

Instituto de Ciencias del Seguro

Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado

Úrsula Giedion
Manuela Villar
Adriana Ávila

FUNDACIÓN MAPFRE

FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con la opinión del autor o de los autores.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra sin el permiso escrito del autor o del editor.

© 2010, FUNDACIÓN MAPFRE
Paseo de Recoletos 23
28004 Madrid (España)

www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro
publicaciones.ics@mapfre.com

ISBN: 978-84-9844-220-5
Depósito Legal: SE-6670-2010

PRESENTACIÓN

FUNDACIÓN MAPFRE desarrolla actividades de interés general para la sociedad en distintos ámbitos profesionales y culturales, así como acciones destinadas a la mejora de las condiciones económicas y sociales de las personas y sectores menos favorecidos de la sociedad. En este marco, el Instituto de Ciencias del Seguro de FUNDACIÓN MAPFRE promueve y desarrolla actividades educativas y de investigación en los campos del seguro y de la gerencia de riesgos.

En el área educativa, su actuación abarca la formación académica de postgrado y especialización, desarrollada en colaboración con la Universidad Pontificia de Salamanca, así como cursos y seminarios para profesionales, impartidos en España e Iberoamérica. Estas tareas se extienden hacia otros ámbitos geográficos mediante la colaboración con instituciones españolas y de otros países, así como a través de un programa de formación a través de Internet.

El Instituto promueve ayudas a la investigación en las áreas científicas del riesgo y del seguro y mantiene un Centro de Documentación especializado en seguros y gerencia de riesgos, que da soporte a sus actividades.

Asimismo, el Instituto también promueve y elabora informes periódicos y monografías sobre el seguro y la gerencia de riesgos, con objeto de contribuir a un mejor conocimiento de dichas materias. En algunos casos estas obras sirven como referencia para quienes se inician en el estudio o la práctica del seguro, y en otros como fuentes de información para profundizar en materias específicas.

En este sentido el Instituto se hace eco de los principales actores del seguro latinoamericano, en especial de MAPFRE, para dedicar los recursos necesarios a la elaboración de un estudio sobre sistemas de salud en Iberoamérica y el papel del seguro privado, trabajo que se recoge en este libro.

Desde hace unos años, Internet es el medio por el que se desarrollan mayoritariamente nuestras actividades ofreciendo a los usuarios de todo el mundo la posibilidad de acceder a las mismas de una manera rápida y eficaz mediante soportes Web de última generación a través de www.fundacionmapfre.com.

Filomeno Mira Candel
Presidente Instituto de Ciencias del Seguro
FUNDACIÓN MAPFRE

Úrsula Giedion es economista especializada en el área de la salud y cuenta con cerca de 20 años de experiencia en temas de financiamiento del sector sanitario a nivel internacional. En los últimos años ha desempeñado su labor como consultora del Banco Interamericano del Desarrollo (BID), del Banco Mundial y del Brookings Institution para apoyar la asistencia técnica en temas de aseguramiento, mecanismos de financiamiento y reformas sanitarias. Actualmente está codirigiendo un proyecto del BID en materia del diseño y ajuste de planes de beneficios en América Latina.

Manuela Villar es técnico de salud por la Universidad de Tulane (EEUU). Se ha especializado en temas de monitoreo y evaluación de sistemas de salud. En los últimos años ha desempeñado cargos en el Banco Mundial relacionados a reformas sanitarias y políticas de salud. Actualmente trabaja en México con proyectos gubernamentales de aseguramiento.

Adriana Ávila es economista, especialista en estadística y actuaría. Trabajó en Evaluación de Políticas de Salud y Experiencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

ÍNDICE

Prólogo	15
 CAPÍTULO 1. Visión general de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe.....	 17
1. Introducción	17
2. Descripción general de los sistemas de salud en América Latina ...	18
2.1. Recursos y financiamiento	22
2.2. Contexto socioeconómico de la región	28
 CAPÍTULO 2. Análisis de 18 países de América Latina y el Caribe ...	 37
1. Argentina	37
2. Bolivia	57
3. Brasil	75
4. Chile.....	87
5. Colombia	105
6. Costa Rica	127
7. Ecuador	147
8. El Salvador	161
9. Guatemala	175
10. Honduras	193
11. México	207
12. Nicaragua	223
13. Panamá	237
14. Paraguay	251
15. Perú	271
16. República Dominicana	291
17. Uruguay	307
18. Venezuela	325
 Colección <i>Cuadernos de la Fundación</i>	 345
Instituto de Ciencias del Seguro	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla.1. Clasificación de los sistemas de salud según segmentación y participación del sector privado	20
Tabla 2. Indicadores de recursos en salud para América Latina en comparación con el resto del mundo	24
Tabla 3. Indicadores de recursos financieros para el sector salud para los países estudiados, 2006	25

Argentina

Tabla 1. Legislación básica de Argentina	43
Tabla 2. Cobertura del sistema de salud de Argentina, 2005	45
Tabla 3. Gasto en salud por agente de financiamiento, Argentina 2006	47
Tabla 4. Cobertura de salud y empleo formal. Beneficiario de obras sociales, nacionales, por naturaleza institucional, total país 2008	50
Tabla 5. Indicadores financieros para un subgrupo de EMP	51
Tabla 6. Argentina, producción y siniestros, 2000-2009	52
Tabla 7. Argentina, principales empresas de seguros privados de salud. Evolución 2008-2009 y cuota de mercado	53

Bolivia

Tabla 1. Legislación básica de Bolivia	62
Tabla 2. Financiamiento del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), de Bolivia, 2004	68
Tabla 3. Cifras de seguros privados de asistencia médica en Bolivia, 2005-2009	70

Brasil

Tabla 1. Legislación básica de Brasil	79
Tabla 2. Beneficiarios de planes de salud por modalidad de OPS	83
Tabla 3. Número de empresas operadoras de planes de salud, 2009	83
Tabla 4. Datos financieros del sector privado de salud, 2008	84

Chile

Tabla 1. Legislación básica de Chile	92
Tabla 2. Cobertura del sistema de seguridad social de Chile por quintil de ingreso, 2006	94

Colombia

Tabla 1. Legislación básica de Colombia	113
Tabla 2. Cobertura del sistema de seguridad social de Colombia, 2008	116
Tabla 3. Gasto en salud según regímenes, Colombia, 2007 (Millones de dólares PPA)	117
Tabla 4. El universo de las aseguradoras privadas en Colombia por tipo de entidad y producto ofrecido	120
Tabla 5. Cifras básicas de la empresa privada de aseguramiento en Colombia	121
Tabla 6. Cifras básicas de la industria privada de aseguramiento, indicadores financieros	122

Costa Rica

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de Costa Rica ..	135
Tabla 2. Cobertura de seguro de salud en Costa Rica	139
Tabla 3. Contribuciones al sistema de salud costarricense	140
Tabla 4. Proveedores del sector privado a quienes se les ha adjudicado la administración de los servicios de salud completos	141

Ecuador

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de Ecuador	152
Tabla 2. Cobertura de la seguridad social 2007	155
Tabla 3. Cobertura de aseguramiento por grupos de ingreso 2004	156
Tabla 4. Cifras de seguros privados de asistencia médica en Ecuador (2005-2009)	158

El Salvador

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de El Salvador....	166
Tabla 2. Compañías que ofrecen seguros de accidentes y enfermedad, 2008	170
Tabla 3. Cifras de seguros privados de salud	171
Tabla 4. Estimación de gasto per cápita en seguros privados de salud en El Salvador	171

Guatemala

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de Guatemala	182
Tabla 2. Cobertura de seguros de salud en Guatemala	185
Tabla 3. Sistema asegurador de Guatemala, primas y siniestros del ramo de salud	189

Honduras

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de Honduras	197
Tabla 2. Compañías que ofrecen seguros de accidentes y enfermedad, 2009	202
Tabla 3. Cifras de seguros privados de asistencia médica en Honduras	202
Tabla 4. Estimación de gasto per cápita en seguros privados de salud en Honduras	203
Tabla 5. Estimación de porcentaje de recursos invertidos en seguros privados sobre el gasto privado en salud	203

México

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de México	214
Tabla 2. Cobertura de seguros de salud en México	217
Tabla 3. Empresas de seguros privados de salud en México, 2008	218
Tabla 4. Sistema asegurador de México. Primas de ramos de salud	219

Nicaragua

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de Nicaragua	227
Tabla 2. Primas y siniestros de seguros privados de salud	232
Tabla 3. Estimación de gasto per cápita en seguros privados de salud en Nicaragua	233

Panamá

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de Panamá.....	241
Tabla 2. Compañías que ofrecen seguros de accidentes y enfermedad, 2008	246
Tabla 3. Cifras de seguros privados de salud, 2009	247
Tabla 4. Estimación de gasto per cápita en seguros privados de salud en Panamá	247

Paraguay

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de Paraguay	260
Tabla 2. Cobertura de seguros de salud en Paraguay, 2005	262

Perú

Tabla 1. Distribución de establecimientos de salud a nivel nacional en Perú, 2005	273
Tabla 2. Legislación básica del sistema de salud de Perú	279
Tabla 3. Distribución de cobertura de seguros de salud de Perú ..	282
Tabla 4. Producción y siniestros por compañías de seguros de salud	287

República Dominicana

Tabla 1. Legislación básica de la República Dominicana	296
Tabla 2. Cobertura de aseguramiento por regímenes, 2009	299
Tabla 3. Cobertura de aseguramiento por grupos de ingreso, 1996, 2002 y 2007	299
Tabla 4. Establecimientos privados de salud por tipo, República Dominicana, 2007	301
Tabla 5. Primas netas cobradas por el sector asegurador (en dólares)	302

Uruguay

Tabla 1. Legislación básica de Uruguay.....	312
Tabla 2. Cobertura del sistema de seguridad social de Uruguay, 2008	315
Tabla 3. Composición de financiamiento del SNS, 2008 (en millones de pesos)	316
Tabla 4. Cifras básicas de las IMAC de Uruguay, 2007	320

Venezuela

Tabla 1. Legislación básica del sistema de salud de Venezuela	331
Tabla 2. Cobertura de población venezolana	334
Tabla 3. Ranking por compañías de seguro de salud	337
Tabla 4. Antecedentes financieros para el sector asegurador en salud venezolano	338
Tabla 5. Sistema asegurador de Venezuela. Primas y siniestros del ramo de salud	339

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación entre seguro privado en salud e ingreso per cápita en América Latina	27
Figura 2. Porcentaje mercado laboral informal en países de América Latina	31
Figura 3. Mapa del sistema de salud de Argentina	41
Figura 4. Mapa del sistema de salud de Bolivia	60
Figura 5. Composición de financiamiento por fuente, sistema de salud de Bolivia, 2000.	67
Figura 6. Mapa del sistema de salud de Brasil	78
Figura 7. Mapa del sistema de salud de Chile	90
Figura 8. Composición de financiamiento por fuente y tipo de asegurador, Chile, 2003	95
Figura 9. Crecimientos reales de las primas directas de salud y vida de las cotizaciones en ISAPRES y del PIB	98
Figura 10. Mapa del sistema de salud de Colombia	111
Figura 11. Mapa del sistema de salud de Costa Rica	131
Figura 12. Mapa del sistema de salud de Ecuador	151
Figura 13. Mapa del sistema de salud de El Salvador	165
Figura 14. Mapa del sistema de salud de Guatemala.....	179
Figura 15. Mapa del sistema de salud de Honduras.....	196
Figura 16. Mapa del sistema de salud de México	211
Figura 17. Mapa del sistema de salud de Nicaragua	226
Figura 18. Mapa del sistema de salud de Panamá.....	240
Figura 19. Distribución del gasto de salud, Panamá, 2006	245
Figura 20. Mapa del sistema de salud de Paraguay.....	256
Figura 21. Mapa del sistema de salud de Perú.....	275
Figura 22. Mapa del sistema de salud de la República Dominicana ...	294
Figura 23. Afiliados por tipo de ARS, 2008	301
Figura 24. Mapa del sistema de salud de Uruguay	311
Figura 25. Mapa del sistema de salud de Venezuela	329

PRÓLOGO

LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL PAPEL DEL SEGURO PRIVADO

Desde que MAPFRE inició su andadura en Latinoamérica hace ya algo más de 25 años, los sistemas de salud de cada país han experimentado una importante transformación. En este período se han producido profundas reformas orientadas a la construcción de un “estado del bienestar” acorde con el grado de desarrollo económico y social de la región.

Precisamente, la existencia de variados sistemas de protección de la salud de los ciudadanos, de legislaciones aplicables, de iniciativas de salud públicas y privadas, de mecanismos de financiación de las prestaciones, unidas a la creciente capacidad de acceso y al creciente interés de la población, instituciones y empresas aseguradoras por las prestaciones de salud, impulsaron que se solicitara a FUNDACIÓN MAPFRE la realización de este trabajo.

La presencia de MAPFRE como aseguradora en 18 países de Latinoamérica, motivó que la Fundación se centrara en el conocimiento de los Sistemas de Salud de cada uno de ellos. Es por ello que la obra dedica a cada país un capítulo individual. A pesar de las notables diferencias entre unos y otros, el presente estudio describe organizadamente y de forma homogénea las principales características de estos Sistemas de Salud.

Consideramos que uno de los aspectos de mayor utilidad e interés en cada capítulo, lo constituye el “Mapa del Sistema de Salud”: permite comprender en cada país los actores, fuentes de financiación y beneficiarios de las diferentes prestaciones sanitarias a las que la población accede tanto en el entorno estatal como en el privado.

En relación a este “Mapa”, figuran cuantificadas las principales magnitudes de recursos sanitarios, se describen los principales hitos en la historia del Sistema de Salud, se exponen y comentan las Leyes y marco normativo que regulan estos sistemas, se detallan los papeles de cada actor (instituciones públicas, aseguradoras y empresas proveedoras y administradoras de prestaciones) y se reseñan las fuentes de financiación que dan soporte al Sistema de Salud de cada país.

Cada capítulo se completa con un interesante apartado dedicado al papel del Seguro Privado dentro del Sistema de Salud y finaliza con una reseña sobre el papel de los Microseguros y las reformas legislativas en marcha.

Una vez más, este nuevo estudio constituye un trabajo sumamente riguroso y documentado. Lo agradecerán los alumnos y profesores en gestión del sector sanitario así como los profesionales del sector asegurador y en concreto aquellos cuyo ámbito de actuación se desarrolle en la región Latinoamericana.

La lectura de este trabajo conduce a la admiración por la variedad de soluciones que se encuentran en esta región, en particular a la problemática sanitaria. En el reverso de la moneda, se pone de manifiesto las carencias todavía existentes y el papel que las Compañías de Seguros pueden desarrollar en la búsqueda de soluciones orientadas a la mejora de la calidad de vida de las personas.

No quiero terminar sin aprovechar la ocasión que FUNDACION MAPFRE me proporciona al encargarme que prologue este libro, para felicitar a las autoras - Ursula Giedion, Manuela Villar y Adriana Ávila - por su capacidad de síntesis: la variedad de realidades que han debido estudiar resultaba difícil de estructurar.

Igualmente quiero agradecer al Instituto de Ciencias del Seguro y en particular a su Directora General - Mercedes Sanz Septién - , a la Directora del Centro de Estudios - Begoña González García – y a la Directora de Publicaciones – Ana Sojo Gil -, por haber “recogido el guante” de la propuesta de trabajo que desde el ámbito empresarial planteamos, concluyendo exitosamente un exhaustivo estudio.

Finalmente, agradecer a toda la organización de MAPFRE en América, y en particular a sus Áreas de Salud, por su contribución a la revisión de esta obra y a que mantuviéramos la ilusión e interés por realizarla.

Rafael Casas Gutiérrez
Vicepresidente Primero y Consejero Delegado
de MAPFRE AMÉRICA

CAPÍTULO 1

VISIÓN GENERAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1. INTRODUCCIÓN

Los seguros privados juegan un papel más importante en los sistemas de salud de América Latina comparado con cualquier otra región en vía de desarrollo (Sekhri & Savedoff 2005). Además, éste ha aumentado mucho durante las últimas dos décadas, a medida que la región ha crecido y abierto sus puertas al sector privado. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tres países latinoamericanos (Uruguay, Argentina y Chile) se encuentran en el grupo de los diez países con mayor participación del gasto en seguros privados en el gasto total de salud a nivel mundial.

Cabe señalar que existe gran heterogeneidad en cuanto al papel que desempeñan los seguros privados en los países de la región; en algunos juegan sobre todo un papel complementario a las coberturas ofrecidas por el sistema público, en otros son integrados dentro de un esquema de aseguramiento universal donde concurre el sector privado y público para ofrecer coberturas financieras (por ejemplo en Chile y Colombia) y, finalmente, en algunos se sobreponen a esquemas públicos, ofreciendo una cobertura paralela y de segundo nivel para aquellos asegurados en el sistema de seguridad social pero descontentos con los servicios ofrecidos y con suficiente capacidad de pago para adquirir seguros del sector privado. De la misma manera, existe una gran variedad de productos de los oferentes privados de aseguramiento en la región. Éstos van desde seguros de reembolso con coberturas muy específicas y limitadas (por ejemplo cáncer) hasta seguros que ofrecen sus servicios dentro de una red cerrada y propia.

La falta de acceso y protección financiera de gran parte de la población y la calidad insuficiente han sido la motivación de muchas de las reformas de salud que se han llevado a cabo recientemente en la región. Dentro de éstas, muchos países han hecho énfasis en la creación de un sistema de aseguramiento universal que cubra a toda la población con un paquete esencial de servicios de salud -y no sólo a los trabajadores formales que ha sido tradicionalmente cubierta por los sistemas de seguridad social-. Asimismo, dada la creciente participación del sector privado en los sistemas de salud en América Latina no sorprende que éste haya sido considerado en algunos países como una posible herramienta en la búsqueda del aseguramiento universal (Sekhri & Savedoff 2005). Así por ejemplo,

desde 1993 Colombia creó un sistema de salud en el cual aseguradores privados y públicos compiten entre sí y ofrecen a toda la población un paquete preestablecido de servicios de salud. Finalmente, en algunos países se ha comenzado a integrar el sector privado en los esquemas de salud las funciones de aseguramiento (Chile, Colombia, República Dominicana) o provisión de servicios (Brasil). Es en esta intersección de las políticas de cobertura universal de aseguramiento y mayor participación del sector privado donde se están abriendo nuevas oportunidades para los seguros privados en la región y, a partir de ello, nuevos desafíos para los que tienen poder de decisión en esta materia.

Con el propósito de describir los sistemas de salud en los países de América Latina en aspectos fundamentales como estructura, financiamiento y participación de los seguros privados, se recurrió a múltiples fuentes incluyendo la información provista por SwissRe¹, información presentada por la Asociación Latinoamericana de Seguros Privados de Salud -ALAMI- sobre seguros en la región, datos sobre sistemas de salud en general recolectados por la OMS y USAID y fuentes de información de cada uno de los países, como son las agencias de estadísticas nacionales y las empresas aseguradoras de cada país estudiado.

Este documento se estructura de la siguiente manera, en la primera parte se describen los principales aspectos de los sistemas de salud de la región de forma agregada y comparativa, para luego hacer un descripción de los sistemas de cada uno de los países, en donde se encontrará el contexto socioeconómico del país, la descripción del sistema de salud y el papel del sector privado en el respectivo sistema de salud, así como la referencia a las principales reformas del sector, vividas en cada caso.

2. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

En esta sección se mencionarán de manera general las principales características de los sistemas de salud que operan en la región. Indicaremos en particular si existe un esquema o seguro público que cubija a toda la población o si, por el contrario, parte de la población carece de cobertura o tiene la opción de escoger un seguro privado en vez de afiliarse al esquema público. Es obvio que bajo este último esquema, en el que se puede escoger, el seguro privado puede llegar a tener un papel mucho más importante que en los sistemas donde un esquema público ofrece cobertura universal.

Cabe señalar en este contexto que varios países de la región han comenzado a concederle un espacio explícito a los seguros privados dentro de sus sistemas de

¹ Esta entidad compila estadísticas sobre el mercado de seguros privados en el mundo.

salud al permitir a la población escoger entre diferentes aseguradores públicos y privados. Éste es el caso de Colombia, donde 46 aseguradores compiten por el aseguramiento de los 42 millones de habitantes. De la misma manera, en Chile la población puede decidir si prefiere asegurarse con el asegurador público, Fondo Nacional de Salud -FONASA- donde recibe un plan de beneficios igual para todos independientemente del monto de aporte o si, por el contrario, prefiere cotizar a alguna de las 14 Instituciones de Salud Previsional -ISAPRES²- que entregan un plan de beneficios que se establece en función del aporte y perfil de riesgo.

Los sistemas de salud de la región pueden establecerse en cuatro grupos según su grado de fragmentación (integrado o segmentado) y participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios dentro de los sistemas públicos de salud o de los sistemas de seguridad social. Sólo una minoría de los países de la región tiene sistemas integrados de salud (países angloparlantes del Caribe, Costa Rica, Brasil y, muy recientemente, Uruguay) en tanto que son mayoría los países que tienen sistemas altamente segmentados por grupos poblacionales.

En los sistemas integrados existían tradicionalmente sistemas nacionales de salud que ofrecían una atención que cobijaba todos los niveles de atención y a (casi) toda la población dentro de un único sistema público (este sigue siendo el caso en los países del Caribe angloparlante). Sin embargo, en algunos países (Brasil y Uruguay) estos sistemas han ido evolucionando hacia otros con un mayor pluralismo de los actores. Así, por ejemplo, gran parte de los servicios de salud ofrecidos por el Sistema Único de Salud de Brasil³ son prestados por el sector privado. De la misma manera, en Uruguay diferentes aseguradores y prestadores de servicios públicos y privados, con y sin ánimo de lucro, están cumpliendo con su función dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). De manera que están surgiendo modelos integrados de salud que ofrecen los mismos servicios para todos, independientemente de su capacidad socioeconómica, y que dejan un espacio importante para la participación de los seguros privados dentro de los sistemas de salud.

En los sistemas segmentados, tipo predominante de sistema de salud en la región, los grupos más pobres por lo general no tienen una cobertura explícita de aseguramiento y dependen de la red de prestadores de servicios de salud financiados con impuestos generales. Los trabajadores del sector formal constituyen la población cautiva de una o varias entidades de seguridad social segmentados por tipo de empleo, -por ejemplo trabajadores del sector formal

² Véanse las estadísticas financieras en la página sobre ISAPRES en Chile.
<http://estadisticas.ISAPRES.cl/>

³ Sistema Unido de Salud (SUS), que pasó a tener como meta la cobertura universal de toda la población brasileña, dentro de los moldes de los tradicionales sistemas de protección social existentes en los países europeos que adoptaron la vía del estado del bienestar.

privado, trabajadores del sector formal público, maestros, fuerzas militares, etc.- que son financiados con aportes de los trabajadores, de los empleadores y, en ocasiones, por el Tesoro nacional. Finalmente, la población con capacidad de pago y descontenta con la calidad de los servicios prestados en las redes del sistema público y de seguridad social acceden a las redes privadas de servicios de salud pagando de su bolsillo o con el apoyo de sus seguros privados voluntarios. Dentro de cada uno de estos segmentos existen reglas propias y separadas de financiamiento, prestación y regulación.

Ahora bien, al igual que en el caso de los sistemas integrados, los sistemas segmentados también varían en cuanto a la participación del sector privado en las funciones de prestación de servicios y aseguramiento (véase Tabla 1). Sucede que mientras en algunos países el sector privado no cumple un papel explícito dentro de las estrategias del gobierno para garantizar la cobertura universal de aseguramiento (por ejemplo en Venezuela, México y Ecuador), en otros participan activamente dentro de ésta. En este último grupo se encuentran aquellos países donde esta participación activa del sector privado ya cuenta con varias décadas de experiencia (por ejemplo Chile) mientras que en otros ésta ha surgido después de los noventa (por ejemplo Colombia y República Dominicana).

Tabla 1
Clasificación de los sistemas de salud según segmentación y participación del sector privado

		Integración sistemas	
		Integrado	Segmentado
Participación del sector privado en prestación (p) o aseguramiento (a)	Sí	Brasil (p), Uruguay (p, a; SNIS)	Chile (a, p), Colombia (a, p), Perú (a), Argentina (a), Nicaragua (a, p), República Dominicana (a, p), Paraguay (a, p)
	No	Antigua y Barbuda, Barbados, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Saint Vincent y Grenadines, Trinidad y Tobago	México, Ecuador, Bahamas, Belice, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Saint Lucía, Surinam, Venezuela.

Fuente: Autores.

La anterior clasificación es importante ya que ayuda a entender el papel suplementario que pueden jugar los seguros privados de salud de acuerdo a la estructura del sistema de salud. Así, en los sistemas integrados sin participación del sector privado en el aseguramiento, -por ejemplo Brasil, que sólo tiene participación del sector privado en la prestación como se señala en la tabla con (p)-, el seguro privado no podría suplir un papel de seguro principal en salud, pues son los gobiernos locales los que están a cargo de garantizar la atención en salud de la población de referencia pero sí podrían tener -y de hecho, tienen- un papel de seguro privado como duplicado, complementario o suplementario.

Algo similar ocurre en los sistemas segmentados sin participación explícita del sector privado en el aseguramiento. Como ejemplo, en México y Venezuela, los seguros privados sólo podrían ofrecer seguros voluntarios que ofrezcan productos complementarios, suplementarios o de duplicado fuera de los sistemas de salud. En efecto, cuando el seguro privado de salud no juega un papel de seguro principal, el mercado potencial de desarrollo de éste se limita a los estratos más ricos de la población dada la escasa capacidad de pago de la mayoría.

De la misma manera, en los sistemas segmentados no existe un mercado importante para el seguro privado de salud si éste no es integrado explícitamente dentro de las estrategias de cobertura universal de aseguramiento. En este caso, al igual que en los sistemas integrados sin participación del sector privado, los seguros privados dirigen sus esfuerzos a ofrecer productos a los estratos más ricos de la población. Así por ejemplo, los seguros privados de salud cubren apenas un 3,2% de la población de México (Lara di Lauro 2004) y sólo un 1,1% de la de Venezuela (ALAMI 2009). Este porcentaje no es muy diferente en el conjunto de países que comparten estas características en sus sistemas de salud, como se verá más adelante en las respectivas descripciones.

Como caso extremo, Costa Rica que tiene un sistema integrado de seguridad social que cubre prácticamente a la totalidad de la población, tenía prohibido hasta hace muy poco la operación los seguros privados de salud en el país⁴. En contraste, en los países que incorporan explícitamente el sector privado dentro de sus estrategias de extensión de cobertura de aseguramiento, los seguros privados cubren a una parte importante de la población. Es así como en Colombia los seguros privados de salud con ánimo de lucro que operan al interior del sistema general de seguridad social cubren un 35% de todos los colombianos (ACEMI, 2009). Como muestran los anteriores párrafos, la integración de los seguros privados de salud a los sistemas de seguridad social de los países permite a éstos

⁴ Hasta 2009 no se permitió la operación de seguros privados de salud en Costa Rica y el aseguramiento en salud estaba manejado por el monopolio de la Caja Costarricense de Seguridad Social. El tratado de libre comercio con los Estados Unidos abrió este mercado a las compañías internacionales de seguros (Cercone, 2009).

captar grandes montos de subsidios públicos y se está convirtiendo posiblemente en la oportunidad más importante para los seguros privados en la región (Sánchez y Oyarzo, 2002).

Finalmente se debe señalar que existen en algunos países de América Latina empresas privadas que ofrecen planes de salud en contextos diferentes al de las compañías de seguros, las cuales se denominan Empresas de Medicina Prepagada (EMP), en algunos países no existe regulación para estas compañías, tal es el caso de Venezuela y Argentina, lo contrario ocurre en el caso colombiano, en donde se han adoptado normas especiales para esta regulación. Las EMP tienen como obligación la prestación de un servicio, razón por la cual se considera que estas empresas deben contar con una red propia para la prestación de los servicios de salud. Las EMP están preparadas para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y para atender directamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

Las principales diferencias entre las aseguradoras y las EMP están en primer lugar en que las EMP se encargan de la prestación directa del servicio; la otra gran diferencia es que en el contexto de la compra de un seguro el evento asegurado es incierto, en tanto que a los afiliados a una EMP por voluntad propia pueden acceder a la atención de salud con fines preventivos o curativos.

2.1 Recursos y financiamiento

Algunos de los retos más importantes a los que se enfrentan los países de la región están relacionados con la estructura de financiamiento del sector de salud. Como veremos a continuación, los gastos de bolsillo, ciertamente la fuente de financiamiento más regresiva de salud y además la causante de gastos catastróficos o empobrecedores de muchos hogares (Frenk *et al.* 2009), son aún una fuente importante del financiamiento de los sistemas de salud de la región. De la misma manera, aunque existe mucha variación en la región, el gasto en seguros privados como porcentaje del PIB es más alto en América Latina que en otras regiones. Las fuentes de financiamiento para el sector salud, al igual que la contribución de los seguros privados existentes, demuestran posibilidades para el crecimiento de la participación de éstas.

El financiamiento de los sistemas de salud proviene de tres fuentes principalmente: impuestos generales (directos e indirectos), aportes a la nómina por parte de los empleados, empleadores y (a veces) el Estado, y gastos privados. De manera conjunta, este financiamiento en salud en la región representa un

promedio del 6,6% del PIB en América Latina y el Caribe⁵, un porcentaje muy similar al observado en los países de ingresos medios altos (6,4%) y mayor al promedio registrado por los países de ingresos bajos o medios bajos⁶. Se observa igualmente que existen grandes variaciones en la región en relación a la participación del gasto total en salud en el PIB; así, mientras que en Perú sólo se dedica un 4,4% del PIB a salud, en Argentina este porcentaje sube a 10,1%. En términos del gasto total en salud (PPA), la región está gastando en promedio US\$ 505 (PPP) per cápita en salud, una cifra ligeramente inferior al promedio observado en los países de ingresos medios altos (US\$ 707) y muy inferior a la observada en los países de ingresos altos (US\$ 3.848).

Las anteriores cifras indican que a pesar de que la mayoría de los países de la región están asignando una parte importante de sus recursos a la salud, la disponibilidad de éstos per cápita es limitada. Ello es importante en el contexto de este estudio ya que indica que los seguros privados de salud tienen que ajustar sus primas y productos a un contexto con gran escasez de recursos si quieren jugar un papel importante en la zona y no limitarse a ofrecer seguros privados voluntarios a los estratos más ricos de la población de la región⁷.

Cabe hacer dos anotaciones respecto a las cifras que se presentaron anteriormente; primero, los recursos destinados a salud han venido creciendo de forma importante en las últimas décadas y segundo, existe una gran heterogeneidad en el interior de la región. En efecto, en la gran mayoría de los países de la región el gasto en salud ha incrementado en más de un 10% entre 1995 y el 2006. En cuanto a la heterogeneidad relacionada con la disponibilidad de recursos, observamos que el gasto per cápita y por año varía entre US\$ 226 en Honduras y una cifra cinco veces mayor en Argentina (US\$ 1.205).

⁵ Este dato es para el año 2006.

⁶ Como se puede apreciar en la Tabla 2, la mayoría de los países grandes de la región son considerados de ingresos medios altos. Asimismo, la mayoría de los países de América Central (con la excepción de Costa Rica) y algunos países andinos (Ecuador y Bolivia) son considerados países de ingresos medios bajos.

⁷ Por el contrario, en Estados Unidos el costo anual promediado de un plan de aseguramiento en salud financiado por los empleadores era de 13.000 dólares en el año 2008 (Kaiser Foundation, 2009) El gasto per cápita anual en seguros de salud privados en Estados Unidos (\$4.460 PPP, 2006) es casi diez veces más alto que el promedio de este mismo en países de la OECD (\$440 PPP, 2006) (Datos WHOSIS, 2009).

Tabla 2
Indicadores de recursos en salud para América Latina
en comparación al resto del mundo

	Gasto en salud (GTS) como % del PIB	Gasto per cápita en salud (S\$ (PPA)	Gasto público (GP) como % del GTS	Gasto privado total en salud como % del GTS	Gasto en seguridad social como % del GP	Gasto de bolsillo como % del GPS	Gasto en seguros privados como % del gasto privado en salud	Gasto en seguros privados de salud como % del GTS
Promedio América Latina	6,7	513,8	52,4	47,6	43,6	76,3	21,3	9,7
Mínimo	1,9	226,0	8,6	1,4	0,0	13,4	0,0	0,7
Máximo	10,1	1205,0	85,4	63,0	94,0	100,0	68,9	38,9
Región OMS								
África	5,5	111	47,1	52,9	7,6	49,8	39,6	20,95
Sur Asia	3,4	85	33,6	66,4	8,5	88,3	2,8	1,86
Europa	8,4	1 719	75,6	24,4	49,2	70,8	22,1	5,39
Este del Mediterráneo	4,5	259	50,9	49,1	19,7	87,0	8,1	3,98
Oeste del Pacífico	6,1	461	61,0	39,0	63,1	80,7	9,3	3,63
Grupo de ingresos								
Bajo	4,3	57	36,2	63,8	7,0	85,4	2,8	1,79
Medio Bajo	4,5	181	43,2	56,8	40,3	85,7	5,9	3,35
Medio Alto	6,3	707	55,1	44,8	40,4	70,0	25,7	11,51
Alto	11,2	3 848	60,7	39,3	41,6	36,2	54,3	21,34
Global	8,7		57,6	42,4	41,1	49,3	42,0	17,81

Fuente: WHOSIS, 2009.

Notas: IB= ingreso bajo, IMB=ingreso medio bajo, IMA=ingreso medio alto, IA=ingreso alto

En cuanto a la composición del financiamiento de salud se observa que el gasto público en salud representa en promedio un poco más de la mitad del gasto total en salud en la región (55%), un porcentaje similar al observado en el promedio mundial (57,6%) y en los países de ingresos altos y medios y superior al observado en los países de ingresos medios bajos (43,2%) y bajos (36,2%)⁸.

⁸ Tanto la OMS como la OECD definen a los seguros privados de salud como aquellos que reciben sus fondos directamente de parte del asegurado. Es por ello que en Colombia el gasto público incluye los recursos manejados por las EPS privadas (aseguradores privados que operan en el sistema de seguridad social) ya que los aportes de los trabajadores en primera instancia, van a un fondo de solidaridad y luego se redistribuyen entre los aseguradores según el número de afiliados y el perfil de riesgo de éstos; mientras que en Chile el gasto público no incluye los aportes que

Nuevamente se observa una gran heterogeneidad en la región ya que hay países que financian más del 80% de su gasto en salud con recursos públicos (Colombia) mientras que en otros sólo una tercera parte de los recursos provienen de esta fuente (República Dominicana), como se señala en la Tabla 3, en la que se encuentran los indicadores de gasto en salud para los países del estudio.

Tabla 3
Indicadores de recursos financieros para el sector salud
para los países estudiados, 2006

	Gasto en salud (GTS) como % del PIB	Gasto per cápita en salud (PPA)	Gasto público (GP) como % del GTS	Gasto privado total en salud como % del GTS	Gasto de bolsillo como % del gasto privado
Argentina	10,1	1.665	54,5	45,5	23,8
Bolivia	6,4	161	62,8	37,2	81
Brasil	7,5	674	52,7	47,3	54,8
Chile	5,3	697	52,7	47,3	25,9
Colombia	7,3	464	85,4	14,6	44
Costa Rica	7,7	402	76	24	88,7
Ecuador	5,3	379	43,5	56,5	85,3
El Salvador	6,6	360	61,8	38,2	89
Guatemala	5,3	259	37,7	62,3	91,4
Honduras	6,4	379	37	63	71,9
México	6,2	756	43,3	56,7	95
Nicaragua	9,6	235	48,2	51,8	98,1
Panamá	7,3	738	68,8	31,2	80,6
Paraguay	7,6	342	38,3	61,7	87,7
Perú	4,3	300	57,1	42,9	97
R. Dominicana	5,6	379	37	63	64,3
Uruguay	8,2	476	43,5	56,5	31
Venezuela	5,1	396	49,5	50,5	88,6

Fuente: WHOSIS, 2009.

Se observa también que en América Latina no parece existir una relación directa entre riqueza de un país y financiamiento de la salud con recursos público, a diferencia de lo que parece darse a nivel mundial (Gottret *et al.* 2008). En relación al gasto público no sólo es importante entender su participación en el gasto total sino también los montos per cápita que ahí se manejan, ya que éstos dan un indicio del alcance de la cobertura ofrecida por los sistemas de salud. Sobresalen

hacen los trabajadores directamente a las ISAPRES (aseguradores privados que operan en el sistema de seguridad social).

algunos países que tienen ingresos per cápita relativamente altos pero que muestran gastos per cápita relativamente bajos (por ejemplo México, Perú y Venezuela). Uno esperaría que en estos países pudiera existir una demanda potencial por seguros privados de salud al coexistir una capacidad de pago relativamente alta y, a la vez, muy pocos recursos para cubrir las necesidades de salud. Sin embargo, respecto a las anteriores cifras es necesario tener en cuenta que usualmente existen grandes diferencias entre la disponibilidad de los recursos per cápita en el subsistema de Seguridad Social (dirigido a los trabajadores del sector formal y sus familiares) y en el sector público (generalmente dirigido a la población más pobre). Pero estas cifras no están disponibles de manera separada para la totalidad de los países de la región, razón por la cual en esta sección nos limitaremos a presentar las cifras agrupadas.

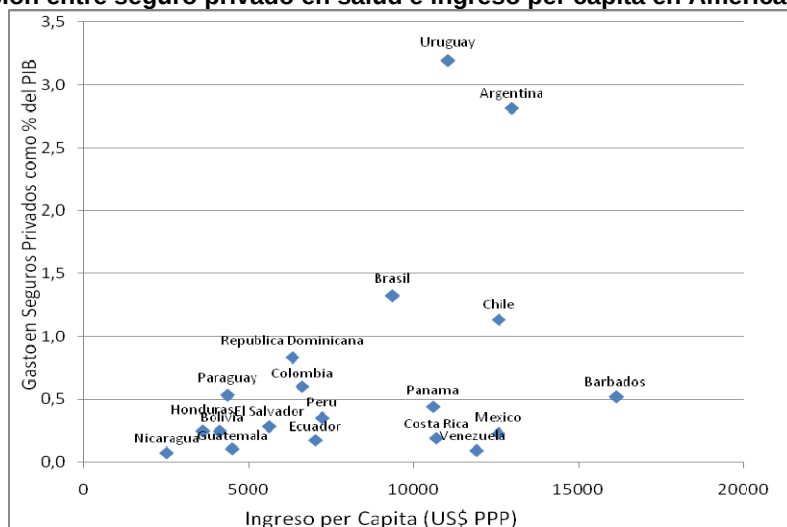
A pesar de que en muchos países el sector público aporta gran parte de los recursos de salud, el gasto de bolsillo sigue siendo una fuente importante de los recursos sectoriales en la región. Más de un tercio del gasto total en salud es aún financiado con gasto de bolsillo (36%), un porcentaje similar al observado en el promedio de los países de ingresos medios altos (30%) pero muy superior al observado en el promedio mundial (21%) y en los países de ingresos altos (14%). La importancia de los gastos de bolsillo como fuente de financiamiento de la salud es considerada como uno de los mayores retos a los que se enfrenta gran parte de la región, el pago recae enteramente sobre el usuario de los servicios de salud con lo que no existe ninguna redistribución del riesgo, ni protección financiera. Ello explica por qué aún un número grande de hogares de América Latina incurre en gastos catastróficos (que superan su capacidad de pago) cuando accede a servicios de salud o cae en la pobreza (Frenk et al. 2009). Nuevamente se presenta un escenario heterogéneo, mientras que algunos países como México, Nicaragua o Guatemala el gasto de bolsillo financia más de la mitad del gasto total con pagos directos del usuario al prestador, en otros países como Colombia, Chile y Argentina, éste no representa más del 25%.

En cuanto al gasto privado en seguros privados⁹ se observa que la participación de éste en la región (17,5%) resulta muy inferior al promedio mundial (42%) y a lo que se observa en los países de ingresos altos (54,3%), pero es superior al promedio de los países de ingresos bajos (2,8%) o medio bajos (5,9%). Parte de la baja penetración del seguro privado en salud puede estar relacionado con los ingresos relativamente bajos de los países de la región dado que algunos autores han establecido una relación entre ingresos per cápita y penetración de los seguros privados no-vida (véase Enz R. [1], 2000). Sin embargo, como se puede apreciar en la Figura 1 en América Latina la penetración de los seguros privados de salud no parece estar relacionada directamente con los ingresos disponibles

⁹ Ibid.

per cápita. Finalmente, del mismo modo que observamos con los demás indicadores de gasto de salud, la participación de los seguros privados en el gasto total en salud varía ampliamente entre menos del 5% en muchos países (Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, México, Guatemala, Honduras y Venezuela) y más del 20% en unos pocos (Argentina, Chile y Uruguay)¹⁰. Asimismo, en el 2006, los gastos privados en seguros de salud variaron bastante entre diferentes países de la región, desde \$1,70 (PPA int.) en Nicaragua hasta \$336 (PPA int.) en Argentina. A la luz de la descripción de los sistemas de salud presentada anteriormente, estas cifras parecieran indicar que la penetración del seguro privado depende en América Latina ante todo del rol que se le concede dentro de los sistemas de seguridad social. En efecto, en los tres países con una penetración alta del seguro privado, el sistema de seguridad social obliga a todos los trabajadores a afiliarse a una aseguradora y ofrece además la opción de escoger entre una entidad pública y varias entidades privadas para tal efecto.

Figura 1
Relación entre seguro privado en salud e ingreso per cápita en América Latina



Fuente: Autores, datos WHOSIS, 2009.

¹⁰ Cabe recordar nuevamente que la OMS establece el carácter privado de los seguros de salud con base en la relación de pago entre beneficiario y asegurador; donde esta relación es directa y no intermediada por algún fondo público de redistribución, se trata de un seguro privado, en caso contrario se trataría de un seguro público. En Argentina las obras sociales son consideradas como privadas ya que sus fondos recaudados pasan directamente a las aseguradoras que se manejan sin intervención del gobierno y prestan servicios a través de entidades privadas. En Uruguay y Nicaragua, de la misma manera las IAMC y las INSS, respectivamente, son consideradas privadas (OPS, 2002; OPS, 1998).

- *Reformas y espacios para el seguro privado de salud*

Varios países han comenzado a reformar sus sistemas de salud. Con el fin de mejorar la eficiencia, muchas reformas han separado las funciones de financiamiento y prestación (por ejemplo Costa Rica, Colombia y Brasil) y en algunos casos han sustituido el monopolio de las entidades a cargo de cada uno de los subsistemas por una pluralidad de actores, públicos y privados a cargo de la prestación (por ejemplo Brasil y Chile) y del aseguramiento (por ejemplo Chile y Nicaragua), ello en muchas ocasiones en condiciones de competencia (por ejemplo Nicaragua, Chile, República Dominicana y Colombia).

La mayoría de los países han hecho esfuerzos por reducir la segmentación de sus sistemas de salud, para ello han recurrido a algunas de las siguientes estrategias; creación de un único sistema de salud para todos (Brasil); adopción de una canasta básica de servicios de salud igual para todos (por ejemplo Colombia con el Plan Obligatorio de Salud (POS) o Chile con la introducción del AUGE); implementación de mecanismos para lograr el aseguramiento universal y la movilización de recursos para equiparar los recursos disponibles en el subsistema público dirigido a la población más pobre con aquellos que existen en el subsistema de seguridad social (por ejemplo México, donde se ha tratado de equiparar la cantidad de recursos disponibles para asegurar la población pobre con aquellos disponibles en el IMSS e ISSTE). Finalmente muchos países han logrado recaudar grandes cantidades de recursos adicionales. México, Colombia y Perú han logrado incrementar su gasto en salud para aumentar cobertura y mejorar la protección financiera y el acceso en sus sistemas de salud.

Es en la confluencia entre apertura a la pluralidad de actores encargados del aseguramiento, búsqueda de cobertura universal de aseguramiento y movilización de recursos nuevos donde se están presentando hoy nuevos espacios y retos para la participación de los seguros privados en los sistemas de salud latinoamericanos.

2.2. Contexto socioeconómico de la región

El rol de los seguros privados de salud no sólo depende de las características del sistema de salud, también del contexto socioeconómico y demográfico de cada país. América Latina como región, se ha enfrentado a cambios importantes en su economía y población en las últimas décadas. En general se ha visto un crecimiento económico importante en relación a otras regiones, unos cambios demográficos paulatinos que implican el envejecimiento de la población, unos cambios epidemiológicos donde las enfermedades transmisibles han ido cediendo terreno a las enfermedades no transmisibles y en especial las crónicas, una importante mejoría en los indicadores básicos de salud (mortalidad materno-infantil) y en el acceso a servicios de salud para toda la población. Se presenta

una descripción de la región en términos de sus características económicas, sociales y demográficas, estableciendo en cada caso su relación con los seguros privados de salud.

- *Riqueza, crecimiento, pobreza y distribución de ingresos*

La baja demanda por seguros privados que se observa en los países en desarrollo se relaciona principalmente con la baja capacidad de pago de gran parte de la población (Xu *et al.* 2004). Al respecto, América Latina es una región con ingresos per cápita bajos, niveles significativos de pobreza, y una distribución muy desigual de la riqueza. Así, la CEPAL estima que en América Latina el 34,1% de la población vive en la pobreza (CEPALSTAT, 2007) y en algunos países esta cifra supera el 60% de la población (por ejemplo Honduras y Paraguay). En términos de los ingresos per cápita, éstos suman cerca de 8.000 dólares al año (2007, datos WHOSIS) que es inferior cuatro veces al promedio observado en los países de ingresos altos (36.000 dólares para el año 2007 según la misma fuente de información). Las anteriores cifras indican que en la región no se pueden garantizar las mismas coberturas de salud que en los países desarrollados ya que gran parte de la población vive en pobreza y la capacidad de pago media no alcanza para adquirir productos de seguros de salud de alto costo.

Existe una gran heterogeneidad en los anteriores indicadores en la región, por ejemplo, mientras que el ingreso per cápita en Argentina (U\$ 13.000) es incluso superior al observado en el promedio de los países de ingresos medios (U\$ 12.000), en Nicaragua es seis veces menor (U\$ 2.500). Finalmente, los ingresos no sólo son bajos en promedio sino que se observa una gran concentración de éstos entre los estratos más ricos de la población. Ello se ve reflejado en los altos índices GINI de la gran mayoría de los países de la región que se ubican alrededor de 0,5, esta cifra es muy alta comparada con la mayoría de los países europeos (por ejemplo Dinamarca, Noruega y Suecia tienen índices GINI¹¹ de alrededor de 0,25). Esta desigual distribución de recursos indica que una minoría de la población tiene una capacidad adquisitiva importante y ha sido principalmente ésta, la que ha podido adquirir seguros de salud privados voluntarios.

Ahora bien, América Latina no sólo está caracterizada por niveles importantes de pobreza y desigualdad sino que también es una región cuyos países están creciendo de forma rápida. Así, el PIB conjunto de los países latinoamericanos es de 3.580 mil millones de dólares (2008) que representa cerca de 5% del producto mundial. Los dos países más grandes de la región (Brasil y México) producen

¹¹ El Coeficiente de GINI es una medida de la desigualdad que se utiliza normalmente para medir la desigualdad en los ingresos pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. El coeficiente de GINI es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno).

juntos más del 60% de la región. En cuanto al crecimiento económico, éste se mantuvo relativamente alto en los últimos 25 años, situándose alrededor de un 2,5% anual (cálculos de autor usando WDI). En los últimos diez años este crecimiento económico se ha acelerado en una gran mayoría de los países en la región con un promedio regional de aproximadamente 3,3% anual del PIB. Es importante señalar que este crecimiento económico ha sido más grande que el crecimiento de la población, lo que explica por qué el ingreso per cápita ha aumentado en más del 50% en la mayoría de los países. Los países con un incremento per cápita mayor al 70% en los últimos diez años han sido Panamá, República Dominicana, México y Costa Rica (cálculos de autor usando WDI). La región también se encuentra por debajo de las regiones de surasiáticas y el Medio Oriente que crecieron por 100 y 67% respectivamente en los últimos diez años.

El crecimiento en los últimos cinco años comparado con los cinco años anteriores, América Latina demuestra un crecimiento mucho más acelerado que el de otras regiones, incrementando su PIB per cápita en un 40% en los últimos años en comparación con un 14 % en los cinco años previos (cálculos de autor usando WDI). Estas cifras indican que aunque la capacidad de pago media de la población es baja, está en un proceso de crecimiento importante. Por ello, el crecimiento económico también ha contribuido a un incremento en el poder adquisitivo de la población, lo que a su vez ha aumentado la demanda por seguros de salud en la región.

- *Mercado laboral*¹²

Los mercados laborales latinoamericanos se caracterizan por i) una alta informalidad, ii) un alto desempleo, iii) una alta rotación, y iv) una gran proporción de trabajadores que reciben ingresos bajos (Pagés, 2005).

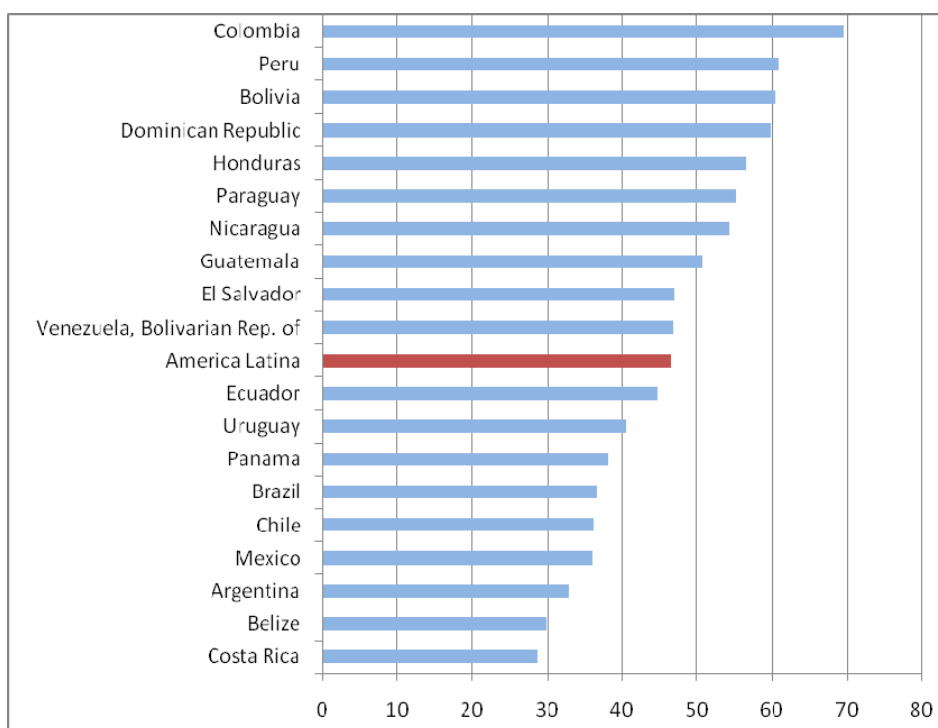
La informalidad es una característica importante y común a todas las economías latinoamericanas. Aunque es difícil de medir, la informalidad es, a todas luces, elevada en América Latina: cerca de la mitad de la población trabajadora de la región puede considerarse en el sector informal. Ahora, en realidad, la informalidad no es particularmente más elevada en América Latina con respecto a otros países en desarrollo pero sí muy superiores a los observados en los países desarrollados (entre un 25% y un 40% de la población según el país y la definición usada). Los trabajadores informales no son necesariamente evasores fiscales: muchos son personas pobres excluidas de los mercados formales de trabajo y privados de sus derechos económicos (OECD 2009). Por lo tanto, nuevamente nos enfrentamos a una gran heterogeneidad al interior de la región; en Costa Rica menos del 28% del mercado laboral trabaja en el sector informal comparado con

¹² Esta sección se basa en gran medida en World Bank, 2004; Chen, 2008; Perry *et al.* 2007, y en World Bank, 2007.

Bolivia, Colombia y Perú donde más del 60% de los trabajadores están en esta condición, como se ve en la Figura 2 (cálculos de autor basados en datos de OIT LABORSTA).

Finalmente, resulta inquietante que la informalidad aumentó en muchos países durante las últimas décadas a pesar de que la región registró un crecimiento moderado (Perry *et al.* 2007) (World Bank, 2007), así que la precariedad del empleo parece ser un tema cada vez más relevante en el contexto latinoamericano.

Figura 2
Porcentaje mercado laboral informal en países de América Latina



Fuente: Últimos datos disponibles 1999-2008 (OIT LABORSTA).

La provisión de coberturas de aseguramiento para una franja importante y creciente de la población, constituye uno de los retos más importantes de la política de salud en la región; la recaudación de fondos de esta población para financiar el aseguramiento es difícil porque por definición se encuentra fuera de los mecanismos formales de impuestos y además sus ingresos tienden a ser bajos,

variables e irregulares. Además, dado que es difícil obligar a esta población a cotizar en la realidad (varios países lo hacen de jure pero de facto es difícil), existe un incentivo para que se afilie únicamente a un seguro de salud y cotice cuando sienta la necesidad de usar los servicios de salud. Con ello se pueden crear importantes problemas de selección adversa y sostenibilidad financiera (Giedion y Bitran, 2003). La irregularidad del empleo, característica del sector informal, puede crear problemas importantes para garantizar la continuidad en la atención de esta población. Este aspecto es especialmente importante en el contexto de la creciente importancia de las enfermedades crónicas en el perfil de la salud de la región (Nolte *et al.* 2008).

Los altos niveles de informalidad coexisten con altos niveles de desempleo y rotación. Niveles de rotación de empleos registrados a no registrados son mayores al 7% en Argentina, México y Venezuela, niveles más altos que en países de ingresos similares en Europa, como Albania, Georgia y Ucrania con aproximadamente 3% de este tipo de rotación (Pagés 2005). El promedio de desempleo en la región es del 10%. Éste es más alto que el promedio en países ricos (OECD) pero similar al promedio en países de ingresos medios altos. En comparación a otras regiones, América Latina tiene niveles de desempleo que son casi el doble del de los países asiáticos (5%) pero un poco más bajos que en los países del medio oriente y norte de África (11%) (Cálculos de autores basados en WDI).

En resumen, los problemas de los mercados laborales, junto con la baja cobertura de aseguramiento en salud de la mayoría de los trabajadores, constituyen un reto importante en la búsqueda del aseguramiento universal de salud en la región. Si los seguros privados quieren jugar un papel importante en la región y ofrecer sus productos a grupos poblacionales amplios, tendrán que adaptar sus mecanismos de recaudo y sus productos a una población trabajadora que es informal, inestable y que devenga por lo general ingresos bajos.

- *Factores demográficos y epidemiológicos*

El perfil demográfico y epidemiológico de una población indica el tipo de problemas de salud a los que se enfrenta y con ello, el tipo de servicios que deben ser asegurados para darle respuesta a sus necesidades específicas. En términos generales, la estructura demográfica de América Latina se asemeja cada vez más a la de los países desarrollados: está creciendo rápidamente la proporción de la población que es mayor, las tasas de crecimiento de la población se están mermando, la expectativa de vida está aumentando y una proporción cada vez mayor de la población está viviendo en áreas urbanas.

El promedio en la región del crecimiento de la población en los últimos diez años ha disminuido en 24%; todos los países han visto una disminución de más del 20% con la excepción de Guatemala. Las tasas de fertilidad han disminuido, en promedio un 14% aproximadamente durante los últimos diez años. Este cambio se

ha acompañado por un crecimiento en la esperanza de vida de estas poblaciones creando cambios en las pirámides poblacionales hacia una población más vieja. De media en la región la esperanza de vida en los últimos diez años se ha incrementado en 2,5 años con un promedio de 69,5 años de vida (cálculos de autor usando WDI).

A la vez, los cambios demográficos se han acompañado de mejoras en los indicadores básicos de salud, una reducción de la mortalidad infantil junto con incrementos importantes del acceso a servicios de salud demostrado en una mejoría en la cobertura de vacunación. La mortalidad infantil (<5 años) se ha reducido porcentualmente desde el año 2000 en un 25% en la región, un logro mayor al 18% registrado a nivel mundial. Los países de la región que han visto una mayor disminución de este indicador son Bolivia, Brasil, Ecuador, Honduras y Perú con una disminución mayor al 30% desde el año 2000. Los países que continúan teniendo niveles altos de mortalidad son Bolivia, República Dominicana, México y Nicaragua con más de 30 muertes de niños menores de cinco años por cada mil (cálculos de autor usando WDI).

Al mismo tiempo, se aprecia una transición epidemiológica al incrementarse se ha la proporción enfermedades no transmisibles en la población con respecto a las enfermedades infecciosas. Estos cambios están llevando a los países de América Latina a tener poblaciones más viejas, lo cual se acompaña por una prevalencia de enfermedades crónicas más alta, tratar estas enfermedades en general es mucho más caro y genera un riesgo más alto para un seguro de salud.

En la siguiente sección se tratarán los temas anteriormente expuestos, de forma particular para cada país.

Referencias bibliográficas

ACEMI, 2009. Sistema de Aseguramiento en Colombia: Participación del Sector Privado.

ALAMI, 2009. Sistema de Aseguramiento en Venezuela: Participación del Sector Privado.

Baeza, C., Packard, T. y Torres, F.M., 2006. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*, Stanford Economics and Finance.

CEPAL, 2006. *La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad*, Montevideo, Uruguay: CEPAL.

- Cercone, J., 2009. Impact of Health Insurance on Access, Utilization and Health Status in the Developing World: the Case of Costa Rica.
- Chen, M., 2008. La Economía Informal en America Latina: Una Perspectiva Global.
- Drechsler, D. y Jütting, J., 2005. Private Health Insurance for the Poor in Developing Countries? *OECD Policy Insights*, 11.
- Enz R. [1], 2000. The S-Curve Relation Between Per-Cápita Income and Insurance Penetration. *The Geneva Papers*, 25, 396-406.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O. y Knaul, F.M., 2009. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 542–548.
- Frenk, J. *et al.*, 2003. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *The Lancet*, 362 (9396), 1667–1671.
- Gakidou, E. *et al.*, 2006. Assessing the effect of the 2001-2006 Mexican Health Reform: an interim report card. *Lancet*, 368, 1920-1935.
- Giedion, U. y Bitran, R., 2003. Protecting the Vulnerable: The Design and Implementation of Effective Safety Nets.
- Gottret, P., Schieber, G. y Waters, H., 2008. *Good practices in health financing*, World Bank Publications.
- Kaiser Foundation, 2009. Employer Health Benefits 2009 Annual Survey. Available at: <http://ehbs.kff.org/> [Accessed October 17, 2009].
- Lara di Lauro, E., 2004. Supplemental Private Medical Indemnity Insurance in Latin America. Available at: <http://www.actuaries.org/IAAHS/Colloquia/Dresden/Lauro%20presentation.pdf> [Accessed October 17, 2009].
- Londoño, J.L. y Frenk, J., 1997. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1–36.
- Mark V, P., 2006. Private Health Insurance In Developing Countries. *Health Affairs*, 25, 369.
- Nolte, E., Knai, C., y McKee, M. 2008. Managing chronic conditions: Experience in eight countries. WHO. *Observatory Studies Series*. Núm. 15.

OECD, 2009. Latin American Economic Outlook .

OECD, 2004. Proposal for a Taxonomy of Health Insurance.

OPS, 2002. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Uruguay.

OPS, 1998. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Argentina .

Pagés, C., 2005. Mercados laborales en América Latina: Características e implicaciones para el diseño de políticas laborales.

Perry, G. et al., 2007. Informalidad: escape y exclusión. *World Bank, Washinton DC*.

Preker, A.S., Scheffler, R.M. y Bassett, M.C., 2007. *Private voluntary health insurance in development: friend or foe?*, World Bank Publications.

Sánchez R, H. y Oyarzo M, C., 2002. Tendencias de los sistemas de salud en América Latina: Amenazas y oportunidades para los seguros privados.

Savedoff, W., 2009. *A Moving Target: Universal Access to Healthcare Services in Latin America and the Caribbean*, Inter American Development Bank research department (ed.) Washington DC.

Sekhri, N. y Savedoff, W., 2005. Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (2).

SwissRe, 2002. *El Seguro en America Latina: ante la oportunidad de crecimiento y el reto de mejorar rentabilidad*, Zúrich, Suiza: SwissRe.

Torres, A.C. y Knaul, F., 2003. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. *Funsalud. Caleidoscopio de la Salud*. México, DF: Funsalud.

World Bank, 2004. *Doing business in 2004: Understanding Regulation*, WorldBank Group.

World Bank, 2007. The Informal Sector: What Is It, Why Do We Care, and How Do We Measure It?. In *Informality in LAC—A Barrier to Growth and Social Welfare*. Chapter 1.

Xu, K. et al., 2004. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26(4), 972.

CAPÍTULO 2 ANÁLISIS DE 18 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1 ARGENTINA

Acrónimos	
ADECRA	Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina
AFIP	Administración Federal de Ingresos Públicos
CONFECILISA	Confederación Argentina de Clínicas y Sanatorios
EMP	Empresas de Medicina Prepaga
INAES	Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República de Argentina
INSSJyP-PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
MyC	Mutuales y Cooperativas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OS	Obras Sociales
PAMI	Prestación Asistencial Médica Integral
PMO	Programa Médico Obligatorio
PPA	Paridad de Poder Adquisitivo

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Argentina tiene una población de 40,9 millones de habitantes (2009) de los cuales el 51% son mujeres y el 92% vive en el área urbana y que tiene un crecimiento anual del 1,05% (2009). Argentina al igual que Chile y Uruguay se encuentra en una etapa avanzada de la transición epidemiológica. Los menores de 15 años de edad representan poco más de un cuarto (25,6%) de la población, mientras que los mayores de 65 años ya representan más de una décima parte de la población (10,8%), cifra similar a la que se observa en Chile (9,1%) y Uruguay (13,3%) pero muy superior a Paraguay (5,2%) y Brasil (6,4%). La tasa de fecundidad es de 2,35% (2009 est.) por mujer en edad fértil. La tasa de mortalidad infantil está en 11,4 por 1.000 nacidos vivos. Esta última cifra contrasta con la de México (18,1 en 2006) y Brasil (22,6 en 2004) y es ligeramente superior a la de Chile (7,7%). En

2005 la razón de mortalidad materna fue de 4,4 por 10.000 nacidos vivos, considerablemente inferior al promedio latinoamericano¹³. Por último, en el año 2009 la esperanza de vida estaba en 77 años (80 años para las mujeres y 73 para los hombres)¹⁴. Los cambios demográficos se han acompañado de una transición epidemiológica caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles. Así, las principales causas de muerte en las mujeres son la insuficiente cardíaca, las enfermedades cerebrovasculares, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades isquémicas del corazón, que concentran la tercera parte de las muertes totales. Les siguen en orden de importancia la septicemia, el cáncer de mama y la diabetes mellitus. Las principales causas de muerte en los hombres son la insuficiencia cardíaca, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares, que concentran poco menos de la cuarta parte de las muertes totales. Les siguen en orden de importancia las infecciones respiratorias agudas, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, las septicemias y la diabetes mellitus¹⁵. Las causas de muerte por accidentes de tráfico se encuentran entre las primeras, siendo entre los 18 y 45 años de edad una de las tres primeras.

- *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de Argentina representa alrededor de un 40% de la población (2008), aproximadamente unos 16,27 millones. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio de 7,9%¹⁶. Según información provista por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) el salario promedio mensual fue de 2.313 pesos argentinos (aprox. US\$ 736) en el año 2008¹⁷. En términos de múltiples de la línea de pobreza nacional el ingreso promedio es de 10,8 (2006), uno de los valores más altos observados en la región y similar a Chile (14,4), Costa Rica (11,2) y Panamá (10,3)¹⁸.

¹³ INDEC.

¹⁴ Toda la información provista hasta aquí proviene de CIA World Factbook.

¹⁵ Mapa Argentina.

¹⁶ CIA World Factbook.

¹⁷ INDEC. Valores en pesos argentinos.

¹⁸ CEPAL , 2009.

