social: ingresos, 2004-2008
(en millones de US \$ del 2007)

País	Régimen	Años				
		2004	2005	2006	2007	2008
	Total Social Security Board					
Belice	Ingresos	37,7	34,8	38,6	40,9	38,7
	Por contribuciones	25,8	26,4	25,7	26,4	27,1
	Otros ingresos	11,9	8,4	12,9	14,5	11,6
	Ingresos por inversión	11,3	7,0	10,1	11,2	8,6
	Otros	0,6	1,4	2,8	3,3	3,0
	Seguro de Salud					
Costa Rica	Ingresos	1.567,5	1.353,0	1.546,5	1.481,2	1.588,6
	Por contribuciones	1.214,5	1.136,2	1.179,5	1.312,3	1.414,2
	Otros ingresos	353,1	216,8	367,0	168,8	174,5
	Ingresos por inversión					
	Régimen de Salud					
El Salvador	Ingresos	321,0	316,6	333,9	339,2	335,8
	Por contribuciones	299,2	297,7	312,2	323,2	324,4
	Otros ingresos	21,8	18,9	21,7	16,0	11,5
	Ingresos por inversión	10,3	9,6	8,7	6,4	4,2
	Otros	11,5	9,3	13,0	9,6	7,3
	Programa de Enfermedad y Maternidad y Accidentes					
Guatemala	Ingresos	0,0	368,1	408,6	415,1	0,0
	Por contribuciones	0,0	351,5	391,1	398,3	0,0
	Otros ingresos	0,0	16,6	17,5	16,8	0,0
	Ingresos por inversión	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Régimen de Enfermedad Maternidad					
Honduras	Ingresos	104,2	104,6	109,6	132,6	0,0
	Por contribuciones	92,6	97,5	102,2	121,5	0,0
	Otros ingresos	11,5	7,0	7,4	11,1	0,0
	Ingresos por inversión	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

	Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	INSS					
	Ingresos	0,0	266,0	285,7	308,2	268,2
Nicaragua	Por contribuciones	0,0	244,6	261,3	266,9	265,2
	Otros ingresos	0,0	21,4	24,4	41,2	3,0
	Ingresos por inversión	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	CSS					
	Ingresos	1.370,1	1.396,4	1.432,6	1.620,1	1.750,3
Panamá	Por contribuciones	777,6	799,1	883,9	986,4	1.119,9
	Otros ingresos	592,5	597,3	548,7	633,7	630,4
	Ingresos por inversión	112,6	122,5	124,2	123,0	114,7
	Otros	479,8	474,8	424,5	510,7	515,6

En Panamá durante el período considerado los ingresos aumentaron producto de incrementos en contribuciones e inversiones. En Costa Rica el seguro de salud experimentó una reducción de sus ingresos en 2007, producto de una contracción de los ingresos por inversiones. Sin embargo, en 2008 los ingresos aumentaron con respecto a 2007, producto tanto de un incremento de los ingresos provenientes de cotizaciones como de inversiones. En Belice en 2008 se produjo una caída con respecto a 2007 (de 38,7 a 40,7 millones de dólares). Esta, sin embargo, no se debió a una contracción de las contribuciones, sino de otros ingresos, en particular de los asociados a inversión.

Entre los países con sistemas sanitarios segmentados, en 2008 los ingresos del régimen de salud salvadoreño se contrajeron levemente, producto de un leve aumento de sus ingresos por cotizaciones, de la mano de una reducción de las inversiones. Para Guatemala, igual que para Honduras, se carece aún de los datos relativos a 2009. Hasta 2008 el seguro de salud venía incrementando sus recursos producto de aumento de los ingresos de las cotizaciones, no así de las inversiones que en 2008 mostraban una leve caída con respecto a 2007. En Honduras la diferencia es que en 2008 y con respecto a 2007, los ingresos por inversiones aumentaron respecto a 2005 y 2006, cuando cayeron por factores distintos a la crisis económica. Finalmente, en Nicaragua, en 2008 se produjo una caída de los ingresos, producto de una leve caída de los ingresos por inversiones y de una estrepitosa caída de los procedentes de inversiones.

En síntesis, los efectos financieros de la crisis no se observan en Panamá. En Belice, El Salvador y Nicaragua sí, expresados en una contracción global y de las inversiones. En Costa Rica en 2008 la crisis no había afectado al seguro de salud en términos globales pero sí de sus inversiones. En los casos de Guatemala y Honduras sería de esperar que hubiera ocurrido una contracción de los ingresos en 2008 pero habrá que corroborarlo a partir de los datos de 2009 y posteriores.

Cuadro 14
Centroamérica. Situación financiera de la seguridad social: egresos. 2004-2008
(en millones de US \$ del 2007)

País	Régimen	Años				
		2004	2005	2006	2007	2008
	Total Social Security Board					
Belice	Egresos	25,0	24,9	25,8	31,3	33,0
	Prestaciones	17,1	16,7	16,3	17,5	20,8
	Gastos administrativos	7,5	7,8	8,9	10,7	9,4
	Otros Gastos	0,4	0,4	0,7	3,1	2,8
	Seguro de Salud					
Costa Rica	Egresos	1.292,3	1.214,1	1.215,8	1.347,1	1.407,7
	Prestaciones	1.142,0	1.069,8	1.084,5	1.159,4	1.255,7
	Gastos administrativos	47,2	45,9	43,0	63,8	64,4
	Otros Gastos	103,0	98,3	88,2	124,0	87,5
	Régimen de Salud					
El Salvador	Egresos	313,4	359,8	360,8	347,7	333,1
	Prestaciones	267,9	307,7	303,3	300,2	289,4
	Gastos administrativos	45,4	52,1	57,5	47,5	43,7
	Otros Gastos					
	Programa de Enfermedad y Maternidad y Accidentes					
Guatemala	Egresos	0,0	330,0	341,7	323,7	0,0
	Prestaciones	0,0	291,5	301,8	289,1	0,0
	Gastos administrativos	0,0	35,5	39,2	43,8	0,0
	Otros Gastos	0,0	3,0	0,6	0,0	0,0
	Régimen de Enfermedad Maternidad					
Honduras	Egresos	88,0	103,1	109,8	126,9	0,0
	Prestaciones					
	Gastos administrativos					
	Otros Gastos					
	INSS					
Nicaragua	Egresos	0,0	201,1	211,1	216,6	229,4
	Prestaciones	0,0	182,2	191,4	198,0	0,0
	Gastos administrativos	0,0	18,1	18,9	17,7	0,0
	Otros Gastos	0,0	0,8	0,8	0,9	0,0
	CSS					
Panamá	Egresos	0,0	0,0	1.299,4	1.560,9	1.482,1
	Prestaciones	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Gastos administrativos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otros Gastos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia con base en memorias y anuarios de las Instituciones de Seguridad Social.

En 2008, en Costa Rica, Belice y Nicaragua, los egresos aumentaron, no así en Panamá adonde en términos de la seguridad social en general, éstos se redujeron. Dicha reducción también tuvo lugar en El Salvador en 2008 y en Guatemala ya en 2007, a pesar de que ese año los ingresos del programa de enfermedad habían aumentado. De los cuatro países para los cuales se cuenta con datos relativos a 2008, Panamá es el único cuyos ingresos no reflejaron los efectos de la crisis. Al mismo tiempo, es el único país de la región que en 2009 experimentó crecimiento económico por lo cual se podría pensar que en 2008 era el país centroamericano que menos necesitaba de medidas contra cíclicas.

Si la evolución de los egresos fuera leída exclusivamente como respuesta contra cíclica, esta estaría presente en Costa Rica, Belice y Nicaragua, y no lo estaría en Panamá, El Salvador, Honduras y Guatemala.

Excepto para Costa Rica y El Salvador, el cuadro 15 presenta el rendimiento o rentabilidad de las reservas de los seguros de salud en particular, o de la seguridad social en general. En 2007, el rendimiento de la inversión era de alrededor del 7% en Belice y Panamá, y del 8% o más en Guatemala y Nicaragua. En 2008, en Belice había caído al 5,6%. En Panamá el rendimiento global se redujo levemente del 6,33 al 6,17% aunque en pensiones la tasa aumentó en lugar de contraerse. Se carece de datos relativos a 2008 relativos a Guatemala y Nicaragua.

Cuadro 15
Centroamérica. Situación financiera de la seguridad social, reservas. 2004-2008
(en millones de US \$ del 2007)

País	Régimen	Años				
		2004	2005	2006	2007	2008
Total Social Security Board						
Belice	Cuantía de la Reserva					
	Inversión	142,7	144,0	146,4	153,1	152,2
	Rendimiento (%)	7,9	4,9	6,9	7,3	5,6
Seguro de Salud						
CR	Cuantía de la Reserva					
	Inversión					
	Rendimiento (%)					
EIS	Régimen de Salud					
	Cuantía de la Reserva					
	Inversión					
Guatemala	Rendimiento (%)					
	Programa de Enfermedad y Maternidad y Accidentes					
	Cuantía de la Reserva	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Honduras	Inversión	444,2	398,6	469,3	544,5	0,0
	Rendimiento (%)			7,73%	8%	
	Régimen de Enfermedad Maternidad					
EIS	Cuantía de la Reserva					
	Inversión (en millones)	0,0	0,0	0,0	342,9	359,4
	Rendimiento (%)					

Nicaragua	INSS					
	Cuantía de la Reserva	0,0	0,0	362,7	404,3	0,0
	Inversión					
	Rendimiento (%)			7,03%	8,87%	
Panamá	CSS					
	Cuantía de la Reserva	2.430,8	2.306,0	2.354,7	2.214,2	2.428,7
	Inversión					
	Rendimiento inversión total	5,25%	6,01%	6,21%	6,33%	6,17%
	Rendimiento inversión IVM	5,73%	6,46%	6,57%	6,73%	6,68%

Fuente: Elaboración propia con base en memorias y anuarios de las Instituciones de Seguridad Social.

2.5.1 Medidas para contrarrestar la crisis

En los países que llegaron al momento de la crisis con mayor solvencia financiera, se enfrentan los retos asociados a tendencias previas a la crisis, principalmente, el aumento de costos asociados al envejecimiento de la población. En Costa Rica, por ejemplo, éste conllevará un aceleramiento del gasto de salud de la CCSS. El fondo de contingencia del seguro de salud es muy pequeño para amortiguar la mayor demanda, simultáneamente a la caída de los ingresos asociadas a menos contribuyentes y más personas necesitadas del acceso no contributivo (Mesa-Lago, 2009).

De manera similar, en Panamá, “la complejidad de los procesos de atención y los cambios del perfil epidemiológico contribuyen al incremento progresivo de los costos en los servicios de salud. A lo que se suma la ineficiencia e ineffectividad del sistema. A todo esto se adiciona una práctica gerencial que continúa siendo centralizada, tradicional y carente de estímulos y recompensas hacia los trabajadores de la salud, con la consiguiente insatisfacción y desmotivación de las personas de la organización. No se cuenta con un plan de inversiones orientado al mantenimiento de las instalaciones de salud; por tanto, independientemente de cuánto se invierta para mejorar la red de servicios, continúa el deterioro de las instalaciones y servicios, lo que limita su capacidad de respuesta y su calidad” (MINSAL, 2006:41).

En los países con sistemas de salud segmentados, también la crisis ha acentuado tendencias preexistentes. En estos países el tema llegó a los medios de prensa. Por ejemplo, en Honduras, éstos han reportado consecuencias directas de la crisis económica en el sistema nacional de salud, específicamente en el funcionamiento de la red hospitalaria, debidas a la contracción del presupuesto disponible. Al comparar 2007 y 2008, los datos oficiales disponibles indican una ampliación de los ingresos. Lamentablemente se carece de los datos relativos a 2009.

En Guatemala se relaciona la crisis económica con el desempleo, la reducción de la cobertura y una consecuente reducción del financiamiento del sistema de salud. Paralelamente se debate en el congreso un proyecto para ampliar la

cobertura a esposas, hijos/as y otros dependientes. Este generó alarma entre las autoridades del IGSS quienes argumentaron que esta ampliación conllevaría un aumento del 64% en los costos de funcionamiento del Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA) el IGSS, en cuenta nueva infraestructura y recursos humanos (Prensa Libre, 2008). El proyecto define que el Estado se compromete a amortizar su deuda y a aportar sus cuotas mes a mes. No define, sin embargo, fuentes de financiamiento sino que establece que el IGSS debe efectuar sus estudios y buscar los recursos que permitan una ampliación gradual de la cobertura. Una de las posibilidades para obtener recursos sería un aumento en los porcentajes de las cuotas laboral y patronal. Las autoridades del IGSS han planteado un plan que contempla aumentos en: la edad de retiro (de los 60 años actuales a 65); el porcentaje de las contribuciones (en 1,5% tanto para patronos como para trabajadores); el número de cuotas necesarias para jubilación (mediante escalonamiento de 20 años hasta alcanzar las 260, y 360 para el caso de los nuevos afiliados) (IGSS, 2009b).

Una situación novedosa que la crisis introdujo en materia de financiamiento, es la mayor restricción en las donaciones internacionales dirigidas a los sistemas de salud. Este es un tema que merece ser elaborado con mayor profundidad en el futuro.

Entre las medidas para enfrentar la crisis, Honduras anunció la creación de líneas de crédito para facilitar el pago a los proveedores y a los contratistas, así como para el pago por obras y servicios de salud y a microempresas (CEPAL, 2009b). En Panamá, el gobierno aprobó un crédito por 11,1 millones de dólares para programas de mejora de la canasta básica, subsidios para productores de granos básicos y programas de salud para las personas no aseguradas en las regiones de Chilibre, Las Cumbres y San Miguelito (CEPAL, 2009b). Por el contrario, en Nicaragua, en junio de 2009 el Poder Ejecutivo envió a la Asamblea Nacional la propuesta para una disminución del gasto de 41 millones de dólares, que afectará, entre otros, los rubros de salud y de educación y que es el segundo recorte desde el inicio de la crisis (CEPAL, 2009b).

2.6 Eficiencia y costo administrativo

El objetivo que señala este principio es que los sistemas de salud hagan lo más posible, con los menores recursos posibles. A los efectos de analizar empíricamente esta dimensión, se replicó el uso de indicadores empleados previamente por Mesa-Lago, incluso para el conjunto de América Latina (Mesa-Lago, 2009). Se trata de medidas indicativas dado que, como el propio Mesa-Lago señala, la medición comparativa del desempeño administrativo de los sistemas de salud presenta importantes dificultades. Esto es así debido a la cantidad y a la complejidad de los factores que intervienen en la producción de la salud.

A continuación se busca estimar la eficiencia en servicios seleccionados y el costo administrativo según subsistemas. Se trabaja en base a indicadores de

insumos (como la ocupación hospitalaria y el promedio por estadía) y productos (como esperanza de vida y mortalidad). En base a estos indicadores se actualiza y completa vacíos en los datos y en la literatura previamente encontrado por Mesa-Lago (2009a). Este análisis es principalmente a partir de los datos estadísticos que se consolidan en el cuadro 16.