- *Contexto económico*

En el 2008, el PIB fue 514 \$ billones de dólares¹⁹ (ajustada por paridad de poder adquisitivo, PPA) con un crecimiento real anual de 6,8% (2008)²⁰. Acorde con lo anterior, Argentina ocupa el tercer lugar a nivel de América Latina y el Caribe y el puesto 24 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía²¹. El PIB per cápita (2008) es de US\$12.990 (PPA)²², con lo que se encuentra junto con Chile, Venezuela, México y Uruguay entre los países de mayor riqueza per cápita en América Latina²³. La tasa de inflación fue de 8,7% en el 2008²⁴.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales²⁵

Según la información más reciente disponible (2000), Argentina cuenta con 17.845 establecimientos de atención a la salud, sin considerar a los consultorios privados. De ellos, alrededor de un 60% son privados, 38% son públicos y el resto pertenecen a las Obras Sociales (OS) o Empresas de Medicina Prepaga (EMP).

La mayoría de los hospitales públicos son manejados de forma descentralizada (provincias) y sólo una mínima proporción (1,8%) son hospitales de nivel nacional. La totalidad de los hospitales cuenta con 153.065 camas, de las cuales el 53% pertenecen al sector público, el 44% al sector privado y el restante 3% al sector de las OS o EMP. Estas cifras arrojan una media de 4,1 camas por 1.000 habitantes, muy superior a la de México (0,7) e incluso superior al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es de 3,9. Por lo que a las unidades de atención ambulatoria se refiere, el 44,4% pertenecen al sector público y en su gran mayoría dependen, al igual que los hospitales, de las administraciones provinciales.

¹⁹ WHOSIS.

²⁰ Cia World Factbook.

²¹ CIA World Factbook.

²² WHOSIS.

²³ CIA World Factbook.

²⁴ CIA World Factbook. Los valores para 2008 son estimados.

²⁵ Tomado de BELLÓ, M. y BECERRIL, V., 2008.

b) Recursos humanos²⁶

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en Argentina hay 30 médicos por cada 10 mil habitantes (2000-2007), una de las cifras más altas observadas tanto a nivel mundial como a nivel de la región y sólo comparable con la de Uruguay (37) y Cuba (57). De acuerdo a la misma fuente existen cinco enfermeras por 10.000 habitantes (2000-2007), por debajo del 9,98 que indica la misma fuente como promedio regional para el año 2002.

c) Recursos financieros

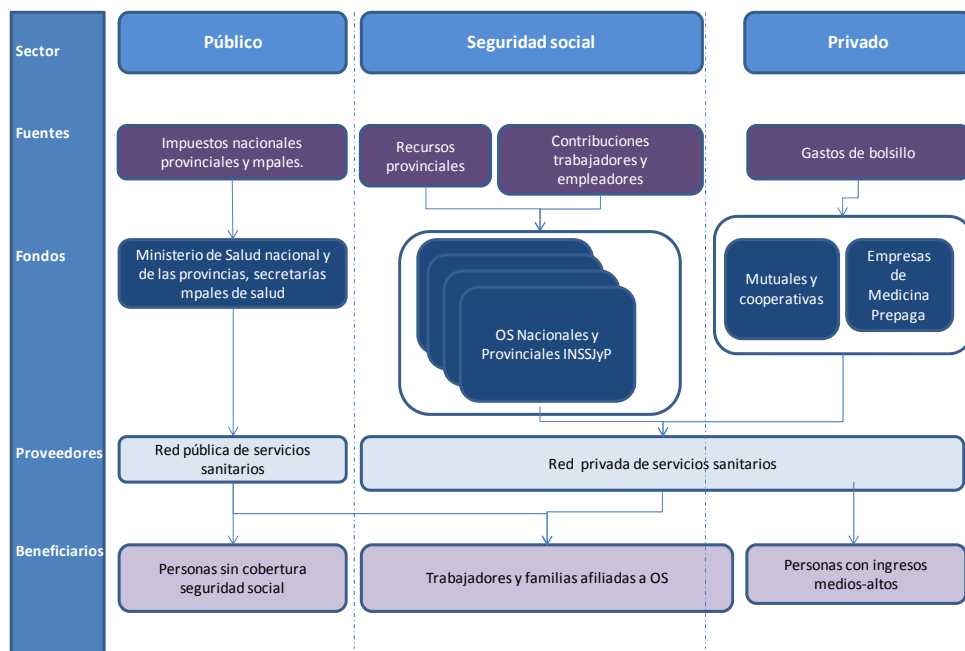
Los argentinos asignan un 10,1% de su PIB al sector sanitario (2006), la cifra más alta de la región y muy por encima del promedio regional (6,59%). El gasto per cápita es US\$ 1.665 PPA (2006), la más alta de América Latina y el Caribe. El 15,5% restante privado. Del gasto total el 23,87% proviene de gastos de bolsillo, estando esta última cifra por debajo del promedio latinoamericano (33,83%).

²⁶ Tomado de la base de datos de la OMS, WHOSIS (<http://www.who.int/whosis/en/>).

2 SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

Figura 3
Mapa del sistema de salud de Argentina



Fuente: Los autores en base en una versión anterior de Belló y Becerril (Belló y Becerril, 2008).

2.2 Un poco de historia²⁷

Pueden identificarse las siguientes tres etapas centrales en la construcción del sistema actual de salud de Argentina:

- Período 1946 a 1955: el sector salud en la Argentina se estructuró como sistema durante el primer ciclo de Gobierno peronista (1946-1955). En él se crea el Ministerio de Salud (1946) y se expande la infraestructura sanitaria pública. Simultáneamente, el movimiento sindical se organizó en la Confederación General del Trabajo (CGT) y las anteriores mutuales

²⁷ Basado en STOLKINER, A., 2009.

espontáneas se institucionalizaron en las nacientes Obras Sociales (OS), a las cuales aún no era obligatorio afiliarse.

- b) Período 1955-1983: a partir del golpe militar de 1955 y hasta el final de la dictadura en 1983, se desarrollaron en el sector salud tres procesos interrelacionados: i) la progresiva descentralización de los servicios estatales, ii) el aumento de la cobertura de las OS, y iii) el desarrollo del sector privado. En 1970, se volvió obligatoria la afiliación a las OS y éstas comienzan a cubrir casi al 75% de la población. Para proveer servicios a esa cantidad de usuarios, las OS comenzaron a contratar masivamente servicios en el sector privado constituyéndose en el principal impulsor financiero de su desarrollo. Asimismo se aceleró el proceso de desconcentración y se impulsó la transferencia de establecimientos sanitarios nacionales a instancias provinciales y municipales, hasta que en 1993, el Ministerio nacional quedó casi sin capacidad instalada propia. Hacia finales de los años 60 se crea la primera EMP (Omint) siguiendo a principio de los 70 otras con formato jurídico diferente (sin fines de lucro) como OSDE y APS.
- c) Período post 1983. El primer gobierno democrático posterior a la dictadura llegó en 1983 y se propuso una integración del sistema bajo la figura del Seguro Nacional de Salud, con alguna inspiración en el modelo de España. La propuesta fracasó por la oposición de varios actores. Junto con la Reforma del Estado en 1991, comenzó un proceso consecuente de reforma del sector salud que puede ser sintetizado en los siguientes objetivos para los tres sectores:
- Subsector estatal: descentralización y búsqueda de capacidad recaudatoria de los hospitales públicos a través de la creación de los hospitales auto-gestionados.
 - Subsector de obras sociales: desregulación, libre elección de obra social por parte de los afiliados, concentración a fin de garantizar un pool de riesgo y obligatoriedad de prestar como mínimo un plan de salud llamado Programa Médico Obligatorio (PMO).
 - Subsector privado: regulación de las empresas de medicina prepaga (EMP) y obligatoriedad para éstas de cubrir como mínimo el PMO.

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación básica más importante vigente en el sistema de salud de Argentina.

Tabla 1
Legislación básica de Argentina²⁸

Norma	Año	Objeto
Ley 23.660 Obras Sociales	1989	Ley de obras sociales.
Ley 23.661 Sistema Nacional del Seguro de Salud	1989	Creación del sistema nacional del seguro de salud.
Ley 24.455 Incorporación de prestaciones obligatorias para las obras sociales	1996	OS. Obligatoriedad de cobertura médico asistencial para enfermos de SIDA y drogadictos.
Ley 24.754	1996	Régimen aplicable a la medicina prepaga. Las EMP deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura medico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas por las obras sociales.

Fuente: Autores.

2.4. Organización y estructura del sistema de salud

• Actores²⁹

La Figura 3 presenta el mapa general del sistema de salud de Argentina. Se pueden identificar tres modelos separados:

- El público, con financiación y provisión públicas. El sector público está integrado por las estructuras administrativas nacional y provinciales de nivel ministerial (responsables de la conducción sectorial en sus respectivas jurisdicciones), y la red de hospitales y centros de salud públicos (dependientes de los niveles provincial y municipal) que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago, aunque toda la población puede y hace uso de dichas instalaciones.
- El de seguridad social en salud. El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias y que se organizan por rama de actividad.

²⁸ Basado en gran medida en la presentación ppt disponible en la página web de la Fundación Médica Jurídica de Argentina. FUNDACIÓN MÉDICA JURÍDICA Medicina Prepaga. Buenos Aires (www.Fundaciónmedicajuri.org.ar/archivo/Medicina%20prepaga.ppt).

²⁹ Tomado directamente de BELLÓ y BECERRIL, 2008.

Por su parte, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. Además, cada una de las 23 provincias cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción (Obra Social Provincial). La mayoría de las OS brindan servicios a través de contratos con prestadores privados, pues su capacidad instalada es muy escasa.

- El sistema privado, que comprende i) a los prestadores independientes y establecimientos particulares que proveen servicios a las entidades aseguradoras y a los usuarios particulares con capacidad de pago, ii) las empresas de medicina prepaga, EMP, que son seguros privados contratados directamente por los beneficiarios o por algunas obras sociales, y iii) el sector de las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como OS ni como EMP.

Cabe notar que el sector de seguridad social y el sector privado están estrechamente vinculados entre sí, dado el alto grado de contratación de servicios de salud que hacen las instituciones responsables de la gestión de la seguridad social (obras sociales) con prestadores privados de servicios de salud de diferente tipo y tamaño³⁰.

Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su objetivo poblacional, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan. La falta de integración no sólo se observa entre los distintos subsistemas, sino que dentro de cada uno de ellos también existen importantes niveles de fragmentación: en el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), y en el caso de los subsectores de la seguridad social (obras sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación³¹.

- *Distribución de cobertura*

La Tabla 2 muestra la estratificación de la cobertura de aseguramiento por nivel socioeconómico en Argentina (2005). El sistema público dirigido a ofrecer cobertura a la población sin aseguramiento cubre aproximadamente un tercio de la población

³⁰ OPS

³¹ Tomado de Jaime Hurtado.

(34%, 2005), la cobertura va disminuyendo a medida que aumenta el quintil de ingreso, cubre cerca de dos terceras partes de la población del quintil 1 (61%) hasta llegar a sólo el 12% en el quintil más rico. Las obras sociales tienen su mayor presencia en el quintil cuatro donde cubren el 68% y su menor presencia en el quintil 1. El sistema de los seguros prepagos de salud, con un 10% en 2005, muestra una tendencia creciente a partir del ingreso, en tanto que refiere al 4% de la población en el primer quintil y cubre a una de cada cinco personas en el quintil más rico (23%)³².

Tabla 2
Cobertura del sistema de salud de Argentina, 2005

	Quintiles de ingreso					
	I	II	III	IV	V	Total
Sin cobertura formal	61%	46%	32%	22%	12%	34%
Obra Social	35%	49%	60%	68%	64%	56%
Prepaga	4%	5%	7%	11%	23%	10%
Ns/nc	0,5%	0,5%	0,5%	0,1%	0,3%	0,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: (Maceira, 2009) con base en la Encuesta de Consumo de los Hogares 2004/2005.

• *Financiación*³³

El sector público se financia principalmente con recursos fiscales provenientes de los niveles nacional, provincial y municipal. Además recibe pagos ocasionales por parte del sistema de seguridad social por atender a sus afiliados. La administración central y los organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional.

En cuanto al sector de la seguridad social, el financiamiento de las OS nacionales proviene del pago del 8% del salario de los trabajadores activos; el 3% lo aporta el trabajador y el 5% el patrón. Las OS provinciales se financian de la misma manera, con contribuciones de los empleados gubernamentales y con contribuciones de los gobiernos provinciales en su calidad de empleadores. Una parte de las contribuciones a las OS financia el llamado Fondo Solidario de Redistribución, que se diseñó para aumentar la equidad en la distribución de los

³² MACEIRA, D., 2009.

³³ Tomado directamente de MONTEKIO, F. *et. al.* 2008.

recursos entre entidades. Su objetivo es cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita asociada al PMO. Para ello, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) redistribuye a las OS una cierta cantidad por cada grupo familiar afiliado que no alcance a cubrir el costo del PMO. Los recursos remanentes se dirigen a la Administración de Programas Especiales y se utilizan para apoyar financieramente a las OS en la cobertura de padecimientos de alto costo y baja frecuencia. El INSSJyP, que cubre a los jubilados y los beneficiarios de pensiones no contributivas, se financia con las contribuciones de los trabajadores asalariados y con recursos fiscales centrales. Este sector también se nutre de recursos que se recaudan en las provincias y municipios.

Los prestadores del sector privado reciben sus recursos por vía de la contratación de las OS, de los pagos que hacen directamente los usuarios y finalmente, y en menor medida, del Estado. Las Empresas de Medicina Prepaga se financian con las primas de los hogares o de las empresas, con los pagos de bolsillo que hace la gente que no cuenta con seguro de salud y que recibe la atención de un prestador privado y con los contratos que puedan tener con una o varias OS.

La Tabla 3 presenta un resumen de la composición de financiamiento de Argentina por actores. Como de ahí se desprende, el sector de la seguridad social mueve alrededor de 13 mil millones de dólares anuales (PPA, 2006) y absorbe la mayor parte del gasto en salud en Argentina (38%). Le sigue en importancia el gasto privado con un 36% del total y finalmente el gasto público con un 26% del gasto total de salud.

Tabla 3
Gasto en salud por agente de financiamiento, Argentina, 2006³⁴

	Millones de pesos corrientes	Millones de US\$ PPA 2006	%
Gasto público	12.462	8.940	26%
Nacional	2.015	1.446	16%
Provincial	8.814	6.323	71%
Municipal	1.633	1.171	13%
Seguridad Social	17.533	12.578	38%
OS nacionales	9.147	6.562	52%
OS provinciales	4.589	3.292	26%
INSSJyP	3.797	2.724	22%
Gasto privado de los hogares	16.741	12.010	36%
TOTAL	46.736	33.528	100%

Fuente: (Maceira, 2009) con base en Ministerio de Salud: Primer Boletín de la Dirección de Economía de la Salud. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Boletín Semestral. Volumen 1, 2009.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Tipología de empresas o instituciones de salud privadas y productos que ofrecen

Desde la perspectiva del sector privado que ofrece cobertura de aseguramiento en salud o que presta servicios de salud en Argentina, pueden identificarse los siguientes cuatro tipos de actores privados:

- *Obras sociales nacionales*

Las obras sociales nacionales son entidades de seguridad social sin fines de lucro y tradicionalmente vinculadas con la gestión sindical por rama de actividad. En cada rama productiva los sindicatos administran su propio seguro de salud. Si bien durante la década de los noventa, se avanzó hacia un proceso de

³⁴ Tomado de MACEIRA, 2009.

desregulación que permitió transferencia de recursos de afiliados por la rama de actividad a instituciones de aseguramiento social de otras, en general el mecanismo se mantiene como en sus orígenes. Las obras sociales, salvo excepciones, no cuentan con instituciones propias. Por tanto, esta organización vertical se traduce en mecanismos de contratación con clínicas y prestadores, tanto públicos como privados. En algunas ocasiones las obras sociales nacionales contratan a empresas de medicina prepaga, seguros privados de salud en Argentina, para que gestionen su cartera³⁵. El órgano que vigila y supervisa a las OS es la Superintendencia de Servicios de Salud que funciona en el ámbito del Ministerio de Salud.

- *Empresas de medicina prepaga (EMP)*

Las EMP forman parte del denominado sector privado del sistema sanitario. Predominan las empresas de medicina prepaga que asumen la forma de sociedades comerciales, por encima de aquellas constituidas como asociaciones de profesionales sin fines de lucro.

- *Cooperativas y Mutuales (CyM)*

El sector privado comprende también las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como OS ni como medicina prepaga. Estas entidades tienen un peso importante en el sistema de salud al estar distribuidos a lo largo y ancho del país y contar con cerca de 2,6 millones de asociados (alrededor de un 7% de la población total)³⁶. Según datos de 2008 del censo general hecho por el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), del total de los mutuales que prestan servicios, el 27% corresponde a mutuales de salud, agrupando a 2.165.380 asociados. Por su parte, las cooperativas que prestan servicios de salud agrupan a 533.670 asociados.

- *Prestadores privados de salud*

Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden a los afiliados de las obras sociales y de las EMP y a los usuarios que acceden directamente a ellos. En Argentina el sector prestador

³⁵ Ibid.

³⁶ ALAMI, 2009.

privado es más importante que en la mayoría de los demás países de la región. Así por ejemplo, el estudio de cuentas nacionales de salud de Argentina indica que ya en el año 1997, más del 30% del gasto total en salud se asignaba o a clínicas privadas o a médicos y profesionales de la salud, comparado con sólo un 20% dedicado a los establecimientos sanitarios públicos³⁷.

3.2 Mercado de la salud privada: principales cifras

En esta sección se proveen las principales cifras disponibles de forma pública para el mercado privado de aseguramiento de salud en Argentina³⁸.

- *Obras sociales nacionales*

El sector de las obras sociales nacionales está integrado por casi 300 entidades de distinta naturaleza jurídica (véase Tabla 4). En el año 2008, estas entidades aseguraban a cerca de 25 millones de argentinos.

Como se desprende de la Tabla 3, las OS nacionales gastaron en el año 2006 un equivalente de US\$ 6.562 millones (PPA) lo que equivale aproximadamente a la mitad (53%) de los recursos de seguridad social del mismo año. No existe información públicamente accesible sobre la cotización promedio de las OS nacionales ni sobre sus ingresos, gastos operacionales totales, siniestralidad o resultado técnico.

³⁷ Véase MINISTERIO DE ECONOMÍA y MINISTERIO DE SALUD, 2001 y LEVCOVICH, M., 2004.

³⁸ No incluye el sector privado de prestación de servicios dado que la información correspondiente no está disponible en forma pública. ADECRA, la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina, no provee información estadística financiera sistemática sobre los prestadores privados de Argentina.

Tabla 4
Cobertura de salud y empleo formal. Beneficiarios de obras sociales
nacionales, por naturaleza institucional, total país, 2008³⁹

Naturaleza jurídica de la OS	2008
Total	24.703.262
Sindicales	18.885.155
Estatales	18.097
Por convenio	17.981
Personal de dirección	1.001.248
Administración mixta ^{1/}	3.645.471
Por adhesión ^{2/}	29.433
Ley núm. 21.476 ^{3/}	23.013
De empresas	12.405
De otra naturaleza	1.070.459

Fuente: Maceira, 2009.

Notas:

^{1/} Su conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye INSSJyP-PAMI y otras menores.

^{2/} Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales, y que no obstante se adhieren.

^{3/} Empresas estatales creadas por disposición especial (Atanor, Papel Misioner, etc.).

- *Empresas de medicina prepaga*

El sector de las empresas de medicina prepaga está compuesto por 277 empresas⁴⁰, de las cuales aproximadamente el 50% son entidades con fines de lucro⁴¹. Las top five del sector son en la actualidad Osde, Swiss Medical, Galeno, Omint y Medicus que concentran la mayor parte de los afiliados⁴². Según información provista por la empresa CLAVES, este sector cubría en el año 2007 a 4,4 millones de personas (aprox. el 11% de la población total). Según la misma fuente, el aporte promedio anual era de 1.494 pesos (aprox. US\$ 483) para un giro total del negocio de 6.575 millones de pesos anuales (aprox. US\$ 2.123 millones

³⁹ Tomado de MACEIRA, 2009.

⁴⁰ ALAMI, 2009.

⁴¹ FORTUNA, 2009.

⁴² Ibid.

de dólares) y una rentabilidad sobre las ventas que varía entre el 1% y el 3% en el año 2007⁴³.

Para un subgrupo de empresas de medicina prepaga reportadas por ALAMI (Asociación Latinoamericana de Seguros Privado de Salud) se tienen los siguientes indicadores financieros de la industria de medicina prepaga en Argentina.

Tabla 5
Indicadores financieros para un subgrupo de EMP

Ingresos totales industria año	U\$S 2.688.000.000
Gasto total en salud prepago (85%)	U\$S 2.284.800.000
Gasto en administración y ventas (12,5%)	U\$S 336.000.000
Margen de utilidad / ingresos totales	2,5%
Impuesto sobre utilidad (35%)	0,9%
Aporte o prima per cápita año	U\$S 840
Gasto en salud / per cápita / año	U\$S 819
Reajuste promedio a las primas en 12 meses 2007 / 2008	36%

Fuente: ALAMI, 2009.

- *Mutuales y cooperativas de salud*⁴⁴

Según datos del censo general realizado por el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), el 27% del total de las mutuales de salud prestan servicios de salud que agrupan a una población de 2.165.380 personas. Por otro lado, las cooperativas que prestan servicios de salud agrupan a 533.670 personas (2008). No existe información pública disponible sobre los principales indicadores financieros de estas empresas.

- *Seguros de salud de compañías aseguradoras*

Los seguros de salud contratados por estas compañías siguen las pautas establecidas por la Ley de Seguros y la normativa dictada por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

⁴³ Cifras de CLAVES citado en MANCINI, M., 2008.

⁴⁴ Basado en FEDERACIÓN ARGENTINA DE MUTUALES DE SALUD, 2006 y en ALAMI, 2009.

Parte de la población argentina busca alternativas para una cobertura de salud que complemente o cubra los vacíos de los sectores de salud pública, de obras sociales para empleados en relación de dependencia y de prepagas médicas privadas. El sector asegurador ha tratado de satisfacer dicha demanda con productos indemnizatorios que protejan al asegurado por medio de una compensación económica y que en general funcionen independientemente de la cobertura médica asistencial que posea el asegurado. Algunos de los productos que comercializa el mercado asegurador son inherentes a los gastos médicos comprendiendo cirugías, enfermedades graves, medicamentos, estudios de laboratorio, renta por internación hospitalaria, prótesis, etc.

El volumen de primas que ingresaron las aseguradoras de salud en el ejercicio contable julio 2008-junio 2009 fue de tan solo 38 millones de pesos (10 millones U\$S), que representa menos del 1% del mercado total de sector privado de salud. Conviene aclarar que una norma de la Superintendencia de Seguros de la Nación prohíbe a las aseguradoras comercializar productos de salud con prestación de servicio, por lo que estas empresas sólo comercializan productos indemnizatorios.

Los motivos que influyen en que las aseguradoras tengan una cuota tan pequeña de mercado son principalmente la diferencia en la alícuota del IVA (21% vs. 10,5% de las EMP, y 0% de las OS) y, de forma secundaria, las limitaciones que ha impuesto la SSN y la falta de maduración del mercado asegurador de Salud, que en los últimos años se ha dedicado a ofrecer este tipo de coberturas.

Por otro lado, las diez empresas de seguros privados más grandes de Argentina, se reparten el 97% del mercado total (Tabla 7, 2009) siendo la más grande la empresa SANCOR que representa por sí sólo casi el 40% del mercado.

Tabla 6
Argentina, producción y siniestros, 2000-2009

	Pesos argentinos		Dólares americanos^{1/}	
	Primas	Siniestros	Primas	Siniestros
2000	4.609.353		4.609.353	
2001	2.764.381		2.764.381	
2002	5.229.415	3.000.279	1.501.842	861.654
2003	4.261.469	1.957.761	1.439.685	661.406
2004	10.731.701	4.617.466	3.612.151	1.554.179
2005	15.793.500	8.152.081	5.214.097	2.691.344
2006	18.339.360	9.571.035	5.995.214	3.128.812
2007	20.640.658	10.646.740	6.571.365	3.389.602
2008	28.472.078	12.509.474	8.303.318	3.648.141
2009	37.951.524	15.416.505	9.857.539	4.004.287

Fuente: Superintendencia de Seguros de la Nación.

^{1/} Tipo de cambio oficial a diciembre del año correspondiente.

Tabla 7
Argentina, principales empresas de seguros privados de salud,
evolución 2008 / 2009 y cuota de mercado

		Valor 2009		Comparativo 12 meses anteriores	Cuota 2009
Entidades		Pesos argentino	Dólares americanos ^{1/}	Var. %	%
1	SANCOR	14.763.143	3.834.583	22,4%	38,9%
2	ALICO GENERALES	6.588.385	1.711.269	0,0%	17,4%
3	CARDIF	3.669.912	953.224	27,1%	9,7%
4	MAPFRE VIDA	2.876.726	747.202	14,6%	7,6%
5	PREVINCA	2.204.984	572.723	-5,6%	5,8%
6	ASOCIACIÓN MUTUAL DAN	1.704.023	442.603	29,0%	4,5%
7	BERKLEY	1.571.193	408.102	21,0%	4,1%
8	ASSURANT	1.552.217	403.173	Sin Producción	4,1%
9	RÍO URUGUAY	903.246	234.609	0,5%	2,4%
10	GALICIA	827.343	214.894	-0,1%	2,2%
Diez Primeras		36.661.172	9.522.382		97%
Total del Mercado		37.951.524	9.857.539	29%	100%

Fuente: Superintendencia de Seguros de la Nación.

^{1/} Tipo de cambio oficial a diciembre del año correspondiente.

3.3 Tratamiento del gasto farmacéutico

4. DIMENSIÓN DEL MERCADO

El mercado farmacéutico argentino es por su dimensión el cuarto de Latinoamérica, con una participación cercana al 9% y sólo superado por los mercados de Brasil, México y Venezuela. En el año 2008 el mercado local totalizó U\$S 2.979 millones⁴⁵. Se reporta un per cápita de US\$ 142 para el mismo año.

Los pocos indicadores públicamente disponibles sobre el mercado farmacéutico de América Latina son producidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su publicación World Medicines Situation del año 2000⁴⁶. Según los datos más recientes disponibles de esta fuente, en Argentina, en el año 2000, el

⁴⁵ ABCEB.COM, 2008 y BUSINESS INSIGHTS, 2009.

⁴⁶ WHO, 2004.

28,9% del gasto total en salud se asignó a la adquisición de medicamentos por encima del promedio regional observado para el mismo año (23,2%) y para un per cápita de US\$ 198⁴⁷ de los cuales 41 dólares correspondían a gasto público y el remanente a gasto privado.

4.1 Coberturas de medicamentos en el sistema público y de seguridad social en salud

Dentro del PMO al cual tienen que adherirse todos los agentes del seguro nacional de salud (obras sociales, prepagas e INSSJP, no asegurados), incluidas las EMP, se definen algunas coberturas básicas de medicamentos. Así, la resolución 310/2004 establece en términos generales los siguientes porcentajes de cobertura:

40% para enfermedades agudas.

70% para enfermedades crónicas.

100% para hospitalización.

100% para tratamientos especiales (salud sexual y reproductiva, oncología, VIH/SIDA etc.).

4.2 Papel del micro-seguro

No se pudo obtener acerca del papel del micro-seguro en el ámbito de salud en Argentina. Al respecto cabe notar que el portal internacional sobre micro-seguros (www.microseguros.info) no registra ningún documento sobre este tipo de entidades en Argentina.

5. REFORMAS RECIENTES DE SALUD

En Argentina el punto de partida de las últimas reformas de salud era un sistema atomizado en el aseguramiento y la provisión. Las reformas recientes aumentaron la competencia en el sistema rompiendo los mercados cautivos de las obras sociales (aseguradoras pertenecientes a los sindicatos de ramo, cuyos trabajadores estaban obligatoriamente afiliados a las mismas). Es así como ha

⁴⁷ Esta cifra es parecida al per cápita reportado más recientemente para 2008, de US\$ 142 per cápita.

aumentado la libertad de elección entre las obras sociales nacionales⁴⁸. En el sector público se ha intentado aumentar la eficiencia de los hospitales con medidas parciales de desconcentración e introducción de nuevas herramientas de gestión y con la creación de los denominados hospitales de autogestión⁴⁹.

Referencias bibliográficas

ABECEB.COM, 2008. Mercado farmacéutico argentino. Buenos Aires.
www.abeceb.com

ALAMI, 2009. Sistema de Aseguramiento en Argentina. Participación del sector privado. El sector privado de salud en América Latina. Bogotá.

BELLÓ, M. y BECERRIL, V., 2008. Mapa del Sistema de Salud de Argentina. Versión preliminar 1 2008 DE-015., Observatorio de la Salud. México.

BUSINESS INSIGHTS, 2009. Latin American Pharmaceutical Market Outlook To 2014 Policy environment, market analysis, forecasts and growth opportunities..

CEPAL, 2009. Panorama Económico y Social de América Latina, Anexo Estadístico Santiago de Chile.

DE LA MATA, I., 2002. Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro. Gaceta Sanitaria, 6 (1), 2-4.

FEDERACIÓN ARGENTINA DE MUTUALES DE SALUD, 2006. La salud, la seguridad social y las mutuales en Argentina. Buenos Aires.

FORTUNA ,2009. De los seguros a la medicina prepaga. Fortuna, 2, 335 del 30 de octubre del 2009.

FUNDACIÓN MÉDICA JURÍDICA Medicina Prepaga. Buenos Aires.
www.fundacionmedicajuri.org.ar/archivo/Medicina%20prepaga.ppt

⁴⁸ Es así como por ejemplo en el año 1993 fue introducida la "libre elección" de obras sociales nacionales por parte de los trabajadores vinculados a ese régimen, en el marco de un proceso de desregulación y búsqueda de eficiencia.

⁴⁹ Tomado de DE LA MATA, I., 2002.

LEVCOVICH, M. (2004), Estudios de Cuentas de Salud en Argentina Foro sobre la Reforma de Salud en Europa y las Américas (EUROLAC) para Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud y los Resultados en Materia de Salud.

MACEIRA, D. (2009), Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina. Buenos Aires, CEDES.

MANCINI, M. (2008), Breve reseña de OMINT. Actores del Sistema de Salud. Sector Medicina Prepaga. 1° Seminario Internacional de Finanzas: "La Crisis financiera Internacional bajo la lupa". Mendoza, Instituto Argentino de Ejecutivos de Finanzas, IAEF.

MINISTERIO DE ECONOMÍA & MINISTERIO DE SALUD (2001), Estimaciones del gasto en Salud. Argentina. Año 1997 y proyecciones, Buenos Aires.

MONTEKIO, V. B., REYES, J. D. D., MANUEL, A. & GARRIDO, F. (2008), Mapa del sistema de salud de Chile, Versión preliminar. Distrito Federal México, Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud FUNSALUD).

OPS (2008), Argentina. Perfil Salud.

STOLKINER, A. (2009), Panel: "Reforma en Salud en los Países de América Latina"Exposición: El Proceso de Reforma del Sector Salud en la Argentina XV Conference of the International Association of Health Policy. Jornadas de Debate de la Sanidad Pública. 24 y 25 de septiembre de 2009 Madrid.

WHO (2004), The World Medicines Situation, Ginebra.

2 BOLIVIA

Acrónimos	
ABA	Asociación Boliviana de Aseguradores
DILOS	Directorio Local de Salud
INASES	Instituto Nacional de Seguros de Salud
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
OTB	Organizaciones Territoriales de Base
PNMEBOL	Programa de Medicamentos Esenciales de Bolivia
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
SPVS	Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros
SSO	Seguro Social Obligatorio (SSO)
SSPAM	Seguro Social para el Adulto Mayor
SUMI	Servicio Universal Materno Infantil

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Bolivia es uno de los países pequeños de América Latina que cuenta con una población de 9,8 millones de habitantes (2009). El 50,1% de la población son mujeres y el 66,1% vive en el área urbana, mostrando una población menos urbanizada que la mayor parte de los países de la región. La tasa de crecimiento anual de la población asciende a 1,7% (2009), superior al promedio regional (1,12%) e inferior sólo a la de Guatemala (2,46%), Honduras (1,99%) y Paraguay (1,8%). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 36% de la población, mientras que los mayores de 65 años constituyen el 7,7%, cifra inferior a la de países como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%). La tasa de fecundidad es de 3,4 hijos por mujer en edad fértil, valor superior al promedio de la región (2,3), pero inferior a la cifra de países como Guatemala (4,2), con lo que se indica que Bolivia se encuentra aún en una fase menos avanzada de la transición demográfica comparado con la mayoría de los países de la región. La tasa de mortalidad infantil está en 54 por 1.000 nacidos vivos, cifra significativamente superior a la media de América Latina y el Caribe

(21,8) y que contrasta con las cifras de países como Cuba y Chile, donde esta tasa es de 5,1 y 7,2⁵⁰ respectivamente. En 2003 la razón de mortalidad materna fue de 229 mujeres por cada 10.000 nacidos vivos⁵¹, muy superior al promedio latinoamericano que se ubica alrededor de 134 mujeres, y sólo inferior al de países como Guatemala y Honduras que muestran una tasa media de 285 mujeres. Por último, en 2009 la esperanza de vida se estableció en 66 años⁵² (63,9 años para los hombres y 68,2 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte, para 2002 las enfermedades respiratorias agudas inferiores eran la principal causa de muerte en el país (cerca del 9,2% del total de muertes), seguida en importancia por ciertas afecciones originadas para el período perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y enfermedades isquémicas del corazón. En conjunto estos cuatro padecimientos ocasionaron poco más de un cuarto de las defunciones⁵³. Con una menor participación dentro del total de muertes se encuentran las enfermedades cerebro-vasculares (4,2%), tuberculosis (4,1%), cirrosis hepática (3,3%), nefritis y nefrosis (2,9%), cáncer cervicouterino (2,3%) y diabetes mellitus (2,2%)⁵⁴.

- *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de Bolivia representa alrededor de un 49% de la población (2008), aproximadamente unos 4,8 millones. En el año 2008, la tasa de desempleo fue del 6,7%, valor inferior a la media de la región (7,2%) y a la de países como Brasil (7,9%) y Chile (7,8%)⁵⁵. Por otro lado, el ingreso nacional bruto per cápita PPA en 2007 fue de US\$ 7.110, inferior al promedio regional que es de US\$ 7.497 y muy inferior comparado con otros países como Argentina, Chile y México donde alcanza en promedio US\$ 12.720⁵⁶.

- *Contexto económico*

En 2009, el PIB de Bolivia fue de US\$ 45.130 millones (PPA) con un crecimiento real anual de 2,8%. Acorde con lo anterior, Bolivia ocupa el lugar décimotercero de América Latina y el Caribe y el puesto 91 a nivel mundial en términos del

⁵⁰ Toda la información provista hasta aquí proviene de www.paho.org.

⁵¹ WHOSIS, 2009.

⁵² Tomado del Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

⁵³ Tomado de: MONTEKIO V., SOLIZ D., 2008.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Tomado del Anuario Estadístico de la CEPAL 2009.

⁵⁶ www.paho.org

tamaño de su economía. El PIB per cápita (2009) es de US\$ 4.600 (PPA), con lo que se encuentra en el puesto 22 dentro de la región (de un grupo de 25 países) siendo uno de los países más pobres de ésta y 145 en el mundo. La tasa de inflación fue de 4,3% en el 2009⁵⁷.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

De acuerdo con los datos más recientes (2009) proporcionados por el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica, existen en Bolivia 3.339 establecimientos de atención en salud, de los cuales 2.729 (el 87,3%) pertenecían al sector público y 422 (el 12,6%) son de carácter privado. Dentro de estos últimos 151 pertenecen a organizaciones no gubernamentales, 107 a la Iglesia y diez a las Fuerzas Armadas⁵⁸. La distribución de establecimientos públicos y privados, resulta similar a la existente en Ecuador o Chile, en donde más del 80% de los establecimientos son públicos y totalmente contraria a la registrada en la República Dominicana, en donde los establecimientos públicos representan menos del 20%. Con cifras de 2007, Bolivia cuenta con 1,6 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, cifra inferior al promedio de América Latina y el Caribe (1,9 camas por 1.000 habitantes) y superior al de países como El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Honduras que en promedio presentan 0,8 camas por 1.000 habitantes⁵⁹.

b) Recursos humanos

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en Bolivia hay 12 médicos por cada 10 mil habitantes (2007), cifra inferior al promedio regional (17 por 10.000 hab.) pero que dista mucho de la observada en países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 hab.). De acuerdo a la misma fuente existen 21 enfermeras y siete odontólogos por cada 10 mil habitantes.

c) Recursos financieros⁶⁰

Con cifras de 2006, en Bolivia el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es del 6,4%, evidenciando una leve mejoría respecto al año 2000, cuando este

⁵⁷ Tomado del CIA World Factbook.

⁵⁸ Tomado de: MONTEKIO V.B. y SOLIZ D., 2008.

⁵⁹ Tomado del Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

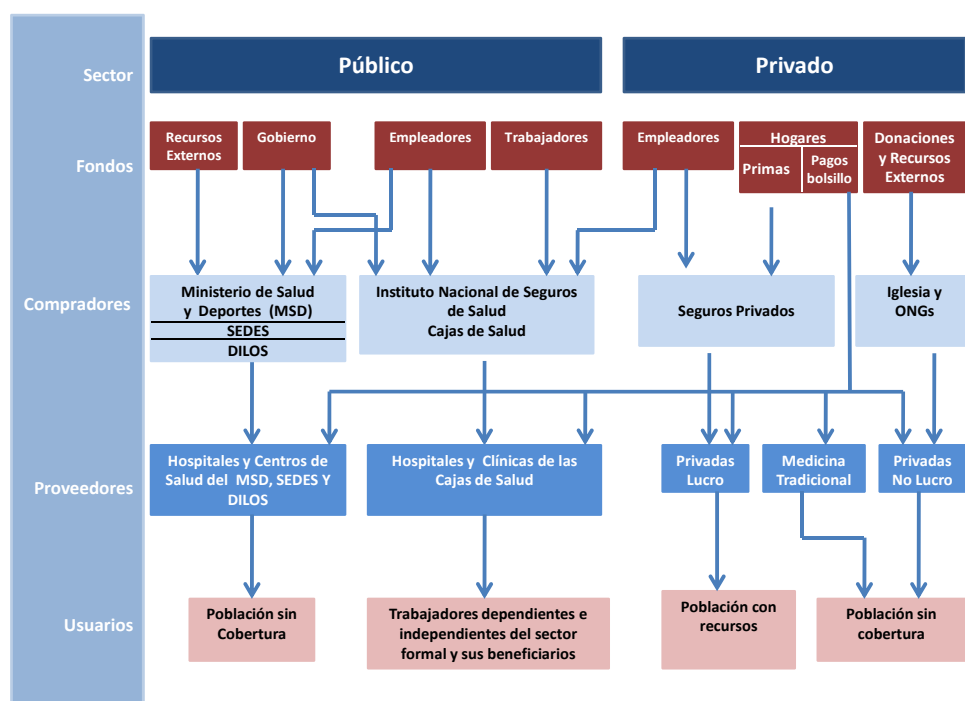
⁶⁰ WHOSIS, 2009.

rubro se ubicaba el 6,1%. Esta cifra se encuentra por debajo del promedio de la región (6,7%), pero es superior al de países como Belice (4,7%), Ecuador (5,3%) y Guatemala (5,3%). El gasto per cápita es de US\$ 161 PPA (2006), valor considerablemente inferior a la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 62,8% corresponde a recursos gubernamentales y el resto a recursos privados. El 81% del gasto privado corresponde a gastos de bolsillo, estando esta última cifra por encima del promedio latinoamericano (77,7%).

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

Figura 4
Mapa del sistema de salud de Bolivia



Fuente: Basado en Montekio, 2008. Algunas simplificaciones introducidas por los autores.

2.1 Un poco de historia

Según el capítulo Bolivia del Atlas de la Salud producido por el Observatorio Latinoamericano de la Salud⁶¹, se pueden identificar los siguientes diez hitos en la historia del sistema boliviano de salud:

1938: Creación del Ministerio de Salud.

1953: Creación del sistema de seguridad social para trabajadores.

1956: Promulgación del Código de seguridad social.

1979: Creación del Programa Ampliado de Inmunización y de la Red Nacional de Frío.

1984: Regionalización de la atención a la salud.

1994: Promulgación de la Ley de Participación Popular, que transfirió la infraestructura pública de salud a los gobiernos municipales.

1996: Certificación de la erradicación de la poliomielitis por la OPS y la OMS.

1997: Reforma estructural del sistema de seguridad social.

2003: Entrada en vigencia del Seguro Universal Materno Infantil que reemplaza al Seguro Básico de Salud.

2006: Creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

2.2 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación más importante vigente en el sistema de salud boliviano⁶².

⁶¹ MONTEKIO, V. B. y SOLIZ, P., 2008.

⁶² Tomado de OPS, 2007

Tabla 1
Legislación básica de Bolivia

Norma	Año	Objeto
Código de Seguridad	1956	Basado en los principios de: solidaridad, universalidad, economía, unidad legislativa y de gestión. Está vinculada con el trabajador bajo el concepto de "Tesis Laboral", es decir, "La protección de los trabajadores dependientes, sujetos a horario y sobre todo a salario".
Decreto Ley núm. 15629	1978	Código de Salud: asigna la responsabilidad de la "definición de la política nacional de salud, la norma, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción". Además, establece la "regulación jurídica de las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población", como parte de sus funciones.
Ley 1551 de Participación Popular	1994	Municipaliza el país, redistribuye los recursos económicos de forma proporcional al número de habitantes. Legitima a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), 36 cuya representación se expresa a través de los Comités de Vigilancia cuyas funciones son: fiscalización, planificación participativa y la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades propias de cada región. Se transfiere a título gratuito en favor de los gobiernos municipales, el derecho de propiedad de la infraestructura de los servicios públicos de salud y su mantenimiento.
Ley núm. 1654 de Descentralización Administrativa	1994	Transfiere y delega atribuciones de carácter técnico-administrativo a nivel departamental. El prefecto tiene las siguientes atribuciones respecto del sector salud: a) formular y ejecutar los planes departamentales de desarrollo económico y social, de acuerdo a normas del Sistema Nacional de Planificación; en coordinación con los gobiernos municipales. b) administrar, supervisar y controlar, por delegación del gobierno nacional, los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de educación, salud y asistencia social en el marco de las políticas y normas para la provisión de estos servicios.
Ley núm. 1731	1996	Política Nacional del Medicamento.
Decreto 25265	1998	Creación del Sistema Básico de Salud, como un servicio público, de acceso universal para la población objetiva y destinada a otorgar prestaciones esenciales en salud, con calidad y adecuación cultural. Vigente hasta diciembre de 2002.
Ley 2028 de Municipalidades	1999	Establece que el gobierno municipal debe contribuir al pago de prestaciones de salud a la niñez, a las mujeres, a la tercera edad, a los discapacitados y a la población en general, mediante mecanismos privados y públicos de otorgamiento de cobertura y asunción de riesgos colectivos. Además, debe construir, equipar y mantener la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud. Suministrar y supervisar el uso de de medicamentos y otros insumos que usan los servicios de salud.
Ley núm. 2426	2002	Crea y define el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

Tabla 1 (2)
Legislación básica de Bolivia

Norma	Año	Objeto
Ley núm. 3131	2005	Regulación del ejercicio profesional médico.
Plan Nacional de Desarrollo. "Bolivia Digna", Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien, 2006-2010.	2007	Plan Nacional de Desarrollo: Plantea como política prioritaria, el Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, el cual permitirá el acceso a los servicios de salud del cien por ciento de la población, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y comunidad. La estrategia de esta política es la Universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, pero también en personas con hábitos no saludables.

Fuente: Autores.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

• Actores

El sistema de salud boliviano se organiza en dos sectores: el público y el privado (véase Figura 4); regulados por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD). En el sector público se ubican la seguridad social, el Ministerio de Salud y todos los hospitales y centros de salud del MSD. El sector privado está compuesto por los seguros privados e instituciones vinculadas a la Iglesia y prestadores en general (con y sin ánimo de lucro).

El sector público cuenta con dos subsectores; el subsector público y el subsector de la seguridad social.

El subsector público está formado por las instituciones (hospitales y centros de salud) del MSD, los cuales son organizados en redes de prestadores con tres niveles de atención, y administrados por los diferentes niveles de gobierno (nacional, departamental, municipal y local). Este subsector está dirigido preferentemente a atender la salud de grupos vulnerables y personas que no formen parte del subsector de la seguridad social, por lo que cuenta con la mayor proporción, 82% de establecimientos de salud (2.729 en 2009)⁶³ en los diferentes niveles de atención.

El sistema de seguridad social está orientado a los empleados del sector formal de la economía, quienes ejercen su derecho a la atención a través del Seguro Social Obligatorio (SSO), el cual es gestionado por las Cajas de Salud, entidades

⁶³ Según el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica SNIS-VE.

públicas que se encargan de la administración, aplicación y ejecución del régimen de seguridad social a corto plazo (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales). La seguridad social se compone de seguros de corto plazo y de largo plazo; los de corto plazo cubren los servicios de salud, los de largo plazo se refieren a las pensiones para la vejez y son administrados por la Administradora de Fondos y Pensiones. Las Cajas de Salud dependen de la Unidad de Seguros a Corto Plazo y son supervisadas por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES). La seguridad social de corto plazo cuenta con su propia red de establecimientos, diferentes a los del MSD.

En el sector privado se encuentran los proveedores de seguros privados de salud y los prestadores de naturaleza privada, los primeros dirigidos a la población con capacidad de pago, por lo que su tamaño dentro del sistema de salud es pequeño, en tanto que los prestadores privados juegan un papel muy importante; entre éstos se cuentan hospitales, puestos de salud e institutos especializados, se clasifican según su origen en los siguientes subsectores: Iglesia, Organismos privados y ONG; muchos de ellos están orientados a la población sin acceso a los establecimiento públicos.

Los subsectores de la Iglesia e Instituciones privadas están conformados por los establecimientos de salud pertenecientes a la Iglesia (Católica y no Católica) y a proveedores de salud particulares. En cuanto al subsector de las ONG, está constituido por los establecimientos de salud que ofrecen servicios de Atención Primaria con recursos proveniente de externos; estas ONG necesitan un convenio con el MSD para establecer sus áreas de intervención. De otro lado, los seguros privados de asistencia médica son ofrecidos por empresas de seguros.

Los proveedores de medicina tradicional también forman parte de los servicios privados y son numerosos y muy arraigados en las costumbres de la comunidad; casi en cada comunidad rural o urbana existe un proveedor de algunos de estos servicios (partera, curandero, yatiri...). El sistema de salud está incorporando gradualmente a estos actores en las redes locales de atención. La demanda por estos servicios es amplia y suele combinarse con proveedores públicos y privados⁶⁴.

Las entidades de naturaleza pública y privada interactúan dentro de la estructura del sistema de salud boliviano de la siguiente manera⁶⁵: En el ámbito de gestión; el MSD es la entidad encargada de formular las estrategias, políticas, planes, programas y normas en salud a nivel nacional; las cuales son ejecutadas y supervisadas, a nivel departamental por los Servicios Departamentales de Salud

⁶⁴ Sistema de Salud Bolivia, www.ops.org.bo

⁶⁵ Basado en MORALES, S., 2007.

(SEDES); a nivel municipal es el Directorio Local de Salud (DILOS) el encargado de aplicar y dar cumplimiento a las políticas y programas de salud prioritarios para el municipio.

Las anteriores instancias de gestión y los establecimientos de salud conforman tres redes de Salud: la primera es la Red de Salud Municipal, a la cual pertenecen los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, la coordinación de esta red recae en un gerente nombrado por el DILOS. La segunda, es la Red de Salud Departamental, que está formada por las redes municipales y los establecimientos de salud del tercer nivel ubicados en el departamento, de esta segunda red es responsable el Director Técnico del SEDES. La tercera es la Red Nacional de establecimientos de salud y está conformada por los 3.339 (2009)⁶⁶ establecimientos de salud que existen en Bolivia, los cuales son públicos (los del MSD), de seguridad social (los de las Cajas de Salud), instituciones privadas, Iglesia y ONG, los tres últimos de carácter privado.

2.5 Acceso a servicios del sistema de salud

Dentro del sistema de salud boliviano existe la modalidad de seguros públicos de salud gratuitos, las prestaciones enmarcadas dentro de estos seguros son determinadas por el MSD y se ofrecen de forma gratuita a toda la población, a través del sector público y los establecimientos de la seguridad social, sin embargo en la práctica estas prestaciones están dirigida con prioridad a la población más pobre no asegurada. En este contexto las poblaciones beneficiadas y los servicios ofrecidos por los seguros públicos de salud son:

- SUMI (Seguro Universal Materno Infantil): otorga prestaciones de salud a mujeres embarazadas, desde el inicio de su gestación hasta los seis meses posteriores al parto, y a niños desde su nacimiento hasta los cinco años. Actualmente cuenta con 547 prestaciones en cinco paquetes diferentes: a) mujer embarazada; b) neonatología; c) pediatría; d) odontología, y e) laboratorio, gabinete e imagenología, servicios de sangre y traumatología. Estas prestaciones se dan con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención del sistema público y seguro social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos bajo convenio⁶⁷.
- EXTENSA: programa destinado a incrementar la cobertura de salud en comunidades rurales de difícil acceso mediante equipos de salud itinerantes y

⁶⁶ Según el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica SNIS-VE.

⁶⁷ Tomado de OPS, 2007.

financiados por el Banco Mundial. Estos equipos coordinan sus actividades, tanto técnicas, como logísticas y administrativas, con los programas nacionales de salud y los proyectos del MSD.

- SSPAM (Seguro Social para el Adulto Mayor): dirigido a las personas mayores de 60 años, que no se benefician de ningún seguro de salud, este seguro cubre servicios de promoción, prevención y educación en salud, consulta externa y exámenes complementarios, laboratorio, rayos X, ecografía, odontología, hospitalizaciones, tratamiento quirúrgicos, insumos y medicamentos, productos de medicina tradicional⁶⁸.

Los demás servicios no incluidos en estos programas que la red pública presta a la población no asegurada son pagados de manera compartida, una parte por el usuario y la otra por el Estado boliviano. Además del servicio público bajo la modalidad de seguros públicos de salud, las otras dos opciones que tienen los bolivianos para acceder al sistema de salud son la seguridad social y los servicios privados.

• *Distribución de cobertura*

Como ya se expuso, el sistema de salud boliviano ofrece tres modalidades para cubrir las necesidades de salud de la población: 1) El servicio público, con sus diferentes seguros dirigidos a diferentes grupos poblacionales; 2) La seguridad social, y 3) Servicios privados. No existe un reporte exacto de cuantas personas acceden a cada modalidad de servicio, pero se encuentran algunas estimaciones.

Según documentos recientes que describen el sistema de salud boliviano, la seguridad social cubre entre el 26% y el 30%⁶⁹ de la población boliviana. De otro lado se estima que de cerca del 10%⁷⁰ de la población usa los servicios del sector privado, por lo que aproximadamente 60% o 65% restante debe ser cubierta por el sector público de salud. Sobre este 60% o 65% aproximado de población no asegurada y sin capacidad de pago, que debería ser cubierta por los servicios públicos, se estima que por las limitaciones de acceso sólo la mitad accede al mismo, por lo que alrededor del 30%⁷¹ de la población queda sin cobertura en el país.

⁶⁸ Tomado de Seguro Social para el Adulto Mayor. Cartilla informativa. (www.defensor.gov.bo).

⁶⁹ Tomado de Salud en las Américas 2007, las cifras coinciden con las presentadas también por Montekio, 2008.

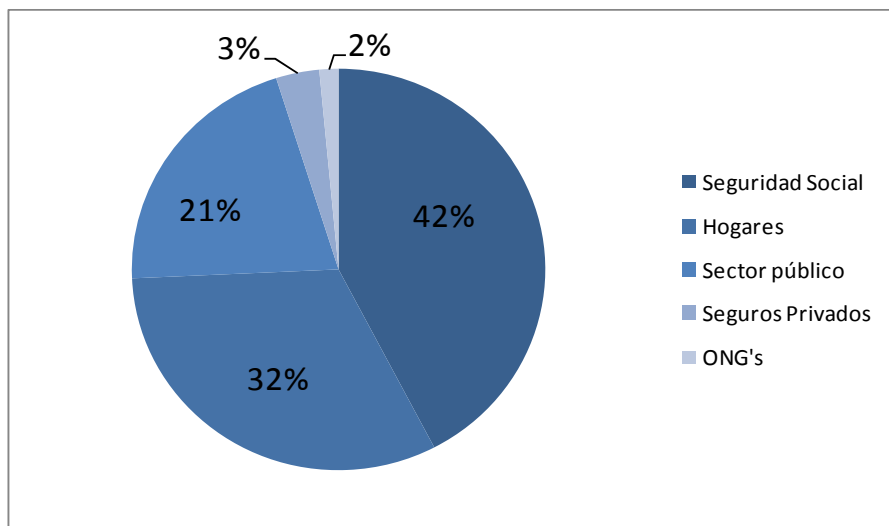
⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

- *Financiación*⁷²

En el último informe de cuentas nacionales de salud en Bolivia, con datos del 2000, se concluyó que el 42% del gasto total en salud corresponde a la seguridad social, el 21% al MSD, el 32% a los hogares, el 3% a los seguros privados y 1,5% a las ONG (Figura 5).

Figura 5
Composición de financiamiento por fuente, sistema de salud de Bolivia, 2000



Fuente: Marina Cárdenas, 2000 y Estudio Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, 2001. Citado en Análisis de la situación en salud de Bolivia, 2004.

Por su parte, los recursos del sector público provienen del gobierno nacional, éstos son originados a través de impuestos, rendimientos de empresas públicas y fuentes externas como donaciones y créditos de otros países y agencias internacionales (Tabla 2). Con el proceso de descentralización, los departamentos y municipios también deben aportar de sus recursos para la salud.

⁷² Tomado directamente de MONTEKIO, 2008.

Tabla 2
Financiamiento del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) de Bolivia, 2004

Fuentes	Miles de dólares americanos	Participación
Tesoro General Nación	11.977	28%
Recursos propios locales	1.724	4%
Transferencia Caja de seguros	5.027	12%
Créditos	11.724	27%
Donaciones	12.193	29%
TOTAL	42.645	

Fuente: OPS/OMS. Análisis del Sector Salud. Citado en Perfil del Sistema de Salud de Bolivia 2008.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Tipología de empresas o instituciones de salud privadas y productos que ofrecen

Como ya se mencionó el sector privado está compuesto en su mayoría de hospitales y centros de salud, también las compañías de seguros que ofrecen seguros de asistencia médica forman parte del sector privado, éstos están orientados a las personas con capacidad de pago, lo que representa una pequeña proporción dentro de la población. No se encuentran cifras consolidadas sobre cuántos bolivianos están amparados bajo seguros privados. Para describir la situación de los seguros privados de salud se acude a la información del sector seguros regulada por la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS).

- *Los seguros privados de salud*⁷³

Según la normativa boliviana, un seguro privado de asistencia médica es el que ampara los gastos de atención médica hospitalarios y ambulatorios en caso de enfermedad del asegurado, siempre y cuando ésta no sea clasificada preexistente. El seguro de asistencia médica es aquel comercializado por las compañías de seguros autorizadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS). Este seguro puede ser contratado en forma individual, para un grupo familiar o en forma colectiva, es decir que una determinada empresa o asociación contrate la póliza para sus empleados o asociados.

⁷³ Tomado directamente de Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero de Bolivia (<http://vs.asfi.gov.bo/>).

La vigencia de la póliza es de un año, salvo otro tipo de convenio; está sujeta a una suma asegurada, es decir, a un monto máximo del beneficio por concepto de gastos médicos durante el período de vigencia de la póliza por cada asegurado.

- *Tipos de seguros*⁷⁴

Seguro de asistencia médica con plan cerrado: en este seguro la compañía establece los centros médicos de atención, las farmacias y servicios que deben ser utilizados por el asegurado. El asegurado paga el monto correspondiente al coaseguro. Para este tipo, el asegurado (o el miembro del grupo familiar) debe portar un carnet que le será expedido por la Compañía de Seguros.

Seguro de asistencia médica con plan abierto: el asegurado puede acudir a los centros de su elección, así como las farmacias y servicios que desee. El asegurado efectúa el pago y posteriormente solicita el reembolso de los gastos a la compañía de seguros.

Los seguros de asistencia médica deben tener coberturas de: gastos hospitalarios, gastos ambulatorios, maternidad, costo de las medicinas, emergencia por accidente, emergencia por enfermedad, odontología, optometría.

El empleado asegurado a través de la póliza madre de su empresa debe contar con su certificado de cobertura individual.

- *Principales cifras*

Existen seis empresas aseguradoras que ofrecen seguros privados de asistencia en salud: Alianza Vida Seguros S.A., Bupa Insurance (Bolivia) S.A., Nacional Vida Seguros de Personas S.A., Seguros Provida S.A, La Vitalicia Seguros Y Reaseguros de Vida S.A. y Zurich Boliviana Seguros Personales S.A.

Las aseguradoras que ofrecen planes de asistencia médica obtuvieron una producción neta de 22.311 miles de dólares⁷⁵, lo que representa un 11% de la producción total del sector asegurador. Las cifras consolidadas de los seguros de asistencia médica para el período 2005-2009 se muestran en la Tabla 3.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ ABA en base a boletines estadísticos y memorias anuales de la SPVS.

Tabla 3
Cifras seguros privados de asistencia médica en Bolivia (2005-2009)
 (Cifras en miles de dólares)

	2005	2006	2007	2008	Dic-09
Producción neta	14.578	15.813	17.053	20.746	22.311
Siniestros	10.113	10.514	12.594	15.610	14.071

Fuente: Asociación Boliviana de Aseguradores ABA.

3.2 Tratamiento del gasto farmacéutico⁷⁶

No existen datos recientes sobre el gasto en medicamentos en Bolivia. En 2000 el gasto en medicamentos representó alrededor de 1,15% del PIB y 24% del gasto total en salud, cifra similar al promedio latinoamericano. El gasto público per cápita en medicamentos fue de US\$ 3, mientras que el gasto privado alcanzó los US\$ 10, cantidades muy inferiores a los promedios latinoamericanos, que son de US\$ 13,3 para el gasto público per cápita y US\$ 36,32 para el gasto privado per cápita.

La producción, importación y distribución de medicamentos está en manos de 367 empresas. En 1991 se creó el Programa de Medicamentos Esenciales de Bolivia (PNMEBOL) y en 1996 se promulgó la Ley del Medicamento a fin de crear un canal de suministro de medicamentos esenciales para el sector público e impulsar el uso racional de medicamentos.

Se estima que hasta un 30% de los bolivianos no tiene acceso a medicamentos. La prescripción utilizando nombres genéricos es obligatoria en el sector público y mucho menos frecuente en el sector privado. En general, los productores e importadores de genéricos participan de manera secundaria en el mercado. No se cuenta con información sobre disponibilidad de equipamiento en el sector salud. Tampoco sobre el presupuesto de operación y mantenimiento.

3.3 Papel del micro-seguro⁷⁷

Existen iniciativas importantes por parte de las empresas aseguradoras más grandes del país para la implementación de los micro-seguros, por lo que se han llevado a cabo seminarios y talleres para dar a conocer el mercado y los

⁷⁶ Tomado de MONTEKIO 2008 *et. al.*

⁷⁷ Tomado de memorias del taller: "Los microseguros en Bolivia - Desafíos y oportunidades para su introducción y consolidación a nivel rural", Fundación Profin La Paz Bolivia, 2008.

beneficios de este producto, el ámbito rural es el más interesante en este contexto. La creación, el diseño y posterior oferta de un producto como es el seguro de salud, se constituye en uno de los más complicados, en términos de la infraestructura y la logística.

4. REFORMA DE SALUD⁷⁸

Los procesos de reforma del Estado que iniciaron en 1994 con la promulgación de la Ley de Participación Popular (Ley 1551), la Ley de Descentralización Administrativa (1995) y la Ley de Municipalidades de 1999, crearon un nuevo marco legal enfocado en la descentralización fragmentada del sistema de salud, que transfiere al municipio la competencia de realizar la gestión de la infraestructura y equipamiento del sistema de salud; y a las prefecturas (gobiernos regionales) la administración, supervisión y control, funciones que anteriormente se encontraban a cargo del gobierno nacional. Asimismo, deja bajo su responsabilidad los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios de salud.

Este proceso de descentralización administrativa ha permitido que los gobiernos regionales sean los encargados de la gestión de los recursos humanos en salud, de esta manera pueden incorporar personal de salud según los requerimientos de las regiones.

En la actualidad se encuentra en implementación del Plan Estratégico de Salud, proceso que se inició en el 2006 y cuyo objetivo es un cambio en el paradigma del sistema de salud, de un modelo asistencial a un modelo basado en los determinantes de la salud, promoción y prevención. Esta reforma busca impulsar un proceso política y técnicamente factible, que sea económicamente sostenible. La base de esta propuesta descansa en el concepto de Seguro Básico de Salud (SBS) y la medicina familiar, el cual busca ofrecer un paquete de prestaciones para la atención a la mujer, el niño y algunas prestaciones para la población en general (sobre todo enfermedades endémicas). De esta forma, se quiere lograr la transformación del actual Seguro Materno Infantil para convertirlo en un Seguro Básico de Salud mínimo, que corresponda a los perfiles epidemiológicos, necesidades y preferencias locales de las poblaciones a cubrir, en función de los recursos disponibles.

Por otro lado, se busca mejorar la disponibilidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud existentes, fortalecer la capacidad del MSD de realizar funciones clave de supervisión, control y evaluación, además de incrementar el acceso de los grupos más pobres de la población, todo ello a través de la creación

⁷⁸ Tomado de OPS: Perfil de salud Bolivia, 2007.

de un Fondo de Salud como mecanismo de asignación de recursos de cofinanciamiento provenientes de los gobiernos locales y del exterior. De este modo se canalizan las líneas de financiamiento con criterios que combinan la situación institucional, operativa y financiera de cada uno de los actores de salud que solicitan ser beneficiarios de este proceso. Los recursos de este fondo se ponen a disposición de entidades ejecutoras públicas o privadas, incluyendo grupos comunitarios, quienes para acceder a los fondos deben cumplir ciertos requisitos, para posteriormente ser calificados por un comité de selección a nivel departamental, acreditado y habilitado por el MSD.

Referencias bibliográficas

ASFI Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero, 2010. Boletín Mensual. Dirección supervisión de seguros para Aseguradores.

ASOCIACIÓN BOLIVIANA DE ASEGURADORES, 2009. Estadísticas agregadas de las aseguradoras.

CÁRDENAS, M., ESQUIVEL, A., y MORALES, I., 1998. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia. Iniciativa Reforma Sector Salud. LAC RSS

CEPAL, 2009. Panorama Económico y Social de América Latina, Anexo Estadístico Santiago de Chile.

CIA World Factbook.

MEMORIAS TALLER, 2008. "Los microseguros en Bolivia - Desafíos y oportunidades para su introducción y consolidación a nivel rural" Fundación Profin La Paz Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2006. Situación de Salud Bolivia 2004 Serie: Documentos de Divulgación Científica

MORALES, S., 2007. El Sistema de Salud Boliviano. www.monografías.com

MONTEKIO, V. B. y SOLIZ, P., 2008. Mapa del sistema de salud de Bolivia, Versión preliminar. Distrito Federal México, Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud FUNSALUD).

OPS 2007. Salud en las Américas. Volumen II-Países.

OPS-USAID, 2007. Perfil de los Sistemas de Salud Bolivia. Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera Edición Diciembre 2007

SEGURO SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR. Cartilla informativa.
(www.defensor.gov.bo)

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD Y VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA (www.sns.gov.bo/snis).

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES, VALORES Y SEGUROS, 2008. Boletín
Estadístico Mensual No. 54 Septiembre 2008.

3 BRASIL

Acrónimos	
ANS	Agencia Nacional de Salud Suplementaria
COFIAS	Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social
CPMF	Contribución Provisora sobre Movimientos Financieros
IBGE	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística
OPS	Operadores de Planes de Salud
SAMS	Sistema de Atención Médica Suplementaria
SUS	Sistema Único de Salud

1 CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

4.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Brasil cuenta una población de 195,4 millones de habitantes (2009), el país con mayor número de habitantes de la región, de los cuales el 50,7% son mujeres y el 85% vive en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende a 0,98% (2005-2010) inferior al promedio de la región (1,12%) y cerca de la mitad de la observada hace apenas 20 años (1,88% para el período de 1985-1990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 25,46%, mientras que los mayores de 65 años representan el 6,9%, cifra inferior a la de otros países más avanzados en el proceso de transición demográfica, tales como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%). La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 1,9 hijos por mujer en edad fértil, valor inferior al promedio regional (2,6) y sólo superior a Cuba (1,5) y Puerto Rico (1,8). La tasa de mortalidad infantil está en 23,6 por cada 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra levemente superior a la media de América Latina y el Caribe (21,8) y que contrasta con las cifras de países como Cuba y Chile, donde esta tasa es de 5,1 y 7,2⁷⁹ respectivamente. En 2005 la tasa de mortalidad materna fue de 110 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos⁸⁰, inferior al promedio latinoamericano que se ubica alrededor de 134 mujeres, pero superior al de países

⁷⁹ Toda la información provista hasta aquí proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

⁸⁰ WHOSIS, 2009.

como Argentina, Chile, Costa Rica y Cuba cuyo promedio es de 42 mujeres. Por último, en el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 72,4⁸¹ años (68,9 años para los hombres y 76,1 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte, Brasil se encuentra en una transición epidemiológica caracterizada por el predominio de las enfermedades no transmisibles y sus lesiones como causas de mortalidad; en 2005 las enfermedades cerebrovasculares e isquémicas del corazón concentraron el 17% de los decesos, siendo estas las principales causas de muerte. Las agresiones ocuparon el tercer lugar, concentrando 4,3% de los casos, y la diabetes mellitus el quinto, con un 4% de las muertes totales. Los padecimientos característicos de la pobreza, como las infecciones comunes y las afecciones propias del período perinatal sumaron alrededor del 10% de la mortalidad general⁸².

- *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de Brasil representa alrededor de un 52,61% de la población (2008), aproximadamente unos 102,8 millones. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio de 7,9%, valor levemente superior a la media de la región (7,2%) y a la de países como Costa Rica (4,8%) y México (4,9%)⁸³, que son los menores niveles de la región. Por otro lado, para 2007 el ingreso medio en términos de la línea de pobreza nacional fue de cuatro veces, equivalente a US\$ 497 dólares, indicador en línea con el promedio de la región (3,8) y superior al de países como Honduras, Paraguay y Bolivia que, de media se hallan en 2,3⁸⁴.

- *Contexto económico*⁸⁵

En el 2009, el PIB de Brasil fue de US\$ 2 billones (PPA) con un crecimiento real anual de -0,2%. Acorde con lo anterior, Brasil ocupa el primer lugar de América Latina y el Caribe los 33 países, y el puesto diez a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per cápita (2009) es de US\$ 10.200 (PPA), con lo que se encuentra el puesto 12 dentro de la región y 105 en el mundo. La tasa de inflación fue de 4,2% en el 2009.

- *Estadísticas sanitarias*

⁸¹ Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

⁸² MONTEKIO, MEDINA y AQUINO, 2008.

⁸³ La Información de este apartado proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

⁸⁴ Anuario Estadístico de la CEPAL, 2008.

⁸⁵ La Información de éste apartado proviene del CIA World Factbook.

a) Recursos estructurales⁸⁶

Brasil cuenta con 77.004 establecimientos de atención a la salud (2005). De éstos, 45.124, el 58,6% pertenecen al sector público. De los establecimientos 55.328 ofrecen servicios ambulatorios, 7.155 hospitalarios y únicamente 14.521 ofrecen servicios de apoyo diagnóstico o diagnóstico y terapia⁸⁷. Los establecimientos públicos que prestan servicios ambulatorios son el 70,4%, en tanto que para hospitalización predominan los establecimientos privados representando el 74,6%. La disponibilidad de camas es en total 443.210, es decir, 2,4 por 1.000 habitantes (2005) cifra superior a la recomendada por la OMS (1 cama por 1.000 habitantes) y parecida a la de países como Chile (2,4).

b) Recursos humanos⁸⁸

De acuerdo con datos de la OMS, en 2006 había en Brasil 17 médicos por cada 10 mil habitantes, cifra mayor al promedio observado en la región (10,6). La media de enfermeras profesionales para este mismo año estaba en 5,4 por 10 mil habitantes. Cercano al promedio 6 por 10 mil habitantes, estimado para el continente con datos de la misma fuente, y 11,6 odontólogos por cada 10 mil habitantes. (2006).

c) Recursos financieros⁸⁹

Con cifras de 2006, en Brasil el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es del 7,5%, evidenciando un leve incremento respecto al año 2000, cuando este rubro se ubicaba el 7,2%. Esta cifra es superior al promedio de la región (6,7%) y comparable con la de países como Costa Rica (7,7%), Cuba (7,7%) y Paraguay (7,6%). El gasto per cápita en salud es de US\$ 674 PPA (2006), valor superior a la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 52,7% corresponde a recursos gubernamentales y el 54,8% del gasto privado corresponde a gastos de bolsillo, estando esta última cifra por debajo del promedio latinoamericano (77,7%).

2. SISTEMA DE SALUD

⁸⁶ Tomado del Atlas Salud funsalud y Estadísticas de la Salud: Asistencia Médico Sanitaria 2005 (IBGE).

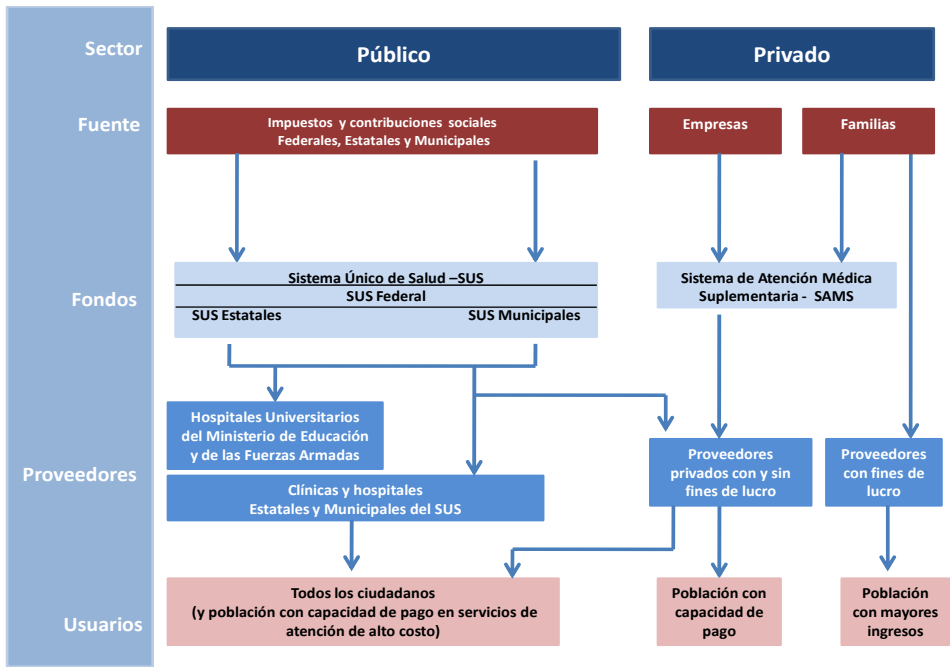
⁸⁷ Estadísticas de la Salud: Asistencia Médico Sanitaria 2005 (IBGE).

⁸⁸ La información de este apartado proviene de WHOSIS, 2009.

⁸⁹ Ibid.

2.1 Mapa del sistema de salud

Figura 6
Mapa del sistema de salud de Brasil



Fuente: Basado en Montekio *et al.*, 2008.

SUS: Sistema Único de Salud
SAMS: Sistema de Atención de Salud Médica Suplementaria

2.2 Un poco de historia⁹⁰

Se pueden identificar los siguientes hitos en la historia del sistema brasileño de salud:

- 1920: Reestructuración del Departamento Nacional de Salud y creación de organismos especializados para la lucha contra la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas
- 1923: Creación del sistema de Cajas de Jubilación y Pensiones (CAPs).

⁹⁰ Tomado de Montekio *et al.* 2009.

- 1930: Creación del Ministerio de la Educación y Salud
- 1953: Creación del Ministerio de la Salud, separándolo del Ministerio de la Educación
- 1967: Reforma de la previsión social que unificó cinco de los seis Institutos de Administración Prestacionales, en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS)
- 1974: Creación del Ministerio de Previsión y Asistencia Social y separación del INPS en tres institutos: el Instituto de Administración de Previsión y Asistencia Social (Iapas), el INPS y el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (Inamps)
- 1983: Creación del proyecto Acciones Integradas de Salud (AIS)
- 1988: Promulgación de la nueva Constitución y creación del Sistema Único de Salud (SUS)
- 1990: Reglamentación del SUS a través de la Ley Orgánica de la Salud y de la ley que define la participación social en el SUS
- 1997: Creación del Piso de Atención Básica (PAB)– Transferencias per cápita del nivel federal a los municipios

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación básica más importante vigente en el sistema de salud brasileño.

Tabla 1
Legislación básica de Brasil⁹¹

Norma	Año	Objeto
Constitución de la República Federal de Brasil	1988	Se establece la salud, el bienestar, la protección de la maternidad y la infancia derechos sociales de todos los ciudadanos. Es competencia del estado, distrito y municipios, la atención de la salud y asistencia pública, la protección y la seguridad de las personas con discapacidad, entre otras disposiciones para garantizar los derechos de a la salud.

⁹¹ Tomado del Ministerio de Salud de Brasil: Ministério da Saúde.

Tabla 1 (2)
Legislación básica de Brasil

Norma	Año	Objeto
Enmienda constitucional núm. 29 del 13 de septiembre del 2000	2000	Enmienda los artículos 34, 35, 156, 160, 167 y 198 de la Constitución Federal y añade la Ley de las Disposiciones Constitucionales temporales para garantizar el mínimo de recursos para la financiación de las acciones y servicios de salud pública.
Ley 8.080	1990	La Ley Orgánica de Salud, que regula las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y funcionamiento de los costes del servicio y otros asuntos.
Ley 9.836	1999	Aumenta las disposiciones de la Ley 8.080
Ley 10.424	2002	Modifica la Ley 8.080
Ley 11.108	2005	Modifica la Ley 8.080
Ley 8.142	1990	Prevé la participación de la comunidad en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) y de las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en materia de salud y otros asuntos.
Ordenanza 2.203	1996	Aprueba la Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine el modelo de gestión del Sistema Único de Salud (SUS).
Ley 9.656	1998	Regulación de las Operadoras de Planes de Salud.
Resolución 399	2006	Revela el Pacto por la Salud de 2006 - La consolidación del SUS y aprueba las directrices operativas del pacto.

Fuente: Ministério da Saúde. Brasil

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

La Figura 6 presenta el mapa general del sistema de salud de Brasil está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El sector público es básicamente el Sistema Único de Salud (SUS), el sector privado lo componen el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y el sistema de pago directo.

El SUS es uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, garantiza asistencia integral y totalmente gratuita para la totalidad de la población⁹², el sistema abarca desde la atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos y atención de alto costo, garantizando el acceso completo, universal y gratuito; el SUS promueve también acciones preventivas, de vigilancia sanitaria (como la

⁹² Rehen, 2002. El Sistema Público de Salud Brasileño. Ministerio de la Salud de Brasil.

vigilancia de los alimentos y de medicamentos), y de regulación del sistema de salud público y privado. Es administrado por los gobiernos descentralizados federales, estatales y municipales, los cuales deben organizar la prestación a través de las redes de clínicas, hospitales y establecimiento tanto públicos como privados, estos últimos bajo la modalidad de contratos y convenios.

Otros establecimientos públicos que se articulan a la prestación son los hospitales universitarios, dependencias del Ministerio de Educación y de las Fuerzas Armadas. El SUS es el coordinador del sector público y el responsable de los convenios o contratos con los establecimientos privados.

El sector privado participa de forma complementaria y articulada con el SUS, la red privada está compuesta por un importante número de establecimientos que venden sus servicios, tanto al SUS como al SAMS y a los usuarios con pagos directos. El SAMS es un sistema de aseguramiento en grupo que ofrece planes de salud, como complemento a lo ofrecido por el SUS; los principales usuarios de este tipo de seguros son las empresas y las familias, quienes adquieren planes autoadministrados o planes privados individuales de seguros de salud.

Los usuarios que realizan pago directo acuden a la red de consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados no vinculados al SUS, los servicios privados de pago directo son utilizados en su mayoría por las personas de altos ingresos, aunque este segmento poblacional tiene derecho a utilizar los servicios ofrecidos por el SUS, según el principio de universalidad.

El sistema brasileño es un buen ejemplo para la región de articulación entre lo público y lo privado, el sector público, como ya se explicó, tiene a su cargo la regulación, la coordinación y la prestación de los servicios de salud, y se vale de las instituciones privadas para garantizar la oferta y acceso de toda la población. La prestación de servicios está organizada por niveles de complejidad determinados por zonas geográficas, según criterios epidemiológicos y culturales de la población a ser atendida. El ingreso al sistema se hace a través de la atención primaria, a partir de la cual se realiza la referencia, de ser necesaria, hacia otro servicio de mayor complejidad, si el municipio no cuenta con el servicio que el usuario requiere, éste es dirigido a otra localidad donde si exista, mediante un proceso que está pactado entre los municipios.

- *Distribución de cobertura*

De acuerdo a la estructura del sistema de salud brasileño, las personas tienen la opción de ser usuarios exclusivos del SUS, ser usuarios del SUS y tener planes complementarios, o no ser usuarios del SUS (aunque tengan derecho a sus servicios) y hacer pago directo por prestación de servicios; cada una de estas condiciones está determinada por las características económicas y laborales de las personas.

Según cifras del Conselho Nacional de Secretarios de Saúde, se estima que sólo el 28,6% de la población es usuaria exclusiva del SUS, el 61,5% son usuarios no exclusivos y el 8,7% no son usuarios⁹³. Es decir, que el sistema público tiene como usuarios a cerca del 90% de la población.

- *Financiación*

Los servicios públicos de salud se financian con impuestos y recursos públicos provenientes de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. En 2004 la participación del gobierno federal en el financiamiento del SUS fue del 50,7%, mientras que las unidades de la federación participaron con el 26,6% y los municipios con el 22,7%⁹⁴. A diferencia de varios países de la región, el sistema de financiación de la salud en Brasil no está asociado a las contribuciones laborales, ni a la formalidad laboral de los empleados del país.

El financiamiento del SUS está reglamentado por la Constitución, la cual asegura la asignación del 10% de las recaudaciones corrientes de la federación al gasto en salud, los estados y los municipios tienen la obligación de gastar en salud el 12% y 15% de sus ingresos, respectivamente. Los recursos del SUS deben disponerse en cuentas llamadas Fondos de Salud⁹⁵. Una parte de los recursos federales se transfiere a los estados y municipios, de fondo a fondo. De igual manera, parte de los recursos de los estados se transfiere a los municipios.

El financiamiento del sector privado tiene dos fuentes fundamentales: los recursos de las empresas y los recursos de las familias. Las empresas contratan planes y seguros privados para sus empleados, de manera individual y voluntaria, los cuales pagan conjuntamente, aunque las empresas siempre asumen la mayor parte del pago. Las familias adquieren seguros de salud en modalidad de prepago, o realizan pagos directos por los servicios de atención a la salud recibidos.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

La Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) es la agencia encargada de los temas concernientes a los seguros privados de salud, entre otras funciones regulan a los operadores de planes de salud y contribuye al desarrollo de programas de salud en el país. Los Operadores de Planes de Salud (OPS) son las empresas y entidades del mercado privado, que ofrecen los planes de atención de la salud a los usuarios. La ANS clasifica las operadoras en ocho tipos:

⁹³ Cifras tomadas de Silva, 2009.

⁹⁴ Tomado de MONTEKIO, MEDINA y AQUINO *et al.*, 2008.

⁹⁵ Ibid.

administradores, cooperativas médicas, cooperativas dentales, instituciones filantrópicas, de autogestión, aseguradores especializados en salud, medicina de grupo y odontología de grupo.

3.1 Principales cifras⁹⁶

Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas, consultorios y profesionales que atienden a los usuarios. Según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) en 2005 se contaron 18.496 establecimientos de los cuales sólo la menor parte, 4.428 (el 24%), tienen servicios de hospitalización, y los restantes 14.068, centran su atención en el diagnóstico, apoyo diagnóstico y terapia. Los prestadores contratan sus servicios con el SUS y con los Operadores de Planes de Salud, según la naturaleza del seguro que los usuarios adquieran.

A continuación se presentan algunas cifras básicas del mercado de salud privada.

Tabla 2
Beneficiarios de planes de salud por modalidad de OPS

	2006	2007	2008	2009
Beneficiarios de OPS	44.814.345	48.283.278	51.995.832	54.896.9362

Fuente: Sistema de Información de Beneficiarios ANS.

Por la información presentada en la Tabla 2 se deduce un crecimiento anual promedio de beneficiarios de seguros privados del 7% entre 2006 y 2009. También que en 2009 existen 54.896.936 beneficiarios de planes de salud, lo que representa un 28% del total de la población.

Según los datos publicados por la ANS, en 2009 existen 1.444 empresas Operadoras de Planes de Salud, que ofrecen planes de salud a empresas y familias. Las OPS están clasificadas según su tamaño en grandes, medianas y pequeñas, atienden a cerca de 54,8 millones de beneficiarios distribuidos como se señala en la Tabla 3:

Tabla 3
Número de empresas operadoras de planes de salud, 2009

OPS según tamaño	Número de empresas	Número de beneficiarios
Grandes	99	35.686.817
Medianas	301	13.052.040
Pequeñas	1.044	6.158.079
Total	1.444	54.896.936

Fuente: Sistema de Información de Beneficiarios ANS.

⁹⁶ Esta sección está basada en la presentación del sistema brasileiro de ALAMI y en las cifras de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria consultadas en www.ans.gov.br

- *Ingresos y gastos*

La relación de ingresos y gastos del sector privado de salud se presenta en la Tabla 4

Tabla 4
Datos financieros del sector privado de salud, 2008

Datos financieros	Cantidad
Ingresos totales de la industria privada de salud	31.102,96 millones de dólares
Gasto total en salud prepago	24.793,43 millones de dólares
Gasto en administración y ventas	5.218,42 millones de dólares
Margen de utilidad / Ingresos	25,45%
Aportes por prima per cápita al año	US\$ 760,30
Gasto en salud per cápita al año	US\$ 606,00

Fuente: ANS e IBGE, datos citados en la presentación del sector privado de salud brasileiro – ALAMI.

Finalmente según el estudio de Mapfre⁹⁷ los seguros de salud acumularon en 2008, 5,5 millardos de dólares (11.218 millones de reales) en primas y contribuciones.

3.2 Tratamiento del gasto farmacéutico⁹⁸

El gobierno federal es responsable de la disponibilidad de los productos más complejos y que son considerados como estratégicos, entre los que destacan los antirretrovirales y los hemoderivados, así como otros medicamentos de alto costo. A través de las últimas modificaciones legislativas en la materia se definen un total de 82 medicamentos (hipertensivos, antidepresivos leves, antibióticos, antiinflamatorios, medicamentos para asma, rinitis, diabetes, salud mental, así como remedios homeopáticos y de fitoterapia) cuya provisión se asegura para el tratamiento de los padecimientos más comunes.

El financiamiento de la asistencia farmacéutica está a cargo de las tres esferas (gobierno federal, gobiernos estatales y gobiernos municipales) de gestión del SUS y distingue tres componentes: a) Componente Básico, para la adquisición de medicamentos e insumos en el nivel de atención básica; b) Componente Estratégico, para programas como el control de endemias y los antiretrovirales del programa contra las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA; y c)

⁹⁷ Fundación Mapfre, 2010. "El Mercado Asegurador Latinoamérica 2008-2009".

⁹⁸ Tomado íntegramente de MONTEKIO, MEDINA y AQUINO *et al.* 2008.

Componente de Medicamentos de Distribución Excepcional para la adquisición y distribución de medicamentos de la tabla de procedimientos ambulatorios.

En 2008, los valores de inversión en medicamentos por habitante es de USD\$1.65 en el ámbito nacional, USD\$0.60 para los Estados y el Distrito Federal y USD\$0.60 para los municipios.

3.3 Papel del micro-seguro

En el portal internacional sobre micro-seguros (www.microseguros.info), se informa que en un corto plazo podría concluir la tramitación del proyecto por el que se crean los micro-seguros en Brasil, de modo que las aseguradoras los empezarían a ofrecer desde el primer semestre de 2010.

4. REFORMA DE SALUD⁹⁹

El sistema de salud brasileño antes de la conformación del SUS estaba caracterizado por la atención que prestaba el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS), que atendía sólo a los trabajadores de la economía formal, inscritos en nómina, y sus dependientes, es decir, que no tenía un carácter universal. En esa época los brasileños, en cuanto a la asistencia a la salud, estaban divididos en tres categorías: los que podían pagar por los servicios, los que tenían derecho a la asistencia prestada por el INAMPS, y los que no tenían ningún derecho.

Ante una crisis de financiamiento del modelo de asistencia médica de la seguridad social, registrada en la década de los ochenta, el INAMPS empieza a tomar medidas trascendentales para la reforma, como la articulación de la prestación con la red pública y la ampliación de la oferta de los servicios a cada vez más población. De este modo, Brasil construye un sistema de salud con tendencia a la cobertura universal, que se consolida con la Ley 8.080 de 1990, que instituyó el SUSM; motivado además por la gran movilización política de los trabajadores de la salud, de centros universitarios y de sectores organizados de la sociedad, que constituían lo que en aquel entonces se llamaba "Movimiento de la Reforma Sanitaria", dentro del contexto de la democratización del país.

El SUS, basado en los principios de universalización y descentralización, ha dado lugar a una fortalecida gestión pública en salud en los ámbitos local, regional y central. Como consecuencia de la descentralización, a partir de 1998 se dio una

⁹⁹ Ibid.

importante expansión de la red de atención básica y sobre su base se han constituido uno de los más grandes programas públicos de inmunización y un programa de control del VIH/SIDA ampliamente reconocido. El Programa de Salud de la Familia ha evidenciado su éxito, este programa de atención primaria basada en la participación comunitaria, ha tenido un incremento en la cobertura de los servicios de atención primaria en el país del 14% a casi el 60% de la población y una reducción de aproximadamente el 13% en la mortalidad infantil para el período 1999 y 2004.

Referencias bibliográficas

AGENCIA NACIONAL DE SALUD SUPLEMENTARIA – ANS, 2009. Qualificação da Saúde Suplementar .Brasil

CIA World Factbook

DE ALMEIDA A., 2009. Presentación Reunião de Diretoria. ALAMI Bogotá – Colombia

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA Y ESTADISTICA-IBGE, 2005. Estadísticas de la Salud: Asistencia Médico Sanitaria.

MAPFRE, 2009. El Mercado Asegurador Latinoamérica 2008-2009. Instituto de Ciencias del Seguro

PAHO, Sistema de datos Básicos: (www.paho.org)

MICROSEGUROS. ORG (www.microseguros.org).

MONTEKIO, V. B., MEDINA y AQUINO, 2008. Mapa del sistema de salud de Brasil, Versión preliminar. Distrito Federal México, Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud FUNSALUD).

REHEM DE SOUZA, R., 2002. El Sistema Público de Salud Brasileño. Ministerio de la Salud Brasil.

SILVA, M. T., 2009. Sistema Único de Salud: La Experiencia Brasileña en la Universalización del Acceso a la Salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 26 (2), pp.: 251-257.

4 CHILE

Acrónimos	
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud
FFAA	Fuerzas Armadas
FONASA	Fondo Nacional de Salud
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPA	Paridad de Poder Adquisitivo
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Chile tiene una población de 16,6 millones de habitantes (2009) de los cuales el 50,5% son mujeres y el 88% vive en el área urbano¹⁰⁰. En la actualidad (2005-2010) la población crece al 1% anual (período 1997-2007) por debajo del promedio regional (1,15) y muy por debajo de lo que se observaba hace apenas 20 años (1,77 para el período 1985-1990). Chile se encuentra en una etapa avanzada de la transición epidemiológica; los menores de 15 años de edad representan poco más del 23,2% de la población, mientras que los mayores de 65 años rebasan el 9,1% (el 13,3% en Uruguay, 10,8% en Argentina, 5,2% en Paraguay y 6,4% en Brasil)¹⁰¹. El ritmo de crecimiento anual de la población es de 2,3% (2009 est.). La tasa de fecundidad en 2007 fue de 1,9 por mujer en edad fértil¹⁰². Junto con Uruguay, Cuba y Costa Rica, Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina. La tasa de mortalidad infantil está en 7,71% por 1.000 nacidos vivos. Esta última cifra contrasta con la de México (18,1 en 2006) y Brasil (22,6 en 2004) y es comparable a la de Estados Unidos (6,8 en 2004). En 2005 la

¹⁰⁰ CIA World Factbook.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² INE Chile.

media de mortalidad materna fue de 19,8 por 100.000 nacidos vivos, considerablemente inferior al promedio latinoamericano. Por último, la esperanza de vida aumentó de 63,5 años en 1970 a 78,2 años en 2006 (81 años para las mujeres y 75 para los hombres). Estos cambios demográficos se han acompañado de una transición epidemiológica caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2003, los padecimientos con mayor prevalencia son las enfermedades cardiovasculares, que afectan a más de la mitad de la población adulta, seguidas por las enfermedades respiratorias crónicas, la depresión y la diabetes, entre otras. Las principales causas de mortalidad general son las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades respiratorias, que en 2005 supusieron el 32,9, 21,4 y 7,3% del total de las muertes¹⁰³.

- *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de Chile representa cerca de un 43% (2008) de la población, aproximadamente 7,3 millones de personas. En 2008, la tasa de desempleo fue en promedio de 7,8%¹⁰⁴.

Según información provista por el INE, el salario promedio fue de 351.549 pesos mensuales en el año 2008 (aproximadamente US\$ 673)¹⁰⁵. En términos de múltiples de la línea de pobreza nacional el ingreso promedio es de 6,5 (2006), el valor más alto observado en América Latina¹⁰⁶.

- *Contexto económico*

En 2008, el PIB fue 245,1 \$ billones de dólares¹⁰⁷ (ajustada por paridad de poder adquisitivo, PPA) con un crecimiento real anual promedio de 4% desde 1999 y de 3,2% en el 2008¹⁰⁸. Acorde con lo anterior, Chile ocupa el sexto lugar en América Latina y el lugar 45 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía¹⁰⁹. El PIB per cápita (2008) es de US\$ 14.900 (PPA), puesto 77 a nivel mundial y por

¹⁰³ MONTEKIO, V. B., REYES, J. D. D., MANUEL, A. y GARRIDO, F., 2008.

¹⁰⁴ INE basado en la Encuesta Nacional de Empleo.

¹⁰⁵ INE, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE CHILE, 2009.

¹⁰⁶ CEPAL, 2009.

¹⁰⁷ WYSZEWIANSKI, L., 1986.

¹⁰⁸ Banco de la República, 2009.

¹⁰⁹ CIA World Factbook.

encima de lo que se observa en la mayoría de los demás países de la región¹¹⁰. En el mismo año, la tasa de inflación fue de 8,7%¹¹¹.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales¹¹²

Chile cuenta con 2.177 establecimientos de atención a la salud (2003). De éstos, 1.998 pertenecen al sector público. La gran mayoría de los establecimientos del sector público (1.776) corresponden a centros de atención ambulatoria de especialidades, consultorios de atención primaria y puestos de salud rural. La atención hospitalaria de segundo y tercer nivel se realiza en un total de 207 unidades clasificadas en cuatro tipos de hospitales de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad resolutive. El sector privado, por su parte, cuenta sólo con 179 establecimientos: 45 hospitales de mutuales de empleadores y 134 hospitales y clínicas privados en lo que se refiere a la atención cerrada (2003). En atención abierta existe una red no cuantificada de consultorios tanto de médicos individuales como agrupados. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, INE, la disponibilidad de camas hospitalarias es de 2,4 (2004), cifra superior a la recomendada por la OMS (1 cama por 1.000 habitantes) y parecida a la de países como Brasil (2,4) y República Dominicana (1).

b) Recursos humanos¹¹³

De acuerdo con datos de la OMS, en 2006 había en Chile 10,6 médicos por cada 10 mil habitantes, igual al promedio observado en la región (10,6). Según datos del Colegio Médico de Chile, en 2004 el 58,6% de los médicos se concentraban en la región de Santiago y el 56% eran especialistas. De acuerdo con la OMS, en 2003 había en Chile un total de 6,3 enfermeras por 10.000 habitantes por debajo del 9,98 que indica la misma fuente como promedio regional para el año 2002¹¹⁴.

¹¹⁰ CIA World Factbook.

¹¹¹ Los valores para 2008 son estimados.

¹¹² Tomado del Atlas Salud Funsalud.

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Datos disponibles en USAID Health Systems 20/20. Customs Data Set. Basado en información provista por la OMS.

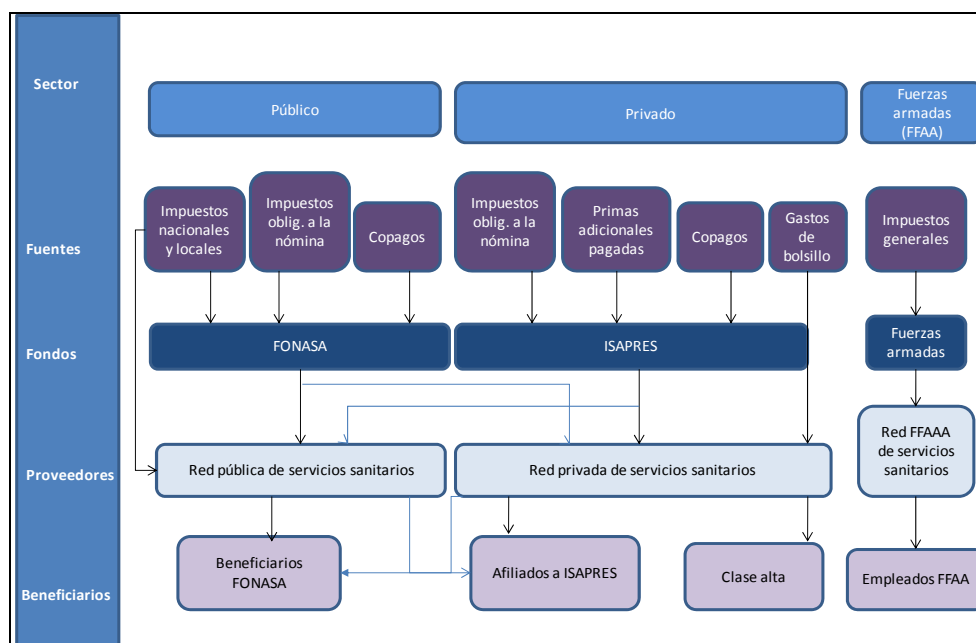
c) Recursos financieros

El gasto en salud representa el 5,3% del PIB (2006)¹¹⁵, por debajo del promedio observado en América Latina (6,59) y muy por debajo de lo que se observa en la mayoría de los países del Cono Sur. En el mismo año, el gasto total per cápita en salud ascendió a US\$ 697 (PPA) y el gasto público per cápita era de US\$ 363 (PPA). El gasto privado en salud representa cerca de la mitad del gasto total en salud (47,3)¹¹⁶. El 25,92% del gasto total en salud es financiado con gastos de bolsillo (2006). Esta cifra está por debajo del promedio latinoamericano (33,83%)

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

Figura 7
Mapa del sistema de salud de Chile



Fuente: Basado en Montekio et al., 2008 e introduce algunas simplificaciones introducidas por los autores.

¹¹⁵ Ministerio de Salud Pública, Cuentas Nacionales de Salud 2004.

¹¹⁶ Ibid.

2.2 Un poco de historia¹¹⁷

Según el capítulo Chile del Atlas de la Salud editado por el Observatorio Latinoamericano de la Salud¹¹⁸, se pueden identificar los siguientes diez hitos en la historia del sistema chileno de salud:

1891: Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades a las que hace responsables de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna.

1918: Primer Código Sanitario.

1924: Creación del Seguro Obrero Obligatorio que cubre riesgo de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

1942: Creación de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).

1952: Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la fusión de diversas instituciones para crear un organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población.

1968: Consolidación de las Mutuales de Seguridad, organismos privados que pueden captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en salud y creación del Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados.

1979: Fusión del SNS y SERMENA y reorganización del Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública.

1980: Municipalización de los establecimientos de atención primaria.

1981: Creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

2003-2005: Reforma que da origen al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

¹¹⁷ Tomado de Becerrill *et al.*, 2009.

¹¹⁸ Montekio *et al.* 2009

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación básica vigente en el sistema de salud chileno¹¹⁹.

Tabla 1
Legislación básica de Chile¹²⁰

Norma	Año	Objeto
Decreto Ley ISAPRES núm. 3 de 1981	1981	La reforma de 1981, que creó el sistema ISAPRES permitió, beneficios para los trabajadores (derogado por ley 18933).
Ley FONASA núm. 18.469	1985	Por la que se regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y se crea un régimen de prestaciones de salud.
Ley núm. 18.933 de ISAPRES	1990	Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRES (institución de salud previsional) y deroga el decreto con fuerza de ley núm. 3, de 1981, de salud.
Ley núm. 19.937 de autoridad sanitaria	2004	Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, Modalidades de Gestión y fortalece la participación ciudadana.
Ley núm. 19.966 AUGE	1994	La ley que introduce la reforma de salud AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas). Dispone que el Régimen General de Garantías de Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4 de la ley núm. 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Dicho Régimen establece las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley núm. 18.469.

Fuente: Autores.

¹¹⁹ Tomado de i) la base de datos de la legislación sobre trabajo, seguridad social y derechos humanos relacionados de la OIT NATLEX, the database of national labour, social security and related human rights y, ii) de la página web de la Superintendencia de Salud de Chile.

¹²⁰ Mayor detalle sobre el cuerpo normativo que rige el sector de salud de Chile se encuentra en la página de la Superintendencia de salud, sección "Leyes aplicables al sector salud". (<http://www.supersalud.cl/normativa/571/propertyvalue-2026.html>).

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*¹²¹

La Figura 7 presenta el mapa general del sistema de salud de Chile. El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes a nivel regional (los 29 servicios de salud), el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Este sector cubre aproximadamente al 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mayores ingresos que así lo eligen. El sector público está financiado con impuestos generales, contribuciones obligatorias a la nómina y copagos que se reúnen en el FONASA. La prestación de servicios públicos corre a cargo del SNSS, con su red de 29 Servicios de Salud Regionales (SSR) y el Sistema Municipal de Atención Primaria. En ocasiones el FONASA también contrata los servicios de proveedores del sector privado. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad. La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, quedando exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad.

El sector privado se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que cubren aproximadamente al 17.5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. Los trabajadores chilenos con recursos pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRES en función principalmente de su capacidad de pago y el valor de la prima que se aplica para su grupo de riesgo. Las ISAPRES prestan servicios en sus propias instalaciones, en instalaciones del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público. Dependiendo de los contratos, los afiliados pueden o no escoger a los prestadores de los servicios. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRES, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud.

¹²¹ Tomado directamente de MONTEKIO, REYES, MANUEL y GARRIDO. Becerrill *et al.*, 2008.

Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Una parte pequeña de la población con capacidad de pago ha comenzado adquirir seguros privados de salud en complemento a las coberturas ofrecidas en las ISAPRES o en el FONASA. Además de los dos grandes sectores, público y privado, alrededor del 10% de la población están cubiertos por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas.

- *Distribución de cobertura*

El 90% de la población chilena cuenta con aseguramiento de la salud. En el año 2008, FONASA tenía más o menos el 80% y las ISAPRES alrededor del 20% de este mercado¹²² (Tabla 2). La mayoría de los beneficiarios con menos recursos se encuentra afiliada al asegurador público (FONASA), mientras que las ISAPRES y otros seguros concentran a los beneficiarios en los deciles más altos.

Tabla 2
Cobertura del sistema de seguridad social de Chile por quintil de ingreso, 2006

Quintil de ingreso	I	II	III	IV	V
FONASA	84,8%	85,0%	84,4%	73,4%	37,4%
ISAPRES	0,5%	2,2%	5,1%	16,6%	47,6%
FFAA y otros	1,8%	5,6%	3,9%	2,9%	4,8%
Ninguno	13%	7%	7%	7%	10%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta sobre Satisfacción y Gasto del 2006, citada en Sciaraffia y Sciaraffia, 2009.

- *Financiación*¹²³

Los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos de los afiliados al FONASA. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRES y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan en el momento de recibir la atención. Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud (hasta un tope fijado por la Ley). Este pago puede ser realizado a FONASA o a una ISAPRES. La afiliación a una ISAPRES requiere de una prima determinada por cada ISAPRES, la cual depende del tipo de seguro que se adquiera y de las características del afiliado

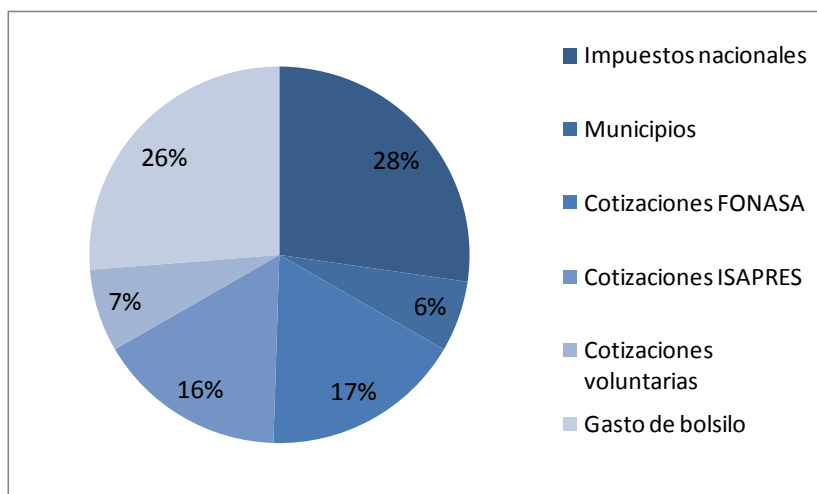
¹²² FONASA, 2009 Boletín Estadístico FONASA 2007-2008. Santiago de Chile.

¹²³ Tomado directamente de MONTEKIO, REYES, MANUEL y GARRIDO.

(edad, sexo, etc.). El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7% con el fin de obtener beneficios adicionales.

Como se desprende de la Figura 8, en 2003 el gasto total en salud se repartió de la siguiente manera: el 27% provino de impuestos generales, el 17% de las cotizaciones pagadas por los trabajadores afiliados al FONASA, el 16% de las cotizaciones pagadas por los afiliados a las ISAPRES, el 7% de las cotizaciones voluntarias, el 26% de gastos de bolsillo y el 6% de aportaciones directas de los municipios.

Figura 8
Composición de financiamiento por fuente y tipo de asegurador, Chile, 2003



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud de Chile citado en Montekio *et al.*, 2008.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Tipología de empresas o instituciones de salud privadas y productos que ofrecen¹²⁴

Desde la perspectiva de los actores privados que ofrecen cobertura de aseguramiento en salud o prestan servicios de salud, existen tres grandes oferentes: las ISAPRES, las compañías de seguros, y, por último, los propios prestadores de servicios sanitarios. A continuación se describe brevemente cada uno de estos tres sectores privados.

¹²⁴ Basado en: ¿Cómo funciona el sistema de salud en Uruguay? El portal sobre la salud privada en Argentina (<http://www.medprepaga.com.ar/>).

- *ISAPRES*¹²⁵

Las ISAPRES son instituciones privadas que captan la cotización obligatoria de aquellos trabajadores que han optado por el sistema privado de aseguramiento en vez del sistema público (FONASA). Las ISAPRES operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada.

Las ISAPRES tienen por objetivo dar prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados, ya sea mediante la entrega de ellas en sus propias unidades de atención, o a través del financiamiento de las mismas por pago a personas, clínicas, hospitales u otras instituciones pertenecientes a terceros.

El mercado de las ISAPRES se caracteriza por la existencia de múltiples planes, orientados a diferentes segmentos de la población. Se distinguen dos tipos de Instituciones de Salud Previsional: las ISAPRES abiertas y las ISAPRES cerradas. Las ISAPRES abiertas están orientadas a trabajadores de cualquier empresa. No existen restricciones a priori para la incorporación de un beneficiario, de manera que su mercado potencial son todas las personas o grupos familiares que puedan contratar un plan de salud con dichas instituciones. Las ISAPRES cerradas, en cambio, están ligadas por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas. Por lo general, se originan en los sistemas de bienestar y tienen como único mercado a la población de trabajadores y sus familias. Normalmente, el financiamiento de estas ISAPRES contempla no sólo la cotización de los trabajadores, sino también, aportes directos del empleador y distintas formas de subsidio por parte de las empresas matrices. A fecha de enero de 2009, existen un total de 13 ISAPRES en operación, siete abiertas y seis cerradas. Las ISAPRES abiertas poseen el 97% de los planes y cubren a un 96,7% del mercado de cotizantes. Las ISAPRES cerradas poseen el 3% de los planes restantes y cubren a un 3,3% de los cotizantes.

Las ISAPRES ofrecen beneficios adicionales que complementan el plan de salud, que son voluntarios, e individuales y abarcan desde seguros catastróficos adicionales, gastos de farmacia, atención dental y coberturas en el extranjero.

Los planes de salud ofrecidos por las ISAPRES pueden clasificarse, según el alcance de su cobertura, en las siguientes categorías:

- Planes con cobertura general: aquellos que otorgan una cobertura equivalente a todas las prestaciones que pertenecen al mismo grupo genérico dentro del seguro público (FONASA), modalidad de libre elección.

¹²⁵ Tomado directamente de SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO, 2009a.

- Planes con cobertura reducida de parto: aquellos que contemplan para las prestaciones asociadas al parto, una cobertura similar a la que otorga el FONASA en su modalidad de libre elección, pero inferior a la estipulada para el resto de las prestaciones del plan respectivo.
- Planes con cobertura reducida de honorarios médicos: aquellos que contemplan para los honorarios médicos, una cobertura similar a la que otorga el FONASA en su modalidad de libre elección, pero inferior a la convenida para el resto de las prestaciones del arancel asociado al plan respectivo.

De un total de 44.919 planes ofrecidos por las ISAPRES en enero de 2009, un 73,6% corresponde a planes con cobertura general (33.056 planes), un 26,3% a planes con cobertura reducida de parto (11.815 planes) y un 0,1% a planes con cobertura reducida para honorarios médicos (48 planes). Los planes con cobertura reducida de parto concentran al 23,7% de los cotizantes, y, finalmente, los planes con cobertura reducida de honorarios médicos concentran un 1,0% de los cotizantes y los cinco restantes son individuales.

La mayoría de los planes de salud comercializados en el sistema ISAPRES han sido estructurados sobre la base de la libre elección de prestadores, muchos de los cuales consideran a la vez una cobertura preferente para determinados prestadores. Dicha cobertura preferente se traduce, básicamente, en tarifas rebajadas para los beneficiarios que ejercen la opción de atenderse con los prestadores en convenio.

- Compañías de seguros¹²⁶

Las compañías de seguros ofrecen dos tipos de productos. Uno es el seguro complementario que ayuda a cancelar el monto de gastos de bolsillo no cubierto por el seguro público o la ISAPRES. El segundo tipo es el seguro catastrófico, que cubre enfermedades de alto costo. La característica principal de los seguros catastróficos es que se pagan por reembolso, tienen deducible y un tope máximo anual y sirven tanto para quienes poseen ISAPRES o FONASA como para aquellos que no están inscritos en el sistema de salud. Cuando una persona se accidenta o sufre una enfermedad grave, el asegurado primero debe hacer uso de la cobertura de su sistema previsional de salud (ISAPRES o FONASA). Del saldo que quede sin pagar, se debe cancelar un deducible que fluctúa entre las 50 UF y 100 UF¹²⁷ dependiendo del capital asegurado. A partir de ahí, el seguro contratado reembolsa el 100% de los gastos médicos hospitalarios y ambulatorios. Si el plan de salud no cubrió la prestación o la persona no está afiliada a ninguno, estos

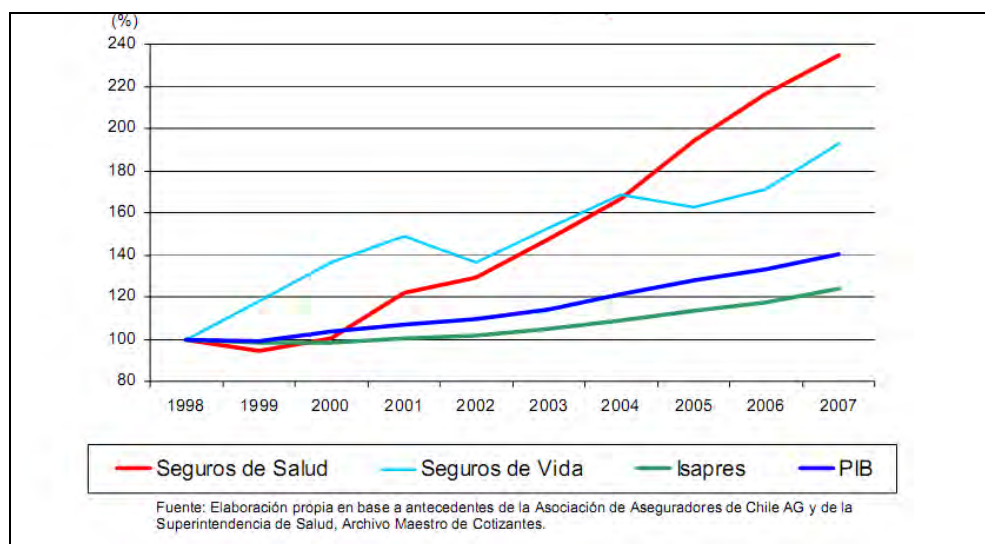
¹²⁶ Sección basada en SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE, 2008.

¹²⁷ 1 UF=aprox. 34 US\$.

seguros cubren el 50% de los gastos. Algunos seguros se dedican a la cobertura específica de alguna enfermedad. En estos casos, después que se haya hecho uso del plan de la ISAPRES o FONASA, pagan el 100% de los gastos médicos y hospitalarios que demande el tratamiento específico.

La Figura 9 muestra el crecimiento de las primas de salud de las compañías de seguros en comparación con el de las ISAPRES y el crecimiento del PIB. De ahí se desprende que las primas de salud han tenido un comportamiento mucho más dinámico que las ISAPRES durante la última década.

Figura 9
Crecimientos reales de las primas directas de salud y vida,
de las cotizaciones en ISAPRES y del PIB



Fuente: Superintendencia de Salud de Chile, 2008.

Datos originales no disponibles. Gráfico tomado directamente del documento de la Superintendencia.

- *Prestadores privados de salud*

Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden a los asegurados de las ISAPRES, a los cotizantes del sistema público y a los no asegurados.

Además de prestar servicios sanitarios, los prestadores privados ofrecen dos tipos de coberturas de aseguramiento, una es un seguro catastrófico en su propia institución, si la persona se atiende en esa institución el prestador asume parte de

lo que no le cubre su sistema previsional o estableciendo un monto máximo de copago para enfermedades graves. El tercer prestador, en general son las grandes clínicas que ofrecen coberturas de enfermedades catastróficas, o seguros de accidentes escolares.

3.2 Mercado de la salud privada: principales cifras¹²⁸

A continuación se presentan algunas cifras básicas del mercado de salud privada. Cabe notar que la información disponible es parcial y no cubre de igual manera a todos los subsectores del mercado privado; tiende a ser bastante completa en lo que a las ISAPRES se refiere, pero casi inexistente en relación al sector privado de prestadores de servicios sanitarios.

- *Número de empresas privadas que ofrecen productos de aseguramiento*

Según información provista por la Superintendencia de Salud, en abril de 2009 operaban en Chile un total de 13 ISAPRES, de las cuales siete abiertas y seis cerradas. Además existían alrededor de 15 compañías de seguros que ofrecían seguros privados de salud.

No se dispone de información sobre la composición y número del mercado privado de proveedores de servicios sanitarios.

- *Beneficiarios y contratos de seguros privados de salud*

- ISAPRES. En el año 2008, las ISAPRES cobijaban a 2.780.396 beneficiarios, más o menos una cuarta parte del número alcanzado por el seguro público (FONASA)¹²⁹.
- Seguros de salud de compañías de salud. En términos de personas aseguradas la Asociación de Aseguradores de Chile (AAC) informa de que el mercado total de los seguros de salud está compuesto por 2.749.105 de

¹²⁸ Esta sección está basada principalmente en información de los siguientes documentos: SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO (2009b), Análisis del sistema ISAPRES en diciembre 2008. SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO Análisis de los planes de salud del sistema ISAPRES en enero 2009 y desde enero 2008. SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE, 2009, Boletín Estadístico I.-Información Financiera Sistema ISAPRES Año 2008. Santiago de Chile.

¹²⁹ En el mismo año el asegurador público, FONASA, cubría a 12,2 millones de personas.

beneficiarios (2008)¹³⁰. Asimismo indica que en el mismo año el número de las pólizas vigentes era de 12.625 en el caso de las colectivas y 246.065 en el caso de las individuales.

- *Ingresos / gastos*

- ISAPRES. Según información provista por la Superintendencia de Salud, en el año 2008 los ingresos operacionales totales de las ISAPRES eran de 1.196.282 millones de pesos. La mayor parte de éstos (72,3%) fueron aportados por las cotizaciones legales obligatorias del sistema previsional y por cotizaciones adicionales voluntarias (25,1%)¹³¹. Por otro lado, el costo operacional era de 1.009.354 de pesos en el mismo año. El 68,2% de este costo se explica por las prestaciones de salud seguidas por los subsidios de incapacidad laboral (15,6%).
- Seguros de salud compañías de seguros. El informe estadístico de la AAC informa unos ingresos de explotación totales (primas más ajuste de reserva técnica) de 133.713 millones de pesos comparado con un total de ingresos por cotizaciones de las ISAPRES de 1.196.282 millones de pesos para el mismo año). El costo total de explotación (costo de los siniestros más resultado de intermediación) fue de 112.498 millones de pesos, de los cuales 102.387 correspondían al costo de los siniestros.

- *Primas*

- ISAPRES. En el sistema de ISAPRES, los asegurados cotizantes aportaban en el año 2008 en promedio mensualmente 72.522 pesos mientras que la cotización mensual adicional era de 18.232 por cotizante.
- Seguros de salud compañías de seguros. En el sistema de los seguros, la prima anual promedio se situaba en el año 2008 alrededor de los 45.471 mil pesos en el caso de los seguros individuales y en 53.292 en el caso de los seguros colectivos.

- *Siniestralidad (loss ratio)*

- ISAPRES. En diciembre del año 2008, la siniestralidad total del sistema ISAPRES, es decir, el gasto en prestaciones de salud y en licencias médicas, llega a un 84,4%. Por su parte, las prestaciones de salud presentan una

¹³⁰ Boletín Estadístico ISAPRES.

¹³¹ SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE, Boletín Estadístico I.-Información Financiera Sistema ISAPRES Año 2008. Cuadro No. 1.

siniestralidad de un 68,7%. En tanto, los subsidios por incapacidad laboral alcanzan una siniestralidad de un 15,6%.

- Seguros de salud compañías de seguros. La ACA informa para el año 2008 de que la siniestralidad retenida fue del 76%, y la siniestralidad directa alcanzó un 76,5%. En relación con la siniestralidad cedida, ésta ha sido variable alcanzando un valor promedio en los últimos diez años del 80,6%. Desde el año 2004 este índice ha disminuido 16,5 puntos porcentuales, llegando a un 78,2% en el año 2008.

- *Resultado técnico*¹³²

- ISAPRES. No existe información consolidada sobre el particular.
- Seguros de salud/compañías de seguros. El resultado técnico (diferencia entre primas recaudadas y gastos relacionados con la actividad aseguradora) fue de 22.151 millones de pesos en el año 2008.

- *Ratio combinado*

No se obtuvo información consolidada sobre este indicador.

3.3 Tratamiento del gasto farmacéutico

Los pocos indicadores públicamente disponibles sobre el mercado farmacéutico de América Latina son producidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su publicación *World Medicines Situation*¹³³. Según los datos más recientes disponibles de esta fuente, en Chile, en el año 2000, el 14,2% del gasto total en salud se asignó a la adquisición de medicamentos. Esta cifra resulta baja comparada con el promedio latinoamericano (23,2%) del mismo año. Confirmando lo anterior y pese a que la venta de medicamentos ha ido en aumento en Chile durante los últimos años, IMS Health, empresa que monitorea la venta de medicamentos, señala que el país tiene uno de los más bajos gastos per cápita en medicamentos de la región.

¹³² Es la diferencia entre las primas recaudadas y el importe de los gastos habidos por siniestros (pagados o pendientes de pago). En la práctica esta partida se ve incrementada por otros gastos: Comisiones, Administración, etc. En resumen, es el resultado del ejercicio de la actividad aseguradora sin tener en cuenta otros gastos o ingresos que pueda tener la empresa ajenos a dicha actividad.

¹³³ WHO, 2004.

El informe de la OMS también muestra que en el año 2000, el sector público gastaba anualmente per cápita US\$ 10 mientras que el sector privado (hogares y seguros) gastaba US\$ 37. En cuanto a la distribución del gasto total en medicamentos entre el sector público y privado se informa que el 21% de este gasto era público y el 79% restante privado y provenía en su mayoría de los gastos de bolsillo (2000). Cabe notar en este contexto que el sistema público entrega prácticamente el total de los medicamentos que los pacientes necesitan mientras que los aseguradores privados (ISAPRES y compañías de seguros) cubren los medicamentos acorde con las coberturas especificadas en el plan de salud adquirido por el beneficiario. Estos planes ofrecen por lo general alguna cobertura para los medicamentos hospitalarios, pero sólo una cobertura limitada para los medicamentos ambulatorios. Desde la introducción de la reforma AUGE (2005), la cobertura de medicamentos ambulatorios es obligatoria en las ISAPRES y el FONASA cuando se trata de un medicamento relacionado con algunas de las 56 condiciones de salud cubiertas por el plan AUGE (Santander, 2007)¹³⁴. Tanto en el sistema público como en el privado existen copagos para medicamentos.

Por último cabe señalarse que la mayoría de los datos mostrados en esta sección son relativamente anticuados y la situación puede haber cambiado de forma importante en la última década.

3.4 Papel del micro-seguro

No se pudo obtener acerca del papel del micro-seguro en el ámbito de salud en Chile. Al respecto cabe notar que el portal internacional sobre micro-seguros (www.microseguros.info) no registra ningún documento sobre este tipo de entidades en Chile.

4. REFORMA DE SALUD¹³⁵

La reforma AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud) entrega a los afiliados del sistema previsional de salud público y privado garantías respecto a problemas de salud con mayor morbilidad en Chile. El AUGE es un derecho establecido por ley tanto para los beneficiarios de FONASA como de ISAPRES.

Desde el 1 de julio del 2005, día de la entrada en vigencia de la Ley AUGE, se garantiza el acceso a la atención de salud oportuna, de calidad y con protección

¹³⁴ En el 2007, el sistema ISAPRES gastaba un promedio de US\$ 26 millones al año en medicamentos; AUGE lo que equivale a US\$ 11 por beneficiario en promedio, que representa el 2,1 % del gasto en Salud.

¹³⁵ Tomado de AREA XXI (2008).

financiera. Es igual para todos porque no discrimina por edad, sexo, condición económica, lugar de residencia o sistema de salud al que estén afiliadas las personas. En resumen, el AUGE es un Sistema Integral de Salud que beneficia a todos los chilenos. Contempla todas las enfermedades, incluidas las más graves y de mayor costo, en sus diversas etapas.

Referencias bibliográficas

AREA XXI, 2008. Sistemas previsionales, de salud y accidentes del trabajo en Latinoamérica. Análisis de Riesgos para Aseguradores.

CEPAL, 2009. Panorama Económico y Social de América Latina, Anexo Estadístico Santiago de Chile.

CIA World Factbook.

FONASA, 2009. Boletín Estadístico FONASA 2007-2008. Santiago de Chile.

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE CHILE, 2009. Cuadro II.4.09. Remuneraciones medias y costos medios mensuales nominales. Valores en pesos, Santiago de Chile, INE.

MONTEKIO, V. B., REYES, J. D. D., MANUEL, A. y GARRIDO, F., 2008. Mapa del sistema de salud de Chile, Versión preliminar. Distrito Federal México, Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud FUNSALUD).

OIT NATLEX, the database of national labour, social security and related human rights legislation.

SANTANDER, C., 2007. Cobertura de medicamentos ambulatorios en los seguros privados de Chile. Reunión ALAMI Octubre 2007.

SCIARAFFIA, V. y SCIARAFFIA, V. A., 2009. CPSA Chile (Diseño de la Protección Financiera en Chile). IN SALUD, F. M. P. L. (Ed.).

SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE, 2008. El Mercado de los Seguros Complementarios de Salud. Santiago de Chile.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE, 2009. Boletín Estadístico I.- Información Financiera Sistema ISAPRES Año 2008. Santiago de Chile.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO, 2009a. Análisis de los planes de salud del sistema ISAPRES a enero 2009 y desde enero 2008.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO, 2009b. Análisis del sistema ISAPRES a diciembre 2008. Santiago de Chile.

USAID Health Systems 20/20. Customs Data Set.

WHO, 2004. The World Medicines Situation, Ginebra.

WYSZEWIANSKI, L., 1986. Financially Catastrophic and High-Cost Cases: Definitions, Distinctions, and Their Implications for Policy Formulation. *Inquiry*, 23, 382-394.

5 COLOMBIA

Acrónimos	
ACEMI	Asociación Colombiana de Medicina Integral
ANDI	Asociación Nacional de Industriales
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CRES	Comisión de Regulación de Salud
EAP	Empresas de Ambulancia Prepagada
EAS	Entidades Adaptadas de Salud
EMP	Empresas de Medicina Prepagada
FASECOLDA	Federación de Aseguradores Colombianos
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
IVC	Inspección Vigilancia y Control
MPS	Ministerio de la Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAS	Planes Adicionales de Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
POS-S	Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado
PPA	Paridad de Poder Adquisitivo
SGSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación

1 CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Colombia cuenta con una población de 45,6 millones de habitantes (2009) y una tasa de crecimiento poblacional anual de 1,18%¹³⁶. La proporción de hombres es del 49% y de mujeres del 51%. El 75,1% de la población vive en el área urbana, y el 19,9% restante, en el área rural. El desarrollo demográfico reciente de Colombia se ha caracterizado por los siguientes tres fenómenos:

¹³⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, 2008.

- Un descenso de la mortalidad general, que se sitúa en 5,81 % en 2008¹³⁷. La mortalidad infantil ha bajado fuertemente en las últimas décadas, pasando del 28 ‰ de nacidos vivos en 1995, al 16 ‰ en 2005.
- Un incremento en la esperanza de vida, que pasó de ser de 42 años en mujeres y 37 en hombres en 1930, a 77,5 años en mujeres y 70,7 en hombres en 2008¹³⁸.
- Un descenso en la tasa global de fecundidad, que se ha ido reduciendo al igual que en el resto de los países de la región, desde la segunda mitad del siglo pasado, cuando el número promedio de hijos por mujer oscilaba entre seis y siete hijos. Los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, señalan una tasa de 2,4 hijos por mujer¹³⁹ para el período 2002-2005.

Estos tres fenómenos han dado origen a un proceso de envejecimiento poblacional, que implica una participación creciente de los adultos mayores en la población con la consiguiente presión sobre el gasto en salud. Se estima que en el año 2009, un 28,9% de la población será menor de un año, y un 5,6% mayor o igual a 65 años¹⁴⁰.

• *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de Colombia está constituida por 21,3 millones de personas (2008), de los cuales cerca de un 70% trabaja en el sector informal. Aunque existen diversas maneras de medir el sector informal, Colombia siempre emerge como uno de los países con mayor nivel de informalidad y precariedad de empleo en la región¹⁴¹. En el año 2009, la tasa de desempleo se situó en el 11,3%, cifra muy alta en comparación con la mayoría de los países de la región¹⁴². El salario mínimo mensual legalmente establecido en 2010 es de 515.000 pesos colombianos (aprox. US\$ 258), y el salario promedio de la población económicamente activa fue de 3,2 en 2005 en múltiplos de la línea de pobreza per cápita vigente (aprox. US\$ 284), lo que representa una cifra parecida a la observada en países como Ecuador

¹³⁷ Ibid.

¹³⁸ Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud, Indicadores Básicos 08.

¹³⁹ BECERRIL, M. V., DEDIOS, R. J., ANNICK, M. & GARRIDO, F., 2008.

¹⁴⁰ CIA World Factbook.

¹⁴¹ PERRY, G., 2007.

¹⁴² CIA World Factbook.

(3,6) y México (3,8), pero inferior a lo observado en la mayoría de los países del Cono Sur.

- *Contexto económico:*

El PIB en Colombia para el año 2008 fue de US\$ 396 billones (PPA)¹⁴³, con lo que Colombia ocupa el puesto 29 a nivel mundial en términos de tamaño de su economía¹⁴⁴, registrando un crecimiento del 2,4%, cifra inferior a la registrada en años anteriores¹⁴⁵. Para los siguientes años se proyecta un rango entre el 2% y el 4%, con sesgo hacia la parte baja. El PIB per cápita fue de US\$ 9.200 (PPA), lo que situó a Colombia en el puesto 109 a nivel mundial. La tasa de inflación ha mantenido una tendencia a la baja, siendo del 8% en el 2008, y estimándose que para el año 2009¹⁴⁶ se situará en torno a un 3%.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales¹⁴⁷

En Colombia existían en el año 2005 un total de 58.500 prestadores de servicios de salud registrados, de los cuales, 43.639 eran profesionales independientes, y 14.861 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Del total de IPS, 4.552 correspondían a unidades de atención pertenecientes a la red pública, mientras que, 10.309 (casi el 70%), pertenecían a la red privada¹⁴⁸. Asimismo, el 41% de las camas hospitalarias son privadas y el resto públicas¹⁴⁹.

Colombia cuenta con 16 camas por cada 10.000 habitantes¹⁵⁰, cifra superior a la densidad recomendada por la OMS, que es de una cama por 1.000 habitantes.

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Banco de la República, 2009.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ BECERRIL, V. M., VÁSQUEZ, J. y CORCHO, A., 2008.

¹⁴⁸ Ibid.,

¹⁴⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, 2005.

¹⁵⁰ Véase WORLD HEALTH ORGANIZATION, W., 2009.

b) Recursos humanos¹⁵¹

En 2008, el total de médicos registrados en Colombia era de 70.079, lo cual arroja una densidad de 15,8 médicos por cada 10.000 habitantes¹⁵². El 54,4% de estos médicos trabajan en el primer nivel de atención¹⁵³. El total de enfermeras era de 35.627 para una densidad de 0,8 enfermeras por cada 10.000 habitantes¹⁵⁴. Se calcula que en 2005 casi 280 mil personas trabajaban en el sector de salud; de ellas, el 53,3% lo hacían en actividades auxiliares, el 4,8% en actividades técnicas, y el 4,9% en actividades propiamente profesionales de la salud¹⁵⁵. Cabe destacar que existen importantes diferencias en cuanto a la disponibilidad de los recursos humanos sanitarios entre las regiones del país¹⁵⁶.

No hay información sobre el número de médicos y enfermeras que trabajan en el sector privado, versus aquellos que trabajan en el sector público. Uno de los problemas para contabilizar a estos recursos es que muchos de los médicos y enfermeras, trabajan tanto en el sector público como en el privado.

c) Recursos financieros

El gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó del 6,2% en 1993¹⁵⁷, al 7,3 % en 2006¹⁵⁸, con lo que está actualmente por encima del promedio latinoamericano (6,7%), pero por debajo de lo que dedican los países más ricos de la región a la salud (por ejemplo Argentina). El gasto per cápita en salud, pasó de US\$ 370 (PPA) en 2000 en términos reales, a US\$ \$ 464 (PPA) en 2006¹⁵⁹. En el mismo año, el gasto público en salud representó 85,4% del gasto total en salud, estando este indicador también muy por encima del promedio regional (52,4%). En 2006, el gasto público en salud ascendió a US\$ \$ 10.016 millones (PPA) o US\$

¹⁵¹ BECERRIL, VÁSQUEZ y CORCHO, 2008.

¹⁵² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA y CENDEX, 2009. R

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA Indicadores Básicos 2008.