2.6.1 Caracterización

Entre los indicadores de insumo, además del gasto, se consideran las camas de hospital, los médicos cada 1.000 habitantes, el acceso a agua potable y el acceso a saneamiento:

- Camas de hospital. Se entiende por cama de hospital aquella instalada en una institución hospitalaria en la que hay personal y equipos necesarios para que el paciente hospitalizado pueda utilizarla durante las 24 horas del día. La calidad de esta información depende de la estructura del sistema de prestación de servicios de salud. Cuando un organismo o ministerio tiene el control sobre la mayoría de los hospitales, suele ser más fácil obtener datos completos y comparables; no es así cuando varias instituciones, públicas o privadas, comparten esta responsabilidad.
- Médicos: cada 1.000 habitantes: Indicador calculado por la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL sobre la base de información sobre médicos recopilada por las oficinas nacionales de estadística de los países y la población estimada en CELADE (División de población de la CEPAL, y la División de Población de la Naciones Unidas).
- Acceso a agua potable
- Acceso a saneamiento

Entre los indicadores de producto se consideran tres de mortalidad (materna, niños menores de 5 años, e infantil cada 1.000 nacidos vivos) y uno de esperanza de vida.

En términos de producto, consistentemente, Costa Rica tiene los mejores resultados, no sólo de Centroamérica sino también de América Latina adonde se ubica en tercer o segundo lugar, de acuerdo al indicador de que se trate.

Le siguen Belice y recién luego Panamá, los dos países de alta cobertura. En Panamá, las áreas rurales y habitadas por población indígena presentan una importante falta de acceso a infraestructura básica y servicios, reflejándose claramente en los indicadores de mortalidad, en cuanto la materna.

Si se observan los indicadores de insumo, Costa Rica logra un buen desempeño a partir de un mayor gasto (aunque considerablemente menor que países latinoamericanos con similar desempeño, como Chile), pero también con la casi totalidad de la población con agua potable y saneamiento. Las camas por hospital, en cambio, constituyen la mitad que las disponibles en Panamá (aunque las mismas que en Belice) y los médicos cada 1000 habitantes, son dos terceras partes que los disponibles en Panamá, la mitad que en Belice, y la

décima parte que en Guatemala. En suma, los resultados alcanzados por Costa Rica aparecen más correlacionados con gasto y atención primaria, que con insumos relacionados a los servicios de alto costo y complejidad. Entre los dos países de alta cobertura en salud, llama la atención la baja cobertura del saneamiento que tiene Belice, aunque también Panamá.

Tres de los cuatro países con sistemas segmentados de salud tienen el gasto en salud por habitante más bajo de América Latina (sacando a Haití). Las camas por habitante también se encuentran entre las menores de América Latina, menores que los restantes países con el menor desarrollo en salud, aunque similares a México y a Venezuela que tienen un nivel de desarrollo intermedio) (Mesa-Lago, 2009). En cambio, llama la atención la altísima proporción de médicos cada 1000 habitantes, una gran cantidad de estos, posiblemente dedicados a la atención privada o empleados en otras ocupaciones. El caso extremo es el de Guatemala que tiene más de diez veces más que Costa Rica (aunque también que Brasil cuyo sistema de salud es segmentado y cuyo desempeño en salud es el menor de los países con mayor nivel de desarrollo social) (Mesa-Lago, 2009).

En términos de resultados, Guatemala presenta el peor desempeño, tanto en esperanza de vida como en mortalidad. La morbilidad materna, por ejemplo, es 1.7 veces más que en Nicaragua, adonde todavía es 5.6 veces más que en Costa Rica. La mortalidad infantil es la que Costa Rica tenía a mediados de la década de los 70, antes de la expansión de los programas rural y urbano de atención primaria. En Guatemala estos resultados tienen lugar de la mano de los indicadores de insumo más pobres en lo que respecta al propio sistema de salud (en particular el gasto y las camas por habitante que son los más bajos de Centroamérica), no así en acceso a saneamiento y a agua potable.

En términos de resultados le sigue Honduras, con la segunda más baja esperanza de vida y la segunda más alta mortalidad de Centroamérica. Aunque con tasas de mortalidad materna considerablemente menores, le siguen Nicaragua y El Salvador. De acuerdo a los indicadores disponibles, estos tres países carecen de un buen desempeño en términos de gasto, de infraestructura hospitalaria medido en términos de médicos cada 1000 habitantes y de atención primaria valorada según la cobertura de agua potable y saneamiento alcanzada. Nicaragua, El Salvador y Honduras tienen el doble o más de los médicos con que cuenta Costa Rica. Queda claro que estos, por sí solos, no pueden resolver los problemas de salud de la población; por el contrario requieren de gasto y de servicios públicos.

Cuadro 16
Centroamérica. Indicadores de eficiencia de la salud según insumos y productos seleccionados

Países ^{/a}	Insumos					Productos			
	Gasto salud per cápita ^{/1}	Camas hospital ^{/2}	Médicos ^{/3}	Acceso a agua potable ^{/4}	Acceso a saneamiento ^{/5}	Esperanza de vida ^{/6}	Tasas de mortalidad infantil ^{/7}	Tasas de mortalidad materna ^{/8}	Tasa de mortalidad -5 ^{/9}
	2008	2008	2008	2008	2006	2005 - 2010	2005 - 2010	2005	2008
Belice	125 ^{/a}	1,2	1162	91 ^{/e}	47 ^{/g}	76,2	16,7	52	19
Costa Rica	302	1,2	519 ^{/c}	99,8	96	78,8	9,9	30	11
El Salvador	93	0,8	1745	68,3	86	71,1	21,5	170	18
Guatemala	20	0,6	5235	76,3	84	70,2	30,1	290	35
Honduras	47	0,7 ^{/b}	1016 ^{/d}	82,5	66	72,1	27,8	280	31
Nicaragua	33	0,9	1503	64,6	48	72,9	21,5	170	27
Panamá	107	2,3	747	92 ^{/f}	74	75,6	18,2	130	23

/1 CEPAL (2009), Panorama Social 2009.

/2 CEPAL, Anuario estadístico 2009:

http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp

/3 CEPAL, Anuario estadístico 2009:

http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp

/4 CEPAL (2009), http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp

/5 OMS, <http://www.who.int/whosis/>

/6 CEPAL (2009), http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp

/7 CEPAL (2009), http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp

/8 OMS, <http://www.who.int/whosis/>

/9 CEPAL Anuario Estadístico 2009.

/a Fuente: OMS, año: 2007

/b 2007

/c 2007

/d 2005

/e Fuente: OMS, año: 2006

/f Fuente: OMS, año: 2006

/g 2000

2.6.2 Medidas para contrarrestar la crisis

Se ha buscado estimar variaciones en el costo de servicios esenciales así como en el costo administrativo en ambos casos según subsistemas (público, privado; contributivo, no contributivo), antes y después de 2008. Los dos cuadros siguientes presentan los datos encontrados para los países y años disponibles. La escasez de datos de 2008 y la falta de datos de 2009, dificulta el análisis relativo a los efectos de la crisis.

Las estimaciones de costos de servicios se hicieron para los tres países a los que se tuvo acceso a los datos: Costa Rica, Honduras y El Salvador (cuadro 17). Tanto los costos por consulta como por hospitalización de Costa Rica y Honduras han aumentado de manera sostenida, independientemente de la unidad de medición usada, aunque desde antes de 2008. En 2007, los costos de la consulta externa eran similares en Costa Rica y Honduras, no así los de hospitalización, cuyo costo en Costa Rica era el doble que en Honduras. Se requiere entender mejor la similitud de los costos en sistemas tan distintos. También se requiere dar cuenta de por qué en El Salvador el costo de consulta externa es tan baja y, por el contrario, el de hospitalización tantísimo más alta que en Honduras y Costa Rica.

Cuadro 17

Centroamérica: Costos por consulta y hospitalización

Descripción	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Costa Rica								
Costo por consulta	31,4	32,9	33,7	32,0	30,4	35,2	38,1	43,4
Costo por estancia	210,1	232,8	203,0	240,4	266,2	275,2	346,3	421,1
El Salvador								
Consultas (externa y odont.)	8,3	10,2	9,7	9,9				
Hospitalización	918,8	1.102,6	1.151,4	1.094,0				
Honduras								
Gasto promedio cotizante	112,0	139,2	154,9	156,1	173,7	190,9	209,2	
Costo unidad de producción								
Consulta	27,1	26,5	28,0	30,1	34,0	35,6	43,0	
Egreso hospitalario	108,3	105,9	112,1	120,4	135,9	142,2	171,9	

Fuentes: Costa Rica Anuario estadístico 2008; Honduras IHSS 2008; ISSS 2008c.

En materia de costos administrativos (cuadro 18), se tuvo acceso a cuatro de los seis países. Los datos de Belice y Nicaragua corresponden a toda la seguridad social (es decir que comprenden a las pensiones) mientras que los relativos a Costa Rica, El Salvador y Guatemala se enfocan en el seguro de salud. Comparando los costos administrativos de estos tres países, los más altos son los de Costa Rica, seguido de bastante lejos por El Salvador y Guatemala. Le siguen con costos muchísimo menores (a pesar de que incluyen los relativos a

las pensiones), Nicaragua y Belice. Nicaragua tiene un costo administrativo superior a Belice, a pesar de que tiene una cobertura considerablemente menor.

Cuadro 18

Centroamérica: gastos administrativos según país. 2004-2008 (en millones de dólares)

País	2004	2005	2006	2007	2008
Belice	6,8	7,3	8,7	10,7	10,0
Costa Rica	34,0	37,7	39,4	63,8	73,1
El Salvador	39,9	47,9	55,0	47,5	46,8
Guatemala	0,0	31,2	36,7	43,8	S/D
Honduras	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Nicaragua	S/D	14,9	17,1	17,7	S/D
Panamá	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D

Nota: Los montos corresponden al régimen de salud excepto en Belice y Nicaragua que corresponde al conjunto de la seguridad social.

Fuentes: Elaboración propia con base en memorias y anuarios de las Instituciones de Seguridad Social.

En términos de evolución de los costos administrativos, llama la atención los aumentos experimentados por Costa Rica entre 2006 y 2007, por El Salvador entre 2005 y 2006 y por Guatemala entre 2006 y 2007, aumentos que son del 60% o más entre uno y otro año e independientemente de la crisis.

Mesa-Lago muestra que los países que tienen un gasto de salud por habitante relativamente bajo pero indicadores de productos relativamente altos (como Belice y Costa Rica en Centroamérica y Cuba fuera de Centroamérica), tienen una ventaja de eficiencia ante eventuales reducciones el gasto de salud. En cambio, los países con indicadores de salud por debajo del esperado para su nivel de gasto (como Argentina y Brasil) experimentarán mayores efectos de una eventual reducción del gasto. Para contrarrestarlo deberán mejorar la eficiencia, por ejemplo, asignando más recursos a la prevención y al primer nivel, reemplazando médicos por enfermeras, etc. (Mesa-Lago, 2009). Algo similar se requiere en los países con escaso desempeño y escaso gasto, como especialmente tres de los cuatro con sistemas segmentado en la región centroamericana.

2.7 Solidaridad y equidad social

En las secciones previas, relativas a la amplitud de cobertura y a la suficiencia de las prestaciones, se documentó la inequidad que caracteriza a los sistemas de salud de seis de los siete países de la región, respectivamente. Sólo Costa Rica, a pesar de experimentar problemas y retos diversos, presente mayores grados de equidad respecto a ambas dimensiones. Sin embargo, aún en países con cobertura casi universal o muy extendida, la segmentación puede generar desigualdades notables entre zonas geográficas, tanto en el acceso y calidad de la atención como en los indicadores de salud (Mesa-Lago, 200). Así ocurre en

los restantes países con alto desarrollo de sus respectivos sistemas de salud como Argentina y Uruguay y, aunque en menor grado debido al alto grado de unidad de sus sistemas, en Cuba y Costa Rica. Por supuesto, en directa relación a los niveles de cobertura y a la suficiencia de las prestaciones discutidas previamente, la inequidad es muchísimo mayor en los países con sistemas de salud segmentados, tanto en Paraguay como en los países Andinos y centroamericanos.

A continuación se discute el grado de universalidad o de segmentación de las condiciones de acceso y de la expectativa de prestaciones a partir de la condición laboral (por ejemplo, asalariada o no, público o privada), de la ubicación territorial (como urbano o rural), y del criterio de elegibilidad (por ejemplo, en tanto asegurado/a directo/a o familiar económicamente dependiente).

2.7.1 Caracterización

La solidaridad y la equidad social es un corolario del tratamiento que los sistemas de salud hacen de las dimensiones de amplitud de cobertura y suficiencia de las prestaciones, así como de las más instrumentales relativas a cuán eficientemente se administran los recursos y quiénes financian qué. Sin embargo, el diseño de cada sistema define quiénes se solidarizan con quiénes y en función de qué criterios.

La salud pública generalmente se solidariza con quienes tienen necesidad económica, a partir de un enfoque subsidiario del papel del Estado en el bienestar de la población. Así, la “Agenda de Salud de las Américas 2007-2017” se plantea “disminuir las inequidades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos” mediante, entre otras medidas, el priorizar las intervenciones dirigidas hacia los más pobres (Estado de la Región, 2008:206). En cambio, la seguridad social establece un manejo colectivo de los riesgos sociales a partir de la cotización y la dependencia económica. Tanto por problemas de administración y de financiamiento discutidos previamente, como por regresividad del acceso, los sistemas de salud centroamericanos presentan, en su conjunto, serias limitaciones en términos de solidaridad y de equidad social.

2.7.2 Garantía del acceso a la salud y gratuidad de los servicios

Entre los principios orientadores de política que favorecen la solidaridad social, se encuentra el garantizar que la población tenga acceso a los servicios de salud, en tanto son fundamentales para la vida. Dicho acceso está constitucionalmente garantizado en países con sistemas de salud tan distintos como los de Costa Rica, Panamá y El Salvador, no así en otros casos como los de Guatemala y Honduras.

En Costa Rica la legislación le otorga este mandato a la seguridad social, la cual debe hacerlo de manera universal (Asamblea Legislativa, 1973: artículo 3; CCSS, 2006: artículo 1). Lo hace mediante la combinación de acceso

contributivo, no contributivo y familiar. En general los servicios de mayor complejidad, los hospitalarios, son usados de manera bastante homogénea por usuarios de diversos niveles de ingreso (Mesa-Lago, 2009b). Si bien el país logra altos niveles de solidaridad a partir de un sistema unificado en el que confluye población de ingresos medios altos, medios y bajos, viene ocurriendo una creciente segmentación social. Entre 1998 y 2004 la brecha en consultas privadas entre la población de menores y de mayores ingresos aumentó de 6,4 a 37,5 veces (Mesa-Lago, 2009b).