¹⁵⁵ BECERRIL, VÁSQUEZ y CORCHO, 2008.

¹⁵⁶ Véase MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA y CODAZZI, I. G. A., 2008.

¹⁵⁷ BARÓN, G., 2007.

¹⁵⁸ WHO, 2009.

¹⁵⁹ Ibid.

464 per cápita (2006)¹⁶⁰, y la mayor parte de éste correspondió al sistema general de seguridad social en salud (régimen contributivo dirigido a la población con capacidad de pago y régimen subsidiado dirigido a la población pobre)¹⁶¹. En el mismo año, el gasto privado en salud representó sólo el 14,6 % del gasto total en salud¹⁶². Alrededor de 44% de este gasto, son pagos de bolsillo y el resto corresponde a planes voluntarios de seguros de salud¹⁶³. Las anteriores cifras reflejan la importancia que le han concedido los colombianos y los últimos gobiernos al sector de salud. Resulta además interesante que un país que se apoya fuertemente en el sector privado para el aseguramiento y la prestación de los servicios sanitarios tenga un financiamiento eminentemente público de su salud.

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

La Figura 10 presenta el mapa general del sistema de salud colombiano, en el cual coexisten tres sistemas: el sistema público, el sistema de seguridad social y el sistema privado de seguros voluntarios, que opera por fuera del sistema general de seguridad social de salud (SGSSS). El sistema público se encarga de la población que carece aún de aseguramiento. El sistema de seguridad social se divide a su vez en dos subsistemas: el régimen contributivo, diseñado para el aseguramiento de la población trabajadora con capacidad de pago y sus familiares; y el régimen subsidiado orientado a la población en situación de pobreza.

2.2 Beneficiarios por subsector

El ingreso de las personas con capacidad de pago, así como de sus núcleos familiares en el Régimen Contributivo, se efectúa mediante inscripción en una Entidad Promotora de Salud (EPS), entidad que cumple el papel de aseguradora, con la función de organizar la afiliación de las personas y de administrar los servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud (POS). La afiliación a una EPS está sujeta al pago de una contribución mensual (12,5% de los ingresos

¹⁶⁰ WHO.

¹⁶¹ Véase más adelante para una mayor descripción del sistema de salud colombiano.

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Ibid..

devengados). A cambio, los afiliados y sus familiares reciben un Plan Obligatorio de Salud.

Para ingresar en el régimen subsidiado, las personas deben ser identificadas como pobres mediante una prueba de medios proxy llamada SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios), y se deben inscribir de manera libre a una EPS. Los afiliados tienen derecho a un plan de beneficios -Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S)- cuyos costos son cubiertos por el gobierno, y con un alcance menor que el plan de beneficios vigente en el régimen contributivo.

El sector público, compuesto por una red de prestadores públicos de todos los niveles de complejidad, cubre a todas las personas pobres que aún no se han afiliado al régimen subsidiado. Cabe señalar en este contexto que la afiliación de la población sin capacidad de pago se ha dado en forma gradual desde que se implementó la reforma de salud en 1993, alcanzando hoy niveles de cobertura por encima del 80% de la población. El sector público se encarga además de proveer los servicios de salud que aún no han sido incluidos en el paquete de beneficios ofrecido en el régimen subsidiado.

- *Paquetes de beneficios*

El régimen contributivo garantiza a sus afiliados un plan integral de salud que cubre a todos los niveles de complejidad llamado POS (Plan Obligatorio de Salud).

El régimen subsidiado ofrece el mismo plan a todas las mujeres embarazadas y a todos los niños y jóvenes menores de 18 años de edad (a estos últimos desde octubre del año 2010). Las demás personas afiliadas al régimen subsidiado reciben un plan llamado POS-S (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado) que cubre esencialmente a los servicios preventivos, de baja complejidad y a los servicios de alto costo. La Corte Constitucional recientemente ordenó mediante sentencia (T760 del año 2008) la igualación del POS y del POS-S en el corto plazo, razón por la cual se espera que muy pronto todos los colombianos tengan derecho a un mismo plan de beneficios en salud.

Las personas aún no aseguradas no tienen derecho a un plan explícito de beneficios en salud.

- *Fuentes de financiamiento*

El régimen contributivo es financiado por un impuesto parafiscal del 12,5% sobre la nómina de todos los trabajadores formales e informales que ganen por lo menos un salario mínimo legal de \$515.000 en el 2010 (aprox. US\$ 250).

El régimen subsidiado es financiado con impuestos de orden nacional y local, y con los llamados "recursos de solidaridad", que provienen de la contribución que pagan los afiliados al régimen contributivo: del 12,5% del ingreso que debe aportar la población trabajadora, se deduce el 1,5% para el financiamiento del régimen subsidiado.

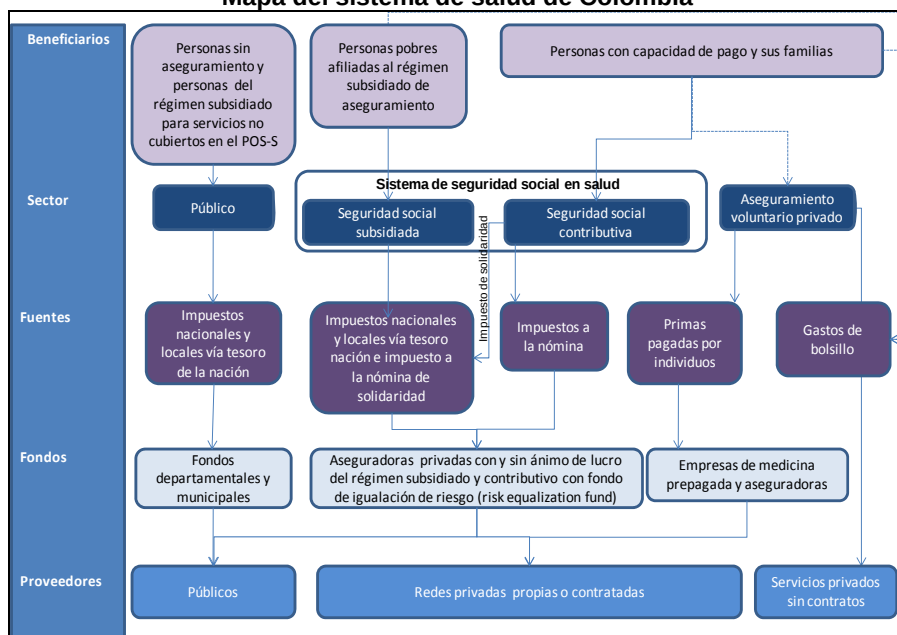
El sistema privado de seguros voluntarios, es financiado con gasto privado de los hogares, y el sistema público por impuestos de orden nacional y local.

Una descripción más detallada de los mecanismos financieros del sistema de salud de Colombia es presentada en la sección sobre financiamiento.

- *Prestación del servicio*

Los servicios sanitarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), son proporcionados por prestadores públicos y privados que compiten entre sí. La red privada de proveedores ofrece sus servicios sanitarios al SGSSS, a los beneficiarios de los seguros privados voluntarios, y a los pacientes que pagan las atenciones de salud directamente de su bolsillo. No existen cifras sistemáticas sobre la distribución de los proveedores por tipo según régimen o sector.

Figura 10
Mapa del sistema de salud de Colombia



Fuente: Adaptado de Becerril, Vásquez y Corcho, 2008.

2.3 Un poco de historia¹⁶⁴

Pueden identificarse tres períodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud en Colombia en la historia reciente. El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950, cuando prevaleció lo que se puede denominar el "modelo higienista". Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario (por ejemplo alcantarillado), mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) que atendía la salud de los empleados públicos, y en 1946, se crea el Instituto de Seguros Sociales (ISS) que atendía a los empleados del sector privado formal.

El segundo período, que comprende desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del sistema nacional de salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos directamente a la red de instituciones públicas hospitalarias. También se crea un esquema tripartito (estado-empleadores-empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal; sin embargo, tal sistema seguía sin proporcionar una atención integral de salud a la población de escasos recursos.

El tercer período abarca desde 1991 hasta la actualidad. En este período hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho y que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable. De ahí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste). La segunda fuerza es la Reforma de Salud de 1993 (Ley 100) que crea incentivos de mercado para la competencia en el aseguramiento y en la prestación de servicios de salud. Como resultado, se promovió la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres.

¹⁶⁴ Basado en: OROZCO AFRICANO, J. M., 2009 y MEZA CARVAJALINO, C. A. e ISAZA CASTRO, J. G., 2005.

2.4 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación básica más importante vigente en el sistema de salud colombiano.

Tabla 1
Legislación básica de Colombia¹⁶⁵

Norma	Objeto	Autor
Ley 100 de 1993	Crea el sistema general de seguridad social (salud y pensiones).	Congreso de la República
Decreto 806 de 1998	Reglamentar la afiliación al régimen de seguridad social en salud.	Presidencia de la República
Ley 715 de 2001	Distribución de competencias y recursos entre los diferentes niveles de descentralización (nación, departamento y municipio).	Congreso de la República
Ley 1.122 de 2007	Introduce algunas reformas en la operación del sistema general de seguridad social en salud.	Congreso de la República
Sentencia T760 de 2008	Eleva a nivel de derecho fundamental el derecho a la salud.	Corte Constitucional
Acuerdo 415 de 2009	Reglamentación del régimen subsidiado.	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Fuente: Autores.

2.5 Organización y estructura del sistema de salud

El sistema de salud colombiano ejerce las funciones de rectoría y regulación, de aseguramiento y de prestación de los servicios sanitarios, en la que actores privados y públicos concurren en cada una de estas funciones. Este sistema es diferente al de muchos otros países de la región, como por ejemplo México, donde se delimitan claramente los sistemas públicos, de seguridad social y privados. Por lo tanto, en Colombia conviene analizar el Sistema de Salud no tanto por su componente público y privado, sino por funciones y, dentro de cada una de éstas, por el tipo de actores que las llevan a cabo.

¹⁶⁵ Para un listado completo de la normatividad vigente véase <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=14774&IDCompany=3>

- *Actores*¹⁶⁶

- a) Rectoría, regulación y supervisión

El Ministerio de la Protección Social (MPS) es el ente rector del sistema y fija las políticas de salud. Como lo indica el decreto 205 de 2003, el MPS tiene como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social.

Hasta junio del 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), funcionó como organismo permanente de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de concertación entre los diferentes agentes del mismo, teniendo como objeto la adopción de la regulación requerida para dirigir y orientar el sistema de aseguramiento. Entre sus funciones regulatorias más importantes se encontraba la definición y ajuste de los planes de beneficios y la fijación de las primas en el régimen subsidiado y contributivo. Por medio de la Ley 1122 de 2007, se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que sustituyó al CNSSS en la función de regular el sistema. La CRES cumple con las funciones de regular y definir los aspectos centrales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como los planes de beneficios (POS), la unidad de pago por capitalización (UPC), las prestaciones económicas y las tarifas mínimas, entre otros. En la actualidad, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tiene solamente un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS), supervisa, vigila y controla a los actores del sistema y tiene entre sus objetivos, la fijación de las políticas de Inspección, Vigilancia y Control (IVC); la vigilancia del cumplimiento de las normas; la supervisión de la calidad de la atención de la salud, del aseguramiento, de la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios de la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud; la protección de los derechos de los usuarios y la promoción de la participación ciudadana y, finalmente, el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad¹⁶⁷.

¹⁶⁶ Basado en ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL OISS y AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL, 2007.

¹⁶⁷ Véase la página institucional de la Superintendencia de Salud de Colombia en: <http://www.supersalud.gov.co/lasupersalud2009.html>

b) Aseguramiento

Las compañías aseguradoras de salud, pueden dividirse en dos grandes grupos según el rol que juegan en el sistema de salud: las aseguradoras que operan dentro del régimen de seguridad social de salud llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las aseguradoras que ofrecen productos de seguro de salud privados y voluntarios. Las EPS constituyen el núcleo de gestión básico del sistema general de seguridad social en salud, y tienen a su cargo la promoción de la mejora del estado de salud de sus afiliados, garantizando las prestaciones de los servicios de salud, definidos en el plan obligatorio de salud (POS), el cual está regido por los criterios de integralidad, eficacia y calidad, libertad, competencia y eficiencia. Las EPS son también el centro financiero debido a que recaudan la cotización, descuentan la captación correspondiente a cada uno de los afiliados, y administran el plan de salud para éstos mediante la prestación directa o la contratación de servicios con otros agentes.

Fuera del sistema de seguridad social, el sector privado ofrece diversos planes y coberturas de salud que son contratados en forma voluntaria y se concentran en la población de mayores ingresos (véanse más adelante algunas cifras básicas sobre este sector).

c) Prestación de servicios sanitarios

Como se mencionó anteriormente (véanse secciones de i) recursos físicos y ii) mapa del sistema de salud), dentro del esquema de seguridad social (régimen contributivo y subsidiado), las EPS deciden si quieren prestar los servicios sanitarios dentro de su propia red de atención (integración vertical) o si quieren contratar estos servicios en la red pública o privada. Sin embargo, la Ley 1.122 del año 2007 ha venido reduciendo la libertad de contratación del prestador por parte de las aseguradoras. Ésta estipula que no más del 30% del valor total de las primas puede ser contratada en la red propia, regla que aplica tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, y se obliga a los aseguradores que operan en el régimen subsidiado a contratar por lo menos el 60% de las primas con los hospitales .

• *Distribución de la cobertura*

Como se desprende de la Tabla 2, el 42% de la población colombiana se encuentra afiliada al régimen contributivo, el 44% al régimen subsidiado, y sólo el 14% de la población carece aún de aseguramiento (2008). Algunas de las personas afiliadas en el régimen contributivo cuentan con un seguro privado voluntario de salud, sea mediante un plan de medicina prepaga, plan complementario o póliza de salud. Es importante resaltar que las aseguradoras

privadas no pueden vender planes o pólizas de salud, a personas que no se encuentran afiliados al régimen contributivo, por lo que éstos vienen a complementar en todos los casos los beneficios que ya se reciben en dicho régimen.

Tabla 2
Cobertura del sistema de seguridad social de Colombia, 2008

	Personas	%
Régimen contributivo	18.390.848	42%
Régimen subsidiado	19.365.729	44%
Sin aseguramiento	6.289.255	14%
Total	44.045.832	100%

Fuente: Cálculos CEPAL con base en la Encuesta de Calidad de Vida de 2008.

- *Financiación por régimen de aseguramiento*

A continuación se describen brevemente los mecanismos de financiación del sistema de salud colombiano por régimen y montos asignados (véase Tabla 3).

a) Régimen contributivo¹⁶⁸

El régimen contributivo se financia principalmente con impuestos parafiscales (contribuciones a la nómina). En la actualidad, toda persona que tiene ingresos superiores a un salario mínimo legal (aprox. US\$ 250) tiene que aportar mensualmente el 12,5% de sus ingresos (en el caso de trabajadores dependientes, el empleador aporta el 8,5% y el trabajador el 4%) para financiar el SGSS¹⁶⁹. A cambio de esta contribución, el cotizante y sus familiares dependientes reciben el POS. El tope máximo de ingreso base de cotización está fijado en 20 salarios mínimos (aprox. US\$ 5.000) para un aporte máximo mensual de aproximadamente US\$ 625 por afiliado y grupo familiar. El 11% se usa para financiar el régimen contributivo y el 1,5% es canalizado hacia el régimen subsidiado. Un estudio reciente sobre el gasto de seguridad social en salud en Colombia, encuentra que en el año 2007 el gasto total del régimen contributivo era de 9.887 millones de dólares (PPA)¹⁷⁰. La mayor parte de este gasto (8.452 millones de dólares PPA), se gastó a través de las EPS, seguido por los regímenes especiales (esquemas de seguridad social de diferentes ramos públicos específicos tales como maestros y fuerza militar que aún no han tenido

¹⁶⁸ BARÓN, G., 2009.

¹⁶⁹ Con un mínimo de base de cotización de 1 y un máximo de 25 salarios mensuales mínimos legales vigentes (SMLV) 1 SMLV=496.900 pesos colombianos (2009)=403 US\$ (PPA).

¹⁷⁰ BARÓN, 2007.

que integrar los aportes de sus trabajadores al pool de recursos del régimen contributivo), y por las entidades adaptadas (EAS), que son esquemas de seguridad social de algunos ramos del sector público que se han venido integrando al régimen contributivo. La mayor parte del financiamiento del régimen contributivo proviene de los impuestos parafiscales (89%), seguido por algunos impuestos generales (8%)¹⁷¹ y los copagos, que tienen que hacer los afiliados en el momento de usar los servicios del POS (4%).

b) Régimen subsidiado

El régimen subsidiado es financiado por impuestos generales de orden nacional y local, y por un impuesto de solidaridad del 1,5% sobre los ingresos laborales que hacen todos los cotizantes del régimen contributivo. En 2007, el régimen subsidiado gastó un total de 3.116 millones de dólares (PPA), de los cuales el 82% provenía de impuestos generales de orden nacional o local, y un 18% provenía del impuesto de solidaridad que se cobra a todos los cotizantes del régimen contributivo.

c) Seguros privados voluntarios

Según Barón, 2007, el gasto en seguros privados voluntarios sumó 2.087 millones de dólares (PPA) en el año 2007¹⁷².

Tabla 3
Gasto en salud según regímenes, Colombia, 2007 (Millones de dólares PPA¹⁷³)

Régimen	Gasto	Fuentes de financiamiento		
		Aportes de seguridad social	Impuestos generales	Gastos de bolsillo
EPS	8.452,0	8.095,7		356,2
EAS ^{2/}	125,7	61,8	63,9	
Regímenes especiales ^{3/}	1.308,8	603,7	705,2	-
Total régimen contributivo	9.886,5	8.761,2	769,1	356,2
Régimen subsidiado	3.116,4	567,5	2.548,9	
Seguros privados voluntarios	2.087,2			2.087,2
Total	15.090,1	9.328,7	3.318,0	2.443,4

¹⁷¹ Los impuestos generales son constituidos por los aportes del Estado/patrono cuando el empleado trabaja en el sector público.

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ PPA=Paridad de Poder Adquisitivo.

Tabla 3 (2)
Gasto en salud según regímenes, Colombia, 2007 (Millones de dólares PPA¹⁷⁴)

Distribución por tipo de financiamiento (%)				
Régimen	Gasto total	Fuentes de financiamiento		
		Aportes de seguridad social	Impuestos generales	Gastos de bolsillo
EPS	100%	96%	0%	4%
EAS	100%	49%	51%	0%
Regímenes especiales	100%	46%	54%	0%
Total régimen contributivo	100%	89%	8%	4%
Régimen subsidiado	100%	18%	82%	0%
Seguros privados voluntarios	100%	0%	0%	100%
Total	100%	62%	22%	16%

Fuente: Cálculos CEPAL con base en la Encuesta de Calidad de Vida del 2008.

Notas:

1/ Datos proyectados.

2/ EAS=Empresas Adaptadas al Sistema.

3/ Regímenes especiales (Fuerzas Armadas, magisterio y ECOPETROL (empresa petrolera estatal).

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

El sector privado juega un rol importante en el sistema de salud colombiano ya que a diferencia de otros países de la región, compite con el sector público en la provisión de aseguramiento y prestación de servicios.

En cuanto a la prestación de servicios sanitarios, la sección sobre recursos físicos disponibles ya mostró que casi el 70% de las entidades prestadoras de servicios sanitarios pertenecen al sector privado¹⁷⁵. Además, las cuentas nacionales de salud¹⁷⁶ indican que el gasto en salud por prestadores privados de servicios sanitarios (profesionales independientes y entidades), representa cerca del 60% del gasto total en salud, y el sector público, el 40% restante.

A continuación se presenta una tipología de los sistemas privados de aseguramiento y se proveen algunas cifras básicas al respecto.

¹⁷⁴ PPA=Paridad de Poder Adquisitivo.

¹⁷⁵ No se conoce la distribución privado/público del mercado de prestación de servicios por nivel de complejidad.

¹⁷⁶ BARÓN, 2007.

3.1 Tipología de empresas o instituciones de salud privadas de aseguramiento

Las entidades privadas que ofrecen aseguramiento en salud en Colombia pueden clasificarse según el régimen en el que operan, el tipo de entidad (con o sin ánimo de lucro) y el tipo de producto que ofrecen. La Tabla 4 delinea el universo colombiano a partir de los anteriores tres criterios de clasificación.

En el régimen contributivo operan 23 EPS, y en el régimen subsidiado 49 aseguradoras¹⁷⁷. En el régimen subsidiado sólo el 13% de las aseguradoras son públicas, cerca de un tercio (27%) son privadas con ánimo de lucro y el resto son aseguradoras privadas sin ánimo de lucro. Además, entidades nuevas que quieran participar en este mercado no pueden tener fines de lucro¹⁷⁸.

Existen dos tipos de productos en el mercado privado de aseguramiento de salud en Colombia:

- El Plan Obligatorio de Salud (POS y POS-S), ofrecido por las EPS del régimen contributivo y subsidiado.
- Los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.)

Los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) a su vez se clasifican:

- Los planes complementarios de salud, también ofrecidos por las EPS como complemento al POS.
- Los planes de asistencia sanitaria, ofrecidos por las empresas de medicina prepaga (EMP) y agrupados en su mayoría en ACEMI (Asociación Colombiana de Medicina Integral).
- Los seguros privados voluntarios (prestan asistencia sanitaria y también reembolsan gastos), ofrecidos por las empresas de seguros y agrupadas en FASECOLDA (Federación de Aseguradores Colombianos).
- Adicionalmente, están los seguros ofrecidos por las empresas de ambulancia prepagada, agrupados también en ACEMI.

¹⁷⁷ Basado en datos provistos por la Dirección de Gestión de Demanda del Ministerio de la Protección Social.

¹⁷⁸ Ibid.

Tabla 4
El universo de las aseguradoras privadas en Colombia
por tipo de entidad y producto ofrecido

Tipo y producto Régimen	Tipo de entidad aseguradora			Tipo de producto ofrecido		
	Con ánimo de lucro	Sin ánimo de lucro	Total	Asistencia sanitaria	Seguro de reembolso	Otros ^{1/}
Régimen previsional						
1. Régimen subsidiado	X	X	X	POS-S	N.A	
2. Régimen contributivo	X	X	x	-POS -Planes adicionales de salud (PAS)	N.A	
Seguros privados voluntarios	X	N.A.		-Planes de medicina prepaga (PMP) -Pólizas de seguros de salud	Pólizas y seguros de salud	Seguros de ambulancia prepaga SAP

Fuente: Autores.

1/ En Colombia este rubro se refiere especialmente a los seguros de ambulancia prepaga que han sido ofrecidos en forma masiva por parte del sector privado.

3.2 Mercado de la salud privada: principales cifras

Al igual que en la mayoría de los países de América Latina, no existe información básica sistemática consolidada para los diferentes actores que ofrecen productos privados de aseguramiento de salud en Colombia. Así por ejemplo, FASECOLDA sistematiza información sobre seguros privados en general y algunos datos sobre seguros privados de salud de reembolso. Por otro lado, ACEMI proporciona información sobre algunas de las aseguradoras privadas que operan en el régimen contributivo, sobre las empresas de medicina prepaga y sobre algunos otros productos de salud. La información que se reporta a continuación es, por lo tanto, dispersa y en ocasiones incompleta.

Se muestran las principales cifras disponibles en las Tabla 5 y 6.

Tabla 5
Cifras básicas de la industria privada de aseguramiento en Colombia¹⁷⁹

A	Número de empresas privadas de aseguramiento de salud		
	EPS privadas régimen subsidiado	10	
	EPS privadas régimen contributivo	22	*
	Empresas de medicina prepaga	11	
	Compañías de seguros de salud, 2008 (comercializan salud sólo ocho)	18	[i]
	Empresas de ambulancia prepaga	9	
B	Beneficiarios		
	EPS privadas adscritas a ACEMI, régimen subsidiado, 2008	2.867.617	**
	EPS privadas adscritas a ACEMI, régimen contributivo, 2008	15.459.114	***
	Empresas de medicina prepaga, 2008	818.425	****
	Compañías de seguros de salud, 2008	397.408	^{1/} [ii]
	Empresas de ambulancia prepaga, 2008	ND	

Fuente: FASECOLDA y ACEMI.

Notas:

1/ Según Encuesta de Calidad de Vida 2008. Incluye empresas privadas y públicas al no disponer de información desagregada.

2/ * Información Publicada en la página WEB de la Superintendencia Nacional de Salud, se incluye a la nueva EPS (capital Mixto).

** Población activa (independiente del estado de carnetización) de las EPS-S afiliadas a ACEMI (cinco entidades).

*** Población activa en el Sistema de Información de Afiliaciones y Movilidad - SIAM. 15 entidades, no incluye la Nueva EPS.

[i] y ii] Las dos más importantes son SURAMERICANA y Colseguros, que conjuntamente representan más del 70% del mercado en términos del valor de las primas emitidas.

¹⁷⁹ Los datos estadísticos sobre los seguros privados son tomados del sitio web de la Federación de Aseguradores Colombianos, FASECOLDA, sección seguros vida y personas. El sitio web se encuentra en: <http://www.fasecolda.com/>

Tabla 6
Cifras básicas de la industria privada de aseguramiento, indicadores financieros¹⁸⁰

	Indicadores financieros	Pesos col. (COP\$)	1/	Dólares US (US\$)
C.	Ingresos operacionales			
	EPS privadas adscritas a ACEMI régimen subsidiado, 2008	688.445.566	^	289.994
	EPS privadas adscritas a ACEMI régimen contributivo, 2008	8.245.593.556	^^	3.473.291
	Empresas de medicina prepaga adscritas a ACEMI, 2008	1.342.855.978	^^^	565.651
	Compañías de seguros de salud, 2008	518.190	[ii]	218
	Empresas de ambulancia prepaga, 2008	ND		
D.	Gastos operacionales			
	EPS privadas régimen subsidiado, 2008	646.031.803	^	272.128
	EPS privadas régimen contributivo, 2008	7.335.147.155	^^	3.089.784
	Empresas de medicina prepaga, 2008	1.007.697.623	^^^	424.472
	Compañías de seguros de salud, 2008	ND		
	Empresas de ambulancia prepaga, 2008	ND		
E.	Primas promedio			
	EPS régimen subsidiado (UPC-S), 2008	242.370		102
	EPS régimen contributivo (UPC), 2008	430.488		181
	Empresas de medicina prepaga	1.640.781		691
	Compañías de seguros, 2008	ND		
	Empresas de ambulancia prepaga, 2008	ND		
F.	Siniestralidad Cta Cñia (LR)			
	EPS régimen subsidiado 2008	93,8%		
	EPS régimen contributivo 2008	89,0%		
	Empresas de medicina prepaga	75,0%		
	Compañías de seguros 2008	69,4%		
	Empresas de ambulancia prepaga	ND		
G.	Ratio combinado			
	EPS régimen subsidiado 2008	101,0%	^	
	EPS régimen contributivo 2008	99,0%	^^	
	Empresas de medicina prepaga	98,8%	^^^	
	Compañías de seguros 2008	111,0%		
	Empresas de ambulancia prepaga	ND		

¹⁸⁰ Los datos estadísticos sobre los seguros privados son tomados del sitio web de la Federación de Aseguradores Colombianos, FASECOLD, sección seguros vida y personas. El sitio web se encuentra en: <http://www.fasecolda.com/>

Tabla 6 (2)
Cifras básicas de la industria privada de aseguramiento, indicadores financieros

	Indicadores financieros	Pesos col. (COP\$)	1/	Dólares US (US\$)
H.	Resultado técnico			
	EPS régimen subsidiado 2008	42.413.763	^	17.866
	EPS régimen contributivo 2008	910.446.401	^^	383.507
	Empresas de medicina prepaga	335.158.355	^^^	141.179
	Compañías de seguros 2008	-47.452		(20)
	Empresas de ambulancia prepaga	ND		

^{1/}Tasa promedio de cambio del año.2008, 1 US\$=2.374 pesos colombianos.

^De acuerdo a la información reportada por las entidades del Régimen Subsidiado afiliadas a ACEMI. En miles de pesos colombianos.

^^De acuerdo a la información reportada por las entidades del Régimen Contributivo afiliadas a ACEMI. En miles de pesos colombianos.

^^^De acuerdo a la información reportada por las entidades de Medicina Prepagada afiliadas a ACEMI. En miles de pesos colombianos.

[i] y ii] Las dos más importantes son SURAMERICANA y Colseguros que conjuntamente representan más del 70% del mercado en términos del valor de las primas emitidas.

3.3 Tratamiento del gasto farmacéutico

La Cámara Farmacéutica de la ANDI (Asociación Nacional de Industriales) de Colombia, estima que en el año 2007, el mercado interno de medicamentos representaba 1.808 millones de dólares. La mayoría de este consumo (71,3%) fue cubierto con producción nacional¹⁸¹. Según cifras analizadas por la Espicom Business Intelligence el mercado farmacéutico de Colombia es el quinto de la región en términos de su valor total, detrás de Brasil, Venezuela y México¹⁸². Se estima que para el año 2010, el mercado institucional (sistema público y de seguridad social) representará el 52% del total, indicando la gran expansión que ha tenido el esquema de aseguramiento universal en Colombia (actualmente por encima del 90%). Del total de medicamentos vendidos en el canal institucional, se estima que el 60% del valor corresponde a medicamentos innovadores, y el 40% a genéricos.

¹⁸¹ ANDI ASOCIACIÓN NACIONAL DE EMPRESARIOS DE COLOMBIA-CÁMARA DE DE LA INDÚSTRIA FARMACÉUTICA y GÓMEZ, R. A., 2009.

¹⁸² ESPICOM BUSINESS INTELLIGENCE LTD, 2009.

El régimen contributivo y subsidiado cubre todos los medicamentos ambulatorios y hospitalarios requeridos por los pacientes, siempre y cuando éstos se encuentren dentro del listado nacional de medicamentos, y los medicamentos requeridos estén asociados a servicios de salud cubiertos en el plan de salud vigente (POS en el régimen contributivo y POS-S en el régimen subsidiado).

3.4 Papel del micro-seguro

No existe información disponible que sistematice la experiencia de los micro-seguros en el ámbito de salud en Colombia o que provea datos estadísticos al respecto¹⁸³.

4. REFORMA DE SALUD

La Ley 100 de 1993 es la reforma más importante que ha tenido el sector de salud de Colombia en las últimas décadas. Con ella se dio fin al monopolio existente en el sistema tradicional de seguridad social y en el sector público, y se abrió el espacio al sector privado para la provisión de servicios sanitarios y de aseguramiento en el interior del sistema de seguridad social de salud.

Referencias bibliográficas

ANDI ASOCIACIÓN NACIONAL DE EMPRESARIOS DE COLOMBIA-CÁMARA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y GÓMEZ, R. A., 2009. El mercado de medicamentos en Colombia. ACEMI Marzo 31 de 2009, Bogotá.

BARÓN, G., 2007. Cuentas de Salud de Colombia, 1993-2003, Bogotá.

BARÓN, G., 2009. Cuenta de Seguridad Social de Colombia 1993-2007. IN CENTRANGOLO, O. y CEPAL (éds.), Una propuesta metodológica para la medición homogénea del gasto en Seguridad Social en América Latina, Santiago de Chile.

BECERRIL, M. V., DEDIOS, R. J., ANNICK, M. y GARRIDO, F., 2008. Mapa del sistema de salud de Chile, Versión preliminar. Distrito Federal México, Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud FUNSALUD)

BECERRIL, V. M., VÁSQUEZ, J. y CORCHO, A., 2008. Mapa del sistema de salud de Colombia, IN INSTITUTO CARSO DE SALUD y FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD (éds.) Atlas de la salud en México.

CIA World Factbook.

ESPICOM BUSINESS INTELLIGENCE LTD, 2009. The Pharmaceutical Market, Colombia.

MEZA CARVAJALINO, C. A. e ISAZA CASTRO, J. G., 2005. Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunas escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia, Archivos de Economía no. 288. Bogotá, Departamento Nacional de Planeación.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, 2005. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, Bogotá.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, 2008. Indicadores Básicos 2008. Bogotá.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA y CENDEX, 2009. Recursos Humanos en Salud en Colombia. Balances, competencias y Prospectiva. Tercera Edición, Bogotá.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA y CODAZZI, I. G. A., 2008. Atlas de la Salud de Colombia, Bogotá.

ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL OISS y AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL, 2007. BANCO DE INFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL IBEROAMERICANOS, Madrid.

OROZCO AFRICANO, J. M., 2009. Caracterización del mercado de aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia.

PERRY, G., 2007. Informalidad: Escape y Exclusión, Washington D.C, Banco Mundial.

RAMÍREZ, J., 2010. La Emergencia Social en Salud: De las Contingencias Regulatorias a la Desilusión Ciudadana. Coyuntura Javeriana.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, W., 2009. World Health Statistics 2009, Ginebra.

6 COSTA RICA

Acrónimos	
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
MS	Ministerio de Salud

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

En el 2009 la población de Costa Rica llegó a 4,25 millones de habitantes, de los cuales el 49,2% son mujeres¹⁸⁴. En el mismo año, la esperanza de vida al nacer fue de 78 años, debido sobre todo a la disminución de la mortalidad infantil, que se redujo más de un tercio en los últimos 15 años¹⁸⁵. La esperanza de vida en Costa Rica es la más alta de América Latina y el Caribe, similar a las de Chile y Cuba¹⁸⁶. La mortalidad adulta general en Costa Rica ha disminuido de 115 por 1.000 habitantes en 1990 a 95 en 2006¹⁸⁷.

La tasa de fertilidad descendió de 5,0 en 1970 a 2,1 en 2006¹⁸⁸. Por lo que se refiere a la estructura por edades de la población, Costa Rica se encuentra en una situación privilegiada, disfrutando de lo que se denomina el "bono demográfico": el 64% de la población está constituida por personas de entre 15 y 60 años de edad¹⁸⁹. Dado que la demanda de la atención a la salud tiende a concentrarse en

¹⁸⁴ CIA World Factbook.

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ WHO, 2009.

¹⁸⁷ Ibid.

¹⁸⁸ Ibid.

¹⁸⁹ CIA World Factbook.

los primeros y últimos años de la vida, esta estructura demográfica ha disminuido la presión sobre el sistema de salud. El descenso de las tasas de mortalidad y fecundidad, y el incremento de la esperanza de vida están produciendo un proceso de envejecimiento de la población. Por ello, aunque en 2006 las personas mayores de 60 años representaron el 8% del total de la población¹⁹⁰, en 2050 se estima representarán el 21%¹⁹¹.

- *Estadísticas de empleo*

Costa Rica cuenta con una población económicamente activa de aproximadamente 2,06 millones de personas (2008)¹⁹². De esta población el 71,2% trabaja en el sector formal, una proporción de la población que no ha variado más del 4% en la última década¹⁹³. En Costa Rica la tasa de desempleo fue de 6,4% en 2009. El salario mínimo en Costa Rica es de US\$ 349 por mes. El salario promedio en es de US\$ 573 por mes¹⁹⁴.

- *Contexto económico*

El PIB en Costa Rica para el año 2008 fue de US\$ 480 mil millones (PPP) con un crecimiento real anual del 2,6% para el 2008 en relación al 2007. La economía (PIB) de Costa Rica está en el lugar 89 del mundo. El PIB per cápita en Costa Rica es de US\$ 11.800 (PPP), puesto 98 a nivel mundial en el 2008. La tasa de inflación en el 2008 se estimó en 13,4%¹⁹⁵.

- *Estadísticas sanitarias*

- a) Recursos estructurales

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cuenta en el primer nivel de atención con unos 893 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y alrededor de 1.800 consultorios de visita periódica para zonas muy alejadas y poco pobladas, donde no ha sido posible o no se ha considerado necesario

¹⁹⁰ Ibid.

¹⁹¹ Muiser *et al.*, 2008.

¹⁹² CIA World Factbook.

¹⁹³ ILO, 2009a.

¹⁹⁴ CEPAL, 2008.

¹⁹⁵ CIA World Factbook.

establecer un centro de salud. En el segundo nivel de atención la CCSS cuenta con 13 clínicas, 13 hospitales periféricos y siete hospitales regionales. Existen cuatro tipos de clínicas y tres tipos de hospitales según su capacidad resolutive¹⁹⁶.

En el tercer nivel de atención la CCSS cuenta con seis hospitales especializados y tres hospitales generales de concentración nacional. Con una red de servicios y un sistema de referencia altamente definido, cada uno de los tres hospitales generales es responsable de atender a la población de un área del país y todos los establecimientos de salud de ese área les remiten los pacientes para intervenciones complejas¹⁹⁷.

En el segundo y tercer nivel de atención existen en total 5.625 camas, lo cual significa un promedio de 13 camas por 10.000 habitantes, una proporción más alta que la Nicaragua (9) pero menor a la de Panamá (18)¹⁹⁸. En 1999 la CCSS contó con 3,7 laboratorios clínicos, 0,7 bancos de sangre por 100.000 habitantes, y 0,11 equipos de radiodiagnóstico por 10.000 habitantes. En el sector privado había 2,4 y 0,1 laboratorios clínicos y bancos de sangre, respectivamente, por 100.000 habitantes en ese año¹⁹⁹.

b) Recursos humanos

En 2006 Costa Rica contaba con un total de 5.847 médicos, 679 dedicados a funciones administrativas y 5.168 dedicados a funciones sanitarias. Además contaba con 2.543 enfermeras y enfermeros, y 681 odontólogos, entre otro personal de salud. El total de personal profesional de salud para el país asciende a 10.754²⁰⁰. Estos datos representan una ración de 13 médicos por 10.000 habitantes y 9 enfermeras por 10.000 habitantes un número similar de médicos por habitante al de países como El Salvador (12), Bolivia (12) y Colombia (14)²⁰¹.

c) Recursos financieros

En el período 1996-2006 el gasto total en salud como porcentaje del PIB se mantuvo alrededor del 7,7%, ligeramente mayor que el promedio latinoamericano

¹⁹⁶ Muiser *et al.*, 2008.

¹⁹⁷ Ibid.

¹⁹⁸ WHO, 2009.

¹⁹⁹ Ibid.

²⁰⁰ Ibid.

²⁰¹ Ibid.

(6,7%) y menor que el gasto de países como Argentina (10,1%), Colombia (7,3%) y Uruguay (8,2%), pero superior al gasto de Chile (5,3%) y México (6,2%). En 2006 el 68% del gasto total en salud era público y el 32% restante, privado. Aproximadamente el 94% del gasto del Gobierno en salud corresponde a los fondos de la seguridad social, los cuales representan más de 76% del gasto total en salud, una proporción más alta que la del promedio de países de la región que en su mayoría se encuentran por debajo de un 60%. Por otro lado, los pagos de bolsillo de los hogares representan el 88,7% del gasto privado en salud²⁰². El gasto privado restante se debe al pago hacia planes de prepago ofrecidos por el INS, así como al gasto realizado por organizaciones de la sociedad civil en beneficio de los hogares²⁰³.

Como parte de la reforma del sector salud, en 1997 la CCSS introdujo un nuevo sistema para la distribución de fondos basado en los llamados "compromisos de gestión" para incrementar la efectividad y eficiencia de los servicios prestados, creando así un mercado interno. Las funciones básicas del sistema, además, se separaron: la rectoría queda a cargo del MS, la prestación a cargo de la CCSS y el sector privado, y el financiamiento a cargo de la Gerencia Financiera de la CCSS²⁰⁴.

La compra de servicios quedó en manos de la Gerencia Administrativa de la CCSS. Hasta esa fecha, los recursos públicos se asignaban a los hospitales y clínicas en base a presupuestos históricos y el sistema de pago a los prestadores de servicios era retrospectivo. Los compromisos de gestión o contratos de prestación estipulan la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos, el monto de recursos financieros requeridos y el tipo de evaluación aplicada. El sistema de pago es capitado y prospectivo e incluye un 10% del presupuesto para incentivos. El pago a los prestadores, sin embargo, sigue siendo salarial con base en una escala manejada a nivel central²⁰⁵.

El sistema de compromisos de gestión se implementó en todos los establecimientos públicos (y privados contratados por la CCSS) y áreas de salud. Sin embargo, su impacto varía y a veces es limitado porque el proceso no se ha implementado con la intensidad planteada en un principio y no ha avanzado lo suficiente como para responder a las necesidades de salud ni a los indicadores de impacto²⁰⁶.

²⁰² Ibid.

²⁰³ Ibid.

²⁰⁴ Ibid.

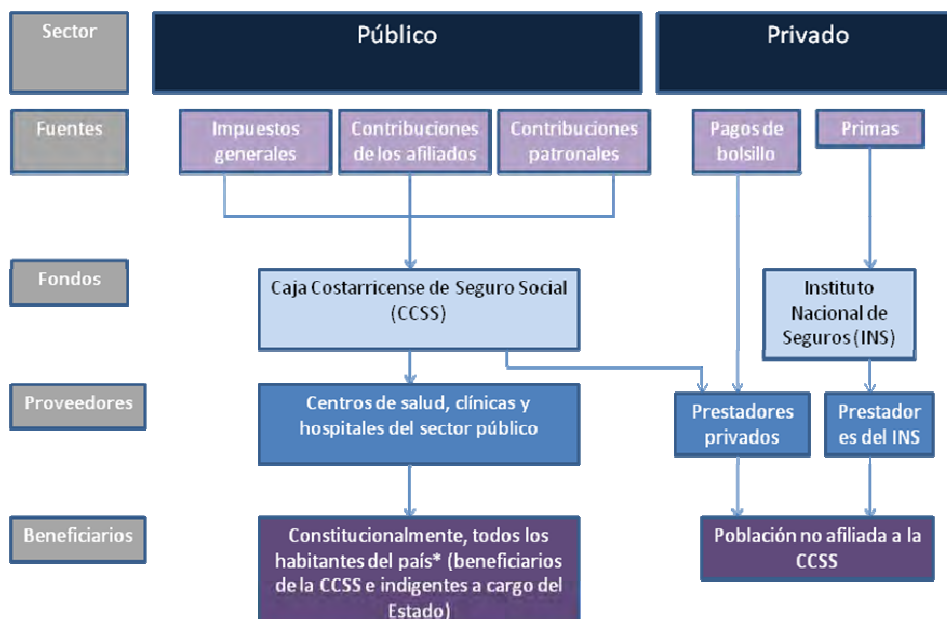
²⁰⁵ Ibid.

²⁰⁶ Ibid.

2 SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

Figura 11
Mapa del sistema de salud de Costa Rica



Fuente: Muiser *et al.*, 2008.

Como se desprende de la Figura 11, el sistema de salud de Costa Rica está constituido por el sector público, que corresponde a la seguridad social, y el sector privado. La seguridad social está en manos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y, en menor medida, del Instituto Nacional de Seguros (INS). La CCSS es una institución pública autónoma que se encarga del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios públicos de salud a través del seguro de enfermedad y maternidad. Se financia con fondos provenientes de las contribuciones de sus afiliados, los patrones o empleadores y del Estado, y presta servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos. El INS opera tanto en el sector público como en el privado. En el público financia y compra servicios de salud, sobre todo a la CCSS, relacionados con los seguros obligatorios de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, y accidentes de circulación. En el privado funciona como proveedor, casi único hasta el momento, de un seguro privado de salud.

El sector privado está compuesto por una amplia red de prestadores de servicios de salud que ofrecen principalmente atención primaria, ambulatoria y odontológica

con fines lucrativos y servicios de salud sin fines lucrativos (Cruz Roja y Hogares CREA). Los hospitales del sector privado se centran en servicios no esenciales tales como cirugías estéticas o servicios complementarios a aquellos brindados por el plan de beneficios de la seguridad social. Hasta ahora el sector privado se financia predominantemente con pagos de bolsillo, incluso de beneficiarios de la seguridad social que prefieren hacer uso de los servicios privados. El Ministerio de Salud es el rector del sector salud y es responsable de la emisión de normas y reglamentos, la dirección y conducción del sistema, la regulación sanitaria y de la atención a la salud, la vigilancia epidemiológica, la investigación y el desarrollo tecnológico²⁰⁷.

2.2 Un poco de historia

A continuación se presentan diez hitos en la historia del sistema costarricense de salud:

1941-1943: Creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

1949: Derecho Constitucional para trabajadores manuales e intelectuales a la protección contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte a través de los seguros sociales.

1956: Ampliación de la cobertura a familiares de los trabajadores afiliados.

1961: Universalización del seguro a toda la población (a realizarse en diez años)

1973: Traspaso de los hospitales de la Junta de Salud a la CCSS. (Ley General de Salud (derecho a las prestaciones de salud para todo habitante del país según las leyes y reglamentos).

1974-1989: Introducción de Medicina Empresa / Introducción de Medicina Mixta.

1984: Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado para la cobertura de la población indigente.

1992-1993: Inicio de la reforma del sector salud que transforma al Ministerio de Salud en rector del sistema de salud. Establecimiento de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS).

1997-1998: Introducción de los Compromisos de Gestión (separación interna de las funciones de provisión y compra dentro de la CCSS). Ley de

²⁰⁷ Ibid.

Desconcentración de los Hospitales y Clínicas e inicio del funcionamiento de las Juntas de Salud.

2004-2006: Reglamento para la Afiliación de los Trabajadores Independientes. Reglamentos de Salud

En 1992 se aprobaron dos préstamos del BID y el BM para llevar a cabo la reforma del sector salud. El incremento en los costos de provisión de servicios, sobre todo hospitalarios, los bajos niveles de eficiencia en la producción de éstos y la insatisfacción tanto de los usuarios como de los prestados de servicios, originaron el diseño de una reforma cuyos objetivos fueron los de construir un sistema más flexible, más orientado al usuario y con una mayor competencia entre los prestados de servicios. Los objetivos principales de esta reforma fueron: trasladar la rectoría sectorial al Ministerio de Salud y fortalecer institucionalmente tanto al Ministerio de Salud como a la CCSS²⁰⁸.

Tres grandes innovaciones han marcaron desarrollo del sector salud de Costa Rica a través de esta reforma. La primera es el rediseño del modelo de atención enfocado principalmente en el primer nivel, que implicaba promover un modelo de planificación basado en necesidades de salud con base geográfico-poblacional, aumentar la capacidad resolutive de la atención de primer nivel e introducir los EBAIS. La segunda gran innovación fue la introducción de los compromisos de gestión. La tercera fue la desconcentración de los servicios de salud aunada a la introducción de las Juntas de Salud²⁰⁹.

En relación a los servicios de salud, los objetivos principales fueron reforzar el primer nivel de atención, fortalecer la prevención y la promoción de la salud con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad a medio y largo plazo, optimizar el sistema de referencias, e incrementar la eficiencia y calidad de los servicios curativos prestados. Para el sector hospitalario se establecieron metas en términos de "unidades de producción hospitalaria". Para las áreas de salud se elaboraron normas y guías de atención integral del primer nivel²¹⁰.

La reorganización institucional que se realizó en la CCSS consistió en la desconcentración del sistema y la separación interna de funciones, o dicho de otra manera, la creación de un mercado interno o cuasi-mercado. Para ello se creó la Dirección de Compras como parte de la Gerencia División Administrativa, encargada de la función compradora. Esta dirección compra los servicios requeridos en base a los compromisos de gestión de la Gerencia División Médica

²⁰⁸ Ibid.

²⁰⁹ Ibid.

²¹⁰ Ibid.

(prestadores de la CCSS) y, en caso necesario, de otros prestadores privados (cooperativas y otros) presentes en el mercado u área geográfica. El objetivo a largo plazo es convertir un modelo basado en la oferta en uno basado en la demanda²¹¹.

La reforma se llevó a cabo en un principio en las regiones menos avanzadas; en las áreas rurales periféricas y de baja densidad poblacional, caracterizadas por un nivel educativo relativamente bajo y una mortalidad infantil relativamente alta. Más tarde se implementó en las regiones con una densidad poblacional más alta, como el área metropolitana. Hasta el momento la reforma ha logrado incrementar la cobertura geográfica de diferentes programas de atención integral y el número de consultas en general. Además, la desconcentración y los compromisos de gestión han llevado a un incremento en el número de consultas y servicios proporcionados per cápita en hospitales y de servicios alternativos que se prestan en el domicilio de los afiliados²¹².

En 1949 la Constitución Política de Costa Rica define como irrenunciable el derecho de los trabajadores a la protección contra los riesgos de enfermedad a través del seguro social. En 1973 se propone la Ley General de Salud que define la salud de la población como un bien de interés público y estipula que es una función esencial del Estado garantizar la salud de la población, otorgando el derecho a las prestaciones de salud pública a todos los habitantes del país. Esta disposición ha hecho posible que Costa Rica expanda en pocas décadas los servicios públicos de salud a todo el país, que redujera la mortalidad infantil y materna, y que incrementara la esperanza de vida a un nivel similar al de los países desarrollados²¹³.

De acuerdo con el Código de la Niñez y la Adolescencia, todos los menores de edad y mujeres embarazadas que no estén protegidos por el seguro familiar ni obligados a cotizar están asegurados a cargo del Estado. Los otros regímenes no contributivos a cargo del Estado se enfocan en ciertos grupos tales como los pensionados, los indigentes o personas que viven en extrema pobreza²¹⁴.

²¹¹ Ibid.

²¹² Ibid.

²¹³ Muiser *et al.*, 2008.

²¹⁴ Ibid.

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación básica más importante vigente en el sistema de salud costarricense.

Tabla 1
Legislación básica del sistema de salud de Costa Rica

Norma	Año	Objeto
Ley CRI-1987-L-4757 Decreto núm. 17898-S relativo a los asegurados por cuenta del Estado	1987	Este decreto, con el fin de garantizar la atención integral de la salud para toda la población, reconoce el derecho de los "asegurados por cuenta del Estado" a recibir servicios para la protección de su salud sin el pago directo de su parte en las instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social. Define como "asegurado por cuenta del Estado" al usuario de los servicios de salud que no está comprendido en alguno de los regímenes, categorías y convenios propios de la Caja y que además no tenga capacidad de pago.
Ley CRI-1996-R-26208 Reglamento del Seguro de Salud, aprobado por la Caja Costarricense de Seguro Social, el 3 de diciembre de 1996	1996	Establece los principios de universalidad, igualdad, subsidiariedad estatal, integralidad y suficiencia, eficiencia, participación social, obligatoriedad, territorialidad y otorga el derecho de aseguramiento voluntario al sistema, a quienes no estuviesen obligados. Son asegurados directos: los trabajadores asalariados, los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, cabezas de familia asegurados por cuenta del Estado y aquellos que se acojan al seguro voluntario. Regula la protección de los familiares del asegurado. Reglamenta la cobertura y prestaciones, las que comprenderán, entre otros, los subsidios por incapacidad, por enfermedad y por maternidad. Quedan excluidos los casos de riesgos del trabajo que de conformidad con la Ley núm. 6727 de 1982, corren por cuenta del patrono o del Instituto Nacional de Seguros. En el capítulo VI, derechos y deberes de los usuarios, se dispone sobre los derechos de los asegurados, de la mujer embarazada, del niño, y de las obligaciones y responsabilidad de los asegurados. Forman parte de este Reglamento para los efectos de su interpretación, integración y aplicación, los Convenios de la OIT suscritos y ratificados por Costa Rica.

Fuente: ILO, 2009a.

Según la Constitución costarricense, las prestaciones en salud se otorgan al 100% de la población, pero la CCSS implementa esta normativa sólo en casos de emergencia por razones de contención de costos. En el Reglamento de Salud de 2006, la CCSS consolida la universalidad del seguro de salud. Sin embargo, al

contrario de lo que dice la Constitución, el reglamento estipula que el derecho a esta cobertura está sujeto a las disposiciones de este reglamento. Esta cláusula le otorga a la CCSS la potestad de limitar el acceso a sus servicios a los "no asegurados"²¹⁵.

El Reglamento de Salud de 2006 también describe la obligatoriedad del seguro social para todos los trabajadores asalariados e independientes y los beneficiarios de los regímenes nacionales de pensión que viven en el territorio de Costa Rica. Sin embargo, define al "asegurado" como una persona que tiene derecho a recibir las prestaciones del seguro de salud, parcial o totalmente, sólo si cumple con ciertos requisitos sobre cotizaciones, parentesco o dependencia económica o condición socioeconómica de la familia. Al "no asegurado" lo define como habitante del país con capacidad contributiva, pero quien elige no contribuir al seguro de salud. Este reglamento indica que aunque existe un propósito de universalización del sistema de seguro de salud social, los ciudadanos costarricenses deben cumplir con ciertos requisitos de contribución²¹⁶.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

a) Sector público

El sector público de salud costarricense está compuesto por cinco entidades públicas: la CCSS, el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Ministerio de Salud (MS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y la Universidad de Costa Rica (UCR). La CCSS tiene a su cargo el financiamiento y la prestación de la mayoría de los servicios públicos de salud, que se financian a través del seguro de enfermedades y maternidad. En el primer nivel de atención, la CCSS divide sus actividades en siete regiones sanitarias que a su vez se subdividen en 104 áreas de salud, que en su mayoría corresponden a la división político-administrativa del país, los cantones. Cada área de salud cuenta con una clínica y se subdivide, a su vez, en dos o más sectores de salud, que son divisiones geográficas en las que habitan, en promedio de 4.000 a 4.500 personas. Cada sector de salud está a cargo de un equipo de recursos humanos denominado Equipo Básico de Atención Integral en Salud o EBAIS. Estos equipos están ubicados dentro de una clínica o un centro de salud. La CCSS cuenta en la actualidad con 953 EBAIS²¹⁷.

²¹⁵ Ibid.

²¹⁶ Ibid.

²¹⁷ Sanigest Internacional, 2009.

Un pilar importante de la reforma del sector salud de Costa Rica fue la introducción del nuevo modelo de atención integral basado en los EBAIS. El objetivo de este modelo ha sido de mejorar las condiciones de salud de la población y mejorar la eficiencia de los servicios de salud a través de la integración de los servicios de promoción de la salud, control de riesgos y prevención de enfermedades, y curación. Los EBAIS implementan programas integrados enfocados en grupos de edad (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), sexo (adolescentes y mujeres en edad reproductiva) y morbilidad (diabetes e hipertensión, entre otras)²¹⁸.

Cada EBAIS está integrado por un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria; atiende a un sector limitado de la población, y cuenta con un equipo de apoyo compartido con los demás EBAIS de la región, compuesto por un trabajador social, una enfermera, un médico, un nutricionista, un farmacéutico, un microbiólogo y un técnico en registros médicos²¹⁹.

En el segundo nivel de atención la CCSS cuenta con diez clínicas, 13 hospitales periféricos y siete hospitales regionales. Existen cuatro tipos de clínicas y tres tipos de hospitales definidas según su capacidad resolutive. En el tercer nivel de atención hay seis hospitales especializados y tres hospitales generales de concentración nacional y alta especialidad²²⁰. Cada uno de los tres hospitales generales es responsable de atender a la población de un área específica del país y todos los establecimientos de salud de esa área les remiten los pacientes para intervenciones complejas²²¹.

Como parte de un esfuerzo para extender los servicios de salud, la CCSS comenzó a contratar cooperativas para la prestación de servicios de salud en zonas necesitadas. Las cooperativas Coopesaín, Coopesalud, Coopesiba y Coopesana, y dos entidades no cooperativas, la Asociación ASEMECO y la Universidad de Costa, han llegado a atender al 15% de la población en base a compromisos de gestión²²².

El INS opera tanto en el sector público como en el privado. En el sector público financia y compra a la CCSS servicios de salud relacionados con los seguros

²¹⁸ Clark, 2002.

²¹⁹ Ibid.

²²⁰ Sanigest Internacional, 2009.

²²¹ CCSS, 2008.

²²² Muiser *et al.*, 2008.

obligatorios de riesgos de trabajo y accidentes de circulación. En el sector privado funciona como proveedor casi único de un seguro privado de salud. El MS dejó de proveer servicios de atención primaria en 1995 y desde esa fecha desarrolla exclusivamente actividades de rectoría: planeación estratégica del sector, regulación sanitaria y de la atención a la salud, vigilancia epidemiológica, investigación y desarrollo tecnológico en salud. Finalmente, el ICAA tiene a su cargo la prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado, mientras que la UCR está encargada de la formación de recursos humanos para la salud y presta servicios de atención primaria para la CCSS²²³.

b) Sector privado

En el sector privado Costa Rica cuenta con una red de proveedores que presta servicios principalmente ambulatorios y odontológicos. Este sector cuenta también con hospitales que en general ofrecen servicios no esenciales, como los servicios de cirugía reconstructiva. Para los servicios de alta complejidad, la población generalmente utiliza los hospitales públicos²²⁴. Según un estudio de la CEPAL (2001), muchas personas, en especial profesionales independientes con altos niveles de ingreso, utilizan la seguridad social y pagan por ella sólo cuando descubren que los costos de la atención privada son mayores que el costo del seguro²²⁵.

- *Distribución de la cobertura*

Los beneficiarios del seguro de salud, en principio todos los habitantes del país, se clasifican sobre la base de una serie de modalidades de aseguramiento que define la CCSS. En primer lugar están los trabajadores asalariados, y los pensionados y jubilados de alguno de los sistemas estatales. A continuación se encuentran los cabezas de familia asegurados por cuenta del Estado. En tercer lugar están las personas que se afilian de manera voluntaria, ya sea a título individual o colectivamente, así como los trabajadores independientes que lo hacen de igual manera. Se considera como derechohabientes del Beneficio Familiar a los familiares de los asegurados directos. Un cuarto grupo que se beneficia del seguro de salud es la población que vive en condiciones de pobreza²²⁶.

²²³ Ibid.

²²⁴ Ibid.

²²⁵ Herrero *et al.* 2001.

²²⁶ Muiser *et al.*, 2008.

El Beneficio Familiar es un régimen no contributivo financiado por los asegurados asalariados que se otorga al cónyuge, compañero/a, hijos, hermanos, padre, madre y otros menores que dependan económicamente de ellos. El Beneficio Familiar también comprende a los hijos y hermanos mayores desempleados de manera involuntaria, a los dependientes discapacitados para el trabajo, a los estudiantes a tiempo completo (hasta los 25 años) y a las personas que velan por alguno de sus padres mayores de 65 años o con discapacidad severa. En el caso de la unión libre, los compañeros reciben el Beneficio Familiar cuando la convivencia se ha mantenido en forma estable y bajo el mismo techo por un año mínimo. En todo caso, la CCSS tiene el derecho de determinar las relaciones de parentesco y dependencia económica²²⁷.

La afiliación a la CCSS no es inmediata o automática para los trabajadores del sector formal, sino que cada uno debe realizar el trámite de afiliación. Sólo los asalariados del sector público cotizan automáticamente. En el sector privado, los empleadores tienen que afiliarse primero y en función de la afiliación patronal se afilia cada trabajador. Los trabajadores independientes, por su parte, tienen que inscribirse a título personal, sin vinculación con ningún empleador. Una vez afiliados, empleados o independientes, la contribución mensual de estos grupos se vuelve obligatoria²²⁸.

Desde su fundación, en 1941, la cobertura de la CCSS creció consistentemente hasta los años noventa, cuando llegó a su nivel de aparente saturación, con alrededor del 87% de la población. Desde entonces el porcentaje de asegurados ha oscilado entre el 85,6 y el 87,5%.

Tabla 2
Cobertura de seguros de salud en Costa Rica

	% de la población				
	1970	1980	1990	2002	2006
Cobertura Contributiva	47,2	75,7	85,6	86,8	87,5
Asegurados directos activos	11,7	23,1	24,0	23,0	26,2
Asegurados directos asalariados	11,7	19,3	18,0	18,6	Na
Asegurados directos no asalariados	0,0	3,8	6,0	4,4	Na
Cuenta del Estado y sus familiares	0,0	0,0	9,2	12,9	11,5
Pensionados	0,2	3,0	4,6	6,4	6,3
Familiares de los asegurados directos	35,2	49,6	47,8	44,5	43,6
No Asegurados	52,8	24,3	14,4	13,2	12,5

²²⁷ Ibid.

²²⁸ Ibid.

Fuente: Muiser *et al.*, 2008.

- *Financiación*

a) Pública

Los fondos con los que se financia la CCSS son tripartitos: contribuciones de los trabajadores, patrones o empleadores privados y Estado. El Estado puede contribuir como empleador público, como encargado de los regímenes no contributivos y/o a través de contribuciones provenientes de impuestos generales. Las contribuciones al seguro de salud para 2008 están definidas y se calculan a partir de una contribución de los trabajadores asalariados equivalente al 5,5% de su ingreso. A esta contribución se suma un 9,25% del monto del salario pagado por los empleadores privados más un 0,25% del salario de todos los trabajadores del país, que paga el Estado. La contribución de los trabajadores y pensionados se determina de acuerdo con una escala establecida por la CCSS que se complementa con una cuota pagada por el Estado que compensa la ausencia de contribución patronal (Tabla 3)²²⁹.

Tabla 3
Contribuciones al sistema de salud costarricense

Contribuyente	Contribución
Trabajador asalariado*	5,5% de su salario
Empleador privado	9,25% de los salarios de sus trabajadores
Estado	0,25% de los salarios de todos los trabajadores del país
Pensionados	5% del monto de sus pensiones
Fondo que paga la pensión	8,75% del monto de la pensión que paga
Estado	0,25% del monto de las pensiones de todos pensionados cubiertos por este seguro
Asegurados voluntarios y trabajadores independientes	Se determina con base en la escala contributiva establecida por la CCSS. El Estado asume una cuota complementaria compensando la contribución patronal y el 0,25% que paga por todo trabajador
Asegurados por el Estado en condición de pobreza	Lo determina la CCSS

* La CCSS utiliza el ingreso de referencia mínimo de su escala contributiva para asegurados voluntarios y trabajadores independientes como la base mínima de cotización en todos los casos.

b) Privada

Por su parte, el sector privado se financia de manera directa con los pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir la atención y, hasta el momento, en una

²²⁹ Ibid.

pequeña medida (2% de todos los hogares), con los pagos indirectos que se hacen al esquema privado de aseguramiento ofrecido por el INS.²³⁰.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Empresas o instituciones de salud

Tabla 4
Proveedores del sector privado a quienes se les ha adjudicado
la administración de los servicios de salud completos

Proveedor privado	Inicio de operaciones	Zona de influencia
COOPESALUD R.L.	Agosto, 1988	Pavas
COOPESAIN R.L.	Enero, 1990	San Juan y Llorente en Tablas de San Miguel en Santo Domingo y San Vicente en Moravia
COOPESANA R.L.	Mayo, 1993	Santa Ana
SERMECOOP R.L.	Mayo, 1997	San Isidro de Heredia y San José de Alajuela
COOPESIBA R.L.	Febrero, 1998	Brava de Heredia
Universidad de Costa Rica	1999	San Pedro y Curridabat
ASEMECO	Septiembre, 2000	Escazu, Leon XII, La Carpio y Garabito

Fuente: Herrero *et al.* 2001.

3.2 Productos y coberturas que ofrecen

- *Tipo de prestación de las aseguradoras*

a) Programa médico de empresa

El programa médico de empresa es un medio alternativo y opcional de consulta externa donde la empresa, por su cuenta y riesgo, proporciona en sus propias instalaciones la consulta médica a sus empleados mientras que la CCSS, mediante una clínica adscrita, otorga a los asegurados atendidos los servicios de farmacia, laboratorio clínico y rayos X. El programa se diseñó para proveer consulta externa sin vincular el tratamiento de un asegurado directo con el

²³⁰ Ibid.

tratamiento en un hospital o centro médico. En el año 2000 existía un registro de 1.184 empresas inscritas y activas en este programa²³¹.

b) Programa de medicina mixta

El programa de medicina mixta tiene el objetivo de agilizar los servicios de atención ambulatoria del sistema de salud costarricense. Al igual que el programa de médico de empresa, es un medio alternativo y opcional de consulta externa, donde el asegurado directo o familiar puede contratar por su propia cuenta su consulta externa con un médico privado que seleccione, con el derecho a recibir por parte de la CCSS los medicamentos y servicios de diagnóstico. Durante el período de 1982 a 1995 el número de consultas creció significativamente, llegando en 1995 al 6,83% del número de consultas proporcionadas por el CCSS. El total de médicos inscritos en este programa en el año 2000 fue de 1.280²³².

c) Programa de libre elección médica

El Sistema de Libre Elección Médica (SLEM) tiene el objetivo de descongestionar los servicios especializados en los hospitales y en la consulta externa. El programa de Libre Elección Médica constituye el derecho a una ayuda económica por parte de la CCSS para que los asegurados puedan recurrir a los servicios médicos privados. Los servicios deben brindarse en instalaciones fuera de la institución y seguir procedimientos quirúrgicos, especialidades de consulta externa y parto normal que la Gerencia de División Médica que la CCSS autorice²³³.

d) Servicios administrados por proveedores privados

El programa de servicios administrados por proveedores privados es un sistema por el cual la adjudicación de la administración de los servicios de salud integrales es asignada a una cooperativa autogestionaria de servicios integrales de salud. Este sistema busca expandir la prestación de servicios ambulatorios de salud. Actualmente, el esquema de contratación posee una base geográfica y se basa en una tarifa por habitante comprendido dentro del área de salud atendida. La modalidad de contratación se ha llegado a generalizar de tal manera en que las

²³¹ Herrero *et al.* 2001.