En la mayor parte de América Central es a la salud pública a la que le corresponde garantizar el acceso a la salud, especialmente de quienes no tienen otros medios de acceso. En general esta garantía se establece a partir de un criterio de participación residual del Estado. Es el caso de Guatemala adonde se prevé la participación de la salud pública ante situaciones de necesidad económica y de imposibilidad de acceso mediante los subsistemas privado y de la seguridad social. Sin embargo, en algunos casos como en PANAMÁ, el Ministerio de Salud tiene la obligación constitucional de garantizar a todos los habitantes (sin hacer distinciones de ningún tipo) los servicios de atención integral en los tres niveles, así como la provisión de medicamentos (MINSA, 2006; OPS, 2007).

Junto con la disponibilidad de los servicios, su efectiva gratuidad es uno de los instrumentos principales para garantizar el acceso. Únicamente en El Salvador, Nicaragua y Costa Rica la gratuidad de la salud está garantizada a nivel constitucional y/o legal. Aún así, se han establecido formalmente los copagos (Belice, Honduras, Panamá, Nicaragua), en otros ocurren en la práctica (El Salvador), incluso ilegalmente (Costa Rica), y en otros no existen (Guatemala). Concretamente:

- En Belice, explícitamente se ha reconocido la imposibilidad financiera de eliminar por completo el copago por servicio (BSSB, 2009b). Para los medicamentos, el NHI establece un listado básico de que las personas usuarias pueden adquirir en las farmacias de la red de servicios a través de un pago mínimo (BSSB, 2009a). Desde 2005, están exentas de copagos las personas adultas mayores de 65 años y las personas que requieren un tratamiento por enfermedad mental.
- En Guatemala, a nivel de atención primaria, el programa de extensión de cobertura garantiza la provisión gratuita de los medicamentos para los beneficiarios de la política. Sin embargo, llama la atención que de acuerdo con las estimaciones de Flores (2008a:78), durante 1999-2003, el gasto privado en medicamentos aumentó en más de la tercera parte, algo desproporcionado en comparación con la evolución del gasto, prácticamente constante, destinado a este rubro desde el IGSS, el MSPAS y las ONG.
- En Panamá, independientemente del nivel de atención, se establece que “los usuarios del sistema aportan, mediante cuotas de copago, que retornan vía cuentas bancarias específicas a las instalaciones de salud, donde los

recursos fueron generados. Este copago no considera los costos reales en que se incurre al momento de la atención sanitaria y está condicionado a la posibilidad de pago de cada uno de los individuos y familias que demanden atención de salud” (MINSAs, 2006:41). En este país, medios de prensa reportan problemas en la calidad y los costos de los medicamentos, así como el desabastecimiento de tratamientos específicos, como los necesarios para las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

- En Nicaragua a inicios de los años noventa se eliminó la dispensación gratuita de medicamentos a la población, y la población tuvo que recurrir a copagos ó a compras privadas para acceder a implementos básicos. Con frecuencia las personas cuentan con un diagnóstico e indicación de tratamiento, pero no lo pueden seguir parcial o totalmente debido al precio de los medicamentos (OPS, 2006:18). Para enfrentar este problema, la administración Ortega impulsa la gratuidad de servicios y medicamentos por parte del MSPAS mediante la gratuidad de la atención (diagnóstico, medicamento y material de reposición periódica de la lista básica) en consulta externa, hospitalización e internamiento; la prohibición de cualquier tipo de cobro o recuperación de costos; y la prohibición de servicios diferenciados (MINSAs, 2008a:19-20; Mathauer y otros, 2009:16). Además, con el ingreso de Nicaragua al ALBA, el país es parte del “Proyecto Grannacional Centro Regulador de Proyectos del ALBA”, cuya finalidad es ampliar el acceso a los medicamentos (ALBAMED, 2009).
- En El Salvador, entre las medidas aplicadas por el nuevo gobierno para paliar los efectos de la crisis económica, se anunció la efectiva eliminación de los copagos en el marco de la salud pública. Esta medida había sido anunciada por la administración anterior pero no había sido implementada (CEPAL, 2009b).
- En Honduras un parto de bajo riesgo puede conllevar el pago de US\$6 (El Heraldo, 13/11/08). Hay que tener presente que el 29% de la población vive con menos de US\$ 2 diarios. En relación con el tema de los medicamentos, no se dispone de información relativa al tema de los co-pagos, sin embargo, es de destacar que Honduras formaba parte de la misma iniciativa que aludíamos en el caso de Nicaragua referente al abastecimiento de medicamentos a través del ALBA. Sin embargo, tras el golpe militar de 2009, el país dejó de formar parte de dicha iniciativa.

2.7.3 Brechas de cobertura

Si bien solo en Costa Rica y Panamá las encuestas permanentes de hogares permiten explorar reflejos de la crisis en materia de cobertura, en los restantes países sí es posible conocer brechas de cobertura. Los cuadros 19 y 20 desagregan la cobertura según variables fundamentales como el sexo, los ingresos, el área de residencia, el sector institucional y el sector de la economía de que se trate, primero para la población en general, y luego para la población adulta mayor de 65 años en particular.

Población en general

Excepto en Guatemala, la proporción de población asegurada es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Esto es esperable dado que, además de seguro propio, ellas tienen seguro familiar. Si bien no quiere decir que los sistemas tengan una adecuada incorporación del enfoque de género, se trata de una situación a tener en cuenta, especialmente a la hora de diseñar medidas de ampliación de la cobertura y de suficiencia de las prestaciones.

En términos socioeconómicos, la cobertura contributiva de los sectores medios y medios altos dentro del sistema es potencialmente positiva para promover estrategias que fortalezcan los sistemas de seguridad social. Sin embargo, una cosa es involucrar a los sectores de mayores ingresos y otra el que existan enormes brechas entre su cobertura y la de la población de menores ingresos. El país más regresivo es Panamá, adonde la proporción de personas del quintil de menores ingresos con cobertura, es la mitad del de mayores ingresos. Le siguen Guatemala, El Salvador y Honduras. El país con menor regresividad en término de ingresos es Costa Rica.

Cuadro 19

Centroamérica: Cobertura del seguro de salud en la PEA (de 15 y más años, en %)

Descripción	CR		EIS	Guate	Hond		Nic	Pan	
	2007	2009	2007	2006	2006	2007	2005	2007	2009
Total	78,7	79,0	32,5	24,9	22,6	18,9	18,3	53,1	55,6
Sexo									
Hombre	76,0	76,3	30,5	25,8	19,0	16,1	15,4	49,7	52,8
Mujer	83,0	83,5	35,2	23,5	29,3	24,1	23,8	58,6	60,0
Brecha sexo ^{1/}	-7,0	-7,2	-4,7	2,3	10,2	-8,0	-8,4	-8,9	-7,2
Quintil									
Quintil 1	65,2	59,3	5,9	3,0	1,7	1,0	3,8	14,0	17,6
Quintil 2	74,2	72,7	18,6	7,8	7,7	7,9	9,0	40,5	43,8
Quintil 3	75,9	79,7	29,0	21,2	18,7	17,7	17,5	53,4	60,6

Sistemas de atención médica en Centroamérica: Estudio comparativo sobre su capacidad para enfrentar la crisis actual

Quintil 4	83,2	85,0	40,0	34,8	30,9	27,2	25,0	66,8	69,5
Quintil 5	88,9	90,8	63,2	53,3	45,6	39,5	36,8	78,8	80,4
Brecha Q1-Q5	23,7	31,5	57,3	-50,3	43,9	38,5	33,0	64,8	-62,8
Nivel de pobreza									
Extrema pobreza	57,4	47,0	3,7	3,4	5,1	4,7	3,1	10,1	13,2
NBI	65,5	61,4	16,0	9,3	25,5	21,2	10,7	33,9	28,3
No pobres	80,5	82,4	41,4	39,9	38,8	30,1	30,9	64,1	64,8
Nivel educativo									
Primaria incom.	46,1	40,7	10,3	11,6	6,0	4,8	4,9	26,6	26,8
Primaria com.	74,7	73,7	23,2	24,0	19,3	15,1	15,1	37,7	39,8
Secundaria incom.	74,5	75,7	30,2	37,5	31,8	24,4	19,0	44,2	47,5
Secundaria com.	81,3	82,3	55,9	57,3	58,2	46,0	36,5	63,4	64,3
Superior	91,0	92,1	75,4	69,3	72,3	61,9	55,7	79,4	80,4
Residencia									
Urbana	80,6	80,8	41,4	35,2	35,8	30,8	27,2	63,6	65,9
Rural	75,5	76,1	14,1	13,5	8,9	7,4	6,3	32,2	34,4
Sector institucional									
Público	98,6	98,7	94,5	86,2	83,9	76,0	83,7	95,1	96,5
Privado	75,8	76,0	28,6	21,8	18,0	15,3	14,1	46,3	48,9
Regulación laboral									
Formal	86,8	86,9	43,1	51,6	38,2	41,1	42,5	74,1	76,3
Informal	65,2	64,6	8,0	6,6	1,3	0,8	2,2	21,7	22,7
Sector									
Primario	75,7	72,4	3,8	9,3	3,2	2,2	2,4	21,0	23,1
Secundario	75,0	72,5	38,6	30,7	33,8	23,8	30,6	49,9	53,6
Terciario	80,3	81,9	37,6	33,8	31,4	39,5	26,7	62,9	64,7

1/ Hombre-mujer.

Fuente: Encuestas de hogares de los respectivos países.

El acercamiento a la equidad socioeconómica en materia de cobertura se complementa con el análisis según condición de pobreza extrema, necesidades básicas insatisfechas o integración social que tiene la población. Esta arroja resultados similares a cuando se distingue según necesidades básicas satisfechas o insatisfechas. La mayor cobertura se encuentra entre la población no pobre. Mediante el aseguramiento por el Estado, Costa Rica ha asegurado a más de la mitad de la población en condiciones de pobreza extrema. En el otro extremo, Honduras, Guatemala y Nicaragua tienen un aseguramiento ínfimo de la esta población (entre 5 y 3%). Dada su escasa cobertura global, llama la atención el que El Salvador reporte un 12.7%, similar a Panamá (13%), dado que además en ambos casos se carece de un aseguramiento no contributivo.

La cobertura aumenta sistemáticamente con el nivel educativo. En la población con educación superior, los países con baja cobertura alcanzan los niveles de cobertura de los países con cobertura alta (en torno al 70% o más, con excepción de Nicaragua). En cambio, entre la población con educación primaria incompleta Panamá, país con alta cobertura, prácticamente desciende a los niveles nacionales de los países con baja cobertura (25%). Solo Costa Rica, aunque con brechas, mantiene altos niveles de cobertura: mayores que los alcanzados por el resto de los países entre la población con secundaria completa. En el balance, con una cobertura de 25% entre población con secundaria incompleta, también en Panamá el aseguramiento homogeniza niveles educativos. Menos en Nicaragua, en los restantes países, en cambio, ese piso de aseguramiento de un cuarto de la población se alcanza a partir del nivel educativo secundario incompleto.

Según la zona de residencia, sólo en Costa Rica se encuentra una cobertura similar entre población urbana y rural. Le sigue de lejos Panamá, adonde la cobertura rural es la mitad que la urbana. Entre los restantes países, la cobertura rural en El Salvador y en Guatemala es la tercera parte de la urbana, mientras que en Honduras y en Nicaragua es de sólo un cuarto.

Los países con sistemas integrados tienen menos variaciones en sus recursos e indicadores de salud: en Costa Rica y Cuba el rango extremo de diferencia en las tasas de médicos, camas hospitalarias y atención de parto institucional es de sólo entre 1,5 y 2 veces (Mesa-Lago, 2009). Esto no quiere decir que no haya brechas: se han identificado variaciones de hasta tres veces entre áreas geográficas en las tasas de mortalidad de las dos enfermedades que son causa principal de muerte (Mesa-Lago, 2009)¹⁹. También hay una creciente diferenciación en el uso de servicios de consulta y hospitales (aunque menos) de la CCSS y el sector privado por grupos de ingreso.

Sin embargo, la situación más crítica en términos de desigualdad, se encuentra en los países con sistemas de salud segmentados. Por ejemplo, en Guatemala, el programa de enfermedad y maternidad tiene cobertura en 21 de los 22 departamentos del país (y se espera completar los 22 durante la primera mitad de 2010). También hay importantes desigualdades territoriales en Nicaragua, adonde no todo el territorio cuenta con proveedores de salud de la seguridad social.

En cuanto a la inserción laboral, la brecha de cobertura según sector público o privado, contribuye a precisar principales retos para ampliar la cobertura. Es la única variable en la cual la brecha de aseguramiento entre Costa Rica y el resto de países no es llamativa. En acceso privada a servicios médicos, la brecha es muy grande entre Costa Rica (73%) y Panamá (44%), y entre Panamá y los restantes países (máximo de 28% en El Salvador y de 14% en Nicaragua ó 18% en Honduras).

Finalmente, salvo en Costa Rica (61.6%) y en Panamá (21.4%), la cobertura de trabajadores/as informales es mínima. Esta situación refleja el abordaje que la

seguridad social hace del trabajo por cuenta propia (es decir, no asalariado). En Guatemala el aseguramiento para los independientes es voluntario. En Panamá la ley establece que debe incorporarse de manera gradual a los independientes dentro del régimen obligatorio. En El Salvador y Honduras hay en marcha dos procesos para expandir el acceso, aunque no explicitan si de manera obligatoria o voluntaria. En Nicaragua es voluntario.

Población adulta mayor

Las brechas de cobertura son también importantes entre grupos de edad. La demanda de servicios, especialmente de servicios especializados y costosos, no es la misma a lo largo del ciclo de vida sino que se incrementa después de los 65 años. El cuadro 20 presenta las brechas de cobertura para este grupo de edad según variables seleccionadas. En términos agregados, sólo en Panamá y en Costa Rica el aseguramiento de la población de 65 años y más supera el de la población en general (23 y 18% más, respectivamente). En los restantes países el aseguramiento desciende, a veces considerablemente (entre 3% en Guatemala y 17% en Honduras, pasando por 9% en Nicaragua y 10% en El Salvador).

Un cambio en el patrón de cobertura encontrado para la población en general es el relativo a la cobertura según sexo: cuanto menor la cobertura del país, menor la cobertura femenina respecto a la masculina. Se trata de una situación muy preocupante, acentuada por el hecho de que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres. Al margen de posibles mejoras en el aseguramiento de las mujeres, esta situación demuestra que son mucho más las mujeres aseguradas que las que, en gran medida debido a su precaria inserción laboral y a una biografía laboral muy marcada por sus responsabilidades familiares, logran cumplir los requisitos para el acceso a una pensión.

Cuadro 20

Centroamérica: Cobertura del seguro de salud en la población de 65 años y más

Descripción	CR		EIS	Guate	Hond		Nic	Pan		
	2007	2009	2007	2006	2006	2007	2005	2007	2009	
Total	94,6	94,1	21,4	17,0	1,6	1,6	9,5	74,4	71,9	
Sexo de la persona										
Hombre	93,6	93,2	24,1	22,5	2,7	2,8	13,6	71,8	67,9	
Mujer	95,4	94,9	19,6	11,7	0,6	0,6	6,1	76,9	75,5	
Quintil										
Quintil 1	92,9	92,3	2,8	5,4	0,0	0,1	1,2	41,9	37,1	
Quintil 2	95,9	96,0	11,7	11,6	0,8	1,0	4,4	64,4	63,8	
Quintil 3	96,2	95,1	19,4	12,6	1,0	1,5	6,8	78,4	80,0	
Quintil 4	96,8	97,1	30,8	25,7	2,7	3,6	15,6	86,6	87,4	

Sistemas de atención médica en Centroamérica: Estudio comparativo sobre su capacidad para enfrentar la crisis actual

Quintil 5	91,4	91,7	49,5	38,2	6,8	6,2	20,8	93,4	92,6
Nivel de pobreza									
Extrema pobreza	82,8	88,4	7,2	6,5	0,4	0,7	0,9	37,6	36,8
NBI	95,1	92,5	8,1	16,5	1,4	2,5	4,9	60,0	47,1
No pobres	95,3	95,2	29,4	27,1	4,1	3,8	15,8	83,5	81,3
Nivel educativo									
Primaria incom.	95,4	94,3	12,2	11,5	0,6	0,7	7,0	59,8	54,8
Primaria com.	94,1	95,1	44,2	33,0	2,1	2,2	13,5	81,5	78,4
Secundaria incom.	96,1	94,5	64,2	36,0	5,1	4,0	22,9	85,8	82,5
Secundaria com.	92,5	94,7	60,9	60,4	7,3	7,6	20,5	92,5	93,9
Superior	89,2	90,1	87,8	79,3	23,7	22,3	65,5	98,2	97,8
Zona de residencia									
Urbana	95,7	94,8	29,7	23,9	3,0	3,1	14,2	85,0	84,4
Rural	92,5	92,8	4,8	9,5	0,4	0,4	1,8	56,3	51,0

Fuente: Encuestas de hogares de los países.

2.7.4 Suficiencia de las prestaciones según el criterio de acceso

La suficiencia de las prestaciones a las que se tienen acceso varía no sólo entre subsistemas (privado, de seguridad social y público) y entre regímenes (según sea el general o se trate de regímenes especiales), sino también dentro de un mismo subsistema y régimen entre integrantes de un mismo grupo familiar según el criterio que les otorga el acceso. Se requiere por eso relacionar la suficiencia de las prestaciones con las condiciones de elegibilidad. Por ejemplo, un sistema de seguridad social puede tener prestaciones muy amplias para el asegurado directo pero muy limitadas para su esposa.

La seguridad social diferencia prestaciones según se trate de asegurados/as directos o de familiares económicamente dependientes: la canasta de servicios varía según la condición de elegibilidad (cuadro 21). La seguridad social de los países con sistemas de salud segmentados y con baja cobertura, hacen elegibles a las esposas o compañeras exclusivamente para servicios relacionados con la maternidad, y a niños/as con distintos tipos de edades, para el acceso a servicios básicos y durante un período muy corto de tiempo.

Cuadro 21

Centroamérica: aseguramiento familiar definido legalmente según países

País	Familiares económicamente dependiente			
	Cónyuge ^{a/}	Hijos/as ^{b/}	Servicios	Otros familiares
Belice	Sí	Sin tope	¿Todos?	¿?
Costa Rica	Sí	<18	Todos	X
El Salvador	Sólo maternidad	<12	Básicos	X
Guatemala	Sólo maternidad	< 6	Básicos	X
Honduras	Sólo maternidad	<11	Básicos	X
Nicaragua	Sólo maternidad	<12	Básicos	X
Panamá	Sí	<18	¿Todos?	X

^{a/} Belice, Guatemala y Honduras sólo esposas, El Salvador compañera inscrita; Costa Rica y Panamá unión libre mínimo 1 año o 9 meses, respectivamente.

^{b/} En Costa Rica y Panamá la edad aumenta si estudian

Fuentes: legislación nacional.

Además, aunque está muy extendida la retórica de la integralidad de los modelos de atención, en la práctica, la seguridad social tiene un énfasis curativo y la salud pública preventivo y de nivel primario. Esto ocurre incluso en Costa Rica, de la mano de una aún inadecuada la coordinación entre los tres niveles de atención (OPS, 2004: 35). Estas debilidades afectan la suficiencia de las prestaciones, que amplios sectores de la población, terminan siendo demasiado básicos para el conjunto de requerimientos.

Costa Rica es el único país de la región en el que, si bien las prestaciones no son exactamente las mismas, para ambos tipos de acceso, en materia de la canasta de servicios, las restricciones comparativamente menores (CCSS, 2006b). En Belice, si bien el acceso al NHI no depende de la relación de dependencia y esto tiende a hacer más equitativo el acceso, persisten importantes diferencias en el acceso a las prestaciones por maternidad: los asegurados hombres no tienen acceso a las licencias por paternidad, aunque sí existe la elegibilidad en el caso de los subsidios de gastos por maternidad (no para el caso de enfermedad posparto) (BBSSB, 2002). Esta diferenciación de prestaciones entre asegurados directos y familiares, introduce una estratificación problemática para la solidaridad y la equidad social.

En los países que cuentan con regímenes especiales, paralelos a los regímenes generales de la seguridad social, las prestaciones son claramente diferenciadas. Por ejemplo, en El Salvador, además del régimen general en manos del ISSS, hay dos regímenes especiales muy importantes. La Sanidad Militar ofrece servicios quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios, de laboratorio, prótesis y ortopedias (Asamblea Legislativa, 1953). Las prestaciones fundamentales de Bienestar Magisterial son de consulta por maternidad, preventiva, por enfermedad, ante emergencias, de promoción de salud, visita

domiciliaria, curaciones, y referencias. En el segundo nivel tiene convenios con clínicas y establecimientos de salud hospitalarios (Holst, 2003).

En todos los países las esposas o compañeras acceden en su condición de personas económicamente dependientes del asegurado directo: no ocurre el “viceversa” ni se contempla que ellas realizan un trabajo no remunerado que es condición necesaria del trabajo remunerado que realizan los asegurados directos. Este criterio de elegibilidad en gran medida define las prestaciones. Por ejemplo, en tanto el parto no conlleva interrupción del ingreso monetario, no son elegibles a licencias por maternidad, como sí deberían serlo si el criterio de elegibilidad fuera la realización del trabajo no remunerado asociado al trabajo remunerado del asegurado directo.

Los países con regímenes especiales introducen inequidades adicionales. Es el caso de El Salvador, Guatemala y Honduras con respecto a las fuerzas armadas y al gremio docente. El caso de mayor inequidad parece ser el de Guatemala, adonde el régimen especial se financia del presupuesto público (en comparación al caso de El Salvador, adonde el financiamiento es tripartito). En ambos casos, los hijos/as económicamente dependientes de las personas aseguradas directas cuentan con protección hasta los 21 y 23 años, respectivamente.

2.7.5 Medidas para contrarrestar la crisis

En crisis anteriores ocurrió una erosión en la solidaridad social entre sectores socioeconómicos, grupos ocupacionales y equidad de género, tanto dentro de la seguridad social, como entre ésta y los restantes subsistemas. También tuvieron lugar retrocesos en materia de indicadores fundamentales de la salud, como la mortalidad infantil. La evidencia recogida hasta ahora en el marco de este estudio no permite establecer en qué medida la crisis actual ha tenido esos efectos. Tanto las consideraciones sobre gratuidad de la salud como la existencia de copagos, legales o ilegales, aluden a situaciones previas a la crisis. De igual manera lo son los aspectos del diseño que inhiben mayores grados de equidad de género.

Sin embargo, es claro que la crisis acentúa tendencias previas, la mayor parte de las cuales, exceptuando el aumento de la cobertura para la población en general, tienden a ser en la mayoría de los países, negativas para la solidaridad y la equidad social.

3. Balance regional y recomendaciones

3.1 Síntesis de hallazgos

La región cuenta con sistemas sanitarios que, a la luz de las dimensiones examinadas, tienen un desempeño heterogéneo. Lamentablemente, los sistemas cuyo desempeño es razonable corresponde a los países donde en 2008 habitaban poco más de 8 millones de personas (2 de cada 10 centroamericanos/as), mientras que los que aún no lo logran, a casi 33 millones de personas (es decir, 8 de cada 10 habitantes de la región). En este escenario de contrastes en materia de salud, la crisis económica ha acentuado tendencias previas. En esto ha incidido que en toda Centroamérica, las medidas sectoriales enfocadas en los sistemas de salud para hacer frente a la crisis sean relativamente escasas, relacionadas con la cobertura y el financiamiento (en El Salvador y Panamá), la suficiencia de las prestaciones (El Salvador, Honduras y Panamá), y combinen expansión del gasto (Honduras, El Salvador, Panamá) con recortes (Nicaragua).

Esta situación podría afectar seriamente el desempeño de los sistemas de salud dado que, si algo ha quedado claro de la comparación entre sistemas, es que el mejor rendimiento se encuentra en países con una fuerte presencia del Estado (como la que encontramos en países con sistemas unificados ó, en todo caso, duales). Si esto es así en tiempos normales, más lo es para contrarrestar los efectos de una crisis. Esta situación es similar en el resto de América Latina, adonde encontramos unos pocos países que, teniendo diversos grados de desarrollo, han dado prioridad a la ampliación de cobertura y/o a un mayor gasto en salud. Ejemplos son República Dominicana (ampliación de cobertura del seguro familiar bajo el régimen contributivo) y Chile, Perú y Paraguay (en materia de financiamiento, el último con un impactante aumento del presupuesto en salud en 45%) (CEPAL, 2009b).

El cuadro 22 valora la situación relativa de cada país con respecto a cada uno de los principios analizados según la arquitectura de los respectivos sistemas, es decir, según su grado de unidad e integración en sistemas unificados, duales o segmentados. Estos muestran una correlación con mayores o menores grados de a) cobertura; b) suficiencia de prestaciones; y c) solidaridad y equidad social.

Cuadro 22

Centroamérica: balance de los sistemas de salud según principios de la seguridad social

Países	Tipo de sistema	Amplitud cobertura	Suficiencia de las prestaciones	Gasto	Solidaridad y equidad social				
	<i>Unidad</i>	<i>Con seguridad social ó Toda o parte (sólo asalariada) salud pública</i>	<i>Paquete básico</i>	<i>Servicios de alto costo y complejidad</i>	<i>Acceso efectivo a servicios (partos)</i>	<i>Subsistema que más invierte</i>	<i>Brecha socio económica</i>	<i>La salud pública establece copagos por servicios</i>	
Costa Rica	Unificado (alta)	Muy alta (89%-NC)	Toda	Sí	Sí	Muy alto (99%)	Gobierno y seguridad social	Baja (22%)	(No)
Belice	Unificado (alta)	Alta (70%-NC)	Toda	Sí	Sí	Muy alto (96%)	Gobierno	SD	Sí
Panamá	Dual (media)	Alta (77-35%)	Toda	Sí	Sí	Alto (90%)	Gobierno	Alta (54%)	Sí
El Salvador	Baja (segmentado)	Baja (24-40%)	Parte	No	Sí	Alto (90%)	Gobierno y privado	Alta (47%)	En vías de eliminación
Guatemala	Baja (segmentado)	Muy baja (17-27%)	Parte	Limitado	Sí	Muy bajo (41%)	Privado	Alta (50%)	¿?
Honduras	Baja (segmentado)	Muy baja (19-¿60%?)	Parte	Limitado	Sí	Bajo (67%)	Privado	Alta (43%)	Sí
Nicaragua	Baja (segmentado)	Muy baja (19-¿60%?)	Parte	No	Sí	Bajo (74%)	Privado	Intermedia (33%)	Sí

Brecha entre el aseguramiento del quintil más pobre y el aseguramiento del quintil más rico.

La síntesis presentada en el cuadro permite señalar que:

- Los países con sistemas de salud segmentados de América Central presentan entre las menores coberturas de América Latina; carecen de paquetes básicos de salud; cuentan con altos grados de inequidad asociados al tipo de inserción laboral (asalariada o no), al tipo de acceso (directo ó familiar) y al nivel socioeconómico; y destacan porque el gasto privado superar el público. Como se discute a continuación, esta situación llama a contar con una estrategia simultánea de expansión del acceso legal y de mecanismos efectivos desde la seguridad social y desde la salud pública. Desde la seguridad social se requiere definir el acceso legal y mecanismos adecuados a determinados grupos ocupacionales (como independientes y trabajadoras domésticas) y el acceso a prestaciones garantizadas comunes entre asegurados/as directos, cónyuges e hijos/as hasta los 18 años, y personas pensionadas. Desde la salud pública se requiere extender el acceso efectivo de los servicios a la población pobre y de bajo ingreso.
- Los países con sistemas de salud unificados y duales tienen como principal reto lograr mayores grados de equidad social. Las brechas de cobertura, aunque mucho menores que en los países con sistemas de salud segmentados, continúan siendo importantes. Además, es necesario revisar el tema de los copagos. En Costa Rica, aunque legalmente no existen los copagos, en los hechos los hay de dos tipos. Uno es el que tiene lugar para la compra de medicamentos que no están disponibles en la CCSS, ó para la realización de exámenes de distinta índole que acorten los tiempos de espera. El segundo es el pago ilegal por el “saltarse” la fila, especialmente en materia de intervenciones quirúrgicas (Martínez Franzoni y Mesa-Lago, 2003).

3.2 Opciones para enfrentar la crisis y mejorar los sistemas

Del análisis previo se desprende que en materia de sistemas de atención médica hay tres Centroamérica presenta tres situaciones marcadamente distintas: la que enfrenta retos fuertes, relacionados con la arquitectura de los sistemas en torno a los cuales se ha construido una profunda inequidad social; la que enfrenta desafíos en materia de equidad que podrían corregirse con algunas modificaciones en sus respectivos diseños institucionales; y la que enfrenta problemas en gran medida debido a sus propios logros en cuanto al papel del Estado en el manejo de riesgos relacionados con la salud. En el primer grupo se encuentran Guatemala, Honduras, Nicaragua y, con algún camino adelantado en materia de legislación, El Salvador. En el segundo grupo se encuentra Panamá y en alguna medida Belice. En el tercero se encuentra Costa Rica.