²³² Ibid.

²³³ Ibid.

clínicas no sólo cubren una zona de influencia mayor, sino que también tienen a su cargo la administración de los EBAIS²³⁴.

3.3 Mercado de la salud privada: principales cifras

- *Empresas de seguros*

El reciente cambio producido en el marco normativo y la apertura del mercado asegurador no impidieron al Instituto de Seguros de Costa Rica obtener un crecimiento nominal del 32,6% y real del 16,4%. El volumen de primas ascendió a 336 mil millones de colones (435 millones de euros), siendo los ramos de Automóviles y Accidentes de trabajo los que concentraron la mayor parte del negocio, con una cuota del 32% y 30%, respectivamente²³⁵.

La siniestralidad se redujo en dos puntos y medio, hasta el 56,1%, fruto de las medidas adoptadas en el control de reclamaciones. Por el contrario, el ratio de gastos se incrementó cuatro puntos, hasta el 30,5%, de modo que el resultado neto disminuyó casi tres puntos y medio hasta el 22,5%, aunque fue el mejor de Centroamérica²³⁶.

La publicación de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, en julio de 2008, eliminó el monopolio estatal de seguros administrado por el Instituto Nacional de Seguros durante 84 años y propició que aseguradoras nacionales y extranjeras puedan ofrecer sus productos en Costa Rica. La Ley establece la creación de la Superintendencia General de Seguros, encargada de fiscalizar el cumplimiento de la Ley y de la regulación que emita el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF). El INS se mantiene como institución aseguradora estatal, pero deberá cumplir con idénticos requisitos y reglas a los del resto de entidades aseguradoras que se establezcan en el país.

Entre las compañías aseguradoras que ya han tramitado permisos para acceder al mercado costarricense se encuentran: Aseguradora Mundial, de capital panameño, Alico, de capital chileno, la estadounidense Pan American Life y Seguros del Magisterio, de capital nacional²³⁷.

²³⁴ Ibid.

²³⁵ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

²³⁶ Ibid.

²³⁷ Ibid.

a) Primas

En el año 2008 el volumen de primas del sector asegurador en Costa Rica fue de US\$ 607,4 millones, de éstos aproximadamente US\$ 410 millones se concentraron en seguros no vida²³⁸.

b) Siniestralidad

La siniestralidad para el sector asegurador en Costa Rica disminuyó del 58,6% en 2007 a 56,1% en 2008²³⁹.

c) Gastos

El porcentaje de gastos del sector asegurador en Costa Rica incrementó del 26,5% en 2007 al 30,5% en el 2008²⁴⁰.

d) Ratio combinado

El ratio combinado del sector asegurador en Costa Rica incrementó del 85,1% en 2007 al 86,6% en el 2008²⁴¹.

e) Resultado

Los resultados financieros del sector asegurador en Costa Rica disminuyeron de un 20,3% en 2007 al 17,7% en 2008. Por otro lado, el resultado técnico financiero en este mismo período pasó del 35,2% al 31,1%. El resultado neto disminuyó de 25,9% en 2007 al 22,5% en 2008²⁴².

3.4 Tratamiento del gasto farmacéutico

La CCSS cubre, además de servicios de atención y diagnóstico, los medicamentos requeridos por los asegurados. Desde el año 1989 existe una política institucional de medicamentos con el fin de identificar y hacer disponibles aquéllos considerados como esenciales. Actualmente la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) está compuesta por más de 500 medicamentos para atender los problemas del 97% de la población. Cada dos años se revisa y prepara una nueva versión de la LOM. La selección de medicamentos para la LOM es responsabilidad exclusiva del Comité Central de Farmacoterapia, que informa al MS de cualquier cambio.

²³⁸ Ibid.

²³⁹ Ibid.

²⁴⁰ Ibid.

²⁴¹ Ibid.

²⁴² Ibid.

Este Comité basa su trabajo en criterios científico-técnicos, como la evaluación comparativa de la eficacia, seguridad, cumplimiento, disponibilidad y costo de los medicamentos.

El nivel de abastecimiento de las farmacias en Costa Rica en 2007 alcanzó el 95%. El gasto en medicamentos y exámenes de laboratorio ha crecido de manera importante en los últimos años debido al aumento en el número de prescripciones, la incorporación a la LOM de algunos medicamentos muy costosos para la atención de enfermedades emergentes como el SIDA y el incremento general de los precios de los medicamentos y los exámenes de laboratorio²⁴³.

3.5 Papel del micro-seguro

No se ha encontrado información sobre el papel que juegan los micro-seguros en Costa Rica.

4. REFORMA DE SALUD

Como se ha descrito anteriormente en la sección de Historia del sistema de salud en Costa Rica, desde 1993, Costa Rica se ha encaminado hacia una reforma de salud. Como parte de esta reforma se incorporó a la CCSS además de los servicios asistenciales, los de prevención y promoción que antes tenía a su cargo el Ministerio de Salud. La reforma ha contado con cuatro puntos importantes: 1) la readecuación del modelo de atención, 2) el fortalecimiento de la rectoría por parte del Ministerio de Salud, 3) el desarrollo institucional de la CCSS, 4) la incorporación del sector privado²⁴⁴.

Referencias bibliográficas

CCSS, 2008. "Sistema de Salud en Costa Rica". Seminario Eurosocial Salud. México.

CEPAL, 2008. Panorama Social América Latina.

CIA World Factbook. CIA Publications, 2009.

²⁴³ Muiser *et al.*, 2008.

²⁴⁴ Ibid.

Clark, M., 2002. "Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System". Woodrow Wilson Center.
(https://wilsoncenter.org/topics/docs/Clark_Paper.pdf).

Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

ILO, 2009a. "Laborsta".

ILO, 2009b "NATLEX: database of national labour, social security and related human rights legislation." International Labour Organization, 2009.
http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.home?p_lang=en.

Herrero, F. y Duran, F., 2001. "EL sector privado en el sistema de salud de Costa Rica". CEPAL: Unidad de estudios especiales.

Muiser, J., Victor Becerril Montekio V., Saenz Madrigal, R., y Vindas, A., 2008. "Mapa del sistema de salud Costa Rica." Observatorio de la Salud.

Sanigest Internacional, 2009. "Impact of Health Insurance on Access, Utilization and Health Status in the Developing World: the Case of Costa Rica: Report on final results and analysis of impact of health insurance in Costa Rica."

WHO. World Health Statistics 2009. World Health Organization, 2009. Ginebra, Suiza. (<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>).

7 ECUADOR

Acrónimos	
CONASA	Consejo Nacional de Salud
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
JBG	Junta de Beneficencia de Guayaquil
MSP	Ministerio de Salud Pública
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PRO-AUS	Proyecto de Aseguramiento Universal de Salud
SELBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios
SODEM	Secretaría Nacional de Objetivos del Milenio
SOLCA	Sociedad de Lucha contra el Cáncer
SSC	Seguro Social Campesino
UMPS	Unidades Médicas Prestadoras de Salud

1 CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos:

- *Datos poblacionales*

Ecuador cuenta con una población de 13,7 millones de habitantes (2009) de los cuales el 49,9% son mujeres y el 65% vive en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende al 1,06% (2005-2010) inferior al promedio regional (1,12%) y menos de la mitad del observado hace apenas 20 años (2,42% para el período 1985-990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 30,6% de la población, mientras que los mayores de 65 años suponen el 6,6%, cifra inferior a otros países con un mayor nivel de envejecimiento como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%). La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 2,6 hijos por mujer en edad fértil, valor superior al promedio de la región (2,3), pero inferior a las cifras de algunos países centroamericanos como Guatemala (4,2) y Honduras (3,3). La tasa de mortalidad infantil está en 24 por 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra superior a

la media de América Latina y el Caribe (21,8) y que contrasta con las cifras de países como Cuba y Chile, donde esta tasa es de 5,1 y 7,2²⁴⁵, respectivamente. En 2005 la razón de mortalidad materna fue de 240 mujeres por cada 10.000 nacidos vivos²⁴⁶, muy superior al promedio latinoamericano que se ubica alrededor de 134 mujeres, y sólo inferior al de países como Bolivia, Guatemala y Honduras, que muestran una tasa media de 285 mujeres. Por último, en el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 75,8²⁴⁷ años (72,1 años para los hombres y 78 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte, Ecuador atraviesa un proceso de transición epidemiológica, en el cual las enfermedades no transmisibles y otras causas han desplazado a aquellas de carácter transmisible. De esta manera, en 2007 la diabetes mellitus era la primera causa de muerte en Ecuador (cerca del 6% del total de muertes), seguida en importancia por las enfermedades crónicas y del sistema circulatorio como las enfermedades cerebrovasculares, las hipertensivas, que junto con la influenza, neumonía y las isquémicas del corazón son responsables, en su conjunto, de más de la quinta parte de la mortalidad del país²⁴⁸.

En el caso específico de los hombres, la estructura es diferente a la de la población general presentada en el párrafo anterior, pues las principales causas de muerte para ellos fueron los accidentes de transporte terrestre y las agresiones, que en conjunto representaron el 12% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares, la influenza y neumonía, las hipertensivas y la diabetes mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales²⁴⁹.

- *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de Ecuador representa alrededor de un 49% de la población (2008), aproximadamente unos 6,6 millones. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio de 6,9%, valor inferior a la media de la región (7,2%) y a la de países como Brasil (7,9%) y Chile (7,8%)²⁵⁰. Por otro lado, en 2007 el ingreso promedio en términos de la línea de pobreza nacional fue de 3,6, equivalente a US\$ 295 dólares, indicador levemente inferior al promedio de la

²⁴⁵ Toda la información provista hasta aquí proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL 2009.

²⁴⁶ WHOSIS, 2009.

²⁴⁷ Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

²⁴⁸ Tomado de MONTEKIO, V. e HINESTROZA, D., 2008.

²⁴⁹ Ibid.

²⁵⁰ CEPAL 2009.

región (3,8) y superior al de países como Honduras, Paraguay y Bolivia, que en promedio se ubican en 2,3²⁵¹.

- Contexto económico²⁵²

En 2009, el PIB de Ecuador fue de US\$ 107.100 millones (PPA) con un crecimiento real anual de -2,0%. Acorde con lo anterior, Ecuador ocupa el noveno lugar de América Latina y el Caribe y el puesto 65 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per cápita (2009) es de US\$ 7.300 (PPA), con lo que se encuentra el puesto 18 dentro de la región y 123 en el mundo. La tasa de inflación fue de 5,8% en 2009.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

De acuerdo con los datos más recientes proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), existían en el año 2006 en Ecuador 3.681 establecimientos de atención en salud, de los cuales 2.999 (81,5%) pertenecían al sector público, en su mayoría al Ministerio de Salud Pública (MSP) (47,2%) y al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (25%), además de una pequeña proporción (10%) que pertenece a los municipios, a ministerios diferentes al MSP, al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y a otras entidades. Por su parte, el sector privado cuenta con cerca del 18,5% de los establecimientos de salud, 13,1% en instituciones con fines de lucro y el restante 5,4% en organismos que ofrecen atención a la salud sin fines de lucro²⁵³. Además, existen cerca de 10.000 consultorios médicos particulares, en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir atención²⁵⁴.

Con cifras de 2007, Ecuador cuenta con 1,5 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, cifra inferior al promedio de América Latina y el Caribe (1,9 camas por 1.000 hab.) y superior al de países como El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Honduras, que en promedio presentan 0,8 camas por 1.000 hab.)²⁵⁵.

²⁵¹ Anuario Estadístico de la CEPAL, 2008.

²⁵² La Información de este apartado proviene del CIA World Factbook.

²⁵³ Tomado de MONTEKIO, V. e HINESTROZA D., 2008.

²⁵⁴ Ibid.

²⁵⁵ CEPAL, 2008.

b) Recursos humanos²⁵⁶

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en Ecuador hay 15 médicos por cada 10 mil habitantes (2007), cifra muy cercana al promedio regional (17 por 10.000 hab.) pero que dista mucho de la observada en países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 habitantes). De acuerdo con la misma fuente existen 17 enfermeras y dos odontólogos por cada 10 mil habitantes.

c) Recursos financieros²⁵⁷

Con cifras de 2006, en Ecuador el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es del 5,3%, evidenciando una mejoría respecto al año 2000, cuando este rubro se ubicaba en el 4,2%. Esta cifra se encuentra por debajo del promedio de la región (6,7%) y es sólo comparable con el de países como Belice (4,7%), y Guatemala (5,3%). El gasto per cápita es de US\$ 379 PPA (2006), valor inferior a la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 43,5% corresponde a recursos gubernamentales y el 85,3% del gasto privado corresponde a gastos de bolsillo, siendo esta última cifra superior al promedio latinoamericano (77,7%).

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Un poco de historia²⁵⁸

A continuación se presentan diez hitos en la historia del sistema ecuatoriano de salud:

1887: Se crea la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

1935: El Servicio Médico del Seguro Social inicia funciones como una sección del Instituto Nacional de Previsión (actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social).

1951: Creación de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA).

1967: Creación del Ministerio de la Salud Pública (MSP).

²⁵⁶ La información de este apartado proviene de WHOSIS, 2009.

²⁵⁷ Ibid.

²⁵⁸ Tomado de: MONTEKIO V., HINESTROZA D., 2008.

1980: Creación del Consejo Nacional de Salud (CONASA) como organismo asesor del Ministerio de Salud Pública.

1994: Ley de Maternidad Gratuita.

1998: Reforma Constitucional: nueva sección específica sobre salud.

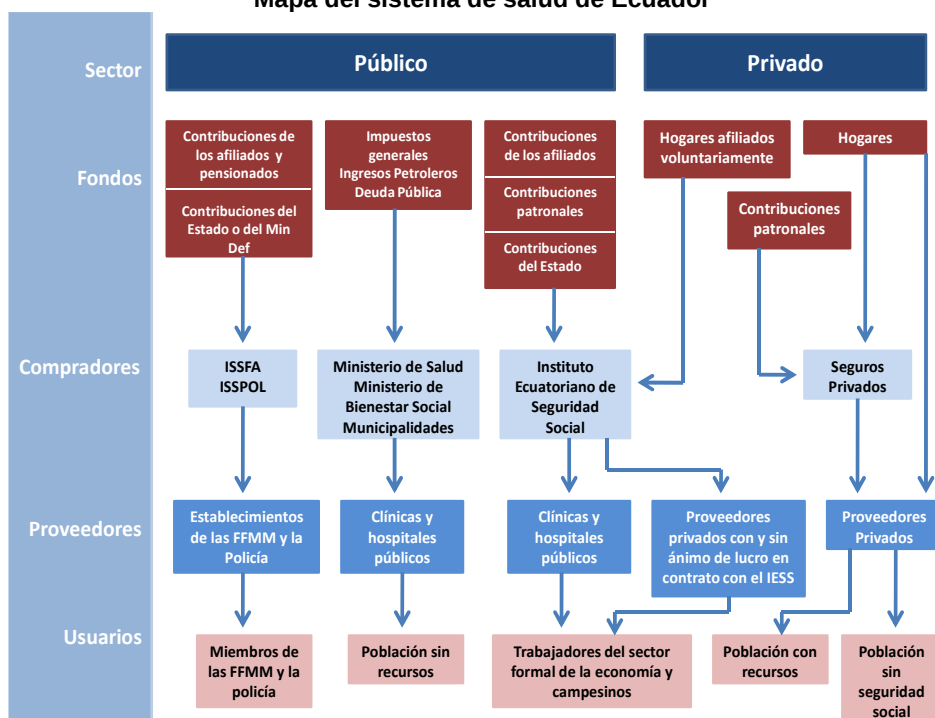
2001: Ley sobre Seguridad Social.

2006: Programa de Aseguramiento Universal en Salud.

2008: Reforma Constitucional que establece las bases para la Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE), en el marco jurídico-legal que instituye el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

2.2 Mapa del sistema de salud

Figura 12
Mapa del sistema de salud de Ecuador



Fuente: MONTEKIO V. e. HINESTROZA, D., 2008.
FFMM: Fuerzas Militares o Fuerzas Armadas

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación más importante del sistema de salud ecuatoriano.

Tabla 1
Legislación básica sistema de salud de Ecuador

Norma	Año	Objeto
Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia	1994	Establece que "toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años...".
Reforma Constitución	1998	Incluye una sección de la salud donde se menciona por vez primera que el Estado es garante del derecho a la salud, el rol rector del Estado, la promoción de la salud, la organización de un Sistema Nacional de Salud (SNS) de gestión descentralizada y participativa y el financiamiento público incremental para el sector salud.
Ley de Seguridad Social	2001	Aparta la provisión del servicio de salud de las prestaciones de seguridad social generales, estableciendo mecanismos de control al sector (Superintendencia de Bancos y Seguros).
Ley Orgánica de Sistema Nacional de Salud	2002	Establece los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) en todo el territorio nacional. Además establece la competencia del Ministerio de Salud Pública (MSP) en todos sus niveles como autoridad sanitaria nacional.
Ley Orgánica de Salud	2006	Define a la salud como un derecho humano fundamental, y determina la responsabilidad del Estado en su promoción y protección.
Decreto 1832	2006	Crea el Programa de Aseguramiento Universal de Salud (PROAUS) que busca garantizar el acceso a la salud para las personas de los quintiles 1 y 2, y define que la Secretaría Nacional de los Objetivos Del Milenio (SODEM) estará a cargo de su implementación.
Reforma Constitución Artículos 32, 358, 359, 360, 361, 363 y 363.	2008	Se consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.
Establecimiento SOAT	2009	Comenzó a funcionar el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), provocando que se acelerara la estructuración del sector médico, para la atención de este tipo de asegurados.

Fuente: Autores.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por los sectores: público y privado. El sector público está comprendido, en primer lugar, por el Sistema Nacional de Seguridad Social (SNSS) integrado por: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), estos dos últimos dependientes de los ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente. En segundo lugar, que está el Ministerio de Salud Pública (MSP) que ofrece servicios de atención a la salud para la población no cubierta por la seguridad social y el Ministerio de Bienestar Social y las municipalidades que cuentan con establecimientos de salud en los que, como parte de sus programas sociales, también brindan atención a la población no asegurada.

En el marco constitucional y legal vigente en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país y se encuentra a la cabeza de todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. El MSP participa activamente con los diversos actores involucrados en el sistema de salud para la concertación de dichas políticas a nivel sectorial a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA).

El IESS mantiene un régimen de afiliación personal, es decir, con cobertura exclusiva del afiliado, orientado básicamente a proteger a los trabajadores formales tanto del sector público como del privado, aunque existe también la posibilidad de que personas con actividades económicas independientes se afilien al IESS; el esquema de seguro social incluye prestaciones económicas y de atención médica, con las cuales cubre al 10% de la población²⁵⁹. El Seguro Social Campesino afilia a los trabajadores del área rural y su cobertura es de carácter familiar; incluye prestaciones sociales como servicios mortuorios, invalidez y vejez, así como servicios de atención médica primaria para la población rural del país.

En el caso del ISSFA y el ISSPOL, a diferencia del IESS, el régimen de afiliación es familiar, y la protección en salud no sólo beneficia al militar o policía en servicio o jubilado, sino que también cubre a su núcleo familiar, incluyendo en algunos casos incluso a los padres del afiliado.

El sector privado está integrado tanto por entidades con fines de lucro (empresas de medicina prepagada y proveedores de seguros privados, hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios y farmacias) como por organizaciones sin fines de lucro,

²⁵⁹ Tomado de: PAHO, 2001.

dentro de las que se cuentan diversas ONG, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y asociaciones de servicio social. Entre estas últimas destacan la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Cruz Roja Ecuatoriana y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), una institución de servicios asistenciales que cubre todo el ciclo de la vida de la persona (educación, asilos, funerarias y atención a la salud) que cuenta con cuatro hospitales, dos de medicina general y dos especializados, y aunque es de Guayaquil atiende a personas de todo el país.

El sistema de provisión de los servicios de salud se caracteriza por la fragmentación y segmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre sectores, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio²⁶⁰.

b) Distribución de cobertura

De acuerdo con la legislación vigente, la cobertura en salud debe ser universal, todos los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tiene derecho de afiliarse al IESS, sin embargo, solamente cerca del 15% de la población tiene esta cobertura (incluyendo al 6,2% inscrito en el Seguro Social Campesino). Además, sólo alrededor del 4% de los ecuatorianos pertenece a los seguros institucionales de la policía y el ejército, mientras que apenas el 3% se encuentra cubierto por algún seguro médico privado (en su gran mayoría pertenecientes a estratos de ingreso medio y alto).

En el caso del IESS, son beneficiarios de su programa de atención en salud los afiliados y los hijos de los afiliados durante el primer año de vida, así como, los jubilados y las viudas con derecho a protección. Por su parte, en el seguro de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, además del afiliado están amparados su cónyuge e hijos menores de 25 años que sean económicamente dependientes y los padres que presenten esta misma condición. Asimismo los pensionados por retiro, discapacidad o invalidez, la distribución de la población vinculada a la seguridad social es la que se muestra en la Tabla 2.

²⁶⁰ Tomado de PAHO, 2008.

Tabla 2
Cobertura de la seguridad social 2007

Tipo de seguro	Población beneficiaria	Cobertura % de la población total del país
IESS	2.019.998	14,8%
ISSFA	266.586	1,9%
ISSPOL	251.085	1,8%
Total	2.537.669	18,6%

Fuente: PAHO, 2008.

Los ecuatorianos que tienen mayor cobertura en servicios de salud son aquellos que están inscritos en alguno de los tres institutos de seguridad social del sector público, pues se encuentran protegidos contra la contingencia de enfermedad con las siguientes prestaciones: asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral. Estas prestaciones incluyen consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y de rehabilitación mediante la provisión de prótesis, atención quirúrgica y hospitalización, atención médica domiciliaria, subsidio en dinero por enfermedad, atención en unidades médicas ajenas al IESS. También reciben compensación de gastos médicos y atención médica mediante convenios suscritos con diversas clínicas privadas.

Por otro lado, de acuerdo con la Ley de Maternidad Gratuita y Protección a la Infancia de 1994, todas las mujeres tienen derecho a atención a la salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. También ampara la atención de salud a los recién nacidos y a los menores de cinco años como una acción de salud pública gratuita responsabilidad del Estado.

En el caso de aquellas personas que no gozan de ningún seguro de salud y se encuentran en situación de pobreza, específicamente dentro de los tres quintiles de ingresos más bajos, de acuerdo con el índice de bienestar del Sistema de Selección de Beneficiarios (SELBEN)²⁶¹, el Gobierno les otorga un beneficio monetario mensual conocido como el Bono de Desarrollo Humano, el cual busca contribuir a la disminución de los niveles de desnutrición crónica y de enfermedades prevenibles en menores de hasta cinco años de edad, así como promover la reinserción escolar entre los niños de cinco a 16 años.

De acuerdo con el informe de la Encuesta de Condiciones de Vida (2005-2006) publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el 78,6% de

²⁶¹ Instrumento de focalización del gobierno ecuatoriano para priorizar la población de mayor vulnerabilidad.

los ecuatorianos no cuenta con ningún tipo de seguro, esta proporción es mayor en los ecuatorianos de menores ingresos, como se muestra en la Tabla 3, aunque no deja de tener participaciones bastante altas en los demás grupos de ingreso (73% de promedio).

Tabla 3
Cobertura de aseguramiento por grupos de ingreso 2004

Condición	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Con Seguro	12%	18%	25%	28%	23%
Sin Seguro	88%	82%	75%	72%	64%

Fuente: PAHO, 2008.

c) Financiación

De acuerdo con la Constitución de 1998, el financiamiento de las entidades públicas del SNS proviene de aportes del presupuesto general del Estado, de los recursos de las personas que hacen uso de sus servicios y que posean capacidad de pago, y de otras fuentes como préstamos de organismos internacionales y donaciones. Además se garantiza que la asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente conforme aumenten los ingresos corrientes del gobierno central y que no habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

Según la Ley de Seguridad Social (2001), el IESS tiene tres fuentes de financiamiento. La aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores públicos o privados y la contribución del Estado.

El ISSPOL se financia en un 60% con el aporte del Estado, otro 17,5% proviene de las contribuciones de los miembros de la policía en servicio activo y el 8,14% de los pensionados. El resto se obtiene del producto de inversiones efectuadas en títulos del Estado²⁶².

En el caso del ISSFA, los recursos provienen de los aportes de los militares en servicio activo (equivalente al 3,35% de su salario), de aportes patronales que hace el Ministerio de Defensa, de contribuciones, cesiones y donaciones, así como de las utilidades provenientes de inversiones y, por último, de remanentes del porcentaje acumulado para gastos de administración del sistema, después de que se hayan deducido los correspondientes al año inmediato anterior.

En lo referente al gasto en salud realizado directamente como gasto de bolsillo por los ciudadanos, el 18,4% de las personas gastan hasta el 10% de sus ingresos en

²⁶² Tomado de: MONTEKIO, V., e HINESTROZA, D., 2008.

salud, el 27% gasta entre el 11% y el 30% de sus ingresos, mientras el 14,8% de la población ha realizado gastos catastróficos teniendo que dedicar entre el 30% y el 50% de sus ingresos para cubrir gastos en salud y, en el caso extremo, un 8,8% de las personas llegan a realizar gastos superiores al 100% de sus ingresos²⁶³.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Tipología de las empresas o instituciones de salud privada

Dentro del sistema de salud ecuatoriano el sector privado se encuentra integrado por entidades con y sin ánimo de lucro.

Organizaciones con fines de lucro: este sector se encuentra conformado por establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, consultorios y servicios auxiliares, que brindan atención a los usuarios que pagan en el momento de recibir el servicio o a afiliados del IESS según convenios de prestación. Asimismo, existen aseguradoras y entidades de medicina prepagada que se encuentran orientadas al diagnóstico y tratamiento en salud para la población con capacidad de pago.

Organizaciones sin fines de lucro: dentro de éstas se encuentran diversas ONG, organizaciones populares de servicios médicos y asociaciones de servicio social como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, La Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer y la Cruz Roja Ecuatoriana. La Junta de Beneficencia y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil atienden a personas de medianos y escasos recursos. La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer presta servicios especializados de diagnóstico y tratamiento en las principales ciudades del país, mientras que La Cruz Roja atiende emergencias y regula los bancos de sangre.

3.2 Principales cifras

En la actualidad Ecuador cuenta con 19 empresas²⁶⁴ de medicina prepagada que ofrecen sus servicios de forma previa, es decir, que el cliente se afilia y paga por adelantado para luego recibir atención ambulatoria u hospitalaria según el valor convenido, a través de contratos que suelen ser por un año, renovables. Los planes se ofrecen de manera individual, para grupos familiares o corporativos, y el contrato suele ser por años y se paga en cuotas mensuales.

²⁶³ Ibid.

²⁶⁴ Alfamedical, Avantmed, Café Salud, Cruz Blanca, City Salud, Cosmomédica, Ecuasanitas, Humana, Inmedical, Medec, Mediken, Oncomédical, Plan Vital, Plus Medical Services, Prevemed, Salud S.A., Sociomédica, Transmedical y Vida Sana.

Las entidades de mayor importancia en el sector de la medicina prepagada en Ecuador son: Salud S.A, Ecuasanitas y Humana, que en conjunto se reparten el 90% de clientes de seguros de salud privados²⁶⁵. Las empresas de medicina prepagada son supervisadas por la Superintendencia de Compañías, pero no se obtuvo información agregada del sector.

Respecto a las compañías aseguradoras, Ecuador cuenta con 48 empresas, que registraron unos ingresos totales en diciembre de 2009 de 341.749 miles de dólares²⁶⁶, nueve de estas aseguradoras registraron ofrecer planes de asistencia médica por un ingreso de 17.095 miles de dólares, lo que representa sólo un 5% de los ingresos del sector asegurador. Las cifras consolidadas de las nueve aseguradoras (Bupa, Atlas, Cervantes, Generali, La Unión, Pan American Life Insurance, Pichincha, Seguros Unidos y Sucre) con servicios de asistencia médica para el período 2005-2008 se muestran en la Tabla 4²⁶⁷.

Tabla 4
Cifras seguros privados de asistencia médica en Ecuador (2005-2009)
(Cifras en miles de dólares)

	Dic-05	Dic-06	Dic-07	Dic-08	Dic-09
Ingreso devengado	10.883	10.883	14.312	15.534	17.095
Costo de siniestros	8.769	8.741	11.588	12.238	13.917
Margen de contribución	1.169	1.150	1.209	2.017	1.662

Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros.

Existen en Ecuador compañías no admitidas o no establecidas en el país, que ofrecen seguros de asistencia internacional, sobre las cuales no hay cifras.

En términos generales, en el sector privado de salud de Ecuador las empresas de medicina prepagada cuentan con mayor presencia que las aseguradoras. Las primas de los seguros se cargan con contribuciones del 3,50% de la contribución a la Superintendencia de Bancos y Seguros y el 0,50% del Seguro Social Campesino.

²⁶⁵ Dato tomado de artículo periodístico "La medicina es un negocio de seguros", 2007. www.guapulo.com.

²⁶⁶ Datos de la Superintendencia de Banca y Seguros.

²⁶⁷ Algunas aseguradoras presentan las cifras bajo el ramo de vida y en la póliza de vida tienen un endoso que amplían para cubrir la asistencia médica. Con estas características se encuentran las aseguradoras BMI, Bolívar, Constitución y Rocafuerte (compañías que venden asistencia médica).

3.3 Tratamiento del gasto farmacéutico

En 2004, el mercado farmacéutico ecuatoriano alcanzó ventas por un valor aproximado de US\$ 556 millones, lo que representa casi el 2% del PIB; con una participación del sector privado del 88,2%, y del sector público del 11,8% del total. El valor del gasto en medicamentos per cápita es de alrededor de US\$ 18 por año y de los aproximadamente 13.000 medicamentos que se comercializan en el país, sólo el 13,1% corresponde a genéricos²⁶⁸.

Las medicinas se comercializan en un mercado altamente regulado con un esquema de fijación de precios, en el cual, tanto en el sector público como en el privado, la prescripción de medicamentos debe contener la descripción genérica del fármaco para permitir la elección del producto equivalente de acuerdo con la disponibilidad de recursos de los pacientes²⁶⁹.

Existe una particularidad en el sistema ecuatoriano, las cadenas de farmacias promueven tarjetas de afiliación, el acreedor de la membresía anual paga por ella y obtiene descuentos del orden del 5% al 10%. Las principales dos cadenas son: Farcomed y Difare.

En 2004 el mercado farmacéutico ecuatoriano (87% privado y 13% público) contaba con alrededor de 225 laboratorios, 170 distribuidores, 5.000 farmacias y 6.439 productos (1.539 de ellos genéricos)²⁷⁰.

4. REFORMAS DE SALUD

Antes de la reforma constitucional de 1998, en Ecuador cada institución del sector salud mantenía un esquema de organización, gestión y financiamiento particular, sin que existiera un mecanismo de articulación y coordinación interinstitucional, de tal forma que la unión de esfuerzos y recursos para el desarrollo de una propuesta nacional de cobertura y calidad de los servicios de salud se hacía muy difícil. Con la reforma constitucional se institucionaliza el derecho a la salud, así como su promoción y protección, y se proclaman los principios fundamentales en que se sustenta y establece el Sistema Nacional de Salud (SNS) integrado por las entidades públicas, privadas y comunitarias del sector. Además, se declara al Estado como el responsable de formular la política nacional de salud y de velar por su aplicación y organización.

²⁶⁸ Ibid.

²⁶⁹ La descripción genérica del fármaco se hace de acuerdo a la ley, aunque al parecer su práctica no ha sido suficientemente difundida y la desconoce la población en general.

²⁷⁰ Tomado de: PAHO, 2001.

Otra de las iniciativas importantes de esta reforma constitucional es que trata de asegurar la cobertura de los programas de salud y pretende asegurar el financiamiento de los gastos públicos en salud, incluyendo un artículo destinado a proteger el gasto en salud al evitar la posibilidad de recortes y proponer una fórmula que garantice su crecimiento cada año fiscal en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central.

En 2001 se aprobó la Ley de Seguridad Social que introdujo nuevos elementos, apartando la provisión de servicios de salud de las prestaciones de seguridad social generales y estableciendo mecanismos de control al sector.

En 2005 se creó la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio (SODEM), con rango de Ministerio, en cuyo marco se propuso el plan de Aseguramiento Universal de Salud (AUS), con el objetivo de brindar protección para cubrir a la población más pobre del país.

En 2008 Ecuador tuvo una nueva reforma constitucional, que en el campo de la salud señala el acceso universal y equitativo a bienes y servicios de salud garantizando la salud como política de Estado a establecer que "Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios".

Referencias bibliográficas

CEPAL, 2009. Anuario Estadístico.

CIA World Factbook.

INEC.GOB.EC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador. (www.inec.gob.ec).

PAHO, 2001. Salud en las Américas, Ecuador.

MONTEQUIO, V., e HINESTROZA, D., 2008. Mapa del Sistema de Salud de Ecuador.

USAID y PAHO, 2001. Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Segunda Edición.

USAID y PAHO, 2008. Perfil de los sistemas de salud Ecuador, Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera Edición.

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS DE ECUADOR
(www.superban.gov.ec)

8 EL SALVADOR

Acrónimos	
ANTEL	Asociación Nacional de Telecomunicaciones
CEL	Compañía de Alumbrado Público
CSSP	Concejo Superior de Salud Pública
FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud
ISRI	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de los Inválidos
ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguros Sociales
LACAP	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
UACI	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

El Salvador cuenta con una población de 6,2 millones de habitantes (2009) de los cuales el 53% son mujeres y el 65% vive en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende al 0,44% (2005-2010) inferior al promedio regional (1,12%) y cerca de la tercera parte del observado hace apenas 20 años (1,28% para el período 1985-1990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 31,5% de la población, mientras que los mayores de 65 años representan el 7,3%, cifra inferior a la de otros países más avanzados en la transición demográfica tales como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%). La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 2,4 hijos por mujer en edad fértil, valor muy similar al promedio de la región (2,3), e inferior a las cifras de países como Guatemala (4,2) y Honduras (3,3). La tasa de mortalidad infantil está en 21,5 por 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra parecida a la media de América Latina y el Caribe (21,8) y que contrasta con las cifras de países como Cuba y Chile, donde esta tasa es de 5,1 y 7,2²⁷¹ respectivamente. En

²⁷¹ Toda la información provista hasta aquí proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL 2009.

2005 la razón de mortalidad materna fue de 170 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos²⁷², superior al promedio latinoamericano que se ubica alrededor de 134 mujeres, y sólo inferior al de países como Ecuador, Bolivia, Guatemala y Honduras, que muestran una tasa media de 268 mujeres. Por último, en el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 71,1 años²⁷³ (66,5 años para los hombres y 75,9 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte, en 2006, la violencia (homicidios con arma de fuego y otras no especificadas) era la primera causa de muerte en El Salvador (cerca del 8,9% del total de muertes), seguida en importancia por el infarto agudo del miocardio, accidente de vehículo con motor y sin motor, neumonía y diabetes mellitus que junto con las insuficiencias cardíacas e insuficiencias renales son responsables, en su conjunto, de más de la tercera parte de la mortalidad del país²⁷⁴.

Al analizar de forma separada las principales causa de muerte de acuerdo al género, en el caso de las mujeres, tanto las muertes violentas como los accidentes en vehículo pierden importancia y pasan a ocupar el octavo y noveno lugar respectivamente. Para ellas el infarto agudo del miocardio y la diabetes son las principales causas de decesos²⁷⁵.

- *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de El Salvador representa alrededor de un 53% de la población (2008), aproximadamente unos 3,3 millones. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio de 5,5%, valor inferior a la media de la región (7,2%) y a la de países como Brasil (7,9%) y Chile (7,8%)²⁷⁶. Por otro lado, en 2004 el ingreso medio en términos de la línea de pobreza nacional fue del 3,1, equivalente a US\$ 235 dólares, indicador inferior al promedio de la región (3,8) y superior al de países como Honduras, Paraguay y Bolivia que en promedio se ubican en 2,3²⁷⁷.

²⁷² WHOSIS, 2009.

²⁷³ CEPAL, 2009.

²⁷⁴ Tomado de MONTEKIO, V., MUISER, J., SÁENZ, R., y VINDAS, A., 2008.

²⁷⁵ Ibid.

²⁷⁶ La Información de este apartado proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL 2009.

²⁷⁷ Ibid.

- *Contexto económico*²⁷⁸

En 2009, el PIB de El Salvador fue de US\$ 43.230 millones (PPA) con un crecimiento real anual del 2,3%. Acorde con lo anterior, El Salvador ocupa el décimosexto lugar de América Latina y el Caribe dentro de 33 países, y el puesto 93 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per cápita (2009) es de US\$ 7.400 (PPA), con lo que se encuentra el puesto 19 dentro de la región y 124 en el mundo. La tasa de inflación fue del 5,8% en 2009.

- *Estadísticas sanitarias*

- a) Recursos estructurales

De acuerdo con los datos más recientes (2004) proporcionados por el Ministerio de Salud, existen en El Salvador 901 establecimientos de atención en salud, de los cuales 171 corresponden a casas (o centros) de salud, 48 a centros rurales de salud y nutrición, 433 a centros de salud y 72 a hospitales. De éstos, 871 pertenecen al sector público, en su mayoría al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) que posee 616 establecimientos, mientras el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) cuenta con 253 y la Sanidad Militar con dos. Respecto al sector privado, éste cuenta solamente con 30 establecimientos (correspondientes en su totalidad a hospitales), de los cuales 25 pertenecen a instituciones con ánimo de lucro y cinco a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)²⁷⁹.

Con cifras de 2007, El Salvador cuenta con 0,8 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, cifra que corresponde apenas a la mitad del promedio de América Latina y el Caribe (1,9 camas por 1.000 hab.) y sólo superior al de Guatemala y Honduras, que en promedio presentan 0,65 camas por 1.000 hab.²⁸⁰.

- b) Recursos humanos²⁸¹

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en El Salvador hay 12 médicos por cada 10 mil habitantes (2007), cifra inferior al promedio regional (17 por 10.000 hab.) y que dista mucho de la observada en

²⁷⁸ La Información de este apartado proviene del CIA World Factbook.

²⁷⁹ Tomado de MONTEKIO, V., MUISER, J., SÁENZ R. y VINDAS, A., 2008.

²⁸⁰ CEPAL, 2009.

²⁸¹ La información de este apartado proviene de WHOSIS 2009.

países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 habitantes). De acuerdo a la misma fuente existen ocho enfermeras y cinco odontólogos por cada 10 mil habitantes.

c) Recursos financieros²⁸²

Con cifras de 2006, en El Salvador el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es del 6,6%, evidenciando una reducción respecto al año 2000, cuando este rubro se ubicaba en el 8,0%. Esta cifra es muy parecida al promedio de la región (6,7%) y comparable con la de países como Bolivia (6,4%) y Honduras (6,4%). El gasto per cápita en salud es de US\$ 360 PPA (2006), valor inferior a la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 61,8% corresponde a recursos gubernamentales y el 89% del gasto privado corresponde a gastos de bolsillo, estando esta última cifra por encima del promedio latinoamericano (77,7%).

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Un poco de historia²⁸³

A continuación se presentan los principales hitos en la historia del sistema salvadoreño de salud:

- 1900 Creación del Consejo Superior de Salubridad como dependencia del Ministerio de Gobernación y entrada en vigencia del primer código de sanidad.
- 1920 Fundación de la Dirección General de Sanidad como dependencia del Ministerio de Gobernación.
- 1930 Aprobación del nuevo Código de sanidad y fundación de la primera clínica de puericultura.
- 1945: Constitución política que establece el Seguro Social Obligatorio con participación económica del Estado, los patrones y los trabajadores.
- 1949: Ley de seguridad social.

²⁸² Ibid.

²⁸³ Tomado de MONTEKIO, V., MUISER J., SÁENZ R. y VINDAS, A., 2008.

1950: Transformación del Ministerio de Asistencia Social (creado en 1948) en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

1983: Constitución política establece al Seguro Social como seguro público obligatorio.

1989: Descentralización basada en los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

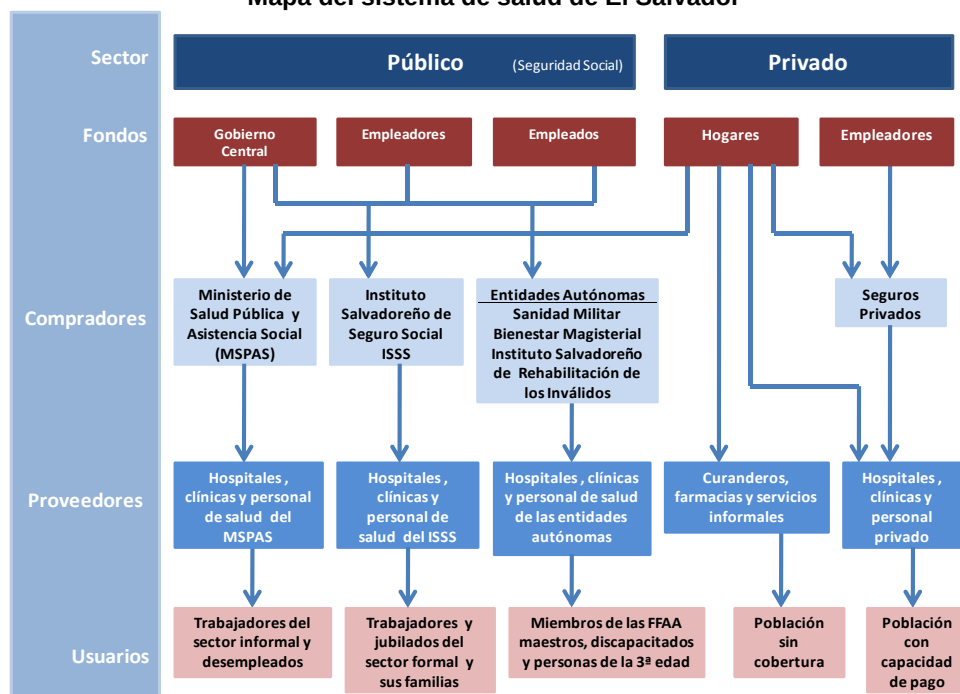
1999: Creación del Consejo de Reforma del Sector Salud.

2005: Conformación del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).

2007: Creación del Sistema Nacional de Salud de El Salvador.

2.2 Mapa del sistema de salud

Figura 13
Mapa del sistema de salud de El Salvador



Fuente: MONTEKIO, V., MUISER, J., 2008.

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación más importante del sistema de salud salvadoreño.

Tabla 1
Legislación básica sistema de salud de El Salvador

Norma	Año	Objeto
Ley de Farmacias	1927	Regula los deberes y atribuciones de vigilancia sobre droguerías, farmacias, laboratorios químicos o farmacéuticos, herboristerías y ventas de medicinas y demás establecimientos donde se elaboren o expendan medicinas, drogas, productos químicos y farmacéuticos.
Ley del Seguro Social	1953 (Reformado en 1993)	Establece los derechos en salud de los afiliados al régimen de seguro social obligatorio, así como la estructura organizativa del mismo, estableciendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social como órgano encargado de su administración.
Ley de Asistencia del Magisterio (decreto legislativo 379).	1971 (Reformado en 1993)	Establece el derecho de los empleados del Magisterio de la República de El Salvador a la asistencia en salud por parte del Estado salvadoreño.
Constitución Política. Artículo 65.	1983	Establece que la salud constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. Asimismo el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, determina la Política Nacional de Salud.
Código de Salud	1987 (Reformado en 1994)	Desarrolla los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado, servicios de salud privados y las relaciones de éstos entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo.
Ley del Sistema Básico de Salud Integral (decreto legislativo 775).	2005	Regula las funciones y fines del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) y los define como el elemento organizativo a nivel local mediante el cual el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social delega la provisión de servicios integrales de salud.
Ley de creación del Sistema Nacional de Salud (decreto legislativo 442).	2007	Crea el Sistema Nacional de Salud de El Salvador, constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.

Fuente: Autores.

2.3 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

En El Salvador el sistema de salud está constituido por dos sectores: el público y el privado. El sector público que es el más importante de los dos, se encuentra integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y varias entidades autónomas que ofrecen los servicios de seguridad social en salud: el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), la Sanidad Militar, el Bienestar Magisterial, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de los Inválidos (ISRI), la Asociación Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) y la Compañía de Alumbrado Eléctrico (CEL). Además, en el sector público, el MSPAS ejerce funciones como Autoridad Sanitaria Nacional, encargada de la regulación, reglamentación, administración y financiación de los programas de salud. Para el cumplimiento de estas tareas cuenta con el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es el principal proveedor de servicios de salud en El Salvador y su provisión se encuentra organizada en redes que se distribuyen en zonas y áreas sanitarias bajo una estructura con tres niveles de complejidad. Los dos primeros niveles de atención (básica ambulatoria y hospitalaria) conforman el denominado Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), el cual es considerado como la "Estructura Básica Operativa del Sistema Nacional de Salud". Este sistema opera en las casas de salud, los centros rurales de salud y nutrición y en las unidades de salud, en lo referente a la atención primaria, y en los hospitales nacionales generales y nacionales regionales, para lo que tiene que ver con atención en las áreas básicas y algunas especialidades. En cuanto al tercer nivel de atención, el MSPAS ofrece este tipo de servicios en los centros especializados de referencia nacional.

Por su parte, el sector privado está compuesto por entidades con y sin ánimo de lucro. Las entidades con ánimo de lucro mantienen un modelo empresarial en el que predomina la libre práctica profesional²⁸⁴ y se ofrecen seguros de salud a una pequeña proporción de la población con capacidad de pago (el 1% del total)²⁸⁵. En cuanto a las privadas no lucrativas, la mayoría son ONG que trabajan con financiamiento externo, subsidios públicos o fondos privados en áreas territoriales y temas específicos.

Asimismo, el sector privado con ánimo de lucro dispone de clínicas, hospitales generales y especializados, concentrados en el área de la capital y las zonas urbanas de las principales ciudades del país, que venden servicios al ISSS y a

²⁸⁴ Tomado de PAHO, 2006.

²⁸⁵ Tomado de MONTEKIO, V., MUISER, J. y SÁENZ, R. y VINDAS, A., 2008.

otras entidades autónomas. Las instituciones privadas no lucrativas ofrecen servicios médicos y preventivos especialmente en las zonas rurales del país y servicios de hospitalización en las ciudades a través de ONG.

- *Distribución de cobertura*

De acuerdo con el aparte anterior, en El Salvador el sector salud es de modalidad mixta y como tal la responsabilidad de la cobertura de salud de la población se distribuye entre instituciones públicas y entidades privadas. En el caso del sector público, las entidades autónomas, dentro de las cuales se encuentran el Sistema de Seguridad Magisterial, la Sanidad Militar, la Asociación Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) y la Compañía de Alumbrado Eléctrico (CEL), cubren a sus poblaciones específicas, es decir a sus empleados y sus familiares; mientras que el ISRI ofrece protección a los inválidos y a las personas de la tercera edad, alcanzando en conjunto a proteger entre el 3% y 4% de los salvadoreños.

Por su parte, el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) cubre a los trabajadores empleados en el sector formal de la economía activos o pensionados y a sus beneficiarios, que corresponden a cónyuges e hijos menores de seis años en caso del Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales, y cónyuges e hijos menores de 21 años en lo que respecta al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte; tanto en el sector público como en el privado, alcanzando a representar cerca del 16% de la población. Es de destacar que la población rural no está incluida en el ISSS.

En lo que respecta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), si bien éste tiene el mandato de cubrir las necesidades en salud de toda la población, se estima que solamente cerca del 50% de ésta tienen acceso a sus servicios. De acuerdo a la ley, toda persona que demande una atención en un establecimiento del MSPAS es atendida independientemente de su situación como asegurado o no²⁸⁶.

En cuanto al sector privado, que se encuentra integrado por empresas que ofrecen seguros de salud, como ya se mencionó sólo cubren al 1% de la población, adicionalmente existen profesionales en el área de la salud y establecimientos de carácter lucrativo y no lucrativo, que ofrecen sus servicios a cambio de pagos de bolsillo en el lugar y momento de la prestación. Además, cerca del 18% de los salvadoreños acude a los servicios de curanderos, farmacéuticos y otras instancias privadas informales en busca de atención. De esta manera se estima

²⁸⁶ Ibid.

que entre el 25% y 30% de los salvadoreños no cuenta con ningún tipo de cobertura en salud²⁸⁷.

La prestación de servicios del MSPAS se realiza en establecimientos de su propiedad, además, las entidades autónomas que forman parte del sistema seguridad social, a excepción de la que atiende al magisterio, cuentan con establecimientos propios donde brinda atención a sus beneficiarios. El Sistema de Seguridad Magisterial funciona como una administradora de servicios ya que los contrata con otros prestadores de segundo y tercer nivel y ofrece una cobertura con enfoque de medicina familiar.

Como modalidad mixta, los mecanismos de pago para los proveedores de servicios de salud son: para el MSPAS, la mayoría de las prestaciones gratuitas con algunos pagos de cuotas voluntarias; el ISSS, Sanidad Militar y Bienestar Magisterial, contribución; y el privado, venta de servicios o prepago.

- *Financiación*

La mayor parte de la financiación del MSPAS proviene de recursos estatales como parte del presupuesto general de la nación que aprueba la asamblea legislativa a propuesta del Ministerio de Hacienda. Fondos adicionales se obtienen a través del Programa de Recuperación de Costos mediante el cual el MSPAS recauda fondos por concepto de "cuotas voluntarias" que son cobradas a los usuarios de los servicios del sistema público de salud. Otra fuente de financiamiento la constituyen los préstamos que se gestionan ante la banca internacional y fondos de cooperación provenientes de otros países.

En el caso del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) su financiación tiene un origen tripartito y proviene de las aportaciones del Estado, las cotizaciones de los patrones o empleadores dentro del sector formal de la economía urbana (el sector rural no está incorporado) y las cotizaciones de los empleados de dicho sector. Las cotizaciones de empleados y empleadores incluyen la participación al fondo de pensiones y equivalen al 10,5% de la nómina, los empleadores pagan el 7,5% de las remuneraciones y los empleados pagan el 3% restante²⁸⁸.

Por su parte, las entidades autónomas cuentan con recursos provenientes del Estado y de las cotizaciones de sus afiliados y en algunos casos obtienen fondos adicionales de la venta de servicios al sector privado y a la población no afiliada.

²⁸⁷ Tomado de PAHO, 2006.

²⁸⁸ Tomado de MONTEKIO, V., MUISER, J., y SÁENZ R., VINDAS, A., 2008.

El sector privado sin ánimo de lucro obtiene sus fondos principalmente de donativos procedentes de gobiernos e instituciones extranjeras, casi siempre mediadas a través de ONG. Algunas de estas ONG también obtienen fondos de la empresa privada y de la Iglesia. La mayoría complementa sus ingresos con el cobro de cuotas de recuperación de costos por la prestación de servicios. En el caso del sector privado con ánimo de lucro, éste obtiene su financiamiento casi por completo del gasto directo de bolsillo de las personas que acuden en demanda de sus servicios.

Las diferentes fuentes de financiamiento y los marcos legales de los proveedores de servicios de salud, no permiten mecanismos de redistribución del financiamiento, así como no existen transferencias de subsidios entre los diferentes sectores. Sin embargo existen algunos convenios entre instituciones proveedoras sobre todo MSPAS-ISSS, para la atención de pacientes en casos específicos y emergencias.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

Los seguros privados de salud en la República del Salvador son ofrecidos por las siguientes compañías:

Tabla 2
Compañías que ofrecen seguros de accidentes y enfermedad, 2008

Aseguradora	Participación en el ramo de seguros de accidentes y enfermedad, 2008
Aseguradora Agrícola, S.A.	20,58%
SISA, VIDA, S.A., Seguros de Personas	16,56%
La Centro Americana, S.A.	16,15%
AIG, S.A., Seguros de Personas	9,25%
Scotia Seguros, S.A.	9,20%
Pan American Life Insurance Company	9,16%
Seguros del Pacífico, S.A.	7,02%
ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas	6,98%
HSBC Seguros Salvadoreño, S.A.	1,97%
Aseguradora Popular, S.A.	1,68%

Fuente: Superintendencia del Sistema Financiero El Salvador.

En la Tabla 3, se muestra que en 2008 las primas cobradas por seguros de salud y hospitalización fueron de 44 millones de dólares, lo que representa el 12% del total de ingresos de sector asegurador, también se revela que en los años 2006 a 2008 hubo un crecimiento sostenido en la producción de los seguros de salud.

Tabla 3
Cifras de seguros privados de salud
(Cifras en dólares)

	2006	2007	2008
Primas netas de operación total mercado de seguros	301.051.703	332.661.749	364.409.360
Primas netas de operación seguros de salud y hospitalización	38.397.938	40.540.906	44.183.302
Siniestros por salud y hospitalización	27.517.583	32.577.659	36.277.289

Fuente: Anuario de seguros 2006, 2007, 2008. Superintendencia del Sistema Financiero.

Haciendo una estimación con relación al total de recursos invertidos, se tiene que el porcentaje del PIB destinado a la salud está en el 6,6% en 2006, utilizando esta misma proporción para proyectar los recursos para los años 2006 a 2008, se tiene la estimación de recursos que se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4
Estimación de gasto per cápita en seguros privados de salud en El Salvador

	2006	2007	2008
PIB precios corrientes (US\$ billones) ^a	18,65	20,37	22,11
6,6% destinado a salud en 2006 (US\$ billones) ^b	1,2	1,3	1,5
Primas de salud (US\$ billones) ^c	0,038	0,041	0,044
Estimación del Porcentaje de gasto en seguros de salud sobre el gasto total en salud ^d	3,1%	3,0%	3,0%
Gasto estimado en seguros de salud per cápita (en dólares) ^d	6,3	6,6	7,2

a. Fuente: Ministerio de Economía, Ministerio de Hacienda y Bolsa de Valores de El Salvador.

b. Fuente: WHOSIS 2009.

c. Fuente: Anuario de seguros 2006, 2007, 2008. Superintendencia del Sistema Financiero.

d. Cálculo de los autores.

Se estima una inversión en salud de alrededor de 1,3 billones de dólares para los tres años estudiados, relacionando este valor con los valores observados en primas de salud y hospitalización, se obtiene que el 3% del total de los recursos de salud se dirigen a la compra de seguros privados. Finalmente se calcula un valor per cápita de gasto en seguros privados, registrando que en 2008 se efectuó un gasto de 7,2 dólares por persona en este tipo de seguros, representando de nuevo el 3% del gasto per cápita total en salud, que con los mismos datos de la Tabla 4, estaría en US\$ 237,9 en 2008 (no comparables con los datos presentados en la sección de Recursos Financieros, los cuales están en US\$PPA).

3.1 Tratamiento del gasto farmacéutico

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2000, del gasto total en salud en El Salvador el 27% corresponde a gasto en medicamentos. En ese mismo año, se observó una gran diferencia entre el gasto público per cápita en medicamentos dentro del sector público y privado, pues mientras que para el primero éste ascendió a US\$ 6, en el sector privado fue de US\$ 39 valores que reflejan la desigualdad entre la población atendida en cada uno de los sectores²⁸⁹.

El Salvador carece de una instancia que regule el proceso de compra y distribución de los medicamentos esenciales en el país, sin embargo tanto el proceso de compra como el de distribución de los medicamentos de cada una de las instituciones, se realizan a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) y dependencias administrativas responsables de acuerdo a lo estipulado en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP). Asimismo, no existe una política de precios de los medicamentos ni un listado nacional de medicamentos esenciales, de tal forma que cada institución maneja su propio listado de acuerdo al perfil epidemiológico, necesidades de los usuarios y su capacidad financiera.

En el mercado farmacéutico salvadoreño se hacen partícipes tres tipos de agentes: los laboratorios que son quienes fabrican los medicamentos representando la producción local, las droguerías que distribuyen y/o importan los medicamentos y las farmacias que son las únicas que pueden vender los medicamentos al consumidor final. Según la Ley de Farmacias, las droguerías y los laboratorios no pueden vender directamente al público, por lo que sus únicos clientes son el Estado (a través de licitaciones públicas) y las farmacias (a través de las cuales se llega al sector privado).

Se distinguen dos diferentes canales de distribución según se trate de medicamentos genéricos, normalmente de producción local, o de medicamentos importados. Para el primero, es la droguería la que adquiere el producto y la entrega a las farmacias para su venta. Aquí se incluyen todos los medicamentos de un precio bajo y sin necesidad de prescripción médica. En el segundo, la droguería es la importadora y distribuidora directa de los medicamentos.

En El Salvador, para el período 2000-2005 el número total de productos farmacéuticos registrados en el Consejo Superior de Salud Pública fue de 5.983 de los cuales el 60% correspondía a productos de marca y el restante 40% a productos genéricos. Por otro lado, según las cifras de la Asociación de Industriales Químicos Farmacéuticos de El Salvador (Inquifar), existen en el país

²⁸⁹ Ibid.

54 laboratorios, de los cuales 14 concentran el 80% del volumen total de ventas de medicamentos de producción local²⁹⁰.

4. REFORMAS DE SALUD

A finales de 2000, como parte de la Propuesta de Reforma Integral de Salud, se definieron un conjunto de estrategias entre las que destacaron la descentralización, la coordinación interinstitucional, la investigación en salud, la participación social, el desarrollo de los recursos humanos y la educación en salud. Se reorganizaron las cinco instancias regionales de salud en función de los 18 departamentos con el objetivo de constituir redes de servicios. Para ello se conformaron los Sistemas Sanitarios, actualmente Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) que deberían convertirse en la "estructura básica operativa descentralizada del Sistema Nacional de Salud".

Esta propuesta de reforma integral de salud contenía nueve pasos: 1) consolidar un sistema nacional de salud; 2) afianzar un modelo de atención basado en la promoción, la prevención y la atención primaria de salud; 3) consolidar un modelo de provisión mixta; 4) fomentar un modelo de gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud Pública; 5) institucionalizar la participación social como un eje transversal del sistema de salud; 6) promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud; 7) invertir en los recursos humanos para la salud como elemento central del cambio y gestión del sistema de salud; 8) fortalecer la intersectorialidad en la respuesta social organizada a los retos en salud, y 9) garantizar servicios esenciales de salud a toda la población.

De esta manera, la reforma del sistema de salud procuró redefinir los roles institucionales, separando las funciones rectora, normativa, financiera y de provisión de servicios, para optimizar la eficiencia de las acciones sectoriales.

Referencias bibliográficas

CEPAL, 2009. Anuario Estadístico.

CIA World Factbook.

INSTITUTO ESPAÑOL DE COMERCIO EXTERIOR, 2007. Notas Sectoriales. El mercado de los Medicamentos en El Salvador.

²⁹⁰ Tomado del INSTITUTO ESPAÑOL DE COMERCIO EXTERIOR, 2007.

PAHO, 2001. Salud en las Américas, El Salvador.

MONTEKIO, V., MUISER J., SÁENZ R. y VINDAS, A., 2008. Mapa del Sistema de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (www.mspas.gob.sv).

USAID y PAHO, 2006. Perfil de los sistemas de salud El Salvador, Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera Edición.

SUPERINTENDENCIA DEL SISTEMA FINANCIERO, (www.ssf.gob.sv).

9 GUATEMALA

Acrónimos	
CAIMI	Centro de Atención Integrado Materno-Infantil
CAP	Centros de Atención Permanente
CENAPS	Centros de Atención para Pacientes Ambulatorios
IGSS	Instituto Guatemalteco del Seguro Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PECSB	Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos
PSF	Puestos de Salud Fortalecidos
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Guatemala es el país con la densidad poblacional más alta de América Central, con una densidad media de 117 habitantes por kilómetro cuadrado²⁹¹. En 2008, la población total era de 13.275.517 habitantes, de la cual el 52,1% eran mujeres²⁹². Más del 35% de la población es considerada como indígena y 56,2% del total de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza, con un 15% viviendo en pobreza extrema²⁹³. Poco más de la mitad de la población (51,9%) habita en áreas rurales y el 23% en la región metropolitana. En Guatemala existen 23 grupos lingüísticos y la mayoría de la población indígena es rural²⁹⁴.

En 2008 la esperanza de vida al nacer era de 68 años, inferior a la de sus vecinos centroamericanos, cuyo promedio en 2006 era de 72 años: Costa Rica 78 años, El Salvador 71 años, Panamá 76 años y Nicaragua 71 años en promedio²⁹⁵. La tasa

²⁹¹ Montekio et al., 2008.

²⁹² WHO, *World Health Statistics 2009*.

²⁹³ Montekio et al., 2008.

²⁹⁴ Ibid.

²⁹⁵ WHO, *World Health Statistics, 2009*.

de crecimiento anual de la población que se calcula está alrededor del 2,06%²⁹⁶. Al comparar la estructura por edades de la población en 2006, se observa que el 43% de la población es menor de 15 años en comparación con una población de sólo el 6% mayor a 60 años de edad. La tasa global de fecundidad en 2006 era de 4,3 hijos por mujer, la más alta de la región²⁹⁷. Además, hay que destacar que dicha tasa es aún más elevada en el caso de las mujeres indígenas, que alcanza los 6,2 hijos por mujer²⁹⁸. Esto es especialmente relevante en cuanto que cerca del 40% de la población es indígena²⁹⁹.

- *Estadísticas de empleo*

Guatemala cuenta con una población económicamente activa de de aproximadamente 4.056 millones de personas (2008)³⁰⁰. De esta población, según datos de 2002, el 49,5% trabaja en el sector formal³⁰¹. En Guatemala la tasa de desempleo es del 3,2%³⁰². El salario mínimo es de aproximadamente US\$ 203 por mes³⁰³. El salario medio en Guatemala es de aproximadamente US\$ 344 por mes³⁰⁴.

- *Contexto económico*

El PIB en Guatemala en el año 2008 fue de US\$ 38,98 mil millones (PPP) con un crecimiento real anual del 4% entre el 2007 y 2008³⁰⁵. La economía guatemalteca se encuentra en el lugar 81 entre las economías del mundo en 2009³⁰⁶. El PIB per

²⁹⁶ Montekio *et al.*, 2008.

²⁹⁷ CIA World Factbook.

²⁹⁸ Montekio *et al.*, 2008.

²⁹⁹ Ibid.

³⁰⁰ CIA World Factbook.

³⁰¹ ILO, 2009a.

³⁰² CIA World Factbook.

³⁰³ CEPAL, *Panorama Social América Latina*.

³⁰⁴ Ibid.

³⁰⁵ CIA World Factbook.

³⁰⁶ Ibid.

cápita en Guatemala es de US\$ 5.400 (PPP), puesto 139 a nivel mundial en 2009. La tasa de inflación en 2008 se estimó en 11,4%³⁰⁷.

- *Estadísticas sanitarias*

- a) Recursos estructurales

De acuerdo con la información del MSPAS, la institución cuenta con una red de establecimientos que incluye 43 hospitales en los que se brinda atención de segundo y/o tercer nivel; dos de ellos son de referencia nacional, siete especializados, ocho nacionales regionales, 16 departamentales, cinco de distrito y cinco de contingencia. En estos hospitales se ofrecen servicios a una población de 5,4 millones de personas. Además, el ministerio cuenta con establecimientos de atención primaria (centros, puestos de salud y de extensión de cobertura): 1.244 centros de convergencia, 926 puestos de salud, 300 unidades en áreas rurales, 16 maternidades, tres clínicas periféricas, 87 puestos de salud fortalecidos, 23 centros de atención a pacientes ambulatorios, 22 centros de atención permanente y cuatro centros de atención integral materno-infantil³⁰⁸.