Dada la cantidad, diversidad y recursos de poder de los actores implicados, las políticas de salud son de las más complejas, si no la más, de la política social. Mientras que por parte del Estado, los sistemas de pensiones tienen básicamente que ver con administradores y beneficiarios, en salud, las de salud afectan directamente a un abanico de actores que van desde los profesionales de las ciencias médicas hasta los proveedores de insumos como los farmacéuticos, pasando por laboratorios, gremios y entidades formadoras de recursos humanos. También, a diferencia de los sistemas de pensiones, en materia de salud la relación entre sectores público y privado es difícil de desentrañar. De hecho, por más público que sea un sistema de salud (y posiblemente con la excepción de Cuba), nunca es completamente público sino que, en algún nivel,

para operar requiere de la interacción con el sector privado. De allí que cualquier transformación en materia de salud tendrá una economía política compleja, caracterizada por difíciles coaliciones transformadoras y fáciles vetos. Por eso, las ideas para transformar los sistemas con frecuencia son obvias, no así las claves relativas a cómo lograr, efectivamente, promoverlas.

Lo primero que se requiere para sortear esta complejidad es distinguir entre los horizontes normativos o principios orientadores de las transformaciones que se quiere promover, los instrumentos para promoverlos, y la “ruta crítica” o el camino necesario para hacerlos realidad. Igual que los horizontes normativos no pueden delinearse haciendo abstracción de los instrumentos de política disponibles para alcanzarlos – en particular la explosiva combinación de altas demandas sociales y escasos recursos fiscales, tampoco los instrumentos pueden valorarse en abstracto de los principios orientadores de la política. Por ejemplo, en escenarios de sistemas de salud segmentados, el universalismo de derechos en materia de acceso y prestaciones conlleva recursos que los países generalmente no tienen. Dicho eso, hay varias opciones: se descarta el universalismo por inviable; se construye incrementalmente a partir de mínimos que lo hagan creciente y sostenidamente viable; ó se promueve un universalismo de garantías máximas que muy posiblemente en el corto plazo sólo sea posible entre pequeños sectores de la población.

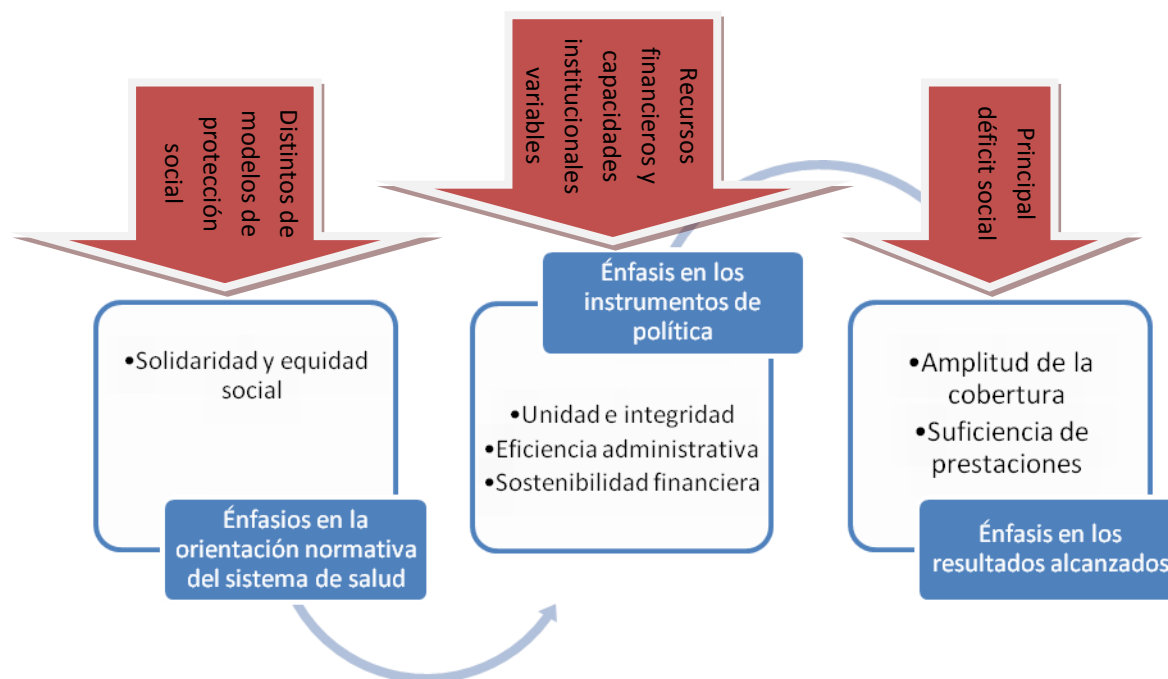
Para transformar la situación actual, los principios orientadores y los instrumentos de política son varios aunque no innumerables. Se requiere ensayar y adaptar algunas de las concepciones existentes acerca del papel del Estado en el bienestar de la población, así como de los instrumentos para hacerlo realidad. La apuesta puede ser por sistemas de salud pública más y mejor dirigidos a la población necesitada (es decir, un acercamiento de tipo liberal-residual); por sistemas contributivos, capaces de absorber a la fuerza de trabajo y a sus familias (es decir, un acercamiento de corte corporativo); ó por sistemas públicos para toda la población (es decir, un acercamiento universal) (Esping-Andersen, 1990; Filgueira, 1998). De las tres modalidades, una estrategia sólo ó excesivamente sujeta a las condiciones laborales de la población sería inadecuada en países con mercados laborales altamente informales y, por lo mismo, altamente dependientes de la emigración laboral. La población de escasos recursos en general y las mujeres en particular, necesitan de mecanismos de acceso a los sistemas de salud que sean relativamente independientes de su inserción laboral.

El siguiente gráfico es una variación del planteado al principio del estudio y tiene como objetivo darle relieve al debate en torno a las alternativas. Claramente, siendo los principios propuestos por OIT instrumentos para definir “pisos” o “normas mínimas”, desde el punto de vista de la formación de política pública, cada uno tiene una relación distinta (sea de fines, instrumentos o resultados).

Gráfico 7

Sistema de salud en Centroamérica:

Dimensiones de análisis según refieran a fines, medios o resultados



Fuente: Elaboración propia con base a principios de OIT.

A continuación se discuten principales recomendaciones en el orden de izquierda a derecha planteado en el gráfico.

3.2.1 Amplitud de cobertura (resultados esperados)

El objetivo que busca este principio es claro: maximizar el acceso a servicios de salud, en particular médicos. En el marco de la crisis, se esperaría encontrar dos tipos de medidas: las dirigidas a prevenir una contracción de la cobertura y las dirigidas a ampliar una cobertura de por sí, y desde antes de la crisis, especialmente reducida en los países con sistemas segmentados, es decir cuatro de los siete países centroamericanos. En El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, es imperativo ampliar la cobertura, en general y entre la población no asalariada y de menores ingresos, en particular. Dada la alta informalidad, no es recomendable sujetar la cobertura única o siguiera principalmente a la inserción laboral. Si fuera así, el casi exclusivo foco de la incidencia estaría en la materia laboral y no en la política social. En algunos países, por ejemplo en Guatemala, con una ampliación del 5% de la cobertura asalariada, se habría llegado a la mayoría o a toda la población asalariada. Aún así, siete de cada diez personas económicamente activas estarían aún fuera del sistema de salud.

Para que toda persona tenga acceso a un esquema formal de salud, independiente de su situación económica o condición laboral se requiere:

- Uno, simultáneamente maximizar la cobertura de la seguridad social y de la salud pública, buscando además reducir y eliminar la doble cobertura. Ello requiere de coordinación entre los subsistemas de salud y una integración en al menos un nivel: el de los sistemas de información para la acreditación del acceso a la salud pública. La mera dificultad que presenta el estimar la cobertura de la salud pública, es muestra evidente del desorden que tienen los sistemas y de la imposibilidad de siquiera tener adecuadas estimaciones de la demanda social potencial a la que deberían estar haciendo frente. Se trataría de contar con sistemas nacionales de registro que permita saber si las personas cuentan ya con acceso a otro subsistema y, como se discute más abajo, a qué prestaciones son elegibles.
- Dos, en materia de seguridad social, frente a la crisis y a la pérdida de empleo que ésta conlleva, cobra importancia la legislación que define durante cuánto tiempo posterior a la pérdida de empleo, un trabajador y su familia mantienen el acceso a las prestaciones en salud como se ha hecho en El Salvador. Además del lapso de tiempo mayor o menor durante el cual se mantiene el acceso no mediando la cotización, debe discutirse si se trata sólo del asegurado activo o de todo el grupo familiar, y de si trata de toda la canasta de servicios a que tenía acceso previamente o sólo a un nivel más básico. Sería posiblemente mejor mantener la cobertura básica de toda la familia (para mantener a niños/as dentro del sistema) durante el mayor tiempo posible, que de sólo activos a toda la canasta de servicios. Por supuesto, esta medida sería complementaria a las dos principales: aquellas dirigidas a preservar empleo formal y a generar nuevo.
- Tres, pasada la crisis ó aprovechando la presión que esta genera, en los países con baja cobertura, las medidas para la ampliación de la base contributiva de los seguros de salud de la seguridad social, deben complementar el modelo de aseguramiento tradicional con nuevas medidas. En estos países las remesas tienen un alto peso en el producto interno bruto, el cual supera los dos dígitos. Una medida que ayudaría a ampliar la base contributiva de los sistemas sería aquella que permita que población emigrante asegure a sus familiares como asegurados directos, independientemente de que cuál sea su condición laboral. A la vez que puede resolver un angustiante problema de las familias (especialmente ante situaciones catastróficas), este tipo de caminos para la ampliación de la base contributiva de la seguridad social, reduciría la demanda de servicios en la salud pública. Igualmente, la ampliación de la cobertura a población no asalariada y a trabajadoras domésticas, es necesario explorar mecanismos de aseguramiento no tradicionales, como lo sería el aseguramiento colectivo.

Requerimientos de información: Para diseñar estrategias de extensión de cobertura deberían compilarse estadísticas integradas de los distintos subsistemas (salud pública, seguridad social, privado y “tercer sector”), especialmente tomando en cuenta la cobertura actual según variables socioeconómicas básicas al nivel geográfico más desagregado posible. El principal reto es la medición del acceso a los servicios de la salud pública.

3.2.2 Suficiencia de las prestaciones (resultados esperados)

Con respecto a este principio se requiere definir qué se considera suficiente y para quiénes. La crisis económica podría haber además creado una mayor demanda de ciertos servicios, como los relacionados con la pérdida de empleo

Los países con sistemas unificados han logrado garantizar un conjunto mayor de prestaciones que los países con sistemas duales y éstos que los países con sistemas segmentados. Pero independientemente de que algunos sistemas puedan garantizar una mayor cantidad de prestaciones que otros, es necesario que un cierto conjunto de prestaciones estén garantizadas, independientemente del subsistema al que la población tenga acceso. Esto permitiría introducir criterios de mayor equidad en los servicios, especialmente en países con sistemas de salud duales y segmentados, en los cuales las brechas en los servicios entre subsistemas pero también dentro de un mismo subsistema (según criterios de acceso directos o familiares), son muy grandes.

Ello requiere:

- Uno, abordar la impopular discusión de cuáles garantías son deseables y posibles para toda la población. El acceso a un paquete básico es condición necesario para insuficiente. Se requiere además el acceso a prestaciones de alto costo y complejidad. Cuáles, cuántas y cuándo, es parte de lo que hay que definir. Por lo pronto, parecería que esta discusión ha tendido a evitarse, como si el darla, de alguna manera implicara avalar su insuficiencia. Sin embargo, la situación es al contraria: al no darla, para una gran proporción de la población, una gran cantidad de servicios en los hechos están fuera del alcance cuándo y cómo se necesitan, pero se carece de criterios que permitan ordenar la disponibilidad y la carencia en función de criterios transparentes y con las implicaciones menos costosas para la vida y la salud de las personas que sea posible.
- Dos, reconocer que, dadas las restricciones fiscales, el objetivo de suficiencia de las prestaciones requiere movilizar distinto tipo de recursos públicos y privados. Vale decir que debe hacerse desde el régimen de bienestar (en tanto constelación de relaciones entre mercados laborales, familias, Estado y “tercer sector”, en particular, aunque no sólo de ONGs), antes que sólo desde el Estado (el cual es condición necesaria pero absolutamente insuficiente). Entre los países con sistemas de salud segmentados, El Salvador podría tener fortalezas dado que su marco legal crea condiciones para avanzar en homogeneizar el funcionamiento y la prestación de los servicios (de hecho, el planteamiento formal es en esa dirección), independientemente del prestador. En Guatemala, la fortaleza podría estar dada por la experiencia de articulación de servicios públicos y de ONG como ocurrió con el SIAS. En otros casos, como Honduras, la fortaleza ha estado más orientada a la identificación y el subsidio a la demanda, que a la creación de condiciones relativas a la oferta de servicios.
- Tres, en los países con baja inversión, hay un tema concreto de gasto mínimo por habitante que debe resolverse. Aún cuando se logre una máxima eficiencia administrativa, no es razonable pensar que un sistema de salud podrá hacerle frente

a la demanda de servicios con menos de un cierto monto de recursos por persona por año. La situación de Guatemala es la más crítica, pero le siguen Nicaragua y Honduras y con una situación un tanto mejor, El Salvador. Es necesario determinar cuánto de estos recursos pueden provenir de medidas asociadas al aumento de la base contributiva de la seguridad social, de la reducción del acceso simultáneo a más de un subsistema, a un aumento de los recursos fiscales, pero también a una discusión sobre garantía de prestaciones garantizadas, independientemente del subsistema al que se tenga acceso. Un referente a tener a cuenta son las reformas que tuvieron lugar en Chile en 2003 y 2004, mediante las cuales se estableció un paquete de prestaciones como derechos exigibles por parte de todas las personas, hombres ó mujeres, que obligatoriamente deben proveerse bajo los distintos subsistemas, sean públicos o privados. Se trata del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE).

En este marco, y aunque es una discusión compleja, es necesario discutir el papel de los copagos. Si bien es indudable que su total eliminación de los sistemas públicos es deseable, en el corto plazo podría ser más viable ordenarlos de manera transparente y en función de criterios de progresividad socioeconómica.

- Cuatro, en todos los países centroamericanos existen programas de transferencias monetarias condicionadas, dirigidos a promover los controles de salud y la permanencia de los niños y las niñas en la escuela (generalmente en el nivel primario, aunque en Costa Rica en el nivel secundario). Dado que estos programas se dirigen a población de escasos recursos y cuentan además con alto apoyo político, sería deseable explorar maneras de articularlos con estrategias de universalización del acceso a prestaciones en salud por parte de las madres y de sus hijos/as que aún no están en edad escolar.
- Cinco, dos aspectos del funcionamiento de los sistemas que son muy sensibles a la población, respecto a los cuales en los siete países se podría mejorar y que sería fundamental abordar en Costa Rica, son la claridad de las “rutas” de acceso a qué servicios y, segundo, en el trato democrático en las citas y en los tiempos de espera. Estos aspectos no necesariamente implican mayores recursos financieros y pueden tener un alto impacto en la legitimidad social de los sistemas públicos y de la seguridad social.

Requerimientos de información: Se requiere contar con información estandarizada a nivel regional, relativa a los servicios a los que tienen acceso las personas según qué características sociodemográficas (por ejemplo sexo y edad) y condición de elegibilidad (directas y familiares). En particular, sería fundamental contar con esta información de manera válida y confiable, tal como ocurre en la realidad y no como lo expresan los marcos normativos. Estos permitirían contar con mejores mapas relativos a las brechas de ejecución de la legislación y de la política pública vigente.

3.2.3 Solidaridad y equidad social

Con respecto a este principio se requiere abordar el alto grado de inequidad existente según el tipo de inserción ocupacional (asalariada o no; urbano o rural; entre trabajadoras domésticas y campesinos y el resto de la población) y según estratos socioeconómicos y determinar si se consideran o no aceptables. Para ello,

- Uno, las alternativas de política no pueden separarse de la concepción que se tenga del papel que debe tener el Estado para promover solidaridad entre quienes y de acuerdo a qué criterios. Bajo un enfoque residual del papel del Estado en el bienestar, dicha solidaridad es de la población en su conjunto, para con quienes realmente lo necesitan, de manera lo más puntual y temporariamente que sea posible. Bajo un enfoque contributivo, la solidaridad es entre los integrantes de un grupo con capacidad contributiva, en particular desde quienes tienen más recursos a quienes tienen menos. Bajo un enfoque universal, la solidaridad se orienta a asegurar que toda la población tenga ciertas prestaciones (más o menos amplias según los casos) garantizadas, dado que además de resolver la atención de la salud promueve objetivos de integración social. Ciertamente, mecanismos no contributivos propios del primer enfoque, pueden incorporarse bajo el diseño del segundo, para dar lugar a un sistema que promueva la solidaridad como bajo la visión del tercero. En todo caso, la orientación normativa (en este caso, residual, corporativa o socialdemócrata) puede hacerse efectiva mediante distintos instrumentos.

En Centroamérica, Costa Rica se acerca al tercer enfoque, a partir de instrumentos propios de los primeros dos. En El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua coexisten el primero y el segundo enfoque. Estos países tienen la particularidad de que la población que necesita de la subsidiariedad del Estado es la gran mayoría y sus condiciones de pobreza estructurales antes que coyunturales. A esto se suma que el enfoque contributivo tampoco se lleva a cabo de manera efectiva, debido a la gran estratificación entre asegurados directos y familiares dentro de cada régimen. Si bien en Panamá coexiste también el primero y el segundo enfoque, la menor informalidad y pobreza, junto con una mayor efectividad de la seguridad social, aliviana algunos de los problemas que se presentan en el grupo anterior. Belice estaría en transición hacia un enfoque más cercano a Costa Rica y a Panamá que a los restantes países.

- Dos, en materia de equidad de género, debe abordarse el tratamiento que el subsistema de seguridad social hace del trabajo femenino no remunerado. La “Agenda de Salud de las Américas 2007-2027” recomienda que la autoridad sanitaria promueva la paridad entre los sexos en la formulación y la aplicación de los programas de salud (Estado de la Región, 2008:206). Ello requiere una afirmación positiva y criterios de equidad, no solo en el modelo de atención, sino también en los criterios de acceso a los modelos de atención respectivos.

La definición de criterios de acceso tiene consecuencias importantes, por ejemplo, para el acceso a las transferencias en dinero. Si las esposas o compañeras tienen acceso en tanto personas económicamente dependientes, el acceso a transferencias en dinero, por ejemplo por maternidad, estarán necesariamente fuera

de su alcance dado que no conlleva interrupción del ingreso monetario. Sin embargo, si se entiende que durante el parto y los meses posteriores las mujeres no están en las mismas condiciones de asumir las tareas domésticas no remunerada, tiene sentido plantearse las licencias por maternidad como una prestación al alcance de las amas de casa. Esta discusión, de concepción del problema, debe luego (no antes), abordarse a la luz de las restricciones fiscales y de los mecanismos específicos que permitirían darle sostenibilidad financiera. En Costa Rica, por ejemplo, las amas de casa pueden cotizar de manera voluntario y cabría preguntarse por qué, entonces, no son elegibles a las licencias por maternidad.

3.2.4 Eficiencia y costo administrativo (instrumentos)

Independientemente de la unidad de medida usada, los datos disponibles para tres países (Costa Rica, El Salvador y Honduras) muestran costos crecientes. Lo mismo ocurre con los costos de operación. En el caso de los sistemas segmentados, en los cuales el gasto es muy bajo, es imperativo buscar maneras de aumentarlo, a la vez que se trabaja en aumentos de la eficiencia, también necesarios para que los escasos recursos disponibles logren los mejores resultados posibles. Especialmente preocupante es en qué medida Nicaragua, adonde se han hecho recortes presupuestarios a un gasto por habitante ya muy escaso, tiene suficiente margen para que, aumentando su eficiencia administrativa, dichos recortes se neutralicen.

Mesa-Lago muestra que los países que tienen un gasto de salud por habitante relativamente bajo pero indicadores de productos relativamente altos (como Belice y Costa Rica en Centroamérica y Cuba fuera de Centroamérica), tienen una ventaja de eficiencia ante eventuales reducciones el gasto de salud. En cambio, los países con indicadores de salud por debajo del esperado para su nivel de gasto (como Argentina y Brasil) experimentarán mayores efectos de una eventual reducción del gasto. Para contrarrestarlo deberán mejorar la eficiencia, por ejemplo, asignando más recursos a la prevención y al primer nivel, reemplazando médicos por enfermeras, etc. (Mesa-Lago, 2009). Algo similar se requiere en los países con escaso desempeño y escaso gasto, como especialmente tres de los cuatro con sistemas segmentado en la región centroamericana.

Un cuidado importante a tener es que las medidas dirigidas a aumentar la eficiencia no incrementen las demandas de cuidados familiares, principalmente llevados a cabo de manera no remunerada por mujeres. Este puede ser el caso de la reducción cuando la eficiencia se busca mediante una reducción de los tiempos de hospitalización, por ejemplo, postoperatorios.

3.2.5 Sostenibilidad financiera (instrumentos)

Con respecto a este principio el objetivo es claro y similar (aunque con distinto grado de crudeza) en toda Centroamérica: contar con una mayor cantidad de recursos para hacer frente a la enorme demanda social.

- Uno, desde la seguridad social se requiere una ampliación de la base contributiva mediante formas alternativas de acceso contributivo a la seguridad social, por ejemplo mediante medidas complementarias al aseguramiento individual y mensual tradicional. Esto ocurre en países con muy alta informalidad y emigración, los cuales son también los que tienen sistemas de salud segmentados aunque no sólo: Costa Rica ha tenido un muy rápido incremento del trabajo informal y, aunque ha venido ampliando la cobertura de la población no asalariada, la brecha continúa siendo importante.
- Dos, se requiere una mayor capacidad de hacer cumplir la legislación. Especialmente en los países centroamericanos con sistemas de salud segmentados, la brecha de aseguramiento entre sector público y sector privado (adonde está la mayoría de la población económicamente activa), es muy grande. Es preciso contar con estimaciones de cuál es la proporción de la población asalariada privada no asegurada que está en esa condición porque él, ella o su patrono no quiere contribuir, versus la que, aunque quisiera, por su nivel de ingresos, no puede hacerlo. El primer grupo se reduciría con mejores medidas para combatir la evasión y la subdeclaración. La experiencia de Costa Rica muestra que los mecanismos no judiciales son mucho más efectivos que los judiciales: para las empresas es muy distinto que las deudas con la seguridad social se salden luego de procesos judiciales que toman varios años, que enfrentar consecuencias prácticas inmediatas, como el cierre de un establecimiento o la imposibilidad de suplirle insumos al Estado (Martínez Franzoni y Mesa-Lago, 2003).
- Tres, desde la salud pública, en particular en los países con sistemas segmentados, adonde la inversión por habitante es actualmente muy insuficiente, el camino del aumento incremental difícilmente permita dar los saltos cualitativos que se requiere dar en materia de cobertura. Una manera de sumar recursos, es que los procedentes de la cooperación internacional sean canalizados en el marco de una estrategia nacional, única y ordenada de ampliación de cobertura. Igualmente debería ocurrir con los préstamos. Además, de cara a fortalecer los sistemas de salud mediante una cantidad significativamente mayor de recursos, es ineludible abordar el tema fiscal con un criterio de solidaridad social. En Costa Rica la unificación del sistema bajo la égida de la seguridad social ha contado con el financiamiento del Fondo de Asignaciones Familiares, el cual complementó una base contributiva relativamente amplia. En los países con sistemas de salud segmentados, en ausencia de esto último, se requeriría contar con un fondo de financiamiento de servicios de salud.

En cualquier caso, el aumento del gasto privado, en particular con fines de lucro, le agrega complejidad y retos al fortalecimiento de los sistemas públicos, dado que tiene lugar de la mano de actores que ganan poder y capacidad de veto frente a los intentos

por mejorar los sistemas públicos de salud (sea que estos sólo financian, o también prestan directamente los servicios). Frente a esta situación, la garantía de prestaciones y el subsidio a la demanda podría ser un camino de ampliación indirecta de la cobertura, completaría a un incremento de la cobertura directamente realizada por parte de la seguridad social y de la salud pública.

3.2.6 Unidad e integración (instrumentos)

En términos de la arquitectura de los sistemas de salud, el principal problema es la inequidad que introduce una segmentación carente de coordinación en materia de garantía de prestaciones. La realidad de sistemas segmentados no será fácil de transformar. Sin embargo, podría ser más fácil introducir criterios de obligatoriedad en la garantía de prestaciones, independientemente de qué subsistema preste los servicios. Para ello:

- Uno, los entes rectores pueden y deben tener un papel protagónico pero su peso político-institucional parecería ser insuficiente para incorporar cambios en la arquitectura, formal pero, sobre todo efectiva, de los sistemas. Parecería requerirse además de decisiones de las autoridades al más alto nivel legislativo y ejecutivo.
- Dos, se requiere valorar si, en escenarios de debilidad institucional y de alta segmentación, el que los Ministerios de Salud tengan aún la potestad de proveer servicios a la población no asegurada puede darles un mínimo margen de acción para resolver problemas de acceso y de suficiencia de prestaciones que, como ha quedado claro, son temas críticos en países con sistemas segmentados. Como contraparte, no se cuenta con evidencia disponible que relacione los mejores resultados en materia de amplitud de la cobertura y de suficiencia de las prestaciones, con el papel rector de los Ministerios de Salud.

Tres, en general, parecería recomendable evitar que la transformación del edificio del sistema de salud, se vuelva un fin en sí mismo. En Panamá el gobierno anterior planteó que la salud pública podría, potencialmente transferir los recursos con que cuenta actualmente para financiar sus propios servicios, se podría pensar como viable un proceso de integración de servicios similar al experimentado por Costa Rica desde fines de los años setenta y más recientemente por Belice. Este no es el caso de los países con sistemas segmentados, adonde los recursos de la salud pública son muy escasos. En Nicaragua el gobierno ha planteado la creación de un sistema único de salud. En El Salvador el partido en el gobierno durante muchos años ha promovido la unificación de la seguridad social y de la salud pública. Podría ocurrir que el debate en torno a la conveniencia de crear o no sistemas este tipo, dificulte la definición de los aspectos que en el corto plazo son más relevantes para la población, como es el acceso de toda la población a una cierta calidad y perfil de prestaciones. Dados los múltiples vetos que inevitablemente surgen cuando se quieren reformar instituciones, podría ser que el mejor camino fuera el inverso: el garantizar prestaciones primero, más allá del subsistema, para ir integrando después.

3.3 Información regional

Si bien los problemas de acceso a la información son variables entre países, el registro de la cobertura y de la suficiencia de las prestaciones según subsistemas es inadecuado en toda la región. Se requeriría contar con una estrategia de generación permanente y comparable de datos. Esta debería incluir y contribuir a hacer visible el papel de la medicina tradicional y mediante el llamado “tercer sector” (como es el caso de las ONG y de otras organizaciones sin fines de lucro). Uno de los principales problemas que presenta el estudio de los sistemas de salud de la región es la brecha entre lo que dicen las normas y lo que ocurre en los hechos. Las encuestas de hogares serían un mecanismo adecuado para monitorear cobertura y prestaciones efectivas, en general y para grupos específicos de la población que se buscara priorizar, en particular. Además, se requiere contar con algunos pocos indicadores comparables a nivel regional relativos a la suficiencia de las prestaciones (como los tiempos de espera para prestaciones clave) y la equidad (relacionados no sólo con cobertura sino también con suficiencia de las prestaciones).

Con respecto a la operación de los sistemas de salud en general, Mesa-Lago (2008) plantea la necesidad de contar con encuestas periódicas para que las personas aseguradas y usuarias de los servicios de salud, evalúen la calidad y planteen los problemas que perciben. Este punto toca el tema más general relativo a cómo incorporar a la población en una estrategia de fortalecimiento de los sistemas de salud. Parecería que dicha incorporación debería prioritariamente hacerse con relación a los dos aspectos que más conciernen a la mayoría de la población: ampliación de cobertura y suficiencia de las prestaciones. La manera específica de hacerlo variará entre países pero debería contribuir a tomar decisiones difíciles como la “ruta crítica” de sectores de la población a incorporar sucesivamente en el sistema, y las prestaciones de salud que sea posible garantizar.

Contribuiría además a este propósito, el contar con estudios comparativos más detallados, relativos a dos aspectos: las estrategias que despliegan actualmente las personas y las familias para acceder a los servicios médicos, y directamente relacionado a estas estrategias, los mercados privados de servicios, con y sin fines de lucro.

Bibliografía

- AISS. 2010. “Belice”, en: <http://www.issa.int/esl/Observatorio/Perfiles-nacionales/Regions/Americas/Belice>.
- ALBAMED. 2009. “¿Qué es el proyecto “Centro Regulador de Medicamentos del ALBA” ALBAMED?”, en: http://www.salud.alianzabolivariana.org/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=56. Consulta: enero, 2010.
- Almeida, C. 2006. “Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: El papel de los Organismos Internacionales al formular las agendas e implementar las políticas”, en: Bienestar y Política Social, Vol. 2, No. 1: 135-175.
- Argueta, N. 2007. “El acceso a la seguridad social en El Salvador en el siglo XXI. Caso: El Salvador”. Informe elaborado para la Fundación Ebert – América Central.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. 1973. Ley No. 5395 “Ley General de Salud”. San José, Asamblea Legislativa.
- _____. 1982. Adición de un Título IV a la Ley No. 2 “Código de Trabajo”, “De la protección de los trabajadores durante el ejercicio del trabajo”. San José, Asamblea Legislativa.
- _____. 2000. Ley No. 7983 “Ley de Protección al Trabajador”. San José, Asamblea Legislativa.
- _____. 2008. Ley No. 8653 “Ley Reguladora del Mercado de Seguros”. San José, Asamblea Legislativa.
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. 1953. Ley No. 1263 “Ley del Seguro Social”, en: <http://www.issv.gov.sv/000ley.asp#link02>. Consulta: septiembre, 2009.
- _____. 1988. Decreto No. 955 “Código de Salud”. San Salvador, Asamblea Legislativa.
- _____. 2004. Decreto No. 538 “Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud”. San Salvador, Asamblea Legislativa.
- _____. 2005. Decreto No. 775 “Ley del Sistema Básico de Salud Integral”. San Salvador, Asamblea Legislativa.
- _____. 2007a. “Decreto No. 442 “Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud””, en: Diario Oficial, Tomo 377, No. 214.
- _____. 2007b. Ley No. 485 “Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial”, en: http://www.mined.gov.sv/docentes/bienestar/descargas/ley_instituto_bienestar_0_%20magisterial.pdf. Consulta: agosto, 2009.