En un documento de rendición de cuentas para el año 2006, el MSPAS informa de la creación y desarrollo de 21 centros de atención permanente en diez áreas de salud; 22 centros de atención para pacientes ambulatorios en seis áreas de salud; 85 puestos de salud fortalecidos en nueve áreas de salud; y un centro de atención integrado materno-infantil en el área de salud de Izabal³⁰⁹. Según datos del IGS en 1998, este instituto comprendía un total de 74 establecimientos, 21 puestos de salud para atención primaria, 29 centros de salud, consultorios y/o enfermerías con servicios de segundo nivel y 24 hospitales y sanatorios para la atención de tercer nivel³¹⁰.

Según datos publicados en 2003 por el MSPAS, además de los establecimientos del sector público, en 2002 existían 1.555 clínicas médicas y 297 hospitales y/o sanatorios pertenecientes al sector privado. Según la OMS, en 2006 Guatemala contaba con siete camas por cada 10.000 habitantes, una cifra inferior a las registradas por la OMS en 2006 en El Salvador (nueve camas), Honduras (diez

³⁰⁷ Ibid.

³⁰⁸ Montekio *et al.*, 2008.

³⁰⁹ MSPAS, 2006.

³¹⁰ Ibid.

camas), Bolivia (11 camas), Perú (nueves camas) y Colombia (12 camas)³¹¹. Como sucede en casi todos los países de la región con problemas de acceso a establecimientos de salud para toda la población, a pesar de que menos del 25% de la población habita en el departamento de Guatemala, existe una importante concentración de infraestructuras y de recursos humanos en el mismo, así como en otras de las zonas urbanas y con mayor desarrollo económico³¹².

b) Recursos humanos

Según los datos más recientes publicados por la OMS para Guatemala, en 1999 la cantidad de médicos adscritos al sistema de salud guatemalteco era de nueve profesionales por cada 10.000 habitantes³¹³. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la elevada concentración de los recursos en el Departamento de Guatemala y su tremenda escasez en zonas rurales (cerca del 80% del personal de salud se concentra en la zona metropolitana), donde la disponibilidad puede ser de menos de dos médicos por 10.000 habitantes³¹⁴. Estas cifras sitúan a Guatemala entre los países con menos disponibilidad de recursos humanos en el sector salud de América Latina. En el mismo período, países como Bolivia y Paraguay, por ejemplo, contaban con 12 y 11 médicos por cada 10.000 habitantes, respectivamente³¹⁵.

c) Recursos financieros

De acuerdo con cifras de la OMS, el gasto total en salud se redujo del 5,5 al 5,3% del PIB entre 2000 y 2006³¹⁶. Estos porcentajes son menores que el promedio de América Latina y de los más bajos de la región. El gasto per cápita en salud en 2006 fue de US\$ 259 (PPA), mientras que el gasto público per cápita en el mismo año fue de US\$ 98 (PPA). Guatemala se encuentra considerablemente por debajo del promedio del gasto per cápita en salud de los países de América Latina en 2006, que es de aproximadamente US\$ 560 (PPA)³¹⁷.

³¹¹ WHO, World Health Statistics 2009.

³¹² WHO, World Health Statistics, 2009.

³¹³ Ibid.

³¹⁴ Montekio *et al.*, 2009.

³¹⁵ Ibid.

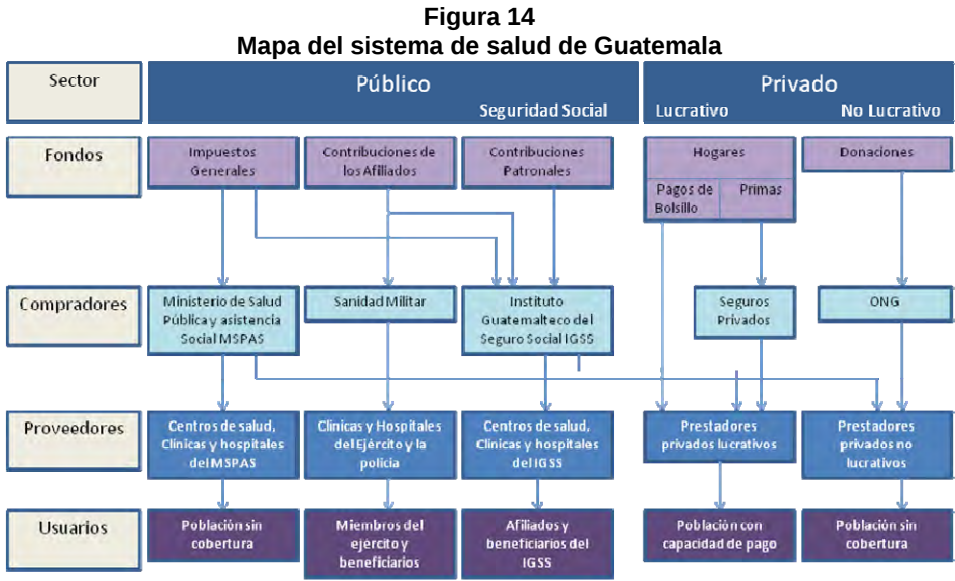
³¹⁶ WHO World Health Statistics, 2009.

³¹⁷ Ibid.

A pesar de la existencia de acuerdos y convenios con agencias internacionales, los recursos provenientes de la cooperación internacional no han jugado un papel determinante en el financiamiento de la salud, limitándose a una participación de aproximadamente el 1,7% del gasto en salud en 2000 y con una tendencia hacia su reducción, llegando hasta el 1,1% en 2005³¹⁸.

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud



ONG: Organizaciones no gubernamentales

Fuente: Montekio *et al.*, 2008.

Como se desprende de la Figura 14, el sistema de salud de Guatemala está compuesto por los sectores, público y privado. El primero incluye al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que cubre al 32% de la población; al Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que cubre a menos del 15% de la población, y a la Sanidad Militar, que cubre a los miembros de las Fuerzas Armadas y la Policía, menos del 0,5% de la población. El sector privado incluye una serie de organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, además de prestadores diversos con ánimo de lucro. Estimaciones del

³¹⁸ Ibid.

MSPAS sobre la cobertura de estas últimas señalan cifras cercanas al 18%. La subsistencia de la medicina comunitaria tradicional indígena, fundamentalmente maya, dentro del sector privado, se estima que es grande pero aún no ha sido contabilizada³¹⁹.

El MSPAS y el IGSS brindan atención en sus respectivas instalaciones, hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre ambas instituciones. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. Igualmente, el sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales propios. Aunque menos del 25% de la población habita en el departamento de Guatemala, existe una importante concentración de los recursos tanto humanos como de infraestructura en dicha región³²⁰.

2.2 Un poco de historia

Diez hitos en la historia del sistema guatemalteco de salud:

1944: Establecimiento del Seguro Social Obligatorio como garantía constitucional.

1946: Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

1985: Constitución Política de la República de Guatemala.

1985: Establecimiento del Seguro Social Obligatorio como garantía constitucional.

1977: Reglamento sobre Protección Relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia, en beneficio de los trabajadores del sector formal de la economía.

1996: Reforma del MSPAS.

2001: Ley de Desarrollo Social.

2003: Código de Salud. Reestructuración de la Sanidad Militar.

2004: Políticas de Salud.

2004-2008 y plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna.

³¹⁹ Ibid.

³²⁰ Ibid.

En unión con otras políticas públicas destinadas a conseguir la reconstrucción nacional tras el fin de la guerra civil, en 1997 el gobierno guatemalteco lanzó el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (PECSB) que se ha mantenido desde entonces como una de las prioridades en salud de los sucesivos gobiernos. A partir de este programa se lanzó el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), que se ha basado en el establecimiento de contratos con organizaciones no gubernamentales (ONG) que se comprometen a llevar servicios de atención a la salud de la población sin acceso a establecimientos del MSPAS, fundamentalmente indígenas en zonas rurales. Para 2001 se habían acordado 144 convenios de este tipo con alrededor de 90 organizaciones de la sociedad civil que ampliaron la cobertura de servicios a más de tres millones de personas de áreas rurales alejadas de los centros urbanos, donde se suelen concentrar los recursos tanto materiales como humanos. Pero a principios de la última década la ampliación de la cobertura no ha avanzado muy rápidamente, llegando en 2006 a una población beneficiada por el programa de aproximadamente cuatro millones cien mil habitantes. Los contratos se centran en la prestación de atención materno-infantil, prevención y tratamiento de enfermedades como la malaria y definen indicadores de cobertura de inmunizaciones, atenciones a embarazadas y otros, mediante los cuales se evalúan los resultados para efectuar los pagos correspondientes de manera trimestral³²¹.

Para la atención a las personas beneficiarias de los programas previamente descritos, se identificó un conjunto de Servicios Básicos de Salud en torno a la atención a las mujeres embarazadas, a los niños y a emergencias y enfermedades, en el caso de la población que anteriormente no tenía acceso a ninguna forma de atención. En cuanto a la población que ya tenía acceso a servicios de salud, se establecieron los servicios ampliados de salud, los cuales se prestan por personal del MSPAS y que además de los servicios básicos incluyen atenciones tales como la detección de cáncer en mujeres en edad reproductiva y la promoción de la planificación familiar, atención infantil y preescolar hasta los cinco años de edad, atención medio ambiental y normas sanitarias, desarrollo y gestión de proyectos³²².

Otro programa que se puso en marcha en 1997 fue el Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM) como apoyo para el establecimiento y mantenimiento de farmacias estatales y municipales, para las ventas sociales de medicamentos y la creación de botiquines rurales en todo el país. El PROAM permitió realizar importantes economías de escala con las cuales fue posible financiar parte de la

³²¹ Ibid.

³²² Ibid.

extensión de sus beneficios a una mayor parte de la población, ampliando la red de distribución de medicamentos³²³.

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación básica más importante vigente en el sistema de salud guatemalteco.

Tabla 1
Legislación básica del sistema de salud de Guatemala

Norma	Año	Objeto
Ley GTM-1967-R-19025 Acuerdo gubernativo	1967	Acuerdo gubernativo 1149, por el que se aprueba el acuerdo núm. 410 (de 16 abril de 1964) de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que contiene el reglamento sobre protección relativa a enfermedad. Prevé prestaciones en metálico y prestaciones en especie, servicios de asistencia médica, etc...
Ley GTM-1967-R-19026 Acuerdo gubernativo	1967	Acuerdo gubernativo 1248, por el que se aprueba el acuerdo 466 de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (de 17 octubre de 1967) que contiene el reglamento de asistencia médica. Incluye numerosas disposiciones sobre las modalidades de concesión de las prestaciones: asistencia médica externa, hospitalaria, farmacéutica, odontológica, servicio social, etc., prevención de accidentes, protección de la maternidad.
Ley GTM-1968-R-18193 Acuerdo gubernativo	1968	Acuerdo gubernativo 1380 por el que se aprueba el acuerdo 475 (de 25 de julio de 1968) de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que contiene el primer acuerdo de aplicación del reglamento (de 10 mayo 1967) sobre protección relativa a enfermedad y maternidad.
Ley GTM-1969-R-17905 Acuerdo gubernativo del Consejo de Ministros 15-69	1969	Se acuerda que todo servidor público que no esté protegido por el programa relativo enfermedad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tiene derecho, en caso de enfermedad debidamente comprobada que lo imposibilite para asistir al trabajo, a licencia con goce de salario total por un período no mayor de dos meses.

Fuente: ILO, 2009b.

³²³ Ibid.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

a) Sector público

El sector público está compuesto, en primer lugar, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que brinda atención al 32% de la población. En segundo lugar por el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) que ofrece cobertura a menos del 16% de la población vinculada con el empleo formal, y, en tercer lugar, por la Sanidad Militar, que cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos del 0,5% de la población. Algunas instituciones gubernamentales no directamente ligadas al sector salud como la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia, el Ministerio de la Defensa, el Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural, el Ministerio de Comunicaciones, Transportes y Obras Públicas y el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales participan de manera marginal en ciertas actividades de salud³²⁴.

Dadas las limitaciones de cobertura del sector público, la subsistencia de la medicina comunitaria tradicional indígena, fundamentalmente maya, dentro del sector privado, no debe ser soslayada. Si bien este recurso utilizado por una parte importante de la población que carece de acceso a formas institucionales de atención a la salud (más de un tercio de la población) se da en el marco de las estructuras comunitarias tradicionales, también funciona en base a pagos de bolsillo. El MSPAS y el IGSS brindan atención en sus respectivas instalaciones, hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre las de una institución y otra. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para atender a sus beneficiarios. De igual manera, el sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales que le pertenecen³²⁵.

b) Sector privado

Una importante proporción de los guatemaltecos recurre al sector privado en busca de atención a su salud. En este sector se identifica a una serie de organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, un sector privado que funciona predominantemente en base a pagos de bolsillo realizados por los usuarios y un poco significativo sector de seguros privados de

³²⁴ Montekio *et al.*, 2008.

³²⁵ Ibid.

salud. De acuerdo con estimaciones del MSPAS, las organizaciones no gubernamentales ofrecen cobertura a cerca del 18% de la población. Los seguros privados representan una fracción del sector inferior al 15%, ofreciendo cobertura únicamente a la población perteneciente a los dos quintiles más ricos de la población, predominantemente urbanos³²⁶.

- *Distribución de la cobertura*

La Constitución guatemalteca establece el derecho de todos los ciudadanos al seguro social, a pesar de esto, la cobertura real alcanzada por el IGSS es considerablemente baja (alrededor del 14%). Y, aunque el Ministerio de Salud formalmente funciona como prestador de servicios gratuitos para toda la población, la cobertura efectiva que en conjunto ofrecen el IGSS y el MSPAS sólo llega al 48% de la población, dejando a más de la mitad de los guatemaltecos sin protección en salud³²⁷.

La limitación de la cobertura a la población por parte del MSPAS proviene de diversas barreras de acceso. La pobreza, la ruralidad y la pertenencia a las principales etnias indígenas son considerados como principales factores determinantes del acceso a los servicios, estos factores se combinan con la escasez de recursos físicos y humanos y su concentración tanto en las zonas urbanas en general como, de manera particular, en el departamento de Guatemala³²⁸.

De acuerdo con el MSPAS, el programa de extensión de cobertura ha permitido pasar de 2,42 millones de habitantes cubiertos por el ministerio en 2000 a 4,14 millones en 2006, es decir, una proporción cercana al 32% de la población. Fuentes del ministerio señalan que, tan sólo en 2006, 1.300.000 niños y 500.000 mujeres fueron incorporados a la población beneficiaria del MSPAS. El IGSS ofrece cobertura a los trabajadores asalariados y empleados dependientes y sus familias. Según lo dispuesto por la ley, se trata de un "régimen nacional, unitario y obligatorio" que garantiza la participación financiera de empleados y empleadores, así como a evitar duplicación de los esfuerzos. No obstante, en este caso se encuentra una gran brecha entre los derechos establecidos en la ley para el acceso a los servicios de salud y el acceso real de la población a éstos. Existen ciertas barreras de ingreso que impiden la afiliación de los empleados de empresas pequeñas o de las personas que trabajan por cuenta propia. La barrera más importante tiene que ver con la inexistencia de disponibilidad de los

³²⁶ Ibid.

³²⁷ Ibid.

³²⁸ Ibid.

programas del IGSS en algunos departamentos. Por ejemplo, es importante considerar que la cobertura para maternidad y enfermedad sólo alcanza 12 de los 22 departamentos³²⁹.

Tabla 2
Cobertura de seguros de salud en Guatemala

	2006	
	Número	%
Población protegida por la seguridad social	2.332.191	17,9
Población no protegida por la seguridad social	10.696.809	82,1
Total	13.029.000	100

Fuente: Informe de labores 2006. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El dato se refiere a la población protegida por los Programas de Accidentes en General, Enfermedad y Maternidad³³⁰.

Los beneficiarios del IGSS son, en primer lugar, los trabajadores del sector formal de la economía afiliados sus cónyuges y sus hijos menores de cinco años, teniendo derecho a atención en caso de enfermedad, maternidad o accidentes. En caso de maternidad tienen derecho tanto las trabajadoras afiliadas como las esposas o mujeres cuya unión de hecho haya sido legalizada o cumpla con las reglamentaciones concernientes. La cobertura en caso de accidente cubre a los trabajadores directamente afiliados, incluso sin necesidad de acreditar un tiempo mínimo de contribuciones previas, y a los demás beneficiarios del afiliado con derecho dentro de los programas de enfermedad o maternidad³³¹.

La Sanidad Militar es responsable del bienestar físico y psíquico del personal militar a través de la realización de acciones de prevención y promoción de la salud, de hospitalización y de rehabilitación. Además de prestar atención a la salud de los miembros de las Fuerzas Armadas, lleva a cabo actividades de docencia e investigación y apoya a la población civil en casos de emergencia y desastres. La Sanidad Militar alcanza a cubrir a un porcentaje mínimo de la población inferior al 0,5%³³².

Los beneficiarios de los planes privados de seguros son personas que han cubierto el pago de las primas correspondientes, ya sea a título personal o como parte de las prestaciones laborales que les ofrecen sus empleadores. De cualquier

³²⁹ Ibid.

³³⁰ Ibid.

³³¹ Ibid.

³³² Ibid.

manera, sólo una pequeñísima proporción de la población guatemalteca con los mayores ingresos goza de este tipo de cobertura. Más del 90% de los asegurados con planes privados de salud pertenecen al decil más alto de ingresos³³³.

El aseguramiento público y el privado, en conjunto, sólo cubre a alrededor del 23% de la población, dejando a más de tres cuartas partes de los guatemaltecos formalmente en manos del MSPAS (32% de cobertura) y de las organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro (18% de cobertura) que, desde 1997, han establecido contratos de participación en el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos del MSPAS. Una proporción superior al 35% de la población no cuenta con ningún acceso a servicios formales de atención a la salud³³⁴.

- *Financiación*

- a) Pública

El MSPAS se financia con recursos que provienen de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera muy poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados. El IGSS obtiene sus recursos de las cotizaciones que pagan los afiliados, los patrones o empleadores y del Estado. Alrededor del 86% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que el 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud por parte de la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos. El sector privado no lucrativo está compuesto por una variedad de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones religiosas con una importante presencia en zonas rurales. Aun cuando la medicina tradicional se practica en el marco de las estructuras comunitarias tradicionales, funciona en base a pagos de bolsillo³³⁵.

La seguridad social funciona con un fondo que se alimenta de las contribuciones que realizan los empleadores, los trabajadores afiliados al IGSS y, formalmente, el Estado. De acuerdo con la ley, el Estado debería participar en el financiamiento del IGSS en su doble papel de empleador de los guatemaltecos que trabajan en las instituciones gubernamentales y como Estado financiador del seguro social, aunque en realidad desde hace varias décadas el Estado no ha contribuido a este financiamiento. Las contribuciones de los empleadores y empleados son establecidas por la Junta Directiva del Instituto, en la cual participan representantes del gobierno, los patrones y los trabajadores, teniendo en cuenta que los programas

³³³ Ibid.

³³⁴ Ibid.

³³⁵ Ibid.

financiados por el seguro social no son accesibles en todo el territorio guatemalteco, de tal suerte que las tasas de contribución se establecen en función del paquete de beneficios a los que tiene acceso el asegurado ³³⁶.

Considerando los tres programas fundamentales ofrecidos por el IGSS, se establece una participación porcentual relativa al ingreso de los trabajadores que puede llegar a representar hasta el 15,5% del salario, cuando los afiliados tienen acceso a todos los beneficios, lo cual sucede en 19 de los 22 departamentos del país. Dado que en todos los departamentos del país la afiliación al IGSS garantiza los beneficios de los programas de Accidentes y de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia, la cotización obligatoria de los empleadores va del 6,67% por estos dos programas (departamentos de El Progreso, Petén y Santa Rosa) al 10,67% del salario, en los casos en que también se incluye la cobertura del programa de Enfermedad y Maternidad; mientras que la cotización de los trabajadores va del 2,83% en los tres departamentos donde sólo se cubren dos programas, al 4,83% en los otros 19 departamentos donde se provee la cobertura de los tres programas³³⁷.

b) Privada

De acuerdo con la OMS, en 2006 la participación del gasto privado en salud se encuentra por encima del 62%. Según información del MSPAS el 64% del gasto en salud realizado en 2005 provino del sector privado y, en particular, el 57% tuvo su origen en recursos de los hogares pagados directamente a prestadores privados de servicios de salud. Diversos agentes, desde compañías de seguros hasta organizaciones de beneficencia de la sociedad civil, son considerados responsables del restante 7% de origen privado. Por otra parte, en los últimos años se ha constatado una creciente importancia de la participación de las remesas que los guatemaltecos reciben de sus compatriotas y familiares residentes en el extranjero como fuente de financiamiento de los gastos en salud realizados por los hogares³³⁸.

El sector privado, subdividido en lucrativo y no lucrativo, se financia en un 86% con pagos de bolsillo. Sólo el 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud a empresas de seguros. El sector privado no lucrativo puede, a su vez, subdividirse en una variedad de organizaciones laicas de la sociedad civil y asociaciones religiosas, ambas con una importante presencia en zonas rurales, las cuales ofrecen planes de educación, prevención y atención en dispensarios,

³³⁶ Ibid.

³³⁷ Ibid.

³³⁸ Ibid.

clínicas, centros de salud y hospitales. Un aspecto importante de la participación de las organizaciones de la sociedad civil ha sido su apoyo al MSPAS en el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (PECSB) mediante el establecimiento de contratos que han permitido ampliar la cobertura a casi cuatro millones de guatemaltecos³³⁹.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Empresas o instituciones de salud

En 2008 en Guatemala existían 17 entidades aseguradoras, lideradas por Seguros G & T con un 26% de las primas del sector asegurador de este país³⁴⁰.

3.2 Productos y coberturas que ofrecen

- *Tipo de prestación de las aseguradoras*

En el caso de los seguros privados, en general los usuarios no tienen la posibilidad de elegir al prestador de la atención, a menos que se hubiese efectuado un copago suplementario a la prima. Por lo demás, el contenido de cada plan propuesto se define de acuerdo con las condiciones contractuales suscritas. Existe un número limitado (13) de empresas que ofrecen seguros privados de salud y, dado que cuentan con una cantidad muy limitada de afiliados, los riesgos se comparten entre pocos miembros, de donde surge un costo muy elevado de las primas³⁴¹.

³³⁹ Ibid.

³⁴⁰ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009."

³⁴¹ Montekio *et al.*, 2008.

3.3 Mercado de la salud privada: principales cifras

- *Empresas de seguros*

a) Primas

Tabla 3
Sistema asegurador de Guatemala, primas y siniestros del ramo de salud
(En miles de dólares)

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Primas	85.617,96	75.962,46	67.106,84	56.683,53	50.613,34	44.014,51	34.010,47
Siniestros	64.970,62	56.883,16	49.266,18	39.322,06	36.924,19	29.564,51	20.906,89

Fuente: Superintendencia de Bancos Guatemala.

En el año 2008 el volumen de primas del sector asegurador en Guatemala fue de US\$ 400 millones, de éstos aproximadamente US\$ 240 millones se concentraron en seguros no vida³⁴². Específicamente en el sector salud las primas llegaron a US\$ 85.617.000, en 2008, incrementando por casi 10 millones de US\$ 75.962.000 del año anterior³⁴³.

b) Siniestralidad

La siniestralidad para el sector asegurador en Guatemala disminuyó del 67,3% en 2007 al 66,4% en 2008³⁴⁴. En el sector salud en concreto no se dio este cambio, incrementado de US\$ 56.883.000 a US\$ 64.970.000 en estos mismos años³⁴⁵.

c) Gastos

El porcentaje de gastos del sector asegurador en Guatemala disminuyó del 34,5% en 2007 al 33,9% en 2008³⁴⁶.

d) Ratio combinado

El ratio combinado del sector asegurador en Guatemala disminuyó del 101,8% en 2007 al 100,3% en 2008. Este ratio es el más alto de Centroamérica³⁴⁷.

³⁴² Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

³⁴³ Superintendencia de Bancos Guatemala.

³⁴⁴ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

³⁴⁵ Superintendencia de Bancos Guatemala.

³⁴⁶ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

³⁴⁷ Ibid.

e) Resultado

Los resultados financieros del sector asegurador en Guatemala disminuyeron de un 8,3% en 2007 al 8,1% en 2008. Por otro lado, el resultado técnico financiero en este mismo período pasó del 6,5% al 7,7%. El resultado neto incrementó del 5,3% en 2007 al 8,4% en 2008³⁴⁸.

- *Otras instituciones*

3.4 Tratamiento del gasto farmacéutico

El gasto en medicamentos es uno de los rubros financieros más importantes del sistema de salud guatemalteco. Dado que la mayor parte del gasto en salud es realizado por los hogares como gasto de bolsillo, es importante señalar que diversos análisis sitúan la compra de medicamentos como destino de entre el 50 y el 73% de dicho gasto. Entre 1999 y 2005 el gasto en medicamentos realizado por los hogares registró un incremento anual del 10%, mientras que el realizado por el sector público tuvo muy ligeras variaciones, a pesar de que el aumento en el primero se debe más a la elevación de los precios de los medicamentos que a un mayor consumo en términos reales³⁴⁹.

De acuerdo con información del MSPAS, la cantidad de recursos financieros invertidos en la compra de medicamentos en 2006 (US\$ 11 millones) representa alrededor del 30% de todo el gasto en salud y el 10% del gasto del MSPAS³⁵⁰. De esta cantidad, el gasto de bolsillo de los hogares representa el 70%, mientras que el IGSS es responsable de otro 21%, dejando sólo el 5% en manos del MSPAS y el restante 4% como responsabilidad de las organizaciones de la sociedad civil que participan en la atención a la salud de la población³⁵¹.

El amplio consumo de medicamentos mediante pagos de bolsillo está acompañado por la ausencia de controles en la venta de los mismos y su expendio sin la prescripción médica adecuada. En 1997, el MSPAS creó el Programa de Accesibilidad de Medicamentos con la finalidad de aumentar la cobertura de medicamentos básicos de buena calidad y a precios accesibles para la población. En 2006 los establecimientos afiliados al programa eran 923 "servicios de ventas sociales de medicamentos", 1.043 "botiquines rurales", 81 "farmacias municipales" y 41 "farmacias estatales". Del total de los medicamentos

³⁴⁸ Ibid.

³⁴⁹ Montekio *et al.*, 2008.

³⁵⁰ MSPAS, 2006.

³⁵¹ Montekio *et al.*, 2008.

comercializados, alrededor del 40% son genéricos, lo que representa un importante incremento, ya que en la década de los noventa, la cifra correspondiente era de sólo el 8%. La industria farmacéutica de Guatemala es muy importante y se encuentra entre las más grandes de Centroamérica. En 2005, el valor de las importaciones de medicamentos provenientes de México fue de alrededor de US\$ 40 millones mientras que las estadounidenses sólo alcanzaron los US\$ 10 millones³⁵².

La entrada en vigor en 2004 del Tratado de Libre Comercio de América Central con los Estados Unidos, así como la aprobación de diversos decretos relacionados con la propiedad intelectual, despertó polémicas respecto a las posibilidades de limitación del acceso a medicamentos entre la población guatemalteca. Destaca el problema del acceso a antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA debido a que las restricciones impuestas por las nuevas regulaciones obligaban a pagar hasta 20 veces más por los medicamentos de marca en ausencia de genéricos autorizados³⁵³.

3.5 Papel del micro-seguro

Existe poca información detallada sobre el papel de los micro-seguros en Guatemala. En este país existen administrados y financiados por ONG varios ejemplos de micro-seguros para las poblaciones marginadas. Uno de estos ejemplos es el seguro comunitario "ASSABA" que en 1999 llegó a cubrir a más de 11.000 personas³⁵⁴.

4. REFORMA DE SALUD

En el 2001 el Congreso de Guatemala propuso la Ley de Desarrollo Social, sobre cuya base se definió la Política de Desarrollo Social y Población incluyendo metas tales como la reducción de la mortalidad materna en un 15%. Como parte de esta reforma se planteó la creación de unidades de atención a la salud destinadas a responder ante las emergencias obstétricas en los lugares con mayores tasas de mortalidad materna e infantil. Para lograr estas metas, se creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva como organismo responsable. Colaborando con agencias de la ONU y diversas organizaciones de la sociedad civil, el Programa Nacional de Salud Reproductiva realizó un informe sobre la Línea Basal de Mortalidad Materna. Su objetivo es medir el impacto de las acciones encaminadas a la reducción de dicha mortalidad, al igual que coordinar los esfuerzos de instituciones y organizaciones interesadas en atender el tema y definir importantes

³⁵² Ibid.

³⁵³ Ibid.

³⁵⁴ Ron, 1999.

criterios sobre la multiplicidad de determinantes del problema, como son asuntos de género, etnicidad y otros aspectos sociales y culturales³⁵⁵.

El Programa Nacional de Salud también ha sido un punto inicial para la definición de estándares en la provisión de los servicios de salud en todos los niveles a través de la publicación y distribución de un manual de procedimientos. Esta publicación no se limita al tema de la salud reproductiva y establece criterios para la participación de la comunidad y de los usuarios de los servicios de atención a la salud en general. Además, en este se definen protocolos concretos para la estandarización de los procedimientos diagnósticos y de tratamiento estableciendo un mínimo de calidad y eficiencia en la prestación de servicios³⁵⁶.

Referencias bibliográficas

CEPAL, 2008. Panorama Social América Latina.

CIA World Factbook, 2009.

Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

ILO, 2009a. Laborsta.

ILO, 2009b. "NATLEX : database of national labour, social security and related human rights legislation". International Labour Organization 2009.

http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.home?p_lang=en.

Montekio, Víctor Becerril; Muiser, Jorine; Sáenz Madrigal, Rocío y Vindas, Alberto, 2008. "Mapa del sistema de salud Guatemala." Observatorio de la Salud.

MSPAS, 2006. Reporte de rendición de cuentas.

http://gua05027.org/images/files/Presentaciones/Rendicion_de_cuentasMSPAS_2006%5B1%5D.pdf

Ron, A., 1999. ONG in community health insurance schemes: examples from Guatemala and the Philippines. Soc Sci Med. 1999 Apr;48(7):939-50.

Superintendencia de Bancos de Guatemala, 2010.

<http://www.sib.gob.gt/web/sib/inicio>

WHO, 2009. World Health Statistics 2009. Ginebra, Suiza. World Health Organization, 2009.

<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>.

³⁵⁵ Montekio *et al.*, 2008.

³⁵⁶ Ibid.

10 HONDURAS

Acrónimos	
CESAMO	Centros de Salud Médico Odontológicos
CESAR	Centros de Salud Rural
CNBS	Comisión Nacional de Banca y Seguros
DGRS	Dirección General de Regulación Sanitaria
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
SILOSS	Sistemas Locales de Seguridad Social
SIC	Secretaría de Industria Comercio
SS	Secretaría de Salud

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Honduras cuenta con una población de 7,6 millones de habitantes (2009) de los cuales el 50% son mujeres y el 50% vive en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende al 1,99% (2005-2010) superior al promedio regional (1,12%) pero inferior a la observada hace apenas 20 años (2,91% para el período 1985-1990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 36,8% de la población, mientras que los mayores de 65 años configuran el 4%, cifra inferior a otros países con un mayor nivel de envejecimiento como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%). La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 3,3 hijos por mujer en edad fértil, valor superior al promedio de la región (2,3), y sólo inferior al de Guatemala (4,2) y Haití (3,5). La tasa de mortalidad infantil está en 27,8 por cada 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra superior a la media de América Latina y el Caribe (21,8) y que contrasta con las cifras de países como Cuba y Chile, donde esta tasa es del 5,1 y 7,2³⁵⁷ respectivamente. En 2005 la razón de mortalidad materna fue de 280 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos³⁵⁸, muy superior al promedio

³⁵⁷ Toda la información provista hasta aquí proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

³⁵⁸ WHOSIS, 2009.

latinoamericano que se ubica alrededor de 134 mujeres, y similar al de países como Bolivia y Guatemala. Este conjunto de indicadores permiten concluir que Honduras presenta uno de los menores niveles de desarrollo de la región.

En el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 72,1³⁵⁹ años (69,7 años para los hombres y 74,5 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte, en 2004, las infecciones originadas en el período perinatal se constituyen en la de mayor importancia en Honduras, causando el 18,8% del total de las muertes. En segundo lugar se ubican las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con un 6,3% de los decesos, seguidas en importancia por la diabetes mellitus (5,6%) que junto con las enfermedades cerebrovasculares (5%), son responsables en conjunto, de más de la tercera parte de la mortalidad del país³⁶⁰. Es de destacar que en Honduras las enfermedades ligadas al VIH son la sexta causa de muerte, siendo éste uno de los países con mayor incidencia de VIH/SIDA en América Latina. Mientras que en 2001 la tasa de prevalencia de la epidemia en la región era de 62 por cada millón de habitantes, en Honduras la cifra llegaba a 102. Más de la mitad de los casos reportados en Centroamérica se ubican en Honduras³⁶¹.

- *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de Honduras representa alrededor de un 39,5% de la población (2008), aproximadamente unos 3 millones de habitantes. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio de 4,1%, valor significativamente inferior a la media de la región (7,2%) y a la de países como Brasil (7,9%) y Chile (7,8%)³⁶². Por otro lado, en 2007 el ingreso medio en términos de la línea de pobreza nacional fue de 2,0, equivalente a US\$ 194 dólares, uno de los indicadores más bajos de la región junto con Perú (2,0), teniendo en cuenta que en promedio para América Latina éste es del 3,8³⁶³.

- *Contexto económico*³⁶⁴

En 2009, el PIB de Honduras fue de US\$ 33.140 millones (PPA) con un crecimiento real anual de -3,1%. Acorde con lo anterior, Honduras ocupa el

³⁵⁹ Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

³⁶⁰ Tomado de MONTEKIO V., MUISER J., SÁENZ R. y VINDAS, A., 2008.

³⁶¹ Ibid.

³⁶² Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

³⁶³ Anuario Estadístico de la CEPAL, 2008.

³⁶⁴ La Información de este apartado proviene del CIA World Factbook.

décimoctavo lugar a nivel de América Latina y el Caribe dentro de 33 países, y el puesto 103 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per cápita (2009) es de US\$ 4.200 (PPA), con lo que se encuentra el puesto 22 dentro de la región y 152 en el mundo. La tasa de inflación fue de 5,9% en 2009.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

De acuerdo con los datos más recientes proporcionados por la Secretaría de Salud (SS) de Honduras (2004), existen en el país 61 hospitales, distribuidos de manera uniforme entre el sector público y el sector privado. 28 pertenecen a la Secretaría de Salud de Honduras (seis nacionales, seis regionales y 16 de área), mientras el Instituto Hondureño de Seguridad Social cuenta con dos. Por su parte, el sector privado tiene 31 hospitales. Adicionalmente la SS cuenta con 1.363 unidades proveedoras de servicios ambulatorios, de las cuales 1.058 corresponden a Centros de Salud Rural (CESAR), 252 a Centros de Salud Médico Odontológicos (CESAMO), nueve a casas comunitarias de atención al parto, ocho a albergues maternos y cuatro a clínicas periféricas de emergencia (CLIPER). En cuanto al Instituto Hondureño de Seguridad Social, éste cuenta con 11 instituciones de servicios ambulatorios, mientras el sector privado se estima que tiene más de 1.100 establecimientos. Asimismo las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones pertenecientes a grupos religiosos y la Cruz Roja, prestan servicios en 56 centros, de los cuales 43 corresponden a distintas ONG³⁶⁵. Con cifras de 2007, Honduras cuenta con 0,7 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, cifra inferior al promedio de América Latina y el Caribe (1,9 camas por 1.000 hab.) y sólo comparable con la de Guatemala (0,6 camas por 1.000 hab.) y El Salvador (0,8 camas por 1.000 hab.)³⁶⁶.

b) Recursos humanos³⁶⁷

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en Honduras hay seis médicos por cada 10 mil habitantes (2007), cifra considerablemente inferior al promedio regional (17 por 10.000 hab.) y sólo superior a la observada en Nicaragua (4 por 10.000 hab.) distando mucho de las presentadas por países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 habitantes). De acuerdo a la misma fuente existen 13 enfermeras y dos odontólogos por cada 10 mil habitantes.

³⁶⁵ Tomado de MONTEKIO V., MUISER J., SÁENZ R. y VINDAS A., 2008.

³⁶⁶ Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

³⁶⁷ La información de éste apartado proviene de WHOSIS, 2009.

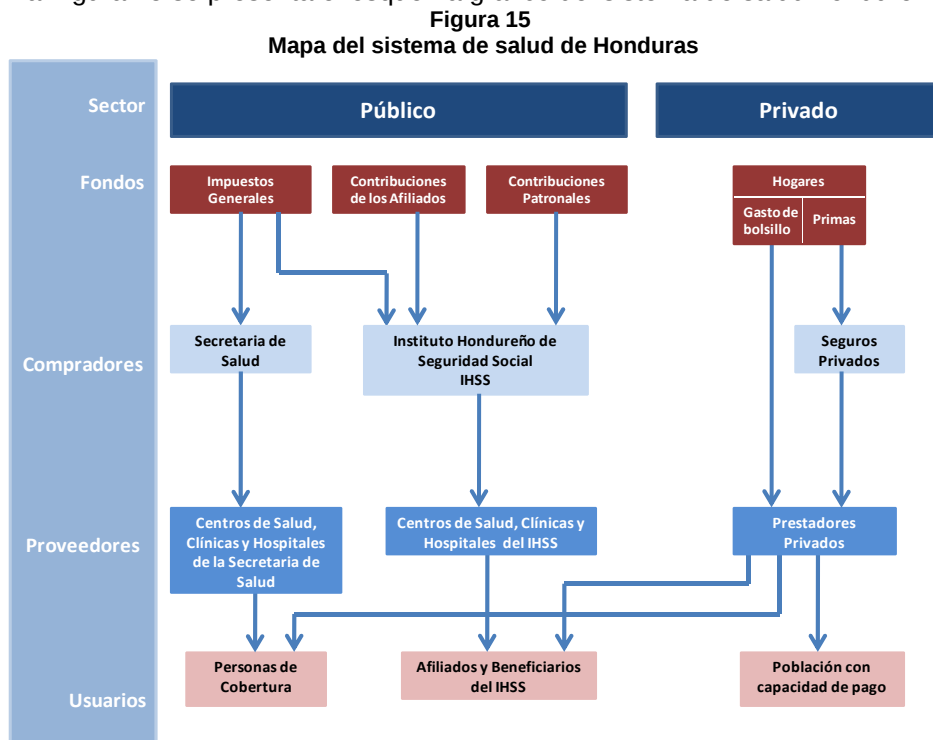
c) Recursos financieros³⁶⁸

Con cifras de 2006, en Honduras el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es del 6,4%, evidenciando una mejoría respecto al año 2000, cuando este rubro se ubicaba en el 5,4%. Esta cifra es levemente inferior al promedio de la región (6,7%) pero es superior a la de países como República Dominicana (5,6%), Guatemala (5,3%) y Ecuador (5,3%). El gasto per cápita es de US\$ 379 PPA (2006), valor inferior a la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 37% corresponde a recursos gubernamentales y el 71,9% del gasto privado corresponde a gastos de bolsillo, siendo esta última cifra inferior al promedio latinoamericano (77,7%).

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

En la Figura 15 se presenta el esquema gráfico del sistema de salud hondureño:



Fuente: MONTEKIO V., MUISER J., SÁENZ R. y VINDAS, A., 2008.

³⁶⁸ Ibid.

2.2 Un poco de historia³⁶⁹

A continuación se presentan diez hitos en la historia del sistema hondureño de salud:

1959: Promulgación del Código del trabajo y emisión de la Ley del Seguro Social que crea el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

1958: Creación del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

1983: Constitución política vigente de Honduras.

1989: Fundación del Hospital Militar.

1990: Inicio de la Reforma del Sector Salud.

1991: Promulgación del Código de Salud vigente y de la Ley de Municipalidades.

1998: Ley que faculta al Hospital Militar para vender servicios a entidades públicas y privadas.

2002: Plan del Gobierno para el Sector Salud 2002-2006.

2003: Inicio del programa Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS).

2004: Reorganización de la Secretaría de Salud en 18 Regiones Sanitarias Departamentales y dos Regiones Metropolitanas y reglamento de las Regiones Sanitarias.

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación más importante del sistema de salud hondureña.

Tabla 1
Legislación básica sistema de salud de Honduras

Norma	Año	Objeto
Ley del Seguro Social	1959	Crea el Instituto Hondureño de Seguridad Social como una institución de derecho y servicio público y le asigna sus competencias.

³⁶⁹ Tomado de MONTEKIO V., MUISER J., SÁENZ, R. y VINDAS, A., 2008.

Tabla 1 (2)
Legislación básica sistema de salud de Honduras

Norma	Año	Objeto
Constitución Política de Honduras (Artículos 145 y 149)	1983	Establece que el Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría de Salud ejerce la "Autoridad Sanitaria" y coordina todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector de la salud y mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual se da prioridad a los grupos más necesitados. Asimismo establece que La responsabilidad de la Secretaría de Salud en cuanto a conducción y regulación del sistema de salud es indelegable, compartiendo con otras instituciones y organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales, la provisión de servicios, el financiamiento, el aseguramiento y las funciones esenciales de salud pública.
Código de Salud	1991	Establece la normatividad básica para el funcionamiento del sector salud hondureño y define las entidades que lo componen, asigna funciones de rectoría a la Secretaría de Salud.
Ley de Municipalidades	1991	Establece las responsabilidades y competencias en relación a los temas de salud de las municipalidades como entes territoriales descentralizados.
Reglamento General de Salud Ambiental	1997	Establece las pautas necesarias para impulsar el proceso de generación de normas técnicas en el campo de regulación ambiental y establecer el efecto sobre la salud de los hondureños del no cumplimiento de las mismas.

Fuente: Autores.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

• Actores

El sistema de salud de Honduras está compuesto por dos sectores: el sector público y el sector privado. El sector público lo integran la Secretaría de Salud (SS), a la cual le corresponde el rol rector y regulador del sector, y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), encargado de recaudar y administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores. También existen servicios de salud a cargo de las Fuerzas Armadas, particularmente del Hospital Militar que puede establecer contratos para proveer servicios a otras entidades (gobierno central, instituciones descentralizadas y corporaciones municipales).

De acuerdo a lo establecido por la ley, la Secretaría de Salud (SS) ofrece atención a toda la población, mientras los beneficiarios del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) son los trabajadores del sector formal de la economía afiliados a la seguridad social y sus dependientes directos, es decir, el cónyuge e hijos menores de 11 años. Además, las personas que no siendo trabajadores

asalariados desean afiliarse al IHSS pueden hacerlo como trabajadores independientes o como asegurados voluntarios. El IHSS ofrece un régimen de prestaciones que incluye cobertura de todos los riesgos de salud para los asegurados directos, servicios de maternidad y de atención del cáncer de cerviz y de mama.

Tanto la Secretaría de Salud (SS) como el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) prestan servicios en sus propias instalaciones. Adicionalmente, el IHSS presta algunos servicios en establecimientos del sector privado mediante contratos.

Por su parte, el sector privado está conformado por instituciones con y sin ánimo de lucro. Entre los primeros se encuentran consultorios, clínicas y hospitales, así como un reducido número de empresas de seguros privados de salud. Entre los segundos se encuentran la Cruz Roja, iglesias de diferentes credos y diversas ONG.

En términos generales, el país tiene un sistema de salud caracterizado por su segmentación y fragmentación, donde se producen financiamientos cruzados, puesto que es común que la población adscrita al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) o a otro sistema de seguro de salud, acceda a los servicios ofertados en los diferentes establecimientos públicos y/o privados sin fines de lucro³⁷⁰. De esta manera, si bien la Secretaría de Salud (SS) es la entidad rectora del sector, prácticamente no hay ningún tipo de enlaces funcionales entre todas las entidades, salvo por lo que se refiere al proceso de acreditación de entidades y por la compra de servicios que realiza el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) a entidades del sector privado.

- *Distribución de cobertura*

En Honduras se tienen dos modalidades de aseguramiento en salud. Por un lado el seguro público, que opera a través del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y el aseguramiento privado. Si bien no existe un sistema de afiliación privada de seguridad social, hay un grupo de instituciones privadas de aseguramiento en salud que venden seguros de gastos médicos de afiliación voluntaria, con un reembolso de hasta el 80%³⁷¹, dirigidos a la población de ingresos medios y altos y con presencia casi exclusiva en los municipios de mayor desarrollo económico y en las principales ciudades del país.

³⁷⁰ Tomado de: PAHO, 2009.

³⁷¹ Tomado de RODRÍGUEZ A., 2006.

La Secretaría de Salud (SS) ofrece atención a toda la población, pero se estima que únicamente cerca del 50% de los hondureños tienen acceso a estos servicios. Por su parte, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) cubre a poco menos de 40% de la población asalariada del sector formal de la economía (aproximadamente el 14%³⁷² de los hondureños). Por otro lado, las Fuerzas Armadas son responsables de proporcionar servicios médicos hospitalarios a su personal, a los oficiales retirados, a sus familiares en calidad de beneficiarios y a los oficiales de la policía nacional.

De acuerdo con los datos del censo más reciente (2001), el 16,9%³⁷³ de la población cuenta con un algún seguro de salud; de éstos se estima que el 2,9% corresponde a seguros privados de salud. Además, teniendo en cuenta que la cobertura de la Secretaría de Salud (SS) afecta al 50% de la población, se tendría finalmente que cerca de un 33% de la población carece de cualquier tipo de cobertura de salud y busca atención en otras instancias informales del sector privado, principalmente curanderos y farmacias.

Esta dinámica en la cobertura obedece a que menos de la mitad de los hondureños económicamente activos pertenecen al sector formal de la economía y a que no todos los trabajadores formales están afiliados al IHSS (la ley no establece la obligatoriedad de afiliación de los trabajadores del sector formal al sistema de seguridad social). Es de destacar que generalmente la población no asegurada se encuentra en situación de pobreza ó pobreza extrema y se trata fundamentalmente de los habitantes de zonas rurales en las que no existe suficiente presencia de la Secretaría de Salud.

- *Financiación*³⁷⁴

En cuanto a la estructura del gasto de salud en Honduras, de acuerdo con cifras de la OMS de 2005, el 50,6% corresponde al sector público y el 49,4% restante al sector privado. El gasto del sector público se divide en dos partes desiguales, el 85,2% corresponde a la Secretaría de Salud (SS) y el restante 14,8% al Instituto Hondureño de Seguridad Social; producto de la gran diferencia en las proporciones de población cubierta por cada una de estas entidades (La SS cubre cerca del 50% de la población y el IHSS un 14%).

³⁷² Tomado de MONTEKIO V., MUISER J., SÁENZ R. y VINDAS, A., 2008.

³⁷³ Ibid.

³⁷⁴ Las cifras de este apartado fueron tomadas de MONTEKIO V., MUISER J., SÁENZ R. y VINDAS, A., 2008.

El financiamiento de la Secretaría de Salud (SS) proviene de tres fuentes: en primer lugar del presupuesto del gobierno (71% en 2005), en segundo lugar de asistencia técnica del exterior (26% en 2005), y por último y en una muy pequeña proporción, de cuotas y pagos por venta de servicios (3% en 2005).

Por su parte, el Instituto Hondureños de Seguridad Social (IHSS) se financia con recursos que recauda y administra en base a las cotizaciones de los empleadores (5% de los salarios³⁷⁵) y empleados (2,5% de los salarios) del sector formal de la economía, además de un aporte del Estado equivalente al 0,5% de los salarios de los afiliados, esta fuente representó el 81,3% de los recursos del IHSS en 2005, asimismo, recibe intereses producto de inversiones y fondos depositados en la banca (12,1% de los recursos del IHSS 2005) y recursos operacionales provenientes de multas, recargos y convenios de asistencia médica a no asegurados (6,4% de los recursos del ISHH en 2005).

Respecto al sector privado con fines de lucro, que mantiene una presencia significativa con 31 hospitales y más de 1.100 establecimientos de salud ambulatoria, su financiamiento proviene básicamente de los pagos de bolsillo de los usuarios y en una muy pequeña proporción de la venta de seguros de salud a los hogares. De acuerdo con datos de la OMS, sólo el 7,2% del gasto privado en salud corresponde a planes de prepagados. Por otro lado, el sector privado sin fines de lucro que presta servicios de salud, generalmente de manera gratuita, se financia con donaciones tanto internas como externas y, de acuerdo con las cifras de la OMS, representa solamente el 5,8% del gasto privado en salud.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1. Tipología de las empresas o instituciones de salud privada

Según estimaciones, solamente un 2,9% de la población tiene un seguro privado de salud. Estos seguros son ofrecidos por empresas del sector de seguros, en 2009 en el mercado hondureño se encontraron 11 empresas aseguradoras, de las cuales las diez ofrecen seguros de salud, éstas son: Interamericana de Seguros S.A.; Pan American Life Insurance Company; Seguros Atlántida S.A.; Aseguradora Hondureña Mundial S.A.; Seguros HSBC Honduras; Seguros Crefisa S.A.; Seguros del País; Citi Seguros Honduras; Seguros Continental; Equidad Compañía de Seguros. Interamericana y Pan American Life, son las de mayor importancia en cuanto a los seguros de salud, pues entre las dos poseen la participación mayor del 50% de los seguros de salud, el restante lo comparten las otras ocho empresas del mercado asegurador (Tabla 2).

³⁷⁵ En el año 2010 los porcentajes de cotización han variado: 7,5% el empleador y 3,5% el empleado.

Tabla 2
Compañías que ofrecen seguros de accidentes y enfermedad, 2009

Aseguradora	Participación en el ramo de seguros de Accidentes y Enfermedad 2009
INTERAMERICANA	28,22%
PAN AMERICAN LIFE	26,71%
ATLANTIDA	12,81%
ASEGURADORA HONDUREÑA	10,98%
HSBC	8,49%
CREFISA	6,65%
DEL PAÍS	2,78%
CONTINENTAL	1,48%
CITI	1,07%
EQUIDAD	0,81%

Fuente: Superintendencia de Seguros y Pensiones.

En el período 2006-2009, se ha presentado un importante crecimiento en la producción de seguros de salud en Honduras, como se muestra en la Tabla 3, en el tercer trimestre de 2009 se contó con 34 millones de dólares en primas netas por concepto de estos seguros, lo que representa el 17% del mercado asegurador del país.

Tabla 3
Cifras de seguros privados de asistencia médica en Honduras
(Cifras en dólares³⁷⁶)

	2006	2007	2008	2009 (3° trimestre)
Total mercado de seguros (primas netas)	141.118.342	179.650.887	203.531.505	202.438.321
Seguros de salud y hospitalización (primas netas)	23.238.109	26.580.353	30.745.836	34.181.023
Siniestros de seguros salud y hospitalización	16.377.645	19.098.496	24.533.935	24.671.527

Fuente: Superintendencia de Seguros y Pensiones.

Haciendo una estimación en relación al total de recursos invertidos, se sabe que el porcentaje del PIB destinado a la salud en Honduras está en el 6,4% en 2006, utilizando esta misma proporción para proyectar los recursos en salud en los años 2006 a 2008, se tiene la estimación de recursos que se muestra en la Tabla 4.

³⁷⁶ Cifras presentadas en lempiras y convertidas a una tasa de cambio de 18,9 lempiras por dólar.

Tabla 4
Estimación de gasto per cápita en seguros privados de salud en Honduras

	2006	2007	2008
PIB precios corrientes (US\$ millones) ^a	10.915	12.389	13.995
6,4% destinado a salud en 2006 (US\$ millones) ^b	698,5	792,9	895,7
Primas de salud (US\$ billones) ^c	23,2	26,6	30,7
Estimación del porcentaje de gasto en seguros de salud sobre el gasto total en salud ^d	3,3%	3,4%	3,4%
Gasto estimado en seguros de salud per cápita (en dólares) ^d	3,3	3,7	4,2

^a Fuente: Banco Central de Honduras BCH, convertido a tasa de cambio de 18,9 leprinas por dólar.

^b Fuente: Whosis, 2009.

^c Fuente: Superintendencia de Seguros y Pensiones de Honduras.

^d Cálculos de los autores.

Se estima una inversión en salud que pasa de 698 a 895 millones de dólares en los tres años estudiados, relacionando este valor con los valores observados en primas de seguros de salud y hospitalización, se obtiene que el 3,4% del total de los recursos de salud se destinan a la compra de seguros privados. Finalmente se calcula un valor per cápita de gasto en seguros privados, registrando que en 2008 se efectuó un gasto de 4,2 dólares por persona en este tipo de seguros, representando de nuevo el 3% del gasto per cápita total en salud, que con los mismos datos de la Tabla 4, estaría en US\$ 122,4 para 2008 (no comparables con los datos presentados en la sección de Recursos Financieros, los cuales están en US\$ PPA).

Las anteriores estimaciones coinciden con los datos de OMS en los que sólo el 7% del gasto privado se dirige a sistemas prepagados. Según los datos mostrados en la sección anterior, se desprende que el 49,4% (2005) del gasto total en salud es privado. De la misma manera que el ejercicio anterior, se usa este porcentaje para la estimación del gasto privado en el período 2006 a 2008, con lo que se tiene:

Tabla 5
Estimación de porcentaje de recursos invertidos en seguros privados sobre el gasto privado en salud

	2006	2007	2008
Gasto privado estimado como el 49,4% del gasto en salud (US\$ millones)	345,1	391,7	442,5
Porcentaje del Valor de primas de salud en el gasto privado estimado	7%	7%	7%

Fuente: cálculo de los autores.

Los resultados mostrados en la Tabla 5, permiten corroborar que sólo el 7% del gasto privado en salud se destina a seguros de salud y hospitalización.

3.2 Tratamiento del gasto farmacéutico

Para el período 2000-2005 circulaban en el mercado hondureño 8.374³⁷⁷ medicamentos, de los cuales el 85,9% correspondía a medicamentos de marca y el 14,1% restante a medicamentos genéricos. Para el mismo período, se estima que el gasto público en salud destinado a medicamentos ascendía al 16,3%. A pesar de que en Honduras existen cerca de 70 laboratorios farmacéuticos a cargo de la producción local de medicamentos, éstos apenas representan entre el 15 y el 20% del mercado, el 80 al 85% restante corresponde básicamente a medicamentos de marca importados de Estados Unidos y de países vecinos de Centroamérica³⁷⁸.

En Honduras no se controlan los precios de los medicamentos, solamente el margen de comercialización de los importadores y vendedores al por menor. La regulación de los márgenes de utilidad de los productos farmacéuticos es realizada por la Secretaría de Industria y Comercio (SIC).

El suministro de medicamentos tanto para la Secretaría de Salud (SS) como para el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se realiza de forma centralizada, aunque cada institución lo hace de manera independiente y de acuerdo a un cuadro de medicamentos propio.

4. REFORMAS DE SALUD

En el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) que se inició en 2001, se elaboró el Plan del Gobierno para el Sector Salud 2002-2006, orientado hacia la ampliación de la cobertura y que facilitaba los cambios necesarios en el sector, tenía como principal objetivo el mejoramiento de las condiciones sanitarias y de la prestación de servicios de salud.

Dentro de los cambios en la estructura del sector, específicamente en lo que tiene que ver con la Secretaría de Salud (SS), en 2004 fue reorganizada en 18 Regiones Sanitarias Departamentales y dos Regiones Sanitarias Metropolitanas que coinciden con la división política del país en igual número de departamentos. Esta reestructuración buscaba acercar la ordenación administrativa de la

³⁷⁷ Tomado de PAHO, 2009.

³⁷⁸ Tomado de MONTEKIO V., MUISER J., SÁENZ R. y VINDAS, A., 2008.

Secretaría de Salud al ámbito local con el objetivo de fortalecer la descentralización en la toma de decisiones.

En 2005 la Secretaría de Salud ejercía funciones de rectoría respecto a la regulación de alimentos y medicamentos. A mediados de ese año la secretaría inició un proceso de redefinición y desarrollo de sus funciones como máxima autoridad del sistema en base a siete programas: i) formulación de políticas, ii) planeación estratégica, iii) monitoreo y evaluación de políticas, iv) promoción de la salud, v) vigilancia de la salud, vi) regulación sanitaria y vii) desarrollo e investigación tecnológica.

En el caso del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) las transformaciones más importantes están relacionadas con el proceso de separación de las funciones de financiamiento y provisión a través del establecimiento de contratos con el sector privado mediante el programa Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS), el cual ha permitido ampliar la cobertura de la seguridad social.

Además con el apoyo financiero de entidades multilaterales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) se iniciaron dos programas destinados a modernizar el funcionamiento de los hospitales, de los cuales surgió el llamado Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria basado en la implantación de novedosos instrumentos de planificación, la contratación de estructuras de apoyo a la gestión, la firma de convenios de desempeño y las transferencias de responsabilidades desde el nivel central hacia los establecimientos de salud.

Por otro lado, estas instituciones multilaterales también han apoyado los esfuerzos por ampliar la cobertura y se han focalizado en la contratación de Organizaciones de la Sociedad Civil que actúan como proveedores de la atención en salud en las regiones en donde la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) no cuentan con establecimientos.

Por último, cabe destacar como un elemento importante en el avance logrado en la descentralización de las actividades del sector salud, el establecimiento de convenios entre los municipios y la Secretaría de Salud. La ley de municipalidades permitió la conformación de asociaciones de municipios que han negociado con las autoridades de salud para establecer alianzas con la Secretaría de Salud con el fin de mejorar la salud de la población con base en una mayor participación de las autoridades locales.

Referencias bibliográficas

CEPAL, 2009. Anuario Estadístico.

CIA World Factbook.

COMISIÓN NACIONAL DE BANCA Y SEGUROS DE HONDURAS.

INE-HN.ORG, Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras (www.in-hn.org).

MONTEKIO V., MUISER J., SÁENZ R. y VINDAS, A., 2008.

PAHO, 2007. Salud en las Américas, Honduras.

RODRÍGUEZ A., 2006. La Reforma de Salud en Honduras. Serie Financiamiento del Desarrollo.

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y PENSIONES, 2009. Boletín Trimestral del Sector Asegurador. Septiembre 2009, (www.in-hn.org).

USAID y PAHO, 2009. Perfil de los sistemas de salud Honduras. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.

12 MÉXICO

Acrónimos	
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridad Social
IMSS-O	IMSS-Oportunidades
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
PEMEX	Petróleos Mexicanos
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina-Armada de México
SESA	Sistema Estatal de Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SSA	Secretaría de Salud

1. CONTEXTO SOCIOECONOMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

México cuenta con una población de 111,21 millones de habitantes (2009)³⁷⁹. El crecimiento en la población se estima en 1,13%³⁸⁰. La proporción de mujeres es del 52%³⁸¹. El desarrollo demográfico reciente de México se ha dado por tres fenómenos importantes:

- el descenso de la mortalidad general, que pasó de 27 defunciones por cada 1.000 habitantes en 1930 a 4,8 por 1.000 en 2006³⁸².
- el incremento en la esperanza de vida, que pasó de 35 años en las mujeres y 33 en los hombres en 1930 a 78,1 años en las mujeres y 73,2 en los hombres en 2006³⁸³, y

³⁷⁹ CIA World Factbook, 2009.

³⁸⁰ Ibid.

³⁸¹ Ibid.

³⁸² WHO, 2009.

- la disminución de la fecundidad, que pasó de casi siete hijos por mujer en edad reproductiva en los años sesenta a 2,2 en 2006³⁸⁴.

Estos tres fenómenos han dado origen a un proceso de envejecimiento poblacional, que se produce por una participación creciente de los adultos mayores de 64 años en la estructura de la población. La base de esta pirámide poblacional se está adelgazando por el descenso de la participación de la población menor de 15 años de edad, que en 2009 concentró al 29,1% de la población³⁸⁵. En contraste, la población de adultos mayores a 64 años de edad es del 6,2% de la población (2009) un segmento de la población que ha ido creciendo en los últimos años³⁸⁶.

- *Estadísticas de empleo*

México cuenta con una población económicamente activa de aproximadamente 45,3 millones de personas³⁸⁷. De esta población el 47,5% trabaja en el sector formal, una proporción de la población que no ha variado más del 2% en la última década³⁸⁸. En México la tasa de desempleo es del 4%³⁸⁹. El salario mínimo en México varía por entidad federal, en medio éste es de US\$ 4 por día. El salario medio en la federación fue de US\$ 306 por mes en 2006³⁹⁰.

- *Contexto económico*

El PIB en México en el año 2008 fue de US\$ 1,563 billones (PPA) con un crecimiento real anual del 1,3% en relación al 2007³⁹¹. México es la décimo-segunda economía más grande del mundo. El PIB per cápita en México es de US\$14.200 (PPA), puesto 81 a nivel mundial en el año 2008³⁹². La tasa de

³⁸³ Ibid.

³⁸⁴ Ibid.

³⁸⁵ CIA World Factbook, 2009

³⁸⁶ Ibid.

³⁸⁷ Ibid.

³⁸⁸ ILO, 2009a.

³⁸⁹ Ibid.

³⁹⁰ CEPAL, 2008.

³⁹¹ CIA World Factbook, 2009.

³⁹² Ibid.

inflación se ha incrementado en los últimos años, en 2008 se estimó en el 5,1% mientras que en el 2007 fue del 4%³⁹³.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

En México hay, según datos del 2007, 20.664 unidades de salud, sin considerar a los consultorios del sector privado; 1.182 son hospitales y el resto, unidades de atención ambulatoria. En el sector privado hay 3.140 unidades de salud de las cuales 502 tienen más de 15 camas. Del total de hospitales públicos, 718 atienden a la población sin seguridad social (llamada población abierta) y el resto a la población con seguridad social. Alrededor del 83% son hospitales generales y el resto hospitales de especialidad³⁹⁴.

El país cuenta con 1,2 camas por cada mil habitantes³⁹⁵, con un total de 80.066 camas en el sector público y 42.744 en el sector privado. En el país existen más de 19.000 unidades públicas de atención ambulatoria. La gran mayoría pertenece a los SESA, seguidos por el IMSS y el ISSSTE. Las instituciones públicas de México cuentan con 3.037 quirófanos, para una proporción aproximada de 4,5 por cada 100.000 habitantes³⁹⁶.

b) Recursos humanos

A pesar de que en los últimos diez años se ha incrementado la cantidad de recursos humanos empleados dentro del sistema de salud, México todavía se enfrenta a un déficit relativo de médicos y enfermeras. La tasa de médicos por cada 10.000 habitantes a nivel nacional es de 20, inferior al promedio de los países miembros de la OCDE, que es de 30, y al de Argentina (30) y Uruguay (37)³⁹⁷. Existen diferencias importantes entre estados e instituciones³⁹⁸.

³⁹³ Ibid.

³⁹⁴ SINAIS, 2010.

³⁹⁵ WHO, 2009.

³⁹⁶ SINAIS, 2010.

³⁹⁷ WHO, 2009.

³⁹⁸ Ibid.

En México, el número de enfermeras por habitante también es relativamente bajo en comparación a otros países de la región. La tasa de enfermeras por cada 1.000 habitantes a nivel nacional es de nueve, inferior a la cifra promedio de los países de la OCDE, y a la tasa de Brasil, que es de 38³⁹⁹. En este rubro según datos de 2007, también existen diferencias entre estados e instituciones. Las instituciones públicas cuentan con 6,3 trabajadores de la salud por cada mil habitantes: alrededor de 1,5 por cada mil habitantes son médicos en contacto con pacientes, 2,0 por cada mil habitantes son enfermeras en contacto con pacientes y 0,5 por cada mil habitantes es personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento⁴⁰⁰.

No existe información actualizada sobre el número de médicos y enfermeras que trabajan en el sector privado. Se calcula que son alrededor de 55 mil médicos y 37 mil enfermeras. Uno de los problemas para contabilizar estos recursos es que muchos de ellos trabajan tanto en el sector público como en el privado⁴⁰¹.

c) Recursos financieros

El gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó del 5,6% en 2000 al 6,2% en 2006. Sucedió lo mismo con el gasto per cápita en salud, que pasó de USD, PPA \$ 507 en 2000 a USD, PPA \$ 756 en 2006. El gasto en salud como porcentaje del PIB está por debajo del promedio latinoamericano (6,8%) y muy por debajo de lo que dedican a la salud países como Argentina (10,1%), Brasil (7,5%), Colombia (7,3%) y Uruguay (8,2%). En 2006 el gasto público en salud representó el 43,3% del gasto total en salud. Aunque lentamente, este porcentaje se ha venido incrementando. En 1995 el gasto público representaba sólo el 42,2% del gasto total en salud. El gasto público incluye los recursos de las instituciones de seguridad social, la SSA, los SESA y el IMSS-O⁴⁰²⁻⁴⁰³.