- _____. 1998. "Decreto No. 553 "Ley Orgánica de la Fuerza Armada"", en: http://www.fuerzaarmada.gob.sv:90/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=81. Consulta: abril, 2010.
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. 2002. "Ley No. 423 "Ley General de Salud"", en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/lgs_423.pdf. Consulta: septiembre, 2009.
- _____. 2002. "Ley No. 423 "Ley General de Salud"", en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/lgs_423.pdf. Consulta: septiembre, 2009.
- Asamblea Nacional de la República de Panamá. 2005. "Ley No. 51 "Que reforma de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones"", en: Gaceta Oficial, No. 25, 453.
- Badillo, D, et al., 2009a. "Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Guatemala", en: Sojo, Ana -edit. 2009. El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales. Santiago, CEPAL-ASDI.
- _____. 2009b. "Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Honduras", en: Sojo, Ana -edit. 2009. El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales. Santiago, CEPAL-ASDI.
- _____. 2009c. "Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Nicaragua", en: Sojo, Ana -edit. 2009. El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales. Santiago, CEPAL-ASDI.
- Base de datos de las Naciones Unidas. 2009 <http://data.un.org/Explorer.aspx?d=15>. Consultada el 26 de febrero de 2009.
- Bitrán, R. 2004. Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica. Santiago, CEPAL/GTZ.
- Blofield, M. 2008. "Derechos de las trabajadoras domésticas: ¿Porqué cuesta tanto avanzar?". Presentación magistral y conversatorio organizado por el Equipo de investigación de Trabajo Doméstico Remunerado - Costa Rica y la Agenda Económica de las Mujeres. UCR, San Pedro. 1 de octubre.
- BSSB. 2002. Su manual de seguridad social. Belmopán, Consejo de Administración del Seguro Social de Belice.
- _____. 2003. "National Health Insurance . Health Sector Reform and NHI", 2003 en: <http://www.socialsecurity.org.bz/OTHERPROGRAMS/NHI/NHIManual.aspx>. Consulta: febrero, 2010; SSB. 2009. Eighth Actuarial Comprehensive Review of the Social Security Scheme (as at 31 December 2008), Belice, SSB.
- _____. 2008. Statistical Abstract 2008.
- _____. 2009a. Eighth Actuarial Comprehensive Review of the Social Security Scheme (as at 31 December 2008), Belice, SSB.

- _____. 2009b. "National Health Insurance. Project", en: <http://www.socialsecurity.org.bz/OTHERPROGRAMS/NHI/NHIPProject.aspx>. Consultado en: febrero 2010.
- Carrera, F., et al. 2009. "Progresar hacia la equidad: Sinopsis de algunos retos del financiamiento de las pensiones y la salud en Guatemala, Honduras y Nicaragua". En El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales, editado por Ana Sojo. Páginas 15-.32 CEPAL: Santiago de Chile.
- CCS. 2008. Memoria 2008. Ciudad de Panamá: CCS.
- CCSS. 2003. Memoria Institucional 2002. San José, Costa Rica.
- _____. 2004a. Anuario Estadístico. Dirección actuarial, Departamento de Estadística; 2004
- _____. 2004b. Memoria Institucional 2003. San José, Costa Rica.
- _____. 2005. Anuario Estadístico. Dirección actuarial, Departamento de Estadística; 2005
- _____. 2005b. Memoria Institucional 2004. San José, Costa Rica.
- _____. 2006a. Anuario Estadístico. Dirección actuarial, Departamento de Estadística; 2006.
- _____. 2006b. Memoria Institucional 2004. San José, Costa Rica.
- _____. 2006c. Una CCSS renovada. Políticas Institucionales 2007-2012: Planeamiento Estratégico Institucional y Programación de Inversiones. San José, CCSS.
- _____. 2007. Anuario Estadístico. Dirección actuarial, Departamento de Estadística; 2007.
- _____. 2008a. Memoria Institucional 2007. San José, Costa Rica
- _____. 2008b. Anuario Estadístico Dirección actuarial, Departamento de Estadística; 2008.
- _____. 2009. Anuario Estadístico Dirección actuarial, Departamento de Estadística; 2008.
- CEPAL. 2009a. Anuario Estadístico 2009, en: http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp. Consulta: octubre, 2009.
- _____. 2009b. La reacción de los gobiernos de América Latina y el Caribe frente a la crisis internacional: una presentación sintética de las medidas de política anunciadas hasta el 30 de septiembre de 2009. Santiago, CEPAL/ASDI.

- _____. 2009c. Anuario Estadístico 2009. http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp
- _____. 2009c. Panorama Social 2009.
- CEPAL y OIT. 2009b. “Crisis y mercado laboral”. Boletín CEPAL/OIT “Coyuntura Laboral en América Latina”, No. 1.
- _____. 2009b. “Crisis en los mercados laborales y respuestas contracíclicas”. Boletín CEPAL/OIT “Coyuntura Laboral en América Latina”, No. 2.
- Congreso Constitucional de la República de Costa Rica. 1943. Ley No. 17 “Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social”. San José, Asamblea Legislativa.
- Congreso de la República de Guatemala. 1946. Decreto No. 346 “Ley Orgánica del IGSS”, en: <http://www.mintrabajo.gob.gt/org/leyes-y-convenios/leyes-ordinarias/ley-organica-del-igss>. Consulta: agosto, 2009.
- _____. 1997. Decreto 90-97 “Código de Salud”.
- Congreso Nacional de Honduras. 1959. “Ley del Seguro Social”, en: <http://www.congreso.gob.hn/leyes%20nacionales/leysegurosocial%201964%20y%20ref.pdf>. Consulta: octubre, 2009.
- _____. 1991. “Código de Salud”, en: [www.poderjudicial.gob.hn/.../Codigo%20de%20Salud%20\(actualizada-07\).pdf](http://www.poderjudicial.gob.hn/.../Codigo%20de%20Salud%20(actualizada-07).pdf). Consulta: octubre, 2009.
- Consejo de Ministros de Salud del Sistema de Integración Centroamericana. 2009. Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Tegucigalpa, SICA.
- CSS. 2004. Memoria 2004 del Caja del Seguro Social de la República de Panamá.
- _____. 2005. Memoria 2005 Caja del Seguro Social de la República de Panamá.
- _____. 2006. Memoria 2006; Marzo del 2007 Caja del Seguro Social de la República de Panamá.
- _____. 2008. Memoria 2007 de la Caja del Seguro Social de la República de Panamá; Marzo del 2008.
- _____. 2009. Memoria 2008 de la Caja del Seguro Social de la República de Panamá; Marzo del 2009.
- Cottom, Hugo Leonel. 2004. “Análisis crítico del Sistema Nacional de Salud en Guatemala. En: <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/03/archivos/Analisis%20Critico%20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20en%20Guatemala..pdf?sm=c60> Consulta: octubre, 2009.

- Diario CoLatino. 2009. "Eliminan cuotas voluntarias en hospitales públicos", en: <http://www.diariocolatino.com/es/20090610/nacionales/67776/?&PHPSESSID=8f62a9c388f6007b6a027769f6c1ae1a>. Consultado: Noviembre, 2009.
- _____. 2009. ""Ya vienen las medidas para bajar el costo de la vida": Alex Segovia", en: <http://www.diariocolatino.com/es/20090728/nacionales/69695/> Consulta: agosto, 2009.
- El Heraldo. 2008. "Inauguran moderna sala de maternidad en El Paraíso". Consulta: noviembre, 2009.
- _____. 2009. "Gobierno hondureño presenta plan "anticrisis", en: <http://www.elheraldo.hn/País/Ediciones/2009/03/14/Noticias/Gobierno-hondureno-presenta-plan-anticrisis>. Consulta: agosto, 2009.
- _____. 2009. "Suspenden cirugías por falta de insumos" y "Capitalinos buscan salud en las plantas medicinales". En: <http://www.elheraldo.hn/Pa%C3%ADs/Ediciones/2009/10/14/Noticias/Suspenden-cirugias-por-falta-de-insumos>. Consulta: febrero, 2010.
- _____. 2009 "Priorizar el tema de la salud claman capitalinos". En: <http://www.elheraldo.hn/index.php/content/view/full/319390>. Consulta: febrero, 2010
- Esping-Andersen, G. 1990. The three worlds of welfare capitalism. Princeton: Princeton University Press.
- Estrada, G. 2008. El sistema de salud en Guatemala, 9: Síntesis. Guatemala, PNUD.
- Figueroa, R. 2010. Director del National Health Insurance de Belice, Comunicación personal electrónica, 9 de abril.
- Filgueira, F. 1998. "El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo y ciudadanía estratificada" en Brian Roberts (editor) Ciudadanía y política social. San José: FLACSO/SSRC.
- Flores, W. 2008a. El gasto de bolsillo en salud: implicaciones para la pobreza y la equidad en Guatemala. Guatemala, USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala.
- _____. 2008b. El sistema de salud en Guatemala, 4: ¿Así funcionamos?. Guatemala, PNUD.
- FMLN. 2009. Programa de Gobierno 2009-2014: Nace la esperanza, viene el cambio. <http://www.fmln.org.sv/detalle.php?action=fullnews&id=37>
- Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. 2009. "Plan de Defensa de la Producción, el Crecimiento y el Empleo para el año 2009", en: http://www.elnuevodiario.com.ni/upload/Programa_Defensa_Produccion_y_Empleo_20092301.pdf. Fecha de consulta: julio, 2009.

- Herrero, F y Durán, F. 2001. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. Santiago, CEPAL.
- Hirshman, A. 1970. Exit, Voice and Royalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States. Cambridge: Harvard University Press.
- Holtz, J. 2003. “Evaluación del Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología InfoSure”. Informe de Consultoría para el “Proyecto Sectorial “Seguros Sociales de Salud en países en vías de desarrollo””. San Salvador, GTZ.
- Honduras: Hospital Militar. 2010. Servicios. <http://www.hospitalmilitar.hn/>
- IHSS. 2007. Archivo Información Estadística Básica 2007. En: <http://www.ihss.hn/estadisticas/estadisticas.htm>. Consulta: agosto, 2009
- _____. 2008. Información estadística básica. En: <http://www.ihss.hn/estadisticas/estadisticas.htm>
- _____. 2009. Servicios, en: <http://www.ihss.hn/servicios/servicios.htm>. Consulta: agosto, 2009.
- IGSS. 2006. Boletín de Población protegida 2006, en: <http://www.igssgt.org/subgerencias/boletinpopprotegida2006.pdf>. Consulta: noviembre de 2009.
- _____. 2007. Informe Anual de Labores 2006 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Febrero 2007.
- _____. 2008. Informe Anual de Labores 2007 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Febrero 2008.
- _____. 2009a. Servicios Médicos, en: http://www.igssgt.org/servicios_medicos/accidentes.html. Consulta: agosto, 2009.
- _____. 2009b. “IGSS propone aumento de cuotas y edad para jubilarse. Nuevo intento para cambiar de 60 a 65 años el lapso para recibir pensión”. Comunicado de prensa, Julio-2009, No. 1. Guatemala: IGSS.
- ILO. 2001. Social security: A New Consensus. Geneva: Internacional Labour Office.
- _____. 2009. Key Indicators of the Labor Market (KILM), Sixth Edition., complemented by CEPALSTAT.
- _____. 2010. Labor Statistics Database Copyright International Labor Organization 1998-2010. <http://laborsta.ilo.org/STP/quest>
- Instituto Nacional de Seguros. 2009. “INS-Salud”, en: <http://portal.ins-cr.com/Social/ServMedicos/INSSalud.htm>.
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. 2008a. Anuario Estadístico 2007. Managua, INSS.

- _____. 2008b. Memoria Anual 2007. Managua, INSS.
- _____. 2009. Anuario Estadístico 2008, Managua, INSS.
- Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial [ISBM. Servicios Médicos.](http://www.isbm.gob.sv/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=19)
http://www.isbm.gob.sv/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=19. Consulta: abril, 2010.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 2005. Memoria de Labores 2004. San Salvador, ISSS.
- _____. 2006. Memoria de Labores 2005. San Salvador, ISSS.
- _____. 2007. Memoria de Labores 2006. San Salvador, ISSS.
- _____. 2008a. Memoria de Labores 2007. San Salvador, ISSS.
- _____. 2008b. "Salud asegurada para los salvadoreños", en: NotISSSias, Agosto, 2008, Año II, No. 20, <http://www.iss.gov.sv/notissias/histonota.asp?report=171&edicionhisto=2008II0820&publicacion=20>. Consulta: febrero, 2010.
- _____. 2008c. Anuario estadístico 2008. En: http://www.iss.gov.sv/estadistica/ANUARIO_ESTADISTICO_DEL_ISSS_2008.pdf. Consulta: noviembre de 2009
- _____. Estadísticas 2008. San Salvador, ISSS.
- Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social. 1971. "Reglamento de Aplicación de la Ley del Seguro Social", en: www.ciprodeh.org.hn/Leyes%20Descargables/Gazeta%20Ley%20del%20IHSS.pdf. Consulta: noviembre, 2009.
- Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional. 1982a. "Decreto No. 974 "Ley Orgánica de la Seguridad Social de Nicaragua"", en: http://ww2.inss.gob.ni/images/stories/1194992659_leyDec974.pdf. Consulta: agosto, 2009.
- _____. 1982b. "Decreto No. 975 "Reglamento General de la Ley de Seguridad Social"", en: http://ww2.inss.gob.ni/images/stories/1194993311_leyDec975.pdf. Consulta: agosto, 2009.
- Junta Provisional de Gobierno. 1969. Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969. "Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud".
- La Nación. 2007. "Uno de cada tres hogares acude a medicina privada", en: http://www.nacion.com/ln_ee/2007/mayo/22/pais1104877.html. Consulta: octubre, 2009.