³⁹⁹ WHO, 2009.

⁴⁰⁰ SINAIS. 2007.

⁴⁰¹ Gomez Dantes *et al.*, 2008.

⁴⁰² IMSS-Oportunidades es un Programa de Salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Brinda servicios básicos de salud (un paquete limitado a 78 intervenciones) a la población que participa en el programa Oportunidades, en 17 Entidades Federativas de México. La población que se beneficia de este programa también es elegible y en su mayoría es beneficiaria del Seguro Popular. Más información sobre este programa puede ser encontrada en: <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/introducc.htm>

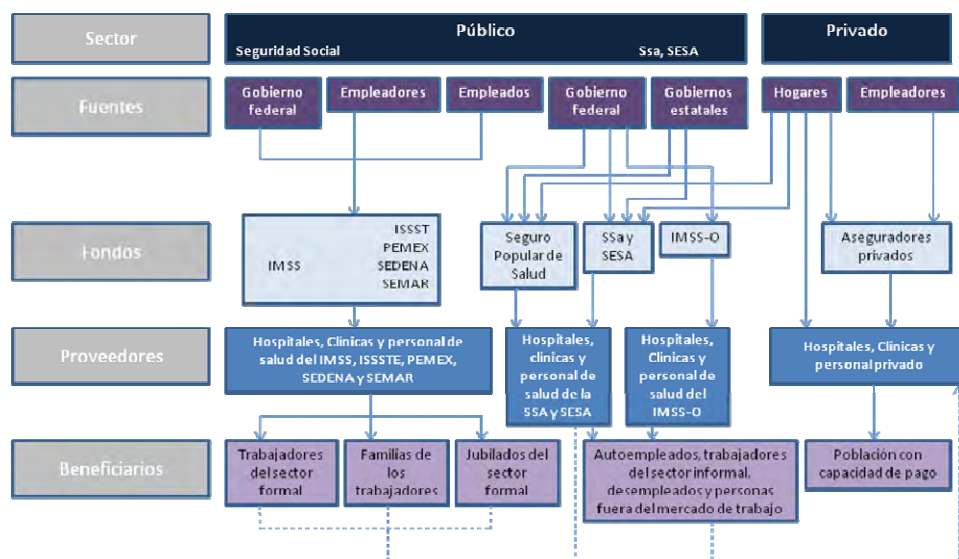
⁴⁰³ WHO, 2009

En 2006 el gasto público en salud ascendió a USD, PPA \$ 41.960 millones⁴⁰⁴. La mayor parte de éste correspondió al IMSS (48,4%), seguido por la SSA (33,5%) y el ISSSTE (8,6%)⁴⁰⁵. El gasto público per cápita en salud asciende a USD, PPA \$ 398 en el 2006. Existen, sin embargo, diferencias importantes entre poblaciones. El gasto per cápita en salud en población con seguridad social es de USD, PPA \$ 536 contra USD, PPP \$ 296. El gasto privado en salud concentra 56,7% del gasto total en salud. Alrededor de 95% de este gasto son pagos de bolsillo y 5% corresponde al pago de primas de seguros⁴⁰⁶.

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

Figura 16
Mapa del sistema de salud de México



Fuente: ⁴⁰⁷ Modificado del Plan Nacional de Salud de México.

⁴⁰⁴ Ibid.

⁴⁰⁵ Gómez Dantes *et al.*, 2008.

⁴⁰⁶ WHO, 2009.

⁴⁰⁷ Gomez Dantes *et al.*, 2008.

Como se desprende de la Figura 16, el sistema mexicano de salud está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

El sistema mexicano de salud es un sistema segmentado que dependiendo de la población objetivo de cada subsistema, ofrece beneficios muy diferentes. En el país hay tres grupos distintos de beneficiarios:

- los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- los trabajadores independientes, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, junto con sus familias, y
- la población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos o jubilados y sus familias, son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a casi 49 millones de personas. El IMSS, dirigido a los trabajadores del sector formal privado, cubre a más del 80% de la población con seguridad social del país, y la atiende en sus propias unidades, y con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE, dirigido a los trabajadores del gobierno, da cobertura a otro 18% de esta población, también en unidades propias y con sus recursos humanos. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de empresas públicas PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud al 1% de la población con seguridad social en clínicas de PEMEX y de las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios⁴⁰⁸.

El segundo grupo de usuarios incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de los trabajadores informales, que son sólo una parte de este universo. Tradicionalmente, este sector

⁴⁰⁸ SINAIS, 2010.

de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial.

En 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, la Comisión Nacional en Protección Social en Salud. Este seguro entró en operación el 1 de enero de 2004 y se espera cubrirá a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional en el 2012. Junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente la mitad de la población del país. En 2009 el SPSS cuenta con más de 31 millones de afiliados (de los cuales más del 95% pertenecen al 30% de las familias más pobres del país)⁴⁰⁹.

Hasta la fecha, en México hay más de 20 millones de personas sin protección social en salud. Para enfrentar sus necesidades de salud, esta población recurre a los servicios de la SSa, los SESA e IMSS-O. Aproximadamente 45 millones se consideran responsabilidad de la SSa y los SESA, y alrededor de 7 millones son atendidos en las unidades del programa IMSS-Oportunidades.

Finalmente está la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo. Tanto las personas con seguridad social como personas de bajos ingresos en zonas rurales y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de la SSa, los SESA o IMSS-O, utilizan también los servicios de salud del sector privado, sobre todo los servicios ambulatorios.

2.2 Un poco de historia

Diez hitos en la historia del sistema mexicano de salud:

1905: Inauguración del Hospital General de México.

1917: Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública.

1937: Creación de la Secretaría de Asistencia Pública.

1939: Creación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.

1943: Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de

⁴⁰⁹ CNPSS, 2009.

Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, y creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México.

1960: Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

1979: Creación del Programa IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-Oportunidades.

1984: Se publica la Ley General de Salud haciéndose explícito el derecho a la protección de la salud de todo residente mexicano al igual que la responsabilidad del Estado en proteger este derecho.

1985: Inicio de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, que concluye en 2000.

2003: Creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación básica más importante vigente en el sistema de salud mexicano.

Tabla 1
Legislación básica del sistema de salud de México

Norma	Año	Objeto
Ley General de Salud	1984	Hace explícito el derecho a la protección de la salud de todo residente mexicano al igual que la responsabilidad del Estado en proteger este derecho.
Ley MEX-2004-R-81182 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social	2004	Tiene por objeto regular el Sistema de Protección Social en Salud que se establece en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud y su aplicación es competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud que cuenten con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en los términos de la Ley General de Salud y de los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban. Está organizada en torno a los siguientes títulos: Título I: Disposiciones Generales. Título II: De las prestaciones del sistema. Título III: De la incorporación de beneficiarios. Título IV: Del financiamiento del sistema.

Tabla 1 (2)
Legislación básica del sistema de salud de México

Norma	Año	Objeto
Ley MEX-2008-R-80384 Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud	2008	Reforma la fracción II del apartado A del artículo 13 y se adiciona una fracción XVII bis al artículo 3 y un artículo 157 bis a la Ley General de Salud en relación con el Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.
Ley MEX-2008-R-80627 Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud	2008	Reforma varios artículos de la citada Ley (13, 27, 59, 112, 421 bis y 33) en Materia de Cuidados Paliativos.
Ley MEX-2009-R-81571 Decreto por el que se adiciona la Ley General de Salud	2009	Adiciona el artículo 222 bis a la citada Ley sobre medicamentos biotecnológicos.

Fuente: ILO, 2009b.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

a) Sector público

El sector público se divide en dos sub sectores importantes, los seguros sociales y los servicios prestados por los sistemas estatales de salud (SESAs). Como parte de los seguros sociales el IMSS cubre a más del 40% de la población y la atiende en sus propias unidades, y con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 6% de la población, también en unidades propias y con recursos humanos propios⁴¹⁰. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a aproximadamente el 1% de la población con seguridad social en clínicas de PEMEX y de las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios. El sector público que no provee beneficios al seguro social es manejado por los sistemas estatales de salud. Dentro de este sector existe el Seguro Popular que provee servicios a través de los sistemas estatales de salud y cubre a un 30% de

⁴¹⁰ SINAIS, 2010.

la población⁴¹¹, generalmente los más pobres. En este sector también se encuentran los servicios prestados por IMSS-Oportunidades. Los SESAs también prestan servicios a cualquier ciudadano incluyendo aquellos afiliados al Seguro Popular⁴¹².

b) Sector privado

El sector privado se caracteriza principalmente por una cantidad grande de prestadores con más de tres unidades. Una gran mayoría de éstos son consultorios individuales de médicos privados. Seguros privados en el sector cubren entre el 1,5 y 3% de la población, prestando servicios a través de clínicas y hospitales privados, en muchos casos propios de la red. A finales de 2005 existían 23 compañías que ofrecían seguros relacionados con gastos médicos en México⁴¹³.

- *Distribución de la cobertura*

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos o jubilados, y sus familias, son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a casi 49 millones de personas (Tabla 2). El IMSS cubre a más del 80% de la población con seguridad social del país, y la atiende en sus propias unidades, y con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de esta población, también en unidades propias y con sus recursos humanos. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud al 1% de la población con seguridad social en clínicas de PEMEX y de las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios⁴¹⁴.

El segundo grupo de usuarios incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como a sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de los trabajadores informales, que son sólo una parte de este universo. Tradicionalmente, este sector de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial⁴¹⁵. Junto con sus familias, estos mexicanos

⁴¹¹ CNPSS, 2009.

⁴¹² Gómez Dantes *et al.*, 2008.

⁴¹³ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

⁴¹⁴ SINAIS, 2010.

⁴¹⁵ Gómez Dantes *et al.*, 2008.

representan aproximadamente a la mitad de la población del país. A finales del 2009 el SPS contaba con más de 31 millones de afiliados (de los cuales más del 95% pertenecen al 30% de las familias más pobres del país)⁴¹⁶.

Finalmente está la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo. Esta población incluye a la población con seguridad social y aquellos que regularmente hacen uso de los servicios de la SSa, los SESA o IMSS-O, que utilizan también los servicios de salud del sector privado, sobre todo los servicios ambulatorios⁴¹⁷.

Tabla 2
Cobertura de seguros de salud en México

	2000		2009	
	Núm. (millones)	%	Núm. (millones)	%
Seguridad social	45,6	45	49	46
Seguro popular	0	0	28	26
Seguros privados	1,5	1,5	1,6	1,5
No asegurados	53,4	53	28,4	27
Total	100,5		107	

Fuente: Gómez Dantes *et al.*, 2008.

- *Financiación*

a) Pública

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y las Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del obrero o empleado y contribuciones del gobierno. La SSa y los SESA se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención y que se denominan cuotas de recuperación⁴¹⁸. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal. El Seguro Popular se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias. Los hogares con menores ingresos están exentos de estos pagos. Con estos recursos, el SPS le compra servicios para sus afiliados a los SESA. Es importante destacar el papel que juega la aportación del Estado nacional, establecida inicialmente en la reforma a la Ley del Seguro Social de

⁴¹⁶ CNPSS, 2009.

⁴¹⁷ Gómez Dantes *et al.*, 2008.

⁴¹⁸ *Ibid.*

1997. Por cada persona afiliada al IMSS, el Estado aporta el valor actualizado del 13,9% de un salario mínimo general anual del Distrito Federal, que se ajusta según la inflación. Hoy esta cuota equivale a aproximadamente US\$ 250 por cotizante al año. Esta aportación había estado limitada a los trabajadores del sector privado formal de la economía, lo que había producido que los asegurados del IMSS recibieran dos veces más recursos públicos que la población no asegurada. La reforma a la Ley General de Salud de 2003 permitió extender esta cuota a los afiliados al SPSS. Por último, como ya se señaló, los servicios privados se financian con pagos de bolsillo o con las primas de los seguros privados⁴¹⁹.

b) Privada

El gasto privado en salud proviene del gasto directo de familias para el uso de servicios o para su afiliación en un seguro privado. En algunos casos el empleador contribuye parte de la prima de afiliación a un seguro privado, pero esto es la excepción.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Empresas o instituciones de salud

En 2008 existían diez empresas de seguros privados de salud en México participando en 89% del mercado asegurador.

Tabla 3
Empresas de seguros privados de salud en México (2008)

ASEGURADORA	2008 (en miles de dólares)	Cuota
Grupo Nacional Provincial	765.098,70	27,1%
AXA Seguros	577.337,82	20,4%
Metlife México	426.813,69	15,1%
Seguros Monterrey New York Life	242.977,22	8,6%
Seguros Inbursa	136.999,77	4,8%
Seguros Atlas	97.820,98	3,5%
Allianz México	93.832,88	3,3%
Seguros Banorte Generali	72.859,13	2,6%
Mapfre Tepeyac	67.226,37	2,4%
Plan Seguro	45.849,48	1,6%
Diez Primeras	252.6816,02	89%
Total del Mercado	2.827.122,85	100%

Fuente: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 2010.

⁴¹⁹ Ibid.

3.2 Productos y coberturas que ofrecen

- *Tipo de prestación de las aseguradoras*

Existen tres opciones para la cobertura en el mercado privado de servicios de salud en México. La primera, pago por evento; la segunda, administradoras de salud, y la tercera, Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.

- de 1997 a 2001 prácticamente mantuvieron su mismo campo de cobertura. Cuando se analiza su comportamiento, se puede decir que, como prestación laboral, y sólo en las zonas urbanas del país, que es donde principalmente operan, estos seguros no han podido sobrepasar el 2,6% de la población que los utiliza.
- Los esquemas de prepago, que en México ya han sido autorizados y reglamentados bajo el nombre de Instituciones de Seguro Especializadas en Salud (ISES), representan una alternativa en la meta del sistema de salud para racionalizar el financiamiento de los servicios, a fin de brindar mayor protección a las poblaciones y reducir la inequidad. Sin embargo, estos esquemas no han logrado incrementar su capacidad de afiliación y cobertura de manera importante⁴²⁰.

- *Tipo de prestación de otras instituciones*

3.3 Mercado de la salud privada: principales cifras

- *Empresas de seguros*

En 2008 en el ramo de no vida, AXA lidera el ranking con una cuota de mercado del 15,5%, desplazando a Grupo Nacional Provincial (GNP) a la segunda posición. Qualitas, Inbursa y Mapfre son las siguientes aseguradoras con mayores cuotas de mercado, 7,5%, 6,3% y 4,6% respectivamente⁴²¹.

a) Primas

Tabla 4
Sistema asegurador de México. Primas del ramo de salud
(en millones de dólares)

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Primas	2297,74	2054,31	1713,05	1480,33	1403,51	1218,72	983,79

Fuente: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas –CNSF.

⁴²⁰CNSF, 2009.

⁴²¹ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

El sector asegurador mexicano alcanzó un volumen de primas de USD\$15.866 millones en 2008. El sector no vida (incluyendo seguros privados de salud) alcanzó un volumen de USD\$ 8.736 millones⁴²². El total para seguros de accidentes y enfermedades en el tercer trimestre del 2009 fue de 1880 millones de dólares⁴²³. Específicamente, en el sector salud el volumen de primas llegó a sobrepasar los US\$ 2.297.000.000⁴²⁴.

b) Siniestralidad

En 2008 se calcula que el costo medio de siniestralidad para el sector asegurador mexicano llegó a ser del 77%⁴²⁵.

c) Gastos

En 2008 se calcula que el porcentaje de gastos para el sector asegurador mexicano fue del 34%⁴²⁶.

d) Ratio combinado

No se encuentra información detallada sobre el ratio combinado de los seguros privados de salud en México.

e) Resultado

El resultado neto de las empresas de seguros ascendió a 12.964 millones de pesos (794 millones de euros), un 3% más que el año anterior. Este ligero incremento obedece a un resultado financiero favorable de 31.023 millones de pesos, ya que el resultado técnico registró unas pérdidas de 14.336 millones de pesos, lo que provocó una subida de siete puntos en el ratio combinado, que se situó en el 110%. El empeoramiento del resultado técnico se debió a un aumento de cinco puntos del ratio de siniestralidad como consecuencia del aumento del coste medio del siniestro, y a un incremento de tres puntos del ratio de gastos. El resultado sobre primas se mantuvo en el 9%⁴²⁷.

- *Otras instituciones*

⁴²² Ibid.

⁴²³ CNSF, 2009.

⁴²⁴ Ibid.

⁴²⁵ Fundación Mapfre, "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009. "

⁴²⁶ Ibid.

⁴²⁷ Ibid.

3.4 Tratamiento del gasto farmacéutico

Se calcula que el gasto de medicamentos representa entre el 30 y 45% de los gastos de los seguros privados en salud. En 2004 el gasto en medicamentos en México representó el 21% del gasto total en salud, es decir, 1,4% del PIB. La inmensa mayoría de este gasto, casi 90%, es gasto de bolsillo. El gasto público en medicamentos se concentra en el IMSS y el ISSSTE (80,3% y 14,2%, respectivamente). El volumen de medicamentos se encuentra dividido casi en partes iguales entre el sector público y el privado. Sin embargo, el mercado privado está dominado por las medicinas de patente mientras que en el público predominan los medicamentos genéricos. Esto explica la gran diferencia del gasto en ambos sectores. Alrededor del 86% de los medicamentos que se consumen en el país se producen localmente y el resto se importa⁴²⁸.

3.5 Papel del micro-seguro

No se ha encontrado información sobre el papel del micro-seguro en el sector salud de México.

4. REFORMA DE SALUD

La reforma en salud más reciente en México se llevó a cabo a comienzos de 2004. La reforma introdujo un seguro de salud subsidiado para la población no cubierta por la seguridad social en salud, creándose el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, la Comisión Nacional en Protección Social en Salud. Como parte del SPSS se introdujo el Seguro Popular, un seguro con cobertura de servicios de primer y segundo nivel gratuito en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas. Como complemento de este seguro de salud se introdujo también el Fondo de Gastos Catastróficos que cubre gastos relacionados a un grupo de enfermedades graves, costosas y de relativamente alta prevalencia, como cánceres de mama, específicos de niños y otras enfermedades. La reforma buscaba no sólo incrementar la cobertura en aseguramiento sino también incrementar el financiamiento al sector público de salud en México. Con cada afiliado, la entidad federativa había de recibir un monto relativo al costo de prestación de los servicios definidos en el plan de beneficios, en gran parte adicional a los fondos recibidos de manera histórica. Se espera que el Seguro Popular cubra en su totalidad a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional en 2012, llegando a la cobertura universal en aseguramiento. Junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente a la mitad de la población del país al inicio de la

⁴²⁸ Gómez Dantes *et al.*, 2008.

reforma. En 2009 el SPSS cuenta ya con más de 31 millones de afiliados (de los cuales más del 95% pertenecen al 30% de las familias más pobres del país)⁴²⁹.

Referencias bibliográficas

CEPAL, 2008. Panorama Social América Latina.

CIA World Factbook, CIA Publications, 2009.

CNPSS, 2009. Informe de Resultados del 2009.

CNSF, 2009. "Resumen Informativo Trimestral de los Sectores Asegurador y Afianzador: Tercer Trimestre 2009," Comisión Nacional de Seguros y Finanzas.

Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009."

Gómez Dantes, Octavio, Víctor Becerril Montekio, Sergio Sesma e Irma Coria Soto, 2008. "Mapa del Sistema de Salud de México", Observatorio de la Salud.

ILO, 2009a. Global Employment Trends Report 2009. International Labor Organization, 2009.

http://www.ilo.org/global/What_we_do/Publications/lang--en/docName--WCMS_101461/Index.htm

ILO, 2009b. database of national labour, social security and related human rights legislation. International Labour Organization,

http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.home?p_lang=en.

MSH, 2002 "Actuarial Study to Review the Premium Structure in Relation to the Planned Changes/Enhancements in the National Health Insurance Program."

SINAIS. 2007. Boletín de Información Estadística. Volumen I Recursos físicos, materiales y humanos. <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/index.html>

SINAIS, 2010. RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES (INFRAESTRUCTURA). <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/index.html>

WHO, World Health Statistics 2009. Ginebra, Suiza. World Health Organization. <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>.

⁴²⁹ CNPSS, 2009.

12 NICARAGUA

Acrónimos	
CIPS	Centro de Insumos Para la Salud
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
EMP	Empresas Médicas Previsionales
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
INISER	Instituto Nicaragüense de Seguros y Reaseguros
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MIFIC	Ministerio de Fomento, Industria y Comercio
MINSA	Ministerio de Salud
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Nicaragua cuenta con una población de 5,8 millones de habitantes (2009) de los cuales el 49,9% son mujeres y el 58,3% vive en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende al 1,30% (2005-2010) superior al promedio regional (1,12%) pero inferior al dato observado hace 20 años (2,18% para el período 1985-1990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 33,8% de la población, mientras que los mayores de 65 años conforman el 3,3%, lo que indica que es un país con un bajo nivel de envejecimiento, en comparación con países como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%), que presentan la mayor proporción de población adulta en la región. La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 2,8 hijos por mujer en edad fértil, valor superior al promedio de la región (2,3), pero inferior a las cifras de otros países centroamericanos como Guatemala (4,2) y Honduras (3,3). La tasa de mortalidad infantil está en 21,5 por cada 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra similar a la media de América Latina y el Caribe (21,8) e inferior a la de otros países de Centroamérica como Guatemala y Honduras, donde esta tasa es de

30,1 y 27,8⁴³⁰ respectivamente. En 2005 la razón de mortalidad materna fue de 170 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos⁴³¹, superior al promedio latinoamericano que se ubica alrededor de 134 mujeres, pero considerablemente mejor al de países como Bolivia, Guatemala y Honduras que muestran una tasa media de 285 mujeres. Por último, en el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 72,9⁴³² años (69,9 años para los hombres y 76 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte, en 2004, las enfermedades del sistema circulatorio eran la principal causa de descensos en Nicaragua (cerca del 25% del total de muertes), seguidas en importancia por las causas externas (accidentes y actos de violencia), enfermedades transmisibles y tumores. En conjunto estos cuatro padecimientos son responsables de cerca del 60% de la mortalidad del país⁴³³.

- *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de Nicaragua representa alrededor del 41% de la población (2008), aproximadamente unos 2,38 millones. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio del 8,0%, valor superior a la media de la región (7,2%) y cercana a la de países como Brasil (7,9%) y Chile (7,8%)⁴³⁴. De otro lado, en 2007 el ingreso promedio en términos de la línea de pobreza nacional fue de 2,5, equivalente a US\$ 145,5 dólares, indicador significativamente inferior al promedio de la región (3,8) pero superior al de países como Honduras, Paraguay y Bolivia que en promedio se ubican en el 2,3⁴³⁵.

- Contexto económico⁴³⁶

En 2009, el PIB de Nicaragua fue de US\$ 16.530 millones (PPA) con un crecimiento real anual de -2,9%. Acorde con lo anterior, Nicaragua ocupa el vigésimosegundo lugar a nivel de América Latina y el Caribe (entre 33 países) y el puesto 129 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per

⁴³⁰ Toda la información provista hasta aquí proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

⁴³¹ WHOSIS, 2009.

⁴³² CEPAL, 2009.

⁴³³ Ministerio de Salud de Nicaragua, (www.minsa.gob.ni).

⁴³⁴ CEPAL, 2009.

⁴³⁵ CEPAL, 2008.

⁴³⁶ La Información de este apartado proviene del CIA World Factbook.

cápita (2009) es de US\$ 2.800 (PPA), con lo que se encuentra el puesto 31 dentro de la región y 169 en el mundo. La tasa de inflación fue de 4,3% en 2009.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

La red de servicios del Ministerio de Salud (MINSA) de Nicaragua cuenta con 1.039 unidades de atención ambulatoria y 32 hospitales. En Managua hay 16 hospitales departamentales, además de hospitales de referencia nacional en diferentes especialidades (infantil, gineco-obstétrico, quirúrgico y oftalmológico). La última encuesta de establecimientos de salud realizada por el Ministerio de Salud en 2001 identificó 203 establecimientos privados (entre ellos, cinco hospitales, 99 clínicas y policlínicas, 41 Empresas Medicas Previsionales (EMP), 49 clínicas relacionadas con organizaciones no gubernamentales y nueve casas maternas)⁴³⁷. Con cifras de 2008, Nicaragua contaba con 4.971 camas hospitalarias, de razón de 0,9 camas por cada 1.000 habitantes⁴³⁸.

b) Recursos humanos⁴³⁹

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en Nicaragua hay cuatro médicos por cada 10 mil habitantes (2007), cifra considerablemente inferior al promedio regional (17 por 10.000 hab.) y que dista mucho de la observada en países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 hab.). De acuerdo con la misma fuente existen 11 enfermeras y menos de un odontólogo por cada 10 mil habitantes.

c) Recursos financieros⁴⁴⁰

Con cifras de 2006, en Nicaragua el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es de 9,6%, evidenciando una mejoría respecto al año 2000, cuando este rubro se ubicaba en el 7,1%. Esta cifra es superior al promedio de la región (6,7%) y cercana a la de países como Argentina (10,1%) y Uruguay (8%),

⁴³⁷ PAHO, 2008.

⁴³⁸ CEPAL, 2009.

⁴³⁹ La información de este apartado proviene de WHOSIS, 2009.

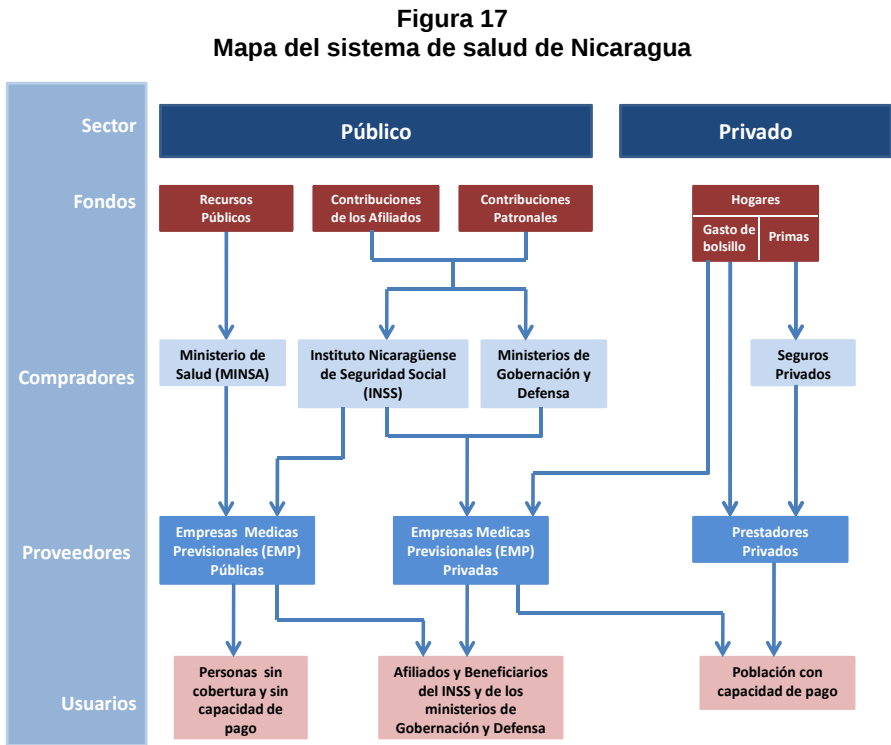
⁴⁴⁰ Ibid.

destacando que es uno de los países de la región que más invierte en la salud, como porcentaje del PIB. Sin embargo, el gasto per cápita es de US\$ 235 PPA (2006), menos de la mitad de la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 48,2% corresponde a recursos gubernamentales y el 98,1% del gasto privado corresponde a gastos de bolsillo, estando esta última cifra muy por encima del promedio latinoamericano (77,7%).

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

La Figura 17, muestra esquemáticamente como está organizado el sector salud en Nicaragua:



Fuente: Autores.

2.2 Un poco de historia

A continuación se presentan diez hitos en la historia del sistema nicaragüense de salud:

1989: Creación del Centro Nacional de Medicina Popular Tradicional.

1991: Inicia el proceso de reforma sanitaria.

1997: Se plantea acoplar al sector salud al Programa de Modernización del Estado.

1999: Promulgación del Plan Estratégico Nacional de lucha contra la ETS/VIH/SIDA.

2001: Establecimiento de la Política de descentralización del Ministerio de Salud (MINSa).

2002: Creación del Concejo Nacional de Salud.

2002: Promulgación de la Ley General de Salud.

2003: Promulgación del Reglamento de la ley general de salud.

2004: Definición de la Política Nacional de Salud 2004-2015 y del Plan Nacional de Salud 2004-2015.

2004: Aprobación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación más importante del sistema de salud nicaragüense:

Tabla 1
Legislación básica sistema de salud de Nicaragua

Norma	Año	Objeto
Estatuto de autonomía de las regiones de la costa atlántica de Nicaragua (Ley núm. 28).	1987	Las regiones autónomas tienen la atribución de "administrar los programas de salud" en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSa).

Tabla 1 (2)
Legislación básica sistema de salud de Nicaragua

Norma	Año	Objeto
Ley de Medicamentos y Farmacias (Ley núm. 292).	1998	Dicta las normas que Regularn la fabricación, distribución, importación, exportación, almacenamiento, promoción, experimentación, comercialización, prescripción y dispensación de medicamentos para uso en seres humanos. La Ley también regula la selección, evaluación y publicidad de estos productos, así como su control de calidad, registro sanitario y uso racional.
Ley de Organización, competencia y procedimientos del poder ejecutivo (Ley N° 290).	1998	Cada Ministerio en el ámbito de su competencia es el órgano delegado del Poder Ejecutivo, para cumplir y hacer cumplir la constitución política y las leyes; así el Ministerio de salud tiene asignado dentro de sus funciones proponer planes y programas de salud, coordinando la participación de otras entidades que se ocupen de esas labores.
Decreto 20 – 2000	2000	Crea la comisión nacional de lucha contra la mortalidad materna y perinatal.
Ley 370: Ley Creadora del Instituto contra el alcoholismo y drogadicción	2001	Crea el Instituto de lucha contra el alcoholismo y la drogadicción y ordena elaborar junto con el Ministerio de Salud (MINSA) las normas bajo las cuales deben funcionar los servicios vinculados al tratamiento y rehabilitación de las personas adictas a las drogas, el alcohol y el tabaco.
Ley General de salud. Ley 423	2002	Tutela el derecho de los nicaragüenses a disfrutar, conservar y recuperar su salud. En sus artículos la Ley describe que el Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento y corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones de salud.
Constitución política de Nicaragua	2003	Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.

Fuente: Autores.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

El sector salud en Nicaragua se encuentra conformado por dos subsectores: el público, integrado por el Ministerio de Salud (MINSa), el Ministerio de Gobernación, el Ministerio de Defensa y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS); y el subsector privado, que está compuesto por entidades prestadoras de servicios de salud con y sin ánimo de lucro, y empresas que ofrecen planes de seguros.

El Ministerio de Salud (MINSa) es el principal oferente de servicios de salud del país y por ley ejerce funciones como ente rector del sector; tiene bajo su responsabilidad a la población en general y brinda atención individual a la gran mayoría de la población no asegurada. Los servicios de salud ofrecidos por el MINSa se encuentran enmarcados en el paquete básico de atención en salud, el cual está determinado por el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) de acuerdo con una política de beneficios para poblaciones con prioridades específicas. El paquete básico de servicios depende de los recursos financieros disponibles y de la organización de los servicios. Estos servicios son determinados por cada Sistema Local de Atención Integral de Salud (SILAIS) que representan al MINSa en relación con la administración y aspectos técnicos en el nivel Departamental.

Por su parte, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) es la institución aseguradora de la población laboral pero no posee una red propia de infraestructura médica, por lo que los servicios de atención en salud que brinda a sus afiliados los contrata a Empresas Médicas Previsionales (EMP) tanto del sector público (que pertenecen al MINSa) como del sector privado. A su vez, los Ministerios de Gobernación y Defensa cuentan con una red de servicios a través de la cual brinda atención al personal del ministerio y sus familiares, y además vende servicios mediante su Empresa Médica Previsional (EMP) al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y al público capaz de pagar por ellos.

En cuanto al subsector privado, las entidades con ánimo de lucro que lo componen corresponden a consultorios individuales, hospitales, clínicas y Empresas Médicas Previsionales (EMP) que venden servicios al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y a la población en general que pueda pagarlos; además, existen centros y consultorios dedicados a la medicina natural o alternativa. Las entidades no lucrativas corresponden principalmente a ONG nacionales e internacionales y a un subsistema comunitario integrado por redes de brigadistas, parteras y colaboradores voluntarios, quienes trabajan por la salud de sus comunidades. En Nicaragua no se ha desarrollado un sistema de aseguramiento privado de forma amplia, sin embargo existe la oferta de seguros de enfermedad y accidente que reembolsan los gastos médicos.

- *Distribución de cobertura*

En cuanto a la cobertura de atención en salud por parte de las diferentes instituciones del sector, se estima que el Ministerio de Salud (MINSa) atiende a cerca del 60% de la población, mientras el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) tiene bajo su protección al 7,7% de los nicaragüenses, que corresponden a sus afiliados directos, cónyuges e hijos menores de 12 años. Por otra parte, los ministerios de Gobernación y Defensa cubren al 8% de los habitantes del país, mientras las instituciones privadas alcanzan a proteger cerca del 4%. Gran parte de la población complementa los servicios de Ministerio de Salud (MINSa) con servicios privados y de las ONG⁴⁴¹.

Cabe señalar que en Nicaragua no se da un estricto cumplimiento de la legislación vigente sobre seguridad social, que promulga la obligatoriedad de afiliación al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) para todos los trabajadores en las primeras 72 horas de contratados, de tal forma que cerca del 40%⁴⁴² de los empleados formales del país incluyendo algunos trabajadores públicos se encuentran desprotegidos, demandando recursos de salud del Ministerio de Salud (MINSa) que deberían ser destinados a la atención de la población desamparada. Asimismo algunos afiliados al INSS se encuentran en zonas geográficas sin presencia de Empresas Médicas Previsionales que puedan atender sus necesidades por lo que deben acudir a los servicios del MINSa más cercanos.

Con cifras de 2006 se desprende que el 18%⁴⁴³ de la población económicamente activa se encuentra afiliada al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que junto a sus beneficiarios como ya se mencionó representan aproximadamente el 7,7% de la población total del país. Sin embargo, no todos los asegurados al INSS están cubiertos por el régimen integral que incluye enfermedad y maternidad, sino que cerca del 12,6% únicamente cuenta con los beneficios que les otorga el seguro obligatorio de Invalidez, Vejez y Muerte.

- *Financiación*

El financiamiento del sistema de salud nicaragüense es una combinación de recursos tripartita provenientes de los subsectores público, privado y de la cooperación internacional. Según las cifras del período 1995-2001 los subsectores público y privado cuentan con participaciones del 35,8% y 52,8% respectivamente

⁴⁴¹ Información tomada de OPS, 2007.

⁴⁴² PAHO, 2008.

⁴⁴³ Ibid.

dentro del total del financiamiento del sector, mientras que la ayuda externa representa el 11,4% restante⁴⁴⁴.

Dentro del subsector público, el Ministerio de Salud (MINSA) no paga a proveedores de servicios de salud externos, mientras el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) paga a las diferentes Empresas Medicas Previsionales (EMP) con las que tenga contrato, un per cápita mensual uniforme de US\$ 14,40⁴⁴⁵ (con cifras de 2005) por cada beneficiario activo, con el fin de cubrir una canasta básica de servicios que cubre al asegurado directo, a sus hijos menores de 12 años y el embarazo y parto de las cónyuges (así como el cáncer de cérvix y de mama).

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) se financia vía primas y contribuciones determinadas por él mismo. Estas contribuciones están constituidas por una combinación del 6,25% del salario mensual del trabajador y del 16% de la contribución del empleador. El 8,5% del total se destina a gastos de salud y el resto cubre seguro y pensión⁴⁴⁶.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Principales cifras⁴⁴⁷

En Nicaragua, de acuerdo con las cifras de las Cuentas Nacionales de Salud de 2004, los planes de medicina privada prepaga representan casi el 1% del gasto total en salud. Son muy pocas las empresas que ofertan seguros privados de salud, dentro de éstas se identificaron dos: el Instituto Nicaragüense de Seguros y Reaseguros (INISER) y Seguros América, que ofertan el seguro a través de su propia fuerza de venta y de la red local de sociedades de corretaje y corredores individuales debidamente autorizadas por la Superintendencia de Bancos y de Otras Instituciones Financieras de Nicaragua. La más grande de estas empresas de seguro cuenta con aproximadamente 5.000 afiliados y se estima que el tamaño total del mercado no supera los 10.000, es decir, que como máximo alrededor del 0,5% de la población se encuentra cubierta por un seguro privado de salud, asumiendo que se incluyen dentro del plan de seguro de dos a tres dependientes familiares adicionales por afiliado.

⁴⁴⁴ Tomado de MINISTERIO DE SALUD, 2003. Análisis situación del sector salud.

⁴⁴⁵ PAHO, 2008.

⁴⁴⁶ Tomado de www.acces2insulling.org

⁴⁴⁷ La información de este apartado es tomada de OMS, OPS, 2009.

La cuota a pagar por una familia es bastante alta; por ejemplo, una familia con dos hijos puede pagar entre US\$ 800 y US\$ 1.500 para una cobertura máxima de entre US\$ 25.000 y US\$ 100.000 anuales respectivamente. Los afiliados al seguro privado de salud tienen un deducible después del cual deben pagar un copago de entre el 20% y 30%, dependiendo si la clínica u hospital al que acuden está o no dentro de la red de prestadores de dicho seguro. En Nicaragua, los seguros privados tienen derecho a la no admisión de miembros o a la no extensión de los contratos de cobertura.

El perfil del seguro privado está sobre todo dirigido a la clase media, profesionales y grandes empresas. Los seguros privados de salud no son instituciones especializadas en salud, estas son compañías de seguros que tienen como uno de sus productos el seguro de salud.

3.2 Primas y siniestros de seguros privados de salud

En la Tabla 2, se muestra que en 2008 las primas cobradas por seguros de salud fueron de 7 millones de dólares, lo que representa el 6,5% del total de ingresos de sector asegurador, también se revela que entre los años 2006 y 2008 hubo un crecimiento sostenido en la producción de los seguros de salud.

Tabla 2
Primas y siniestros de seguros privados de salud
(Cifras en dólares)

	2006	2007	2008	2009
Primas netas de seguros de salud	4.898.006	5.403.388	6.361.416	7.059.735
Siniestros de seguros de salud	3.990.415	3.345.574	3.666.145	4.203.455

Fuente: Superintendencia de Bancos y Otras Instituciones Financieras Nicaragua.

Haciendo una estimación en relación al total de recursos invertidos, se obtiene que el porcentaje del PIB destinado a la salud está en el 9,6% en 2006, utilizando esta misma proporción para proyectar los recursos para los años 2006 a 2008, se tiene la estimación de recursos que se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3
Estimación de gasto per cápita en seguros privados de salud en Nicaragua

	2006	2007	2008
PIB precios corrientes (en dólares) ^a	4.463.263.636	5.037.442.922	5.916.712.905
9,6% destinado a salud (en dólares) ^b	428.473.309,1	483.594.520,5	568.004.438,9
Primas de salud (en dólares) ^c	4.898.005,8	5.403.387,6	6.361.416,5
Estimación del porcentaje de gasto en seguros de salud sobre el gasto total en salud ^d	1,1%	1,1%	1,1%
Gasto estimado en seguros de salud per cápita (en dólares) ^d	0,89	0,97	1,12

a. Fuente: BCN Nicaragua, convertido a tasa de cambio de 20,8405 córdobas por dólar.

b. Fuente: WHOSIS, 2009.

c. Fuente: Superintendencia de Bancos y otras instituciones financieras Nicaragua.

d. Cálculos de los autores.

Se estima una inversión en salud de alrededor de 568 millones de dólares en 2008, relacionando este valor con los valores observados en primas de salud, se obtiene que sólo el 1,1% del total de los recursos de salud se dirigen a la compra de seguros privados. Finalmente se calcula un valor per cápita de gasto en seguros privados, registrando que en 2008 se efectuó un gasto muy bajo, de 1,12 dólares por persona, en este tipo de seguros, representando de nuevo el 1% del gasto per cápita total en salud, que con los mismos datos de la Tabla 3, estaría en US\$ 100 en 2008 (no comparables con los datos presentados en la sección de Recursos Financieros, los cuales están en US\$ 235 PPA).

3.3 Tratamiento del gasto farmacéutico

El mercado de medicamentos nicaragüense se caracteriza por la falta de control en los procesos de importación, prescripción y expendio, influenciados por una agresiva promoción de distribuidores y fabricantes, márgenes de ganancia fuera de control de la autoridad reguladora, y falta de verdadera competencia de precios en el mercado, dado que el Ministerio de Fomento, Industria y Comercio (MIFIC) fija los precios de cada medicamento individualmente con base al precio informado por el importador y no con referencia al precio de productos equivalentes.

El Ministerio de Salud (MINSa) cuenta con un listado de medicamentos esenciales que se revisa cada dos años y se publica por su nombre genérico. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) cuenta con un listado básico obligatorio de medicamentos que las Empresas Médicas Previsionales (EMP) deben proveer

a los asegurados. Las instancias que regulan el proceso de compra y distribución de los medicamentos esenciales en el MINSA son: la Unidad de Adquisiciones, el Centro de Insumos para la Salud (CIPS) y la Dirección de Abastecimiento de Insumos para la Salud.

En 2001 el gasto público en medicamentos ascendió a US\$ 6 millones; la cooperación externa aportó US\$ 6,8 millones y el sector privado movilizó US\$ 60 millones. En el mismo período, el gasto en medicamentos representó tres cuartas partes del gasto en salud de los hogares⁴⁴⁸.

4. REFORMAS DE SALUD

A partir de 1991, Nicaragua viene desarrollando un proceso de reforma sanitaria, el cual ha tenido momentos importantes como la promulgación de la Ley General de Salud (2002), su Reglamento (2003), la definición de la Política Nacional de Salud 2004-2015 y el Plan Nacional de Salud 2004-2015.

El análisis de la situación de salud realizado por el Ministerio de Salud (MINSA) en 2003 mostró la existencia de inequidades en el acceso y financiamiento de los servicios de salud, en detrimento de los más pobres y aislados, con un sector salud desarticulado, subfinanciado, implementando un modelo de atención que no se ajusta a las necesidades crecientes de la población.

Para tratar de dar solución a esta problemática, se definió el Plan Nacional de Salud, para cuya implementación se definió conceptualmente un nuevo modelo de atención, en correspondencia con los objetivos de equidad en salud. Este nuevo modelo que corresponde al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) ha sido definido legalmente como "el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, centrado en las personas, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados de forma sinérgica; a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense" (Reglamento de Ley General de Salud, Artículo 38).

Además, el Ministerio de Salud se halla en proceso de reorganización institucional, en el marco de la reforma del Estado impulsada desde hace varios años por el gobierno. Con la nueva estructura orgánica funcional del Ministerio de Salud se propone mejorar la capacidad reguladora, descentralizar la gestión y reducir la burocratización, eliminar la duplicación de funciones, articular la gestión y los servicios, integrar los sistemas de información, fortalecer la conducción y el seguimiento de los planes, reasignar y focalizar la financiación del sistema en

⁴⁴⁸ Información tomada de OPS, 2007.

función de la demanda de los grupos priorizados, invertir en salud en función de las prioridades y necesidades del sistema, facilitar el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral con enfoque preventivo, e incrementar la cobertura de la red de servicios⁴⁴⁹.

Referencias bibliográficas

BANCO CENTRAL DE NICARAGUA, 2009. Anuario de Estadísticas Económicas 2001-2008.

CEPAL, 2008. Anuario Estadístico.

CEPAL, 2009. Anuario Estadístico.

CIA World Factbook.

OPS, 2007. Salud en las Américas, Nicaragua. Volumen II.

OMS, OPS, 2009. Evaluación Institucional del Sistema de Financiamiento de Salud Nicaragüense y Propuestas para Mejorar y Fortalecerlo.

MINISTERIO DE SALUD, 2003. Análisis situación del sector salud.

PAHO & USAID, 2008. Perfil de los sistemas de salud Nicaragua, Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera Edición.

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA (www.minsa.gob.ni).

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES FINANCIERAS NICARAGUA, 2009. Informe del Sistema Financiero Nacional.

www.acces2insulling.org

⁴⁴⁹ Ibid.

13 PANAMÁ

Acrónimos	
ATEP	Seguros de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional
CSS	Caja de Seguridad Social
EGM	Seguros de Enfermedad General y Maternidad e Invalidez
IVM	Seguros de Vejez y Muerte
MINSA	Ministerio de Salud República de Panamá

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Panamá cuenta con una población de 3,5 millones de habitantes (2009) de los cuales el 49,6% son mujeres y el 68,7% vive en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende al 1,64% (2005-2010), superior al promedio regional (1,12%) pero inferior a la observada hace 20 años (2,05% para el período 1985-1990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 28,9% de la población, mientras que los mayores de 65 años superan el 6,7%, cifra inferior a otros países con un mayor nivel de envejecimiento como Argentina (10,54%) y Chile (9,22%). La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 2,6 hijos por mujer en edad fértil, valor superior al promedio de la región (2,3), pero inferior a las cifras de otros países centroamericanos como Guatemala (4,2) y Honduras (3,3). La tasa de mortalidad infantil está en 93 por cada 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra inferior a la media de América Latina y el Caribe (126) y al promedio de los países centroamericanos que se ubica en 133 por cada 1.000 nacidos vivos⁴⁵⁰. En 2005 la razón de mortalidad materna fue de 130 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos⁴⁵¹, muy similar al promedio latinoamericano que se ubica alrededor de 134

⁴⁵⁰ Toda la información provista hasta aquí proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

⁴⁵¹ WHOSIS, 2009.

mujeres, pero aún distante de las cifras de países como Chile (16) y Uruguay (20). Por último, en el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 75,6⁴⁵² años (73 años para los hombres y 78,2 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte, Panamá atraviesa un proceso de transición epidemiológica, en el cual las enfermedades no transmisibles y otras causas han desplazado a aquellas de carácter transmisible. De esta manera, en 2006, los padecimientos cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes y los accidentes de circulación fueron responsables de más del 50% de las muertes registradas en el país⁴⁵³. En el caso de las mujeres, los padecimientos cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes fueron las tres causas de muerte más importantes, ocasionando cerca de la tercera parte de las muertes registradas, mientras en cuarto y quinto lugar se ubicaron las enfermedades e infecciones respiratorias. Por otro lado, para los hombres, aparte de los padecimientos cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón que provocaron cerca de la quinta parte de los decesos en el país, cobran relevancia en tercer y cuarto puesto los accidentes de transporte terrestre (4,6%) y las enfermedades por VIH (4,2%)⁴⁵⁴.

- *Estadísticas de empleo*

La fuerza de trabajo de Panamá representa alrededor de un 45,7% de la población (2008), que corresponde aproximadamente a 1,6 millones de personas. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio el 6,5%, valor inferior a la media de la región (7,2%) y a la de países como Brasil (7,9%) y Chile (7,8%)⁴⁵⁵. Por otro lado, en 2007 el ingreso medio en términos de la línea de pobreza nacional fue del 5,2, equivalente a US\$ 490 dólares, indicador muy superior al promedio de la región (3,8) y comparable al de países como Argentina y Costa Rica que en promedio se ubican en 5,8⁴⁵⁶.

- Contexto económico⁴⁵⁷

En el 2009, el PIB de Panamá fue de US\$ 40.330 millones (PPA) con un crecimiento real anual del 2,4%. Acorde con lo anterior, Panamá ocupa el decimoséptimo lugar de América Latina y el Caribe (entre un grupo de 33 países) y el puesto 96 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per

⁴⁵² CEPAL, 2009.

⁴⁵³ Tomado de MONTEKIO V. *et al.*, 2008.

⁴⁵⁴ Ibid.

⁴⁵⁵ CEPAL, 2009.

⁴⁵⁶ CEPAL, 2008.

⁴⁵⁷ La Información de este apartado proviene del CIA World Factbook.

cápita (2009) es de US\$ 11.900 (PPA), con lo que se encuentra el puesto décimocuarto dentro de la región y 93 en el mundo. La tasa de inflación fue de 2,3% en 2009.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

Con cifras de 2007, el sistema de salud pública de Panamá contaba con 909 establecimientos de salud y 5.876 camas hospitalarias, con una media de 1,78 camas por cada 10.000 habitantes, cifra superior a la de otros países de la región como El Salvador (0,7), Bolivia (1,0), Perú (1,1) y Colombia (1,2). De los 909 establecimientos de atención, siete corresponden a unidades de tercer nivel, 68 a unidades de segundo nivel y 834 a unidades de atención ambulatoria. Del total de establecimientos de salud, 207 se ubican en la provincia de Panamá, lo que refleja una alta concentración de infraestructura en zonas urbanas o cercanas a centros urbanos. Por su parte, el sector privado tiene bajo a su cargo cerca del 20% de las camas hospitalarias disponibles en el país.

b) Recursos humanos⁴⁵⁸

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en Panamá hay 15 médicos por cada 10.000 habitantes (2007), cifra muy cercana al promedio regional (17 por 10.000 hab.) pero que dista mucho de la observada en países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 habitantes). De acuerdo a la misma fuente existen 28 enfermeras y ocho odontólogos por cada 10 mil habitantes.

c) Recursos financieros⁴⁵⁹

Con cifras de 2006, en Panamá el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es de 7,3%, evidenciando un leve descenso respecto al año 2000, cuando este rubro se ubicaba en el 7,8%. Esta cifra es superior al promedio de la región (6,7%) y comparable con la de países como Brasil (7,5%) y Colombia (7,3%). El gasto per cápita es de US\$ 738 PPA (2006), valor superior a la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 68,8% corresponde a recursos gubernamentales y el 80,6% del gasto privado corresponde a gastos de bolsillo, siendo esta última cifra superior al promedio latinoamericano (77,7%).

⁴⁵⁸ La información de éste apartado proviene de WHOSIS, 2009.

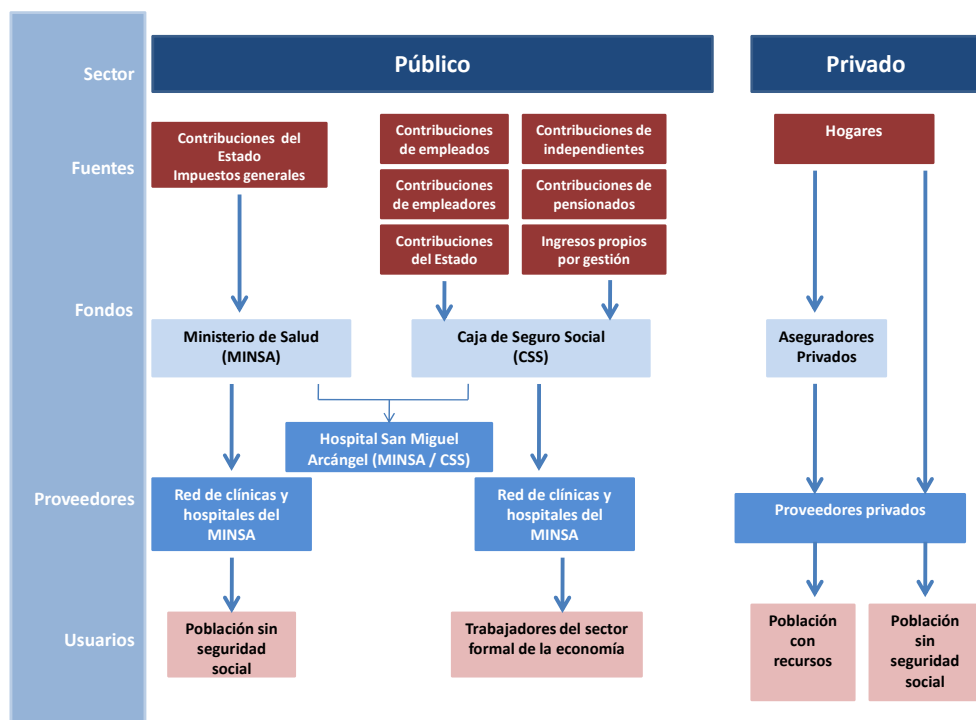
⁴⁵⁹ Ibid.

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

La siguiente Figura 18, muestra esquemáticamente como está organizado el sector salud en Panamá:

Figura 18
Mapa del sistema de salud de Panamá



Fuente: MONTEKIO *et al.*, 2008.

2.2 Un poco de historia⁴⁶⁰

1941: Fundación de la Caja de Seguro Social.

1947: Aprobación del Código Sanitario.

⁴⁶⁰ Tomado de MONTEKIO *et al.*, 2008.

1954: Revisión integral del Régimen de Seguridad Social y extensión de la cobertura a ocho distritos. Aprobación de la Ley Orgánica de la CSS.

1962-1970: Extensión de la cobertura del Programa de Enfermedad a la Familia del Asegurado.

1969: Creación del Ministerio de Salud como Autoridad Sanitaria Nacional.

1991: Aprobación de las primeras reformas a la Ley Orgánica de la CSS.

1998-1999: Fundación del Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA; MINSA/CSS) y creación de CONSALUD, proyecto Piloto de Reforma del Sector Salud en la región San Miguelito-Las Cumbres-Chilibre.

2003: Confirmación del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud como coordinador de la investigación en salud (institución autónoma desde 2004).

2005: Aprobación de las segundas reformas a la Ley Orgánica de la CSS.

2007: Lanzamiento del Reglamento General de Afiliación e Inscripción.

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación más importante del sistema de salud.

Tabla 1
Legislación básica sistema de salud de Panamá

Norma	Año	Objeto
Código Sanitario	Ley 66 de 1947	El Código Sanitario regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene públicas, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa.
Decreto 1 de 1969	1969	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.
Constitución Política de la República de Panamá	1972	En los artículos 109 y 110 de la Constitución Política de la República se encuentra consagrado el derecho al acceso a la salud, se establece la obligatoriedad del Estado de garantizar a toda la población servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación independientemente de su condición social, política o religiosa o de etnia.

Tabla 1 (2)
Legislación básica sistema de salud de Panamá

Norma	Año	Objeto
Ley 1 sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana	2001	Esta Ley, regula el manejo de la fabricación, importación, adquisición, distribución, comercialización, información y publicidad, el registro sanitario y control de calidad de medicamentos terminados, especialidades farmacéuticas, de los productos biológicos, suplementos vitamínicos, dietéticos y homeopáticos; de los equipos e insumos médico-quirúrgicos, empleados en la salud humana.
Ley 43 del 2004	2004	Esta Ley tiene como objetivo establecer los procesos de certificación y re-certificación del recurso humano profesional, especializado y técnico, como mecanismos que permitan evaluar el nivel de competencia académica, científica y técnica, así como una conducta ética adecuada de los nacionales y extranjeros que, por necesidad del servicio, ingresan al sistema de salud, y mantener una actualización continua y permanente de los que están en el sistema de salud.
Ley orgánica de la Caja de Seguridad Social	Ley 51 de 2005	Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, formulada inicialmente en 1954, modificada por la ley 51 del 2005 busca garantizar la sostenibilidad financiera del seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).
Resolución 39,489	2007	Se reglamenta la afiliación e inscripción a la Caja de Seguro Social.

Fuente: Autores.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

• Actores

El sistema de salud de Panamá está compuesto por un sector público de gran importancia y un pequeño sector privado. El sector público está constituido por dos entidades; el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS), formalmente estas instituciones tienen la total responsabilidad en cuanto a rectoría y prestación de servicios de salud en el país.

El MINSA y la CSS cuentan cada uno con su propia red de prestadores, pertenecientes igualmente al sector público, con la particularidad de que existe

muy poca interacción entre estas dos redes. Excepcionalmente, la CSS compra servicios de salud a terceros, tanto al MINSA como a proveedores del sector privado mediante la modalidad de pago por servicio.

Otra institución de gran importancia en el sector público es el Hospital Integrado San Miguel Arcángel, funciona desde 1998, con el fin de integrar la prestación de servicios del MINSA y la CSS, este hospital es el piloto del modelo de prestación, de un sistema de salud panameño integrado y consolidado, donde los recursos sean proporcionados tanto por el MINSA como por la CSS en un sistema integrado de prestación de servicios.

Del sector privado forman parte clínicas, hospitales, profesionales de la salud y muy pocas aseguradoras que en su mayoría se financian con pagos directos de bolsillo. Un muy pequeño porcentaje de la población estaba cubierta con seguros o planes de salud pre-pagados privados.

Según la regulación panameña, el total de la población debe tener acceso a los servicios de salud por medio de una de las dos grandes instituciones que componen el sector público: La CSS y el MINSA. El MINSA debe atender a toda la población que no está vinculada a la seguridad social y tiene la obligación de ofrecer atención en todos los niveles de complejidad, así como proveer de medicamentos e insumos necesarios a los usuarios.

La CSS es la entidad encargada de la seguridad social de los trabajadores de la economía formal y sus familiares, por medio de la administración de seguros de enfermedad general y maternidad (EGM), accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) e invalidez, vejez y muerte (IVM). La CSS tiene dos tipos de afiliados: los afiliados obligatorios y los voluntarios. Los afiliados obligatorios son los trabajadores formales del sector público y privado, y los trabajadores independientes. Los afiliados voluntarios son empleados de organismos internacionales y misiones diplomáticas, los trabajadores menores de edad, y otras personas que por no ser empleados no están sujetas al régimen obligatorio. Los dos tipos de afiliados reciben los mismos beneficios.

La afiliación a la CSS está sujeta a un examen médico previo a la afiliación, si se detecta una enfermedad cuyo tratamiento genera costo excesivo, la persona puede ser descalificada para la afiliación⁴⁶¹, en este caso el usuario deberá acudir a los servicios del MINSA o atención privada. La CSS no tiene delimitados los servicios que cubren a la población afiliada, por lo cual los costos de atención son crecientes y se teme por una crisis futura⁴⁶². En la medida en que el país no

⁴⁶¹ Montekio *et al.*, 2008.

⁴⁶² Según el documento de la OPS.

cuenta con un paquete unificado de servicios mínimos y de prestación obligatoria, la cantidad, tipo y calidad de los servicios obtenidos está limitada a la capacidad y recursos con que cuenta la entidad que presta el servicio y varía notoriamente de un lugar a otro (OPS, 2007).

Según la PAHO el modelo de atención, provisto por el sistema de salud de Panamá, es predominantemente recuperativo, con poco énfasis en programas de prevención de riesgos y daños, dirigidos a la atención de los problemas de salud más prevalentes y de mayor impacto negativo en la población⁴⁶³.

Una situación particular se presenta en el sistema de salud panameño, debido a la falta de articulación entre las dos grandes instituciones que lo conforman⁴⁶⁴; por un lado, la red del MINSA es totalmente abierta y de mayor cobertura geográfica, siendo en algunos sitios la única existente; y por otro lado, no hay un sistema de identificación actualizado para los afiliados de la seguridad social. Estas dos circunstancias, llevan a que los afiliados y beneficiarios hagan uso de la red pública del MINSA o de la CSS, sin distinción y en muchos de los casos son usuarios de ambos servicios.

Finalmente en el sector privado los planes de coberturas de seguros pre-pagados que operan en Panamá son variados, dependen del tipo de seguro, valor contratado o compañía de seguros que lo provee, están desarticulados con los entidades públicas de salud y existe poca regulación y control sobre ellos.

- *Distribución de cobertura*

El sistema de salud panameño presenta algunas particularidades, dado que los servicios del MINSA son abiertos a toda la población y no hay una clara identificación de los afiliados a la CSS; además por la falta de regulación de los aseguradores privados, no es posible saber cuántas personas acuden o son afiliados a cada una de las redes de servicios de salud disponibles, en otras palabras, no hay cifras exactas sobre coberturas.

Algunos documentos presentan aproximaciones sobre la cobertura, por ejemplo, se estima que en 2006 la CSS ofrecía cobertura a alrededor de 66% de la población (MONTEKIO, *et al.*, 2008).

Cerca del 30 o 35% de la población estaría a cargo del MINSA. La participación del sector privado es indeterminada, pero baja, por el hecho de que no existen aseguradoras privadas importantes (OPS, 2007).

⁴⁶³ Tomado de www.paho.org

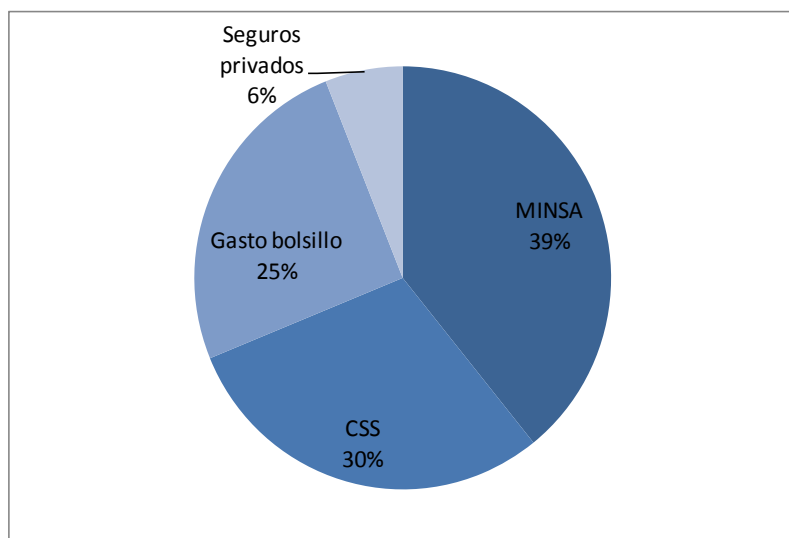
⁴⁶⁴ Según el documento de PAHO & USAID, 2007.

- *Financiación*⁴⁶⁵

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 69% del gasto total en salud en Panamá es público y el 31% privado (Figura 19). En total, el gasto del MINSA representa el 39% y el 30% corresponde a la CSS.

Con respecto al gasto privado, el gasto de bolsillo representa la mayor parte (80% del total del gasto privado), en tanto que la menor proporción corresponde al gasto en seguros privados.

Figura 19
Distribución del gasto salud Panamá, 2006



Fuente: Montekio *et al.*, 2008.

El gasto del MINSA se financia con impuestos generales, mientras que la seguridad social se financia con recursos provenientes de seis fuentes distintas: i) Estado, ii) empleados, iii) empleadores, iv) trabajadores independientes y afiliados voluntarios, v) pensionados y vi) ingresos provenientes de la gestión propia de la CSS.

Desde enero de 2008 y hasta diciembre de 2010, los empleados participan con una cotización equivalente al 8% de su sueldo, proporción que se incrementará al 9% entre 2011 y 2012, y a 9,25% a partir de enero de 2013. También pagan una cuota por el seguro de riesgos profesionales. La CSS cuenta con diversas fuentes

⁴⁶⁵ Tomado íntegramente de MONTEKIO *et al.*, 2008.

de ingresos propios, dentro de los cuales destacan los provenientes de acuerdos de compensación de costos, los pagos que recibe al actuar como fiduciario, los ingresos obtenidos al suscribir empréstitos, por la venta de activos y por multas y recargos que cobra, así como los intereses de la inversión de fondos propios.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

Se estima que el 5% de la población panameña tiene algún tipo de seguro privado de salud, este sector se caracteriza por la escasa regulación y vigilancia por parte de las entidades de salud, por lo tanto no se dispone de cifras consolidadas sobre los servicios privados de salud.

Los seguros privados de salud en Panamá son ofrecidos por las siguientes compañías:

Tabla 2
Compañías que ofrecen seguros de accidentes y enfermedad, 2008

Aseguradora	Participación en el ramo de seguros de accidentes y enfermedad 2008
AMERICAN LIFE INSURANCE CO.	22,6%
WORLDWIDE MEDICAL	14,0%
ASSA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.	13,3%
ASEGURADORA MUNDIAL DE PANAMÁ, S.A.	13,0%
CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.	12,6%
PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.	9,8%
BRITISH AMERICAN INSURANCE CO.	4,9%
ASEGURADORA ANCÓN, S.A.	4,4%
SAGICOR, PANAMÁ	1,8%
HSBC, seguros	1,3%

Fuente: Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

3.1. Principales cifras

Las primas por seguros de salud en 2009 fueron de 133 millones de dólares (Tabla 3), lo que representa un 16% de los ingresos del sector asegurador. En diciembre de 2009, según las estadísticas publicadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, se contabilizan 56.305 pólizas en el rango de seguros de salud, lo que representa un 6,6% dentro del total de número de pólizas del sector de los seguros, para el mismo período, que fue de 848.298.