- Martínez, J. 2008. Domesticar la incertidumbre en América Latina: mercados laborales, política social y familias. San José: UCR.
- _____. 2005. “Régimen de bienestar y salud en Costa Rica: una década de reformas y mercantilización de servicios”. Documento elaborado para ser presentado en la conferencia “Latin American perspectives on public health”, Universidad de Toronto, 5-7 de mayo del 2005.
- Martínez, J. y Mesa-Lago, C. 2003. Reformas inconclusas: salud y pensiones en Costa Rica. San José, Fundación Frederick Ebert.
- Martínez, J., et al. 2009. El trabajo doméstico remunerado en Costa Rica: Entre ocupación y pilar de los cuidados. Estudio realizado para el Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA); coordinado por el Programa Agenda Económica de las Mujeres UNIFEM-PNUD, con el apoyo del Programa de Cooperación Regional para Centroamérica de la Agencia Española de Cooperación (AECID).
- Mathauer, I, et al. 2009. Evaluación institucional del Sistema de Financiamiento de Salud Nicaragüense y propuestas para mejorar y fortalecerlo. Una trayectoria hacia la cobertura universal. SIN LUGAR, OMS/OPS.
- Mesa-Lago, C. 2005. Problemas de la seguridad social en Panamá y recomendaciones para su reforma. Panamá: Fundación Friedrich Ebert.
- _____. 2008. Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America. Oxford University Press.
- _____. 2009a. Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas. Santiago, CEPAL.
- _____. 2009b. “La Crisis Económica Mundial y su Impacto en la Seguridad Social de Costa Rica”. Ponencia preparada para el Decimoquinto informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Programa Estado de la Nación.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. 2007a. Plan Estratégico Institucional 2008-2010. San José, Ministerio de Salud.
- _____. 2007b. Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico Institucional. San José, Ministerio de Salud-Dirección General de Salud.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. 2006. Gestión de la dirección de regulación de establecimientos de salud: 1999-2006. Managua, Dirección de Regulación de Establecimientos de Salud.
- _____. 2008a. Política Nacional de Salud. Managua, MINSA.

- _____. 2008b. Marco Conceptual: Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Managua, MINSA.
- Ministerio de Salud de Panamá. 2005a. Documento marco. Situación de Salud de Panamá. Panamá, MINSA-Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud.
- _____. 2005b. La oferta de los servicios de salud del sistema de protección social. Panamá, MINSA.
- _____. 2006. Políticas y estrategias de salud pública 2005-2009. Panamá, MINSA.
- _____. 2007. “Regulación”, en: Ministerio de Salud de Panamá. 2008. Memoria Institucional 2007. Panamá, MINSA.
- _____. 2008. Atlas Nacional de Salud. Análisis de la Situación de Salud 2007. Panamá, MINSA/FPI/ICGES.
- _____. 2009a. Programa de Protección Social - Apoyo a la Red de Oportunidades. Contrato de Préstamo N°1867/OC-PN y 7479-PA (BID – BIRF). Panamá: MINSA-UGAF.
- _____. 2009b. Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud. Contrato de Préstamo N°7587-PA (BIRF). Panamá: MINSA-UGAF.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. 2005. Plan de Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). San Salvador, MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Sin fecha. Guatemala: la experiencia exitosa de la Extensión de Cobertura. .
- _____. 2002. Protección Social en Salud: Guatemala. Informe final. Guatemala, MSPAS.
- _____. 2005. “Centros de Atención Integral Materno-Infantiles”. Octubre. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. MSPAS.
- _____. 2008. Guatemala: la experiencia exitosa de la Extensión de Cobertura.
- Nigenda, G, et al. 2001. “La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia”, en: Salud Publica (43): 2001, 41-51.
- OMS. 2010. Statistical Information System (WHOSIS), en: <http://www.who.int/whosis/>
- _____. 2009; Francia, 2009; Programa Estado de la Región, 2009; Base de datos de las Naciones Unidas; Consultada el 26 de febrero de 2009; <http://data.un.org/Explorer.aspx?d=15>
- _____. 2003. Informe de la Salud en el Mundo. Capítulo 7. Sistemas de salud: principios para una atención integrada. Ginebra: OMS.

- OPS. 2002a. Análisis Comparativo en RSS. Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana. 2a edición, Julio, 2002. En: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=102&lang=es
- _____. 2002b. Perfil del sistema de servicios de salud de Belice. 2. a edición, 14 de enero de 2002. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- _____. 2002c. Perfil del sistema de servicios de salud de Nicaragua. 2a. ed. febrero de 2002. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud. En: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=98&Itemid=26&lang=es
- _____. 2003. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos. San José, OPS/MINSA/CCSS.
- _____. 2004. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. San José, OPS.
- _____. 2006a. Análisis de la Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua. Managua, OPS.
- _____. 2006b. Perfil del Sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Washington, OPS.
- _____. 2007a. Perfil de los sistemas de salud de Guatemala. Washington, OPS.
- _____. 2007b. Perfil de los Sistema de Salud de Panamá: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, OPS.
- _____. 2007c. Salud en las Américas: Volumen II – Países. Organización Panamericana de la Salud. 2007. Washington. US.
- _____. 2007c. Salud en las Américas: Volumen II – Países. Organización Panamericana de la Salud. 2007. Washington. US
- _____. 2009a. Perfil del Sistema nacional de salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Washington, OPS.
- _____. 2009b. Perfil de sistemas de salud en Nicaragua: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Washington, OPS.
- _____. 2010. “Nicaragua: OPS Define Líneas de Cooperación Técnica de Acuerdo a Prioridades de Salud del País”. http://www.ops.org.ni/index.php?option=com_content&task=view&id=217&Itemid=2.

- OPS y OMS. 2001. Medición del desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública FESP ejercidas por la autoridad nacional en Nicaragua, países de Centroamérica y República Dominicana. Managua, OPS/OMS.
- PNUD. 2008a. Informe sobre desarrollo humano El Salvador 2007-2008. El empleo en uno de los pueblos más trabajadores del mundo. San Salvador, PNUD.
- La Tribuna, "Suspenden cien cirugías diarias en Hospital Escuela", 11(11/2009. <http://www.latribuna.hn/web2.0/?p=62596> Consulta: junio 2010.
- La Prensa Libre. 2007. "IGSS afiliará a trabajadoras domésticas". Viernes 10 de julio de 2009. <http://www.prensalibre.com/pl/2009/julio/10/327261.html>. Consulta: febrero, 2010.
- Presidencia de la República de El Salvador. 1985. Decreto No. 9 "Reglamento para la Aplicación del Régimen del Seguro Social a los Trabajadores Independientes". San Salvador, ISSS.
- _____. 2003. "Decreto No. 81 "Reformas al Reglamento General de Hospitales el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social", en: Diario Oficial, Tomo 361, No. 209. San Salvador.
- _____. 2008. Decreto No. 82 "Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud".
- Presidencia de la República de Guatemala, 2010. "Dan a conocer beneficios del Plan de Solidaridad Magisterial", en: <http://www.guatemala.gob.gt/noticia4.php?codigo=6424&titulo2=Retalhuleu>. Consulta: abril, 2010.
- Presidencia de la República de Honduras. 1971. Acuerdo No. 101-JD-71 Reglamento de Aplicación de la Ley del Seguro Social.
- Presidencia de la República de Nicaragua. 2002. "Decreto No. 001-2003 "Reglamento de la Ley General de Salud"", en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/reglamento_lgs.pdf. Consulta: noviembre, 2009.
- Privado, A. 2009. "Producto No. 3: Informe de Evaluación Final del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud". Asistencia Técnica para la Ejecución del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud. Fase 1. Ciudad de Panamá: MINSA.
- Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. 2006. Posicionamiento de la Mesa Permanente Sobre el Derecho Humano a la Salud de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos sobre el Proceso de Reforma de Salud en El Salvador. En: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/info-ngos/pddh-elsalvador.pdf> San Salvador.

- Proyecto Estado de la Región. 2008. Tercer Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá. San José, Proyecto Estado de la Nación.
- Rodríguez, A. 2005a. La reforma de salud en Honduras. Santiago, CEPAL/GTZ.
- _____. 2005b. La reforma de salud en Nicaragua. Santiago de Chile: CEPAL / GTZ.
- _____. 2006a. La reforma de salud en Costa Rica. Santiago, CEPAL/GTZ.
- _____. 2006b. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central. Santiago, CEPAL/GTZ.
- Rodríguez, M. 2009. Construyendo la esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud: 2009-2014. San Salvador, Editorial del Ministerio de Salud de El Salvador.
- Sandino, A. 2009. "Gobierno diseña Plan anti crisis, ¿frenará el deterioro económico?, en: "<http://www.elobservadoreconomico.com/articulo/727>". Consulta: agosto, 2009.
- Secretaría de Estado en el Despacho Presidencial y Secretaría de Finanzas. 2009. Plan del Gobierno de Honduras para enfrentar los Efectos de la Crisis Económica y Financiera Internacional.
- Secretaría de Trabajo y Seguridad Social. 2004. Acuerdo Ejecutivo No. STSS-053-04 "Reglamento General de Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales". Tegucigalpa, Dirección General de Previsión Social.
- Secretaría Técnica de la Presidencia de la República de El Salvador. 2009. Plan Global Anti-crisis. San Salvador.
- Sistema Nacional de Salud. 2009. Política Nacional Participación Social en Salud. San Salvador, SNS.
- Secretaría de Salud. 2005. Plan Nacional de Salud 2021. Tegucigalpa, SS.
- Social Security Report. 2005. Datos estadísticos de Belice.
- Social Security Board Belize. 2008. Statistical Abstract.
- USAID. 2006. Situación y tendencias del financiamiento de la Salud en Guatemala. Guatemala, USAID.
- _____. 2008a. "¿Cómo se dirige el destino del sistema de salud en Guatemala?". Serie Análisis de Política No.3. Guatemala, USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala.
- _____. 2008b. "¿Quién financia el sistema de salud en Guatemala?". Serie Análisis de Política No.1. Guatemala, USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala.

_____. 2009. “El gasto de bolsillo en salud: implicaciones para la pobreza y la equidad en Guatemala”. Serie Análisis de Política No. 9. Guatemala, USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala.

Notas

¹ Los periódicos fueron: *Amandala* y *The Reporter* en Belice; *El Financiero* y *La Nación* en Costa Rica; *CoLatino* y *La Prensa Gráfica* en El Salvador; *La Prensa Libre* en Guatemala; *El Heraldo* en Honduras; *El Nuevo Diario* en Nicaragua; y *Capital Financiero* y *La Presa* en Panamá.

² Cuando se producen riesgos del trabajo, el Instituto Nacional de Seguros (INS) presta servicios adicionales mediante el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT). Hasta muy recientemente, cuando se aprobó la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Asamblea Legislativa, 2008), el INS tuvo el monopolio de los seguros en el país (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1924). En el contexto de la aprobación del CAFTA-DR en 2007, se ha establecido la apertura del mercado los seguros en el país (Asamblea Legislativa, 2008), aunque con anterioridad a ello, por medio de la compra de seguros en el exterior, en la práctica existía la posibilidad del aseguramiento privado.

³ Mesa-Lago le denomina “segmentado o muy segmentado”. Acá sin embargo, interesa el rasgo cualitativo de este sistema, antes que distinciones de grado que se harán cuando sea pertinente.

⁴ Sus servicios operan aparte de los del Ministerio de Salud. Además, el personal médico de FOSALUD no era parte de la plantilla del Estado, aspecto que el actual gobierno propuso en su programa modificar (FMLN, 2009).

⁵ Si bien la derrota electoral de los sandinistas en 1990, implicó la eliminación del sistema único de salud desarrollado durante la época revolucionaria (Badillo y otros, 2009c), la legislación vigente en materia de seguridad social, continúa siendo la establecida en 1982 (Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional, 1982a). Paralelamente, los cambios político-partidarios e institucionales experimentados en el país hacen que, en la práctica, la organización de los servicios de salud por parte de la seguridad social, sea totalmente distinta a la establecida en dicha normativa.

⁶ El financiamiento se aborda en la sección relativa a sostenibilidad financiera.

⁷ Desde hace algunos años, como parte de la “Estrategia de Reducción de la Pobreza” (ERP), se ha desarrollado el “Sistema de Información para la Estrategia de Reducción de la Pobreza” (SIERP), que incluye aspectos relativos a la situación y políticas de salud. El último informe data de diciembre de 2007 (Véase Secretaría del Despacho Presidencial, 2007).

⁸ Establecimiento de atención médica, farmacias, laboratorios, bancos de sangre, recolectores de desechos (públicos y privados), inscripción, importación y publicidad de productos farmacéuticos.

⁹ El diagnóstico de necesidades de regulación para el fortalecimiento de las condiciones de salud de la población, promoviendo estilos de vida saludable; el desarrollo de una metodología de monitoreo y evaluación del cumplimiento de la normativa prioritaria y de medición de línea base; la implementación del proceso de elaboración y ajuste del marco normativo; la implementación del proceso de aplicación y control del marco normativo sobre las prioridades establecidas; y la implementación de una metodología para elaborar un mapa político.

¹⁰ La Comisión Técnica Interinstitucional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud carece de instrumentos regulatorios y de mecanismos de coordinación entre los criterios del Consejo Nacional de

Rectores (para la enseñanza pública) o el Consejo Superior de Educación Privada (para la enseñanza privada), y los lineamientos generales del Ministerio de Salud (OPS, 2004:18).

¹¹ La Constitución Política establece que le corresponde velar por la salud de la población y que está compuesto por “representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico y médico veterinario” (artículo 68).

¹² Medicina, odontología, farmacia, medicina veterinaria, enfermería, laboratorio clínico y psicología.

¹³ Por ejemplo, en su informe de gestión 1999-2006, la Dirección General de Regulación y Acreditación de Establecimientos y Profesionales de la Salud, Medicinas y Alimentos, hizo un balance de la situación del sector (en particular del estado de la prestación y de la calidad de los servicios), pero no analiza su propio desempeño (MINSA, 2006). Varias de las acciones en curso mencionadas previamente, se orientan, precisamente, a mejorar esas capacidades.

¹⁴ “El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso mensual no les permita costear parte o la totalidad de los servicios prestados” (Congreso de la República de Guatemala, 1997: artículo 4).

¹⁵ Los trabajadores independientes cuentan con una reglamentación específica (Presidencia de la República de El Salvador, 1985).

¹⁶ En todos los países excepto Costa Rica, el aseguramiento directo corresponde al aseguramiento de la población económicamente activa. En Costa Rica incluye además el aseguramiento de personas pensionadas y de escasos recursos, aseguradas por el Estado.

¹⁷ Lamentablemente, la legislación remite a un manual al cual aún no se ha tenido acceso. Sin embargo, tal y como lo destacan Badillo y otros (2009c) pertenecen a la red de servicios de la salud pública diversos centros nacionales de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, psiquiatría, y un Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en Salud Pública.

¹⁸ También el objetivo 6 tiene directamente que ver con los sistemas de salud al buscar “Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades”.

¹⁹ La mortalidad infantil que disminuyó constantemente en 2001-2004 al record de 9,25, aumentó a 10,5 en 2007 al nivel de 2000.