Tabla 3
Cifras seguros privados de salud, 2009
(Cifras en dólares⁴⁶⁶)

	2008	2009
Primas suscritas total sector asegurador	762.125.357	834.631.704
Primas suscritas Seguros de Salud	116.992.244	133.563.289
Siniestros de Seguros de Salud	81.140.048	88.574.311

Fuente: Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

Haciendo una estimación en relación al total de recursos invertidos, se desprende que el porcentaje del PIB destinado a la salud está en el 7,3% en 2006, utilizando esta misma proporción para proyectar los recursos para los años 2006 a 2008, se obtiene la estimación de recursos que se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4
Estimación de gasto per cápita en seguros privados de salud en Panamá

	2006	2007	2008
PIB precios corrientes (US\$ billones) ^a	17,13	19,74	22,86
7,3% destinado a salud en 2006 (US\$ billones) ^b	1,3	1,4	1,7
Primas de salud (US\$ billones) ^c	0,080	0,095	0,117
Estimación del porcentaje de gasto en seguros de salud sobre el gasto total en salud ^d	6,4%	6,6%	7,0%
Gasto estimado en seguros de salud per cápita (en dólares) ^d	24,2	28,3	39,3

a. Fuente: Dirección de Estadística y Censo de Panamá.

b. Fuente: WHOSIS, 2009.

c. Fuente: Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

d. Cálculos de los autores.

Se estima una inversión en salud de alrededor de 1,4 billones de dólares para los tres años estudiados, relacionando este valor con los valores observados en primas de salud, se obtiene que entre el 6,4% y el 7% del total de los recursos de salud se dirigen a la compra de seguros privados, cifra que coincide con lo presentado en la sección anterior.

Finalmente se calcula un valor per cápita de gasto en seguros privados, registrando que en 2008 se efectuó un gasto de 39,3 dólares por persona en este

⁴⁶⁶ Cifras originales presentadas en balboas y convertidas a dólares con una tasa de cambio de 0.98 balboas por dólar.

tipo de seguros, representando el 8% del gasto per cápita total en salud, que con los mismos datos de la Tabla 4, estaría en US\$ 491 para 2008 (no comparables con los datos presentados en la sección de Recursos Financieros, los cuales están en US\$ PPA).

3.2 Tratamiento del gasto farmacéutico

La mayor parte de los medicamentos consumidos en Panamá provienen del extranjero, ya que sólo existen dos compañías farmacéuticas locales, es por esto que existe una política nacional de medicamentos y equipos médico quirúrgicos incorporada en la Ley 1 de 2003, que tiene como objetivos fundamentales: i) permitir el acceso de medicamentos de calidad que cumplan con los criterios de bioequivalencia e intercambiabilidad, como un mecanismo de disminución de costos; ii) actualizar periódicamente el listado de medicamentos esenciales, para disminuir la carga que ellos representan al sistema y asegurar su disponibilidad en las diferentes regiones; iii) unificar criterios de compras nacionales y establecer el precio único nacional; y iv) ejercer un control estricto de los proveedores de estos insumos.

Según documentos de la OPS⁴⁶⁷, se estima que el MINSA y la CSS destinan menos del 30% de sus respectivos recursos a la compra y suministro de medicamento. Debido a la desarticulación que existe entre estas dos instituciones, no se realizan compras conjuntas de insumos y medicamentos.

4. REFORMAS DE SALUD

En la década de los noventa, se da en Panamá los principales procesos de reforma del sector, orientados a lograr la unificación del sistema, la equidad, la universalidad y el mejoramiento en la calidad de la prestación. Como resultado de esta iniciativa se creó el Hospital Integrado San Miguel Arcángel en la ciudad de Panamá. Sin embargo, el proceso de reforma no ha tenido las connotaciones de cambio radical buscadas ni el impacto esperado (OPS 2007).

A finales de 2005 se aprobó la Ley 51, mediante la cual se reformó el estatuto de la seguridad social, dando mayor importancia a la cobertura y sostenibilidad del aseguramiento para la vejez. Además establece una coordinación operativa con el MINSA.

Recientemente no se han dado directrices o políticas nacionales para impulsar el proceso de reforma.

⁴⁶⁷ Salud en las Américas, 2007.

Referencias bibliográficas

CEPAL, 2009. Anuario Estadístico.

CIA World Factbook.

OPS, 2007. Salud en las Américas, Panamá. Volumen II Países.

MONTEKIO, V., MUISER, J., SAENZ, R. y VINDAS, A., 2008. Mapa del Sistema de Salud de Panamá. Versión preliminar. Distrito Federal México, Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud FUNSALUD).

PAHO & USAID, 2007. Perfil de los sistemas de salud Panamá, Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera Edición.

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS PANAMÁ
www.superseguros.gob.pa

14 PARAGUAY

Acrónimos	
IPS	Instituto de Previsión Social
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
SNS	Sistema Nacional de Salud

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1. Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

En 2006 la población de Paraguay, llegó a sobrepasar los seis millones de habitantes, de las cuales el 49,6% son mujeres⁴⁶⁸. Se estima que en el 2009 el crecimiento de esta población fue del 2,4%⁴⁶⁹. Entre 1990 y 2006 la esperanza de vida tuvo un ligero incremento de 73 a 75 años (78 años para las mujeres y 72 años para los hombres)⁴⁷⁰. En Paraguay aún predomina la población joven, con un 36,7% de menores de 14 años y un 58,1% de personas entre los 15 y los 64 años de edad⁴⁷¹. En cambio, los adultos de 65 años representan el 5,2% del total de la población⁴⁷². La tasa global de fecundidad se ha reducido de 4,5 hijos por mujer en 1990 a 3,7 en 2000 y 3,2 en 2006⁴⁷³, aunque con diferencias importantes entre las áreas urbanas y rurales donde llega a 6,3 hijos por mujer entre la población indígena⁴⁷⁴.

⁴⁶⁸ WHO, 2009.

⁴⁶⁹ CIA World Factbook.

⁴⁷⁰ WHO, 2009.

⁴⁷¹ CIA World Factbook.

⁴⁷² Ibid.

⁴⁷³ WHO, 2009.

⁴⁷⁴ Montekio y Mancuella de Alum.

La mortalidad materna e infantil en Paraguay continúan siendo relativamente altas en comparación a otros países en la región, la mortalidad materna es de 150 por cada 100.000 partos (2005) y la mortalidad entre niños menores a cinco años es de 22 por cada 1.000 partos (2006), estos números son mayores a los de Panamá, Colombia, México y Bolivia entre otros. El número de años perdidos por causa de enfermedades infecciosas es mayor al promedio de la región, un 45%, más alto que el Perú (43%), el Salvador (41%), México (27%) y Belice (40%), entre otros países⁴⁷⁵.

- *Estadísticas de empleo*

Paraguay cuenta con una población económicamente activa de aproximadamente 2.839 millones de personas (47% de su población total) un porcentaje mayor al de países como México (43%), Venezuela (46%), Perú (37%) y Chile (44%)⁴⁷⁶. De esta población el 45% trabaja en el sector formal⁴⁷⁷. En Paraguay la tasa de desempleo en 2008 fue del 5,4%⁴⁷⁸. El salario mínimo es de US\$ 284 por mes⁴⁷⁹. El salario medio es de US\$ 272 por mes, menor al de Ecuador (US\$ 294), Guatemala (US\$ 344), Panamá (US\$ 494) y Colombia (US\$ 284)⁴⁸⁰.

- *Contexto económico*

El PIB de Paraguay en el año 2008 fue de US\$ 28,28 mil millones (PPA), con un crecimiento real anual de 5,8% en relación con 2007⁴⁸¹. La economía paraguaya ocupa el lugar 107 a nivel mundial. El PIB per cápita en Paraguay es de US\$ 4.300 (PPA), uno de los más bajos de la región y puesto 154 a nivel mundial en el 2008, menor al de Bolivia (US\$ 4.500), Guatemala (US\$ 5.300), Ecuador (US\$ 7.500) y Honduras (US\$ 4.400)⁴⁸². La tasa de inflación en el 2008 se estimó en el 10,2%⁴⁸³. Aproximadamente el 19% de la población en Paraguay (2005) vive debajo de la línea nacional de la pobreza⁴⁸⁴.

⁴⁷⁵ WHO, 2009.

⁴⁷⁶ ILO, 2009a.

⁴⁷⁷ ILO, 2009b.

⁴⁷⁸ CIA World Factbook.

⁴⁷⁹ CEPAL, 2008.

⁴⁸⁰ Ibid.

⁴⁸¹ CIA World Factbook.

⁴⁸² Ibid.

⁴⁸³ Ibid.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

Entre los años 2000 y 2007, el número total de establecimientos del sector público aumentó en un 18,2% llegando a un total de 1.077 centros de atención a la salud de los 911 de 2000. De éstos, 984 centros conformaban la red de servicios del Ministerio de Salud del Paraguay (MSPyBS): 11 hospitales especializados clasificados como de tercer nivel; 16 hospitales regionales y 21 hospitales distritales catalogados como de segundo nivel; y 117 centros de salud, 732 puestos de salud y 87 dispensarios que brindan atención de primer nivel⁴⁸⁵.

En el sector público, de seguridad social existen un total de 93 establecimientos pertenecientes al Instituto de Prevención Social (IPS): 48 puestos de salud, cinco clínicas periféricas y 25 unidades sanitarias que ofrecen atención primaria, al igual que 15 hospitales en los que se brinda atención de segundo nivel. La sanidad de las Fuerzas Armadas considerado también como sector público, cuenta con el Hospital Militar Central de 250 camas y con el Hospital San Jorge de 60 camas, ambos ubicados en Asunción, además de otros tres hospitales en unidades militares fuera de la capital. Hay además un hospital escuela de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción que atiende sobre todo a población de escasos recursos⁴⁸⁶.

Datos de 2004 señalan la existencia de 153 establecimientos de salud del sector privado con fines de lucro. También se tienen registradas 425 clínicas, centros e institutos y cerca de 500 consultorios privados⁴⁸⁷.

El total de camas hospitalarias disponibles en el sector salud ronda las 7.000, representando una tasa aproximada de 1,3 camas por cada 1.000 habitantes, menor al promedio de la región (1,5): mayor al de Bolivia (1,1), El Salvador (0,9), Guatemala (0,7) y Honduras (1,0), pero menor al de Ecuador (1,7) y Panamá (1,8)⁴⁸⁸.

b) Recursos humanos

⁴⁸⁴ Ibid.

⁴⁸⁵ Montekio y Mancuella de Alum, 2008. "Sistema de Salud de Paraguay."

⁴⁸⁶ Ibid.

⁴⁸⁷ Ibid.

⁴⁸⁸ WHO, 2009.

Según cifras de la OMS para el período 2000-2006, la densidad de médicos por cada 1.000 habitantes en el Paraguay era de 1,1, por debajo de países como Ecuador (1,5), Panamá (1,5) y Uruguay (3,7), pero mayor al de países como Guatemala (0,9), Honduras (0,6) y Nicaragua (0,4)⁴⁸⁹ y se registran un total de 6.355 médicos. En el mismo período había un total de 10.261 personas que trabajaban como parteras o dedicadas a labores de enfermería⁴⁹⁰, con lo que la tasa por cada 1.000 habitantes llegaba a 1,8⁴⁹¹. Al igual que sucede con la infraestructura física, existe una importante concentración de recursos humanos en la ciudad de Asunción y, en general, en todo el Departamento Central. Se calcula que el 34% de la población del país se ubica en estos lugares, por ejemplo, mientras que la concentración de médicos y odontólogos adscritos al MSPyBS sobrepasa el 70 y el 60% respectivamente. Esto implica una importante escasez de personal médico y de enfermería en cinco de las 18 regiones sanitarias en las que se divide el país⁴⁹².

La gran mayoría (alrededor del 90%) de los trabajadores empleados en el sector salud trabajan para el sector público y, de éstos, más del 60% lo hacen para el MSPyBS, quedando menos de un tercio que trabajan para el Instituto de Previsión Social. Del personal que trabaja en el MSPyBS, el 49% se dedican a labores de atención directa a los pacientes, el 23% son profesionistas y el 26% son auxiliares. El 51% restante realiza labores administrativas (40%) o técnicas (11%). El 44% del personal no tiene una plaza laboral permanente, sino que trabaja por contrato. Por lo que respecta al nivel de especialización, se calcula que el 60% de los médicos que trabajan en las instituciones de salud cuentan con alguna especialidad⁴⁹³.

c) Recursos financieros

El gasto en salud en el año 2006 en Paraguay fue de US\$ 2.200 millones (PPA) el cual corresponde a un 7,6% del PIB. Una cifra superior al promedio regional (6,7%), a la de Bolivia (6,6%) y Colombia (7,3%), similar a la de Costa Rica (7,0%) y a El Salvador (7,0%), pero inferior a la proporción del PIB invertida en salud en Argentina (10,1%). En 2006 el 38,3% del gasto total en salud era público y el

⁴⁸⁹ Ibid.

⁴⁹⁰ No se distingue entre aquellos con título universitario y quienes realizan labores auxiliares.

⁴⁹¹ Ibid.

⁴⁹² Montekio y Mancuella de Alum, 2008.

⁴⁹³ Ibid.

62,7% restante privado. Aproximadamente el 13,5% del gasto en total en salud corresponde a los fondos de la seguridad social⁴⁹⁴.

El gasto per cápita en salud en Paraguay en 2006 fue de US\$ 342 (PPA), cantidad únicamente superior a la de algunos otros países pobres como Bolivia (US\$ 204), Honduras (US\$ 241), Ecuador (US\$ 297) y Guatemala (US\$ 259), pero muy por debajo de lo que se dedica en Colombia (US\$ 626), Costa Rica (US\$ 743) y México (US\$ 756), por no hablar de sus vecinos Argentina (US\$ 1.665) y Brasil (US\$ 765).⁴⁹⁵ Del gasto total en salud en Paraguay en el año 2006, el 61,7 % provino del gasto privado en salud, una cifra en la región sólo menor a la de El Salvador (62%) y a la de la República Dominicana (68,8%). Aunque el gasto privado en salud en Paraguay es mucho más alto que el de la mayoría de los países en la región, el gasto en seguros de salud privados es de sólo el 11,3% del gasto privado en salud total, un porcentaje menor sólo al de República Dominicana (14,4%), Uruguay (68,9%), Panamá (19,2%), Colombia (56,1%), Chile (45,1%), Brasil (33,9%) y Argentina (51,1%).

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

Como se desprende de la Figura 20, el sistema de salud del Paraguay está constituido por dos sectores: uno público y otro privado. El sector público está compuesto por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú Binacional y Yacyretá. El sector privado se encuentra conformado por prestadores y aseguradores que proveen servicios con fines de lucro, aquellos que ofrecen atención sin fines de lucro y algunos mixtos⁴⁹⁶.

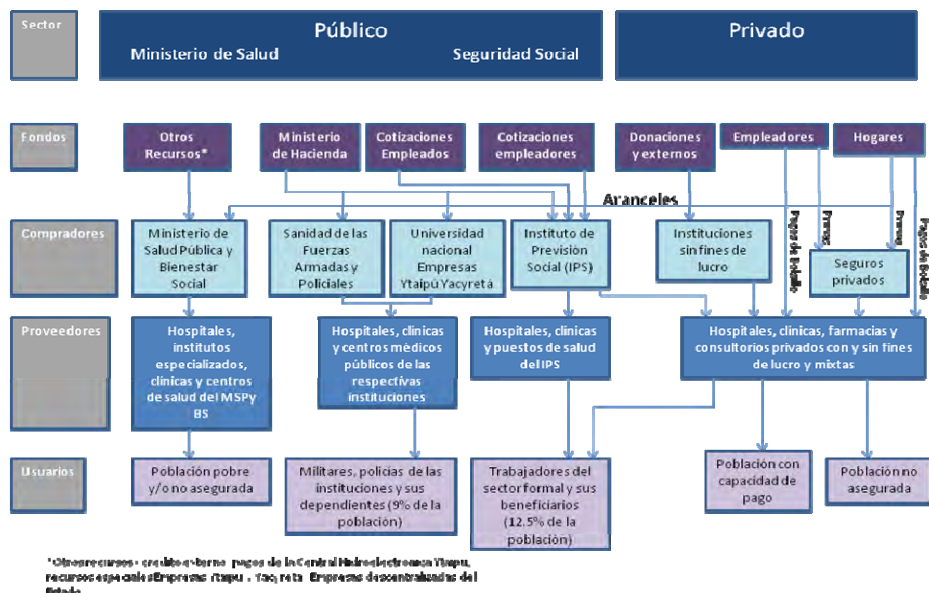
El MSPyBS presta atención a la población sin seguridad social en una red propia de prestadores. Sus recursos provienen principalmente del Tesoro Público y, en menor medida, del cobro de servicios prestados, de algunos fondos especiales y de la cooperación internacional.

⁴⁹⁴ WHO, 2009.

⁴⁹⁵ Ibid.

⁴⁹⁶ Montekio y Mancuella de Alum, 2008. "Sistema de Salud de Paraguay. "

Figura 20
Mapa del sistema de salud de Paraguay



Fuente: Montekio y Mancuella de Alum, 2008.

El IPS asegura a una pequeña proporción de la población (12,5% en 2005) empleada en la economía formal⁴⁹⁷. Su financiamiento se basa en los aportes de los trabajadores asalariados (9% del salario como máximo), la contribución patronal (14,5% del salario) y del Estado (1,5% del salario)⁴⁹⁸. El IPS cuenta con su propia red de prestadores de servicios organizada en cinco niveles de complejidad⁴⁹⁹. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policial cubre a los militares, policías y sus familiares atendiendo también a la población civil cuando no existen otros prestadores. Sus recursos provienen del presupuesto del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional. Ambas prestan servicios en tres

⁴⁹⁷ La cobertura para atención médico-quirúrgica alcanza al asegurado directo, a su esposa o concubina con más de dos años de convivencia; en el caso de las mujeres trabajadoras, se cubre al esposo si está desempleado, sus hijos solteros menores de edad y los padres mayores de 60 años dependientes del asegurado, lo mismo que su cónyuge si es mayor de 60 años y está desempleado y no cuenta con otro régimen de seguridad social⁴⁹⁷.

⁴⁹⁸ IPS, 2010.

⁴⁹⁹ Montekio y Mancuella de Alum, 2008. "Sistema de Salud de Paraguay".

niveles de complejidad y mediante una red de prestadores propia. La Universidad Nacional de Asunción presta servicios parcialmente gratuitos con recursos del Presupuesto General de la Nación a población de bajos recursos. Las empresas internacionales Itaipú Binacional y Yacyretá ofrecen atención ambulatoria y un seguro médico a sus funcionarios y familiares en instalaciones propias, así como programas de medicina preventiva para toda la población dentro de su zona de influencia⁵⁰⁰.

El sector privado se financia con pagos de bolsillo de los usuarios, en menor medida con el pago de seguros y, en el caso de las instituciones sin fines de lucro, con recursos provenientes de donaciones. En Paraguay el 6,7% del gasto total en salud se destina a seguros privados de salud, un porcentaje menor al promedio de la región (9,0 %) y menor al de países como Brasil (17,7%), Perú (8,1%) y Colombia (8,2%)⁵⁰¹.

Existen también instituciones mixtas que se financian con una combinación de estos dos tipos de recursos. En el caso de la Cruz Roja Paraguaya, el MSPyBS se encarga de pagar los salarios del personal empleado por ella, complementando las donaciones hechas por una fundación privada. En todos los casos, el sector privado ofrece atención con sus propios recursos humanos y en sus instalaciones⁵⁰².

Como lo muestra la anterior descripción, el sistema paraguayo de salud se asemeja al de muchos otros países de la región que operan con varios subsistemas que segmentan la población según su vínculo laboral y capacidad económica, y donde ni el sistema público dirigido a la población sin aseguramiento ni el sistema de seguridad social dirigido a los trabajadores del sector formal le ofrecen a la población la elección entre diferentes tipos de prestadores o aseguradores. El sistema en su conjunto se caracteriza por la falta de articulación entre los sectores y subsectores y por la segmentación de los prestadores, que frecuentemente generan duplicación de funciones tanto al interior del sector público como entre éste y el sector privado. Además de ser el rector del sistema, el MSPyBS cumple funciones de financiamiento y de prestación de los servicios⁵⁰³.

⁵⁰⁰ Ibid.

⁵⁰¹ WHO, 2009.

⁵⁰² Montekio y Mancuella de Alum, 2008.

⁵⁰³ Ibid.

2.2 Un poco de historia

Diez hitos en la historia del sistema paraguayo de salud

1936: Creación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

1943: Creación del Instituto de Previsión Social (IPS).

1950: Modificación del decreto de creación del IPS para ampliar los servicios para los asegurados.

1980: Código Sanitario (su actualización no ha sido aún aprobada).

1992: Constitución Nacional de la República del Paraguay (art. 68 y 69).

1996: Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

1998: Reglamentación de la descentralización sanitaria.

1998: Reglamentación de la superintendencia de salud.

1999: Reestructuración del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

2000-2005: Marco jurídico que regula la administración, distribución, porcentaje y tipo de gasto de los royalties y compensaciones por uso de recursos hidráulicos, que destina el 50% de estos recursos a gastos de salud en los municipios y gobernaciones.

Los sucesos recientes que han sido más importantes para el sector salud en Paraguay comenzaron con un proceso de descentralización en 1996 que en 1998 llevó al lanzamiento de una experiencia piloto en 23 municipios en los que se establecieron acuerdos de gestión con la administración central. Sin embargo, esos acuerdos únicamente se implementaron en diez municipios. En 2000, 2004 y 2005 se continuó el esfuerzo de reforma del sector salud basado en la descentralización a partir de los acuerdos entre el MSPyBS y los establecimientos de su red⁵⁰⁴.

A partir de 2005 se han elaborado planes para eliminar la malaria haciendo a los servicios de salud y a los gobiernos locales corresponsables en el esfuerzo. También se han realizado acciones para prevenir y controlar el dengue y se

⁵⁰⁴ Ibid.

considera que de 1996 a 2006 se logró alcanzar una cobertura del 100% en el control vectorial⁵⁰⁵.

En 2005 se lanzó La Política Nacional de Salud 2005-2008, llamada "Construyendo Juntos una Política de Estado-Salud para todos con equidad", la cual se estructura en torno a la promoción de la salud basada en la participación comunitaria. Para ello se ha enfatizado la implementación y desarrollo de diversas iniciativas⁵⁰⁶. A nivel de acciones comunitarias con incidencia dentro del sistema de salud en años recientes se han desarrollado seguros comunitarios en el interior del país⁵⁰⁷. Otro aspecto importante de la Política Nacional de Salud 2005-2008 es la búsqueda de métodos de protección social en salud basados en el financiamiento solidario y el aseguramiento, el desarrollo de los recursos humanos y la salud ambiental y el saneamiento básico. Entre éstos, en este período se estableció un Sistema Nacional de Salud manejado por la Superintendencia de Salud del Paraguay⁵⁰⁸; se fortalecieron los servicios de atención en los 11 departamentos más poblados del país; se establecieron y fortalecieron los sistemas locales de salud y sus respectivos Consejos de Salud; y se creó un Centro Nacional de Datos en Salud para que con esta información sea posible tomar las decisiones sobre políticas y programas en el sector salud. Una de las dificultades a las que se enfrentan por estas iniciativas se debe a que los esfuerzos se enfocaron sólo a aspectos de reestructuración del MSPyBS sin involucrar a otros actores del sistema de salud, dejando por fuera a los demás sistemas de prestación y aseguramiento en el país⁵⁰⁹.

A partir del 2004, el IPS empezó a implementar medidas que buscan una mayor eficacia y eficiencia. Entre otras, se han tomado medidas como el fortalecimiento de las clínicas periféricas, incorporado una mayor cantidad de recursos humanos y se han renovado los sistemas de registro de usuarios con tecnologías informáticas.

⁵⁰⁵ Ibid.

⁵⁰⁶ Ibid.

⁵⁰⁷ Ibid.

⁵⁰⁸ Superintendencia de Salud. Historia.
http://www.supsalud.gov.py/sitev1/index.php?option=com_content&task=view&id=11&Itemid=25

⁵⁰⁹ Ibid.

2.3 Legislación básica

Tabla 1
Legislación básica del sistema de salud de Paraguay

Norma	Año	Objeto
Ley PRY-1992-L-83660	1992	Ley orgánica del MSPyBS cambiando sistema organizativo del Ministerio.
Ley PRY-1996-L-46142 Ley núm. 1032 por la cual se crea el sistema nacional de salud.	1996	El Sistema operará mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes. Se crea el Consejo Nacional de Salud el cual es un organismo de coordinación de los sectores público y privado de la salud. El Comité ejecutivo, dependiente del Consejo implementará el Plan Nacional de Salud.
Decreto 19996	1998	Se establece regulación para la descentralización de sistemas locales de salud.
Decreto 20553	1998	Se establece regulación para la Superintendencia de Salud.

Fuente: ILO, 2009c.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

a) Sector público

El sector público en Paraguay está compuesto por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú Binacional y Yacretá.

b) Sector privado

En Paraguay el sector privado está compuesto por instituciones con fines de lucro, e instituciones sin fines de lucro al igual que instituciones mixtas. En el caso de las instituciones sin fines de lucro, el sector privado cuenta con financiamiento proveniente de donaciones. Los prestadores con fines de lucro se financian con el pago que hacen los usuarios ya sea por planes de seguro o como gasto de bolsillo por la atención recibida en el momento. Las instituciones mixtas se financian con una combinación de estos dos tipos de recursos. En el caso de la Cruz Roja Paraguaya, además de las donaciones hechas por una fundación privada, el MSPyBS se encarga de pagar los salarios del personal empleado por ella. En

todos los casos, el sector privado ofrece atención con sus propios recursos humanos y en sus propias instalaciones⁵¹⁰.

- *Distribución de la cobertura*

En el 2005, 21,5% de la población estaba asegurada, bien por el IPS o por alguna otra modalidad de aseguramiento, incluyendo los seguros privados. En este mismo año el 12,5% estaba cubierta por la IPS⁵¹¹. En el 2009 el MSPyBS informa que este número había crecido al 14% de la población paraguaya⁵¹². El MSPyBS atiende aproximadamente al 60% de la población total del país que no cuenta con seguridad social y/o se encuentra en situación de pobreza. Alrededor de un 18% de los paraguayos no tiene acceso a ninguna modalidad de atención profesional⁵¹³. La situación es aún más precaria para los residentes de las zonas rurales y para los pobres, en el 2007 mientras que el 80% de los residentes de las zonas urbanas recibían servicios adecuados de salud, el 57% en las zonas rurales recibían estos mismos servicios. En 2007, mientras que el 84% de los individuos pertenecientes al quintil de ingreso más alto recibían servicios adecuados de salud, el 54% de los individuos pertenecientes al quintil de ingreso más bajo recibían estos mismos servicios⁵¹⁴. El sector privado cubría en 2009 al 6% de la población⁵¹⁵.

El Sistema Previsional (IPS) cubre de manera obligatoria a los trabajadores dependientes del sector laboral privado y formal, al igual que a los trabajadores de las entidades descentralizadas, los docentes de los sectores público y privado y los trabajadores domésticos. También le ofrece cobertura a ciertas categorías de jubilados y pensionados, así como a excombatientes de la Guerra del Chaco. Los beneficiarios son los asegurados directos y sus descendientes de hasta 18 años de edad, al igual que sus padres, en caso de que se encuentren en situación de dependencia económica respecto del asegurado⁵¹⁶.

⁵¹⁰ ILO, 2009c.

⁵¹¹ Montekio y Mancuella de Alum, 2008.

⁵¹² MSPyBS, 2009.

⁵¹³ Montekio y Mancuella de Alum, 2008.

⁵¹⁴ MSPyBS. 2009.

⁵¹⁵ Ibid.

⁵¹⁶ Montekio y Mancuella de Alum, 2008.

A pesar de que en los últimos años se ha registrado un aumento de hasta un 33% en el número de afiliados que cotizan en el IPS, se calcula que esta institución en 2005 cubría apenas al 12,5% de la población a nivel nacional⁵¹⁷ y en el 2009 al 14% de la población⁵¹⁸, mientras que casi un millón y medio de trabajadores independientes, campesinos, patrones e indígenas se pueden afiliar. La cobertura en el área urbana es de aproximadamente el 30%, mientras que en el caso de la población rural es de aproximadamente el 10%.

Es importante mencionar que entre los trabajadores del sector formal con suficientes medios económicos o que participan en más de un empleo es frecuente la existencia de dobles afiliaciones simultáneas en el IPS y en instituciones privadas de seguros médicos⁵¹⁹.

La Sanidad Policial y la Sanidad Militar, en conjunto, cubren a los policías y militares en activo y pensionados y a sus familiares dependientes; este grupo representa apenas al 2% de la población. Se estima que entre el 7 y el 9% de la población perteneciente a los sectores de mayores ingresos, están afiliados a de esquemas de aseguramiento del sector privado⁵²⁰.

Tabla 2
Cobertura de seguros de salud en Paraguay, 2005

Ente Asegurador	Porcentaje de la población	
	2005	2009
IPS	12,5%	14%
Sanidad Militar y Policial	2%	1,39%
Otros seguros	7%	6%
Total de población asegurada	21,5%	22,6%
Población no asegurada	78,5%	78%

Fuente: 2005, DGRRC citada por Observatorio de la Salud⁵²¹; 2009, MSPyBS⁵²².

⁵¹⁷ Ibid.

⁵¹⁸ MSPyBS. 2009.

⁵¹⁹ Ibid.

⁵²⁰ Ibid.

⁵²¹ Ibid.

⁵²² Ibid.

- *Financiación*

El financiamiento del sistema de salud paraguayo es fundamentalmente privado y sólo una muy pequeña proporción de dicho financiamiento corresponde a sistemas de medicina prepagada (11,3%). En efecto, de acuerdo con datos de la OMS, el financiamiento del sector salud en 2006 estuvo principalmente basado en el gasto privado (61,7%), mientras que el gasto público total, incluyendo al propio MSPyBS y a la seguridad social, llegó apenas a un tercio de los recursos (38,3%). Como se menciona anteriormente, el porcentaje de gasto privado en salud de Paraguay es de los más altos de la región.

a) Pública

El financiamiento del sector público proviene principalmente de tres fuentes: a) el Tesoro público (ingresos fiscales); b) los recursos institucionales originados en pagos realizados por aranceles por concepto de copagos, las donaciones de la cooperación externa, las transferencias del IPS al MSPyBS y, principalmente, de los aportes a la seguridad social; y c) los recursos provenientes del crédito externo⁵²³. Entre 2002 y 2004 el financiamiento público del sector salud como porcentaje del gasto total en salud, se incrementó del 26 al 38,3%, mientras que el financiamiento privado se redujo del 64 al 61,7%⁵²⁴.

El IPS se financia con los aportes de los afiliados, como ya se ha mencionado unos párrafos atrás, las contribuciones de los patrones o empleadores y el aporte del Estado. Estas contribuciones incluyen un paquete de beneficios en salud para los contribuyentes y sus dependientes y pensión para el trabajador. Algunas categorías de afiliados se encuentran en regímenes especiales de cotización, como los profesores que trabajan en escuelas y universidades tanto en el sector público como en el privado, quienes aportan el 5,5% de su salario, mientras que las instituciones educativas contribuyen con el 2,5% de sus declaraciones. Los trabajadores independientes contribuyen con el 8% de sus ingresos y los empleados domésticos cotizan el equivalente al 3% de su salario, mientras que la contribución de sus empleadores equivale al 5% del mismo. Los jubilados aportan el 5% de sus pensiones⁵²⁵.

Se estima que la aportación de los trabajadores en el período 2002-2004 representó el 38,3% de los recursos del IPS, mientras que el de los empleadores fue del 56,3%, lo cual se complementa con el 2,8% aportado por los jubilados más

⁵²³ Ibid.

⁵²⁴ WHO, 2009.

⁵²⁵ Ibid.

el 2,6% correspondiente a las transferencias provenientes del superávit de ingresos frente a gastos.

Entre las otras instituciones del sector público, destacan la Sanidad Militar, cuyo financiamiento proviene en un 90% de recursos del Tesoro y sólo en un 10% de fuentes institucionales, la Sanidad de la Armada, que se financia con una proporción del 95% del Tesoro y el 5% de recursos institucionales y las secretarías de salud de las gobernaciones con una proporción similar.⁵²⁶

b) Privada

En el gasto del sector privado, predomina el gasto de bolsillo (88,7%), un método de financiamiento altamente regresivo e ineficaz, cuyo monto llega a representar hasta el 3% del PIB⁵²⁷. En Paraguay como se ha mencionado anteriormente, el gasto de bolsillo para salud es más alto que en la mayor parte de países de la región. Aproximadamente un 20% del financiamiento del sector público corresponde al presupuesto general de la nación y otro 26% proviene de las contribuciones realizadas al IPS⁵²⁸.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Empresas o instituciones de salud

En 2008 el mercado asegurador paraguayo estaba integrado por 31 compañías, de las cuales, dos operan exclusivamente en ramos de Vida. Las compañías Mapfre Paraguay y La Consolidada S.A de seguros son los dos mayores grupos aseguradores del país, con una cuota de mercado del 23% y 10,3%, respectivamente. La Aseguradora Yacyreta se sitúa en tercera posición, con una cuota del 8,4% del mercado. Respecto al resto de compañías, Aseguradora Paraguaya se encuentra en el cuarto lugar con una cuota del 5,6% del mercado, mientras que Rumbo se encuentra en quinto lugar con una cuota de 5,5%⁵²⁹.

En 2007 existían 57 empresas de medicina de prepago ofreciendo servicios privados de salud, la mayoría en el área de Asunción y en el departamento central); y sin fines de lucro (universidades privadas con sus hospitales y las

⁵²⁶ Ibid.

⁵²⁷ Ibid.

⁵²⁸ Montekio y Mancuella de Alum, 2008.

⁵²⁹ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

alrededor de las 30 ONG que prestan servicios de salud⁵³⁰. No se han encontrado datos específicos del mercado asegurador de salud en Paraguay.

3.2 Productos y coberturas que ofrecen

- *Tipo de prestación de las aseguradoras*

El aseguramiento a través de instituciones del sector privado está reservado a la población con capacidad de pago y sus planes por lo general no incluyen protección contra epidemias, enfermedades congénitas, enfermedades psiquiátricas, tratamiento quirúrgico de infecciones de transmisión sexual ni accidentes. Tampoco incluyen tratamientos costosos de largo plazo, como quimioterapias y hemodiálisis, y la provisión de medicamentos y otros insumos es muy limitada. Se calcula que el pago de un seguro privado con una cobertura similar a los beneficios que ofrece el IPS, tiene un costo que va del 20 al 50% del valor del salario mínimo⁵³¹.

- *Tipo de prestación de otras instituciones*

No se ha encontrado información específica sobre la prestación de servicios de otras instituciones.

3.3 Mercado de la salud privada: principales cifras

- *Empresas de seguros*

- a) Primas

En el año 2008 el volumen de primas del sector asegurador en Paraguay fue de US\$ 131,5 millones, de éstos aproximadamente US\$ 8.000 millones se concentraron en seguros de salud⁵³².

En diciembre del 2009 existía una empresa aseguradora de salud en Paraguay, llamada Seguridad S.A, Compañía de Seguros con un monto total de primas de US\$ 6.091,43⁵³³.

⁵³⁰ OPS, 2008.

⁵³¹ Ibid.

⁵³² Ibid.

⁵³³ Banco Central de Paraguay.

b) Siniestralidad

La siniestralidad para el sector asegurador en Paraguay incrementó del 44% en 2007 al 46% en el 2008⁵³⁴.

No se han encontrado datos específicos de siniestralidad en el sector asegurador en salud en Paraguay.

c) Gastos

El porcentaje de gastos del sector asegurador en Paraguay disminuyó del 55% en 2007 al 48% en el 2008⁵³⁵.

No se han encontrado datos específicos de gastos en el sector asegurador en salud en Paraguay.

d) Ratio combinado

El ratio combinado del sector asegurador en Paraguay disminuyó del 98% en 2007 al 95% en el 2008⁵³⁶.

e) Resultado

Los resultados financieros del sector asegurador en Paraguay disminuyeron de un 0,4% en 2007 al -1,5% en 2008. Por otro lado, el resultado técnico en este mismo período pasó del 1,8% al 5,4%. El resultado neto incrementó del 2,2% al 3,9% del año 2007 al 2008⁵³⁷.

No se han encontrado datos específicos de resultados en el sector asegurador en salud en Paraguay.

- *Otras instituciones*

⁵³⁴ Ibid.

⁵³⁵ Ibid.

⁵³⁶ Ibid.

⁵³⁷ Ibid.

3.4 Tratamiento del gasto farmacéutico

En 2006 había en Paraguay 172 laboratorios productores de medicinas, 127 compañías dedicadas a la importación y 137 empresas distribuidoras de medicamentos que manejaban 13.400 registros de especialidades farmacéuticas. Para distribuir estas mercancías a la población, existían más de 3.500 farmacias, de las cuales 1.529 se localizaban en Asunción y 2.034 en el interior del país. Desde 1997 Paraguay cuenta con una ley que regula y reglamenta las actividades (fabricación, control de calidad, prescripción, distribución, importación, exportación, almacenamiento, uso racional, precios, información, etc.) ligadas a los medicamentos, productos químicos y otros relacionados con la atención a la salud de la población. En 2001 se definió la Política Nacional de Medicamentos que ha permitido la instalación de un sistema nacional para el registro de los medicamentos y los establecimientos farmacéuticos. Sobre esta base se han llevado a cabo actividades de análisis de productos, fiscalización de expendios, laboratorios y otras instalaciones vinculadas con la distribución de medicamentos⁵³⁸.

En Paraguay se estima que aproximadamente el 37% del gasto de los hogares como pagos de bolsillo se dedica a la compra de medicamentos. Si se tiene en cuenta que los pagos de bolsillo representan el 54,7% del gasto total en salud, esto significa que alrededor del 20% de dicho gasto corresponde a compras privadas de medicamentos⁵³⁹. Este método de financiamiento limita seriamente el acceso a los medicamentos por parte de la población de escasos recursos. El gasto en medicamentos realizado por el sector público equivale al 21% del gasto público en salud, pero, de acuerdo con el Manual de Cuentas de Salud 2002-2004, en el caso del gasto realizado por los hogares la proporción dedicada a la compra de medicamentos alcanzó el 58,6%, mientras que sólo el 21,9% se dedicó a servicios médicos y hospitalarios y el resto se repartió entre análisis de laboratorio, rayos X, aparatos ortopédicos, gafas y otros⁵⁴⁰.

3.5 Papel del micro-seguro

No se ha encontrado información sobre el papel del microseguro en Paraguay.

⁵³⁸ Montekio y Mancuella de Alum, 2008.

⁵³⁹ WHO, 2009.

⁵⁴⁰ Montekio y Mancuella de Alum, 2008.

4. REFORMA DE SALUD

En 2005 como parte del lanzamiento de la Política Nacional de Salud 2005-2008, Paraguay emprendió el camino hacia una reforma de salud. Los pilares fundamentales de esta política fueron:

- a) Reforma de la salud como proceso gradual, participativo, generador de cambios con descentralización para el fortalecimiento del sistema nacional de salud de Paraguay.
- b) Promoción de la salud con democratización del conocimiento, acción intersectorial y participación social para lograr ambientes sanos, formas de vida y comportamientos saludables.
- c) Protección social en salud con financiamiento solidario y aseguramiento, focalizando acciones para la satisfacción de necesidades y el acceso a los servicios de personas y grupos humanos excluidos, con más pobreza y con mayor riesgo biológico y social.
- d) Salud ambiental y saneamiento básico, con estrategias combinadas de alcance individual, institucional y social.
- e) Desarrollo de los recursos humanos y de la educación permanente como ejes estratégicos del cambio en la salud hacia la calidad y eficacia con la excelencia técnica y humana en todos los niveles del sistema⁵⁴¹.

Las estrategias que habrían de llevarse para la reforma de salud se exponen a continuación. La primera sería el ordenamiento del marco jurídico-normativo y de gestión del sistema nacional de salud en Paraguay, esto incluiría la definición de roles y funciones dentro del sistema, el desarrollo de modelos de gestión para todos los subsistemas en cada uno de sus niveles, articular la cooperación técnica entre universidades, sociedades científicas y organismos de cooperación internacional, entre otras. Se fortalecería la rectoría del Ministerio de Salud, fortaleciendo el liderazgo a nivel nacional y mecanismos de participación, impulsar acciones para la mejora en los sistemas nacionales de información en salud y su uso y la incorporación de acciones para incrementar los logros en salud dentro de los planes de desarrollo nacionales. La tercera estrategia sería impulsar el desarrollo del sistema nacional de salud a través de revisión y difusión de leyes y reglamentos para la creación, funcionamiento y regulación del sistema, el fortalecimiento de la organización y gestión de la capacidad resolutoria, el desarrollo de sistemas locales de salud, SILOS, y el fortalecimiento del consejo

⁵⁴¹ MSPyBS, 2005.

nacional de salud, entre otros. Una cuarta estrategia sería la descentralización en salud, con varias líneas de acción que incluyen la definición de un marco operativo, capacitación, mejoras en la calidad de los servicios de salud y la definición de indicadores para el seguimiento de los procesos, entre otros. Como última estrategia de la reforma, sería el desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública que incluirían, el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, el desarrollo de planes nacionales para enfermedades de alta prioridad, el fortalecimiento de laboratorios de salud pública, y el desarrollo de políticas nacionales para el fortalecimiento de la educación en salud⁵⁴².

Referencias bibliográficas

Banco Central de Paraguay, 2010. (<http://www.bcp.gov.py/>).

CEPAL, 2008. Panorama Social América Latina.

CIA World Factbook, 2009. CIA Publications.

Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

ILO, 2009a. Global Employment Trends Report 2009. International Labor Organization,
http://www.ilo.org/global/What_we_do/Publications/lang--en/docName--WCMS_101461/index.htm.

ILO, 2009b. Laborsta.

ILO, 2009c. "NATLEX : database of national labour, social security and related human rights legislation. " International Labour Organization,
http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.home?p_lang=en.

IPS, 2010. Cuáles son los Beneficios a corto plazo?
<http://www.ips.gov.py/principal/modules.php?name=Sections&op=viewarticle&artid=30>

Montekio, Victor Becerril, y Julia Noemi Mancuella de Alum, 2008. "Sistema de Salud de Paraguay." Observatorio de la Salud.

MSPyBS, 2005. "Política Nacional de Salud 2005-2008: Construyendo Juntos una Política de Estado "Salud para todos con equidad."

⁵⁴² Ibid.

MSPyBS, 2009. Indicadores de Salud de Paraguay.

Superintendencia de Salud, 2010. Historia.

http://www.supsalud.gov.py/sitev1/index.php?option=com_content&task=view&id=11&Itemid=25

OPS, 2008. Perfil de los sistemas de salud, Paraguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington D.C

WHO. World Health Statistics, 2009. Ginebra, Suiza. World Health Organization,. <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>.

15 PERÚ

Acrónimos	
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FFAA	Fuerzas Armadas
FISAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PNP	Policía Nacional de Perú
SIS	Seguro Integral de Salud

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

En 2006 la República de Perú contaba con una población de 27,59 millones de habitantes, de los cuales el 50,3% son mujeres⁵⁴³. Perú se encuentra en el quinto lugar en términos de población en América Latina después de Brasil, México, Colombia y Argentina. Las proyecciones indican que la población sobrepasará los 31 millones de habitantes en 2020⁵⁴⁴. Según información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la tasa de crecimiento neto de la población peruana se elevó del 1,7 al 2,8% entre principios de los años cincuenta y 1972 para iniciar después un paulatino descenso entre 1981⁵⁴⁵ y 2009, del 2,6 al 1,2%⁵⁴⁶. Como consecuencia de este proceso, en los últimos 50 años la población peruana se ha multiplicado por cuatro⁵⁴⁷.

⁵⁴³ WHO, 2009.

⁵⁴⁴ Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008. "Mapa del sistema de salud de Perú."

⁵⁴⁵ Ibid.

⁵⁴⁶ Ibid.

⁵⁴⁷ Ibid.

La tasa bruta de natalidad se ha reducido a 19,38 por 1.000 en 2009 y la tasa global de fecundidad disminuyó de 3,9 a 2,5 hijos por mujer entre 1990 y 2006, llegando a tasas menores que en países como Bolivia, Ecuador, Panamá, Honduras y Venezuela. La esperanza de vida se ha incrementado de 67 a 73 años en los últimos 20 años. La esperanza de vida en mujeres es de 75 años, mayor a la de los hombres que es de 71 años. La esperanza de vida en Perú es mayor que la de Bolivia, Brasil, El Salvador, Honduras y Nicaragua⁵⁴⁸. La tasa de mortalidad es del 6,1 por 1.000 (2009). La tasa de mortalidad infantil se redujo de 58 a 28,62 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos entre 1990 y 2009⁵⁴⁹.

La disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad están generando una transición demográfica caracterizada por un incremento de la participación de los adultos mayores de 60 años en la estructura poblacional, que pasó del 4 al 8% entre 1990 y 2006. Cifras menores a las de Bolivia, Ecuador, Honduras y Paraguay, entre otros. La proporción de la población menor a 15 años de edad es del 31%, cifras mayores a las de países como Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Paraguay pero iguales a las de Colombia, Costa Rica, El Salvador y Venezuela⁵⁵⁰.

- Estadísticas de empleo

Perú cuenta con una población económicamente activa de de aproximadamente 10,2 millones de personas (aproximadamente el 37% de la población), un porcentaje mayor sólo al de Ecuador y Guatemala⁵⁵¹. De esta población, el 49,7% trabaja en el sector formal, una proporción de la población que no ha variado más del 2% en la última década⁵⁵². En Perú la tasa de desempleo es del 8,1%. El salario mínimo en Perú es de US\$ 114,5 al mes, cifra ligeramente por debajo del salario medio de la población trabajadora (US\$ 137/mes)⁵⁵³.

- Contexto económico

El PIB en Perú para el año 2008 fue de US\$ 24.790 millones (PPA) con un crecimiento real anual del 9,8% en relación al 2007⁵⁵⁴. La economía peruana se

⁵⁴⁸ WHO, 2009.

⁵⁴⁹ Ibid. El dato de 2009 proviene del CIA World Factbook.

⁵⁵⁰ Ibid.

⁵⁵¹ CIA World Factbook, 2009.

⁵⁵² ILO, 2009a.

⁵⁵³ CEPAL, 2008.

⁵⁵⁴ CIA World Factbook.

encuentra en el lugar número 45 entre las economías mundiales. El PIB per cápita en el Perú es de US\$ 8.500 (PPA), puesto 115 a nivel mundial en el 2008 y mayor al de Bolivia, Ecuador, Guatemala, El Salvador y Nicaragua, entre otros. La tasa de inflación en el 2008 se estimó en el 5,8%, mayor sólo a la de Brasil en la región⁵⁵⁵.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

En las últimas dos décadas en Perú se han realizado tres censos de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos del sector salud, en 1992, 1996 y 2005. Según estos censos, en 2005 el sector público disponía del 51% del total de los hospitales, del 60% de los centros de salud y del 99% de los puestos de salud ubicados en zonas rurales dispersas y marginales urbanas. El MINSA (Ministerio de Salud) es la institución con mayor número de establecimientos y tiene una alta presencia a nivel nacional. De acuerdo con los resultados del tercer Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud de 2005, el país contaba con 8.041 establecimientos entre institutos, hospitales y clínicas en el sector salud. El MINSA contaba con 146 hospitales, equivalente al 32,7% del total, ESSALUD con 78 (17,2%), las FFAAP con 21 (4,6%) y el sector privado con 208 (45,9%)⁵⁵⁶.

Tabla 1
Distribución de establecimientos de salud a nivel nacional en Perú, 2005

	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Establecimientos de Salud	Porcentaje
Sector Público	245	1.392	5.849	7.487	92,99%
MINSA	146	1.203	5.472	6.822	84,84%
ESSALUD	78	68	179	325	4,04%
SFA y PN	21	121	198	340	4,23%
Sector Privado	208	356	0	564	7,01%
Total				8.041	100%

Fuente: MINSA, III Censo de la Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos, 2005⁵⁵⁷.

⁵⁵⁵ Ibid.

⁵⁵⁶ Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008. "Mapa del sistema de salud de Perú."

⁵⁵⁷ Ibid.

Aproximadamente el 90% de los hospitales e institutos de salud a cargo del MINSA se ubicaban en zonas urbanas en 2005, el 7% en zonas urbanas marginales y el 3% en zonas rurales. En las zonas rurales, la infraestructura de servicios de salud consiste básicamente en centros y puestos de salud que brindan atención primaria y derivan los casos de mayor complejidad a los establecimientos hospitalarios. Los departamentos con mayor índice de pobreza, como Huancavelica, Cajamarca y Loreto, cuentan con 0,4, 0,9 y 1,0 hospitales por cada 100 mil habitantes, respectivamente, mientras que los departamentos con las menores tasas de pobreza, como Madre de Dios, Ica y Moquegua, cuentan con 2,8, 2,1 y 3 hospitales por cada 100 mil habitantes, respectivamente⁵⁵⁸.

En 2005 el MINSA contaba con 377 quirófanos, 109 salas de recuperación postoperatoria, 70 salas de partos para intervenciones quirúrgicas, 159 salas de partos normales, 77 ambientes destinados a atención al recién nacido y 115 ambientes para cuidados críticos. En 2005 había en Perú 31.431 camas disponibles, lo que implica una proporción de 0,9 camas por cada 1.000 habitantes⁵⁵⁹. Del total de camas hospitalarias, el 50% corresponden a los hospitales del MINSA, el 20,7% a ESSALUD, el 7,6% a las FFAAP y el 21,6% al sector privado⁵⁶⁰.

b) Recursos financieros

De acuerdo con las cifras de la Organización Mundial de la Salud, en 2006 el gasto total en salud como porcentaje del PIB ascendió al 4,3%. Esta última cifra está muy por debajo del promedio de América Latina (6,7% para el mismo año). El gasto público en salud concentra el 57,1% del gasto total en salud, mientras que el gasto privado concentra el 42,9% restante, cifras que indican una financiación ligeramente más pública que el promedio de la región donde el 52,4% del gasto total en salud es público. El gasto de la seguridad social representó el 23,9% del gasto total en salud. Del gasto privado total el 97% es gasto de bolsillo, mientras que el 3% es gasto en seguros y servicios prepagados. El gasto total per cápita en salud fue de US\$ 300 (PPA) cifra ligeramente superior a las destinadas por Guatemala US\$ 259 (PPA) y Ecuador US\$ 297 (PPA), pero muy por debajo de las cantidades correspondientes a Colombia US\$ 626 (PPA), Chile US\$ 697 (PPA), Panamá US\$ 721 (PPA), y México US\$ 756 (PPA). El gasto público per cápita fue de US\$ 171 (PPA)⁵⁶¹.

⁵⁵⁸ Ibid.

⁵⁵⁹ WHO, 2009.

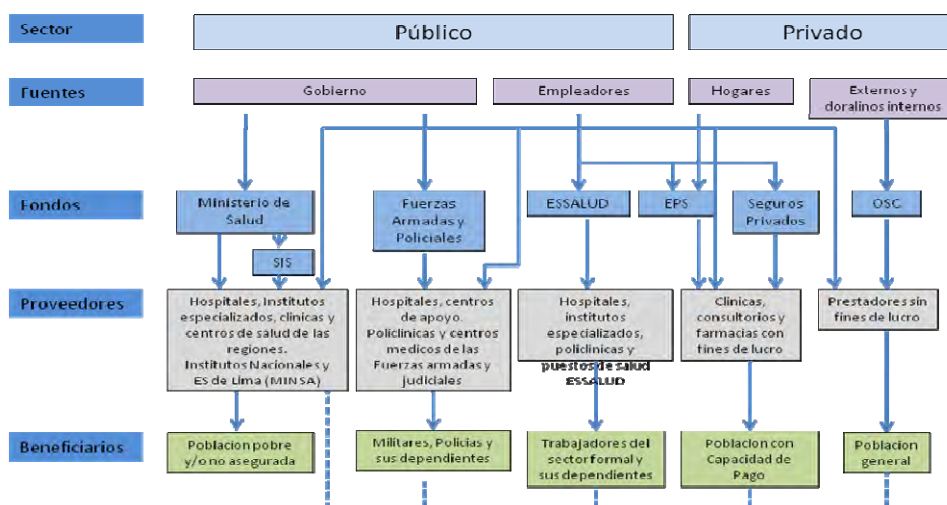
⁵⁶⁰ Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008. "Mapa del Sistema de Salud de Perú".

⁵⁶¹ WHO, 2009.

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

Figura 21
Mapa del sistema de salud en Perú



Fuente: Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008. “Mapa del sistema de salud en Perú.”

Como se desprende de la Figura 21, el sistema de salud de Perú está compuesto por dos sectores, público y privado, y funciona en base a cinco subsistemas que brindan servicios de salud a diferentes segmentos de la población: a) el Ministerio de Salud (MINSA), que incluye al Seguro Integral de Salud (SIS) como asegurador público con autonomía administrativa; b) el Seguro Social en Salud (ESSALUD), adscrito al Ministerio de Trabajo; c) las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército) adscritas al Ministerio de Defensa; d) la Sanidad de la Policía Nacional de Perú (PNP), adscrita al Ministerio del Interior; y e) las instituciones del sector privado: Entidades Prestadoras de Salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC)⁵⁶².

El gobierno ofrece servicios de salud para la población no asegurada a través de la red de prestadores públicos de las regiones y, en el caso de Lima, del MINSA. El SIS provee servicios a la población con menos recursos a través de la red de prestadores de servicios de salud del MINSA. Las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales cubren a los miembros de dichas corporaciones y sus

⁵⁶² Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008. “Mapa del sistema de salud en Perú.”

dependientes. ESSALUD, brinda servicios a los trabajadores formales y sus dependientes, así como a través de los seguros potestativos⁵⁶³ a trabajadores informales. Los servicios de ESSALUD pueden ser complementados a través de las EPS, pertenecientes al sector privado. Los individuos asegurados y sus familias, a través de una intervención de su empleador, pueden escoger afiliarse a una EPS para recibir un paquete de servicios básicos de salud en vez de recibir los servicios directamente de los prestadores de ESSALUD. En estos casos, los empleados y empleadores transfieren un 25% del pago que iría a ESSALUD hacia la EPS para cubrir los costos del paquete mientras que el otro 75% se usa para cubrir los costos de un paquete de más alta complejidad⁵⁶⁴. En el sector privado existen clínicas para personas con capacidad de pago que hacen pagos de bolsillo y también clínicas manejadas por ONG sin ánimo de lucro⁵⁶⁵.

2.2 Un poco de historia

Según el Atlas de la Salud de América Latina editado por la Fundación Mexicana de la Salud, los siguientes constituyen los diez principales hitos en la historia del sistema peruano de salud:

1903: Creación de la Dirección General de Salubridad.

1935: Creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, hoy Ministerio de Salud.

1936: Creación del seguro obligatorio para obreros y trabajadores domésticos y creación de la Caja Nacional de Seguro Social.

1948: Creación del seguro social del empleado y apertura del Hospital del Empleado.

1978: Creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales para coordinar todos los servicios de salud del país.

1979: La Constitución Política establece la responsabilidad del Poder Ejecutivo de organizar un sistema nacional de salud descentralizado y desconcentrado.

⁵⁶³ Los seguros potestativos son opcionales y contributivos, prestados por las EPS afiliadas al ESSALUD para los trabajadores independientes y sus familias.

⁵⁶⁴ SEPS, "Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. "

⁵⁶⁵ Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008. "Mapa del sistema de salud en Perú."

1980: Creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), institución autónoma descentralizada con aportes de empleados y asegurados.

1997: Promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, que incorpora al sector privado y cambia de nombre a la institución pública (IPSS por ESSALUD). Promulgación de la Ley General de Salud que norma los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual y a la autoridad sanitaria.

2001: Creación del Sistema Integral de Salud (SIS) sobre la base del Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI).

2006: Transferencia de funciones y establecimientos de salud del Ministerio de Salud a los gobiernos regionales⁵⁶⁶.

El sistema de salud de Perú ha sufrido cambios importantes desde 1997. Dentro de los principales cambios se incluye la creación de nuevas instituciones como el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, que cuenta con el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales. También se creó el Seguro Escolar Gratuito en 1997 y el Seguro Materno Infantil en 1998, se promulgó la ley de modernización de la seguridad social, la creación del sistema de EPS y la creación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)⁵⁶⁷.

En 2001 se crea el Seguro Integral de Salud (SIS) mediante la fusión del Seguro Escolar Gratuito y del Seguro Materno Infantil. Este es un sistema público subsidiado con cobertura parcial dirigido especialmente a madres y niños de escasos recursos y ha constituido una de las propuestas más importantes para avanzar hacia el aseguramiento universal. El SIS es un fondo público creciente que subsidia la atención de la población que vive en condiciones de pobreza en zonas rurales y urbano marginal⁵⁶⁸.

Junto con el SIS y con el propósito de dar énfasis a la promoción de la salud se crearon asimismo el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos (SISMED) y la Dirección General de Promoción de la Salud. Las Comisiones de Apoyo a la Reforma en Salud y a la Gestión Institucional tienen como objetivo fortalecer la rectoría del MINSA e impulsar el proceso de reforma. De igual manera, se

⁵⁶⁶ Ibid.

⁵⁶⁷ Ibid.

⁵⁶⁸ Ibid.

restituyó la autonomía al Seguro Social de Salud y se estableció la independencia en el manejo de sus fondos⁵⁶⁹.

A finales de 2002 se eligieron autoridades regionales y a partir de 2005 se hicieron las correspondientes transferencias del poder con el fin de avanzar un proceso de descentralización en el sector salud peruano. Con estos fines se creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud para coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud⁵⁷⁰.

Para continuar impulsando la reforma del sistema de salud, en febrero de 2008 se constituyó la Comisión Multisectorial cuyo objetivo es proponer los mecanismos para impulsar la consolidación del Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual tendrá como tareas evaluar los procesos de aseguramiento universal en salud, adquisición de medicamentos, atención de emergencias, y uso óptimo de las infraestructuras y los recursos humanos⁵⁷¹.

⁵⁶⁹ Ibid.

⁵⁷⁰ Ibid.

⁵⁷¹ Ibid.

2.2 Legislación básica

La Tabla 2 presenta la legislación básica más importante vigente en el sistema de salud peruano.

Tabla 2
Legislación básica del sistema de salud de Perú

Norma	Año	Objeto
Ley PER-1997-L-46887 Ley núm. 26790, ley de modernización de la seguridad social en salud.	1997	El Estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza. El Ministerio de Salud tiene a su cargo el Régimen Estatal que brinda atención a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados y está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social -IPSS- y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud debidamente acreditadas. Son asegurados del Seguro Social de Salud los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes. Son afiliados regulares los trabajadores bajo relación de dependencia, o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, y los pensionistas que reciban pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia. En caso de desempleo los afiliados regulares y sus derechohabientes tendrán derecho a las prestaciones de salud siempre que cuenten con, al menos, 30 meses de aportación durante los tres años precedentes. Regula el subsidio por incapacidad temporal y el subsidio por maternidad y lactancia. Las entidades empleadoras que otorguen cobertura de salud a sus trabajadores mediante servicios propios o contratados con Entidades Prestadoras de Salud gozarán de un crédito respecto de las aportaciones de los afiliados regulares en actividad. Se crea la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud -SEPS-. Se regula el seguro complementario de trabajo de riesgo.
Ley PER-1998-L-52239 Ley núm. 27056, de creación del seguro social de salud (ESSALUD).	1999	Crea, sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, cuya finalidad es el dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes, a través de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud, así como otros seguros de riesgos humanos. La ley establece: i) sus funciones; ii) tipo de prestaciones que otorga; iii) el ámbito de aplicación; iv) su estructura orgánica y administrativa; v) su régimen económico y financiero; y vi) el régimen del personal.

Tabla 2 (1)
Legislación básica del sistema de salud de Perú

Norma	Año	Objeto
Ley PER-2001-R-59138 Resolución de superintendencia núm. 014-2001-SEPS/CD	2001	Se establece la información sobre prestaciones de salud que las Entidades Prestadoras de Salud deben presentar a la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.
Ley PER-2002-L-60551 Ley núm. 27656 de creación del Fondo intangible solidario de salud.	2002	Tiene por objeto la creación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) destinado únicamente a favorecer el acceso a prestaciones de salud de calidad de la población excluida de las mismas. Los recursos complementan el financiamiento del Seguro Integral de Salud. Dispone, asimismo, que los recursos del FISSAL podrán ser destinados a infraestructura o equipamiento, solamente en el caso de que el Seguro Integral de Salud haya alcanzado la totalidad de su meta de cobertura de salud.

Fuente: ILO, 2009b.

2.3 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

a) Sector público

En el sector público, el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a través de la red de prestadores de servicios de salud de las regiones y, en el caso de Lima, del Ministerio de Salud (MINSA) a cambio del pago de una cuota de recuperación. El Seguro Integral de Salud (SIS) subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema en los establecimientos de las regiones y del MINSA. La seguridad social en salud (ESSALUD) ofrece servicios a la población asalariada en sus propias instalaciones.

b) Sector privado

El sector privado incluye a las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas y las instituciones de beneficencia pertenecientes a organizaciones de la

sociedad civil sin fines de lucro⁵⁷². Desde 1997 con la Ley de Modernización de la Seguridad Social, el sector privado le ha vendido servicios personales a la ESSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que prestan servicios de primer nivel de atención a individuos asegurados y a sus familias que han optado, junto a sus empleadores, por esta opción. Los militares y policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional de Perú (PNP)⁵⁷³.

- *Distribución de la cobertura*

El MINSA y los gobiernos regionales ofrecen atención a la población no asegurada con cierta capacidad de pago a cambio de pagos establecidos en tarifas. Los beneficiarios pobres de los planes subsidiados del SIS están exentos de estos pagos. Los miembros de las fuerzas armadas y la policía y sus dependientes son beneficiarios de los servicios que ofrecen las llamadas Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía. Por parte de la seguridad social, sus principales beneficiarios son los trabajadores del sector formal de la economía y sus dependientes y, en segundo término, los trabajadores informales que, a título individual y voluntario, deciden afiliarse a ESSALUD a través de planes potestativos⁵⁷⁴. Las EPS complementan los servicios prestados por ESSALUD cubriendo lo que se denominó "capa simple de servicios", es decir, un conjunto de intervenciones de salud de alta frecuencia y baja complejidad⁵⁷⁵. Las compañías de seguros privadas, los autoseguros y los servicios prepagados ofrecen cobertura a un reducido grupo social equivalente a menos del 2% de la población. Finalmente, las instituciones de beneficencia ofrecen atención a menos del 1% de los peruanos. Cada una de las instituciones del sector salud está orientada a atender a una determinada población. Sin embargo, existen cubrimientos que disminuyen la eficiencia del gasto, además de existir poca interacción funcional entre los distintos sistemas para asimilar planes estratégicos comunes y compartir recursos financieros, humanos y de infraestructura⁵⁷⁶.

El aumento en la cobertura de aseguramiento se debe al surgimiento de los esquemas de aseguramiento públicos, como el SEG y el SMI, unificados en el

⁵⁷² Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008.

⁵⁷³ Ibid.

⁵⁷⁴ Los seguros potestativos son opcionales y contributivos, prestados por las EPS afiliadas al ESSALUD para los trabajadores independientes y sus familias.

⁵⁷⁵ Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008. "Mapa del sistema de salud en Perú."

⁵⁷⁶ Ibid.

actual SIS. Sin embargo, desde 2004 se produjo un estancamiento en la afiliación debido tanto al mejoramiento de los sistemas de focalización como al escaso financiamiento y las restricciones en la gestión. En 2005 el principal agente asegurador fue ESSALUD, que cubría al 15,3% de la población. Los seguros del sector privado, que comprenden a las EPS, las compañías de seguros, los autoseguros y los servicios de medicina prepagada de las clínicas privadas, entre otros, cubrían al 2% de la población⁵⁷⁷.

Tabla 3
Distribución de cobertura de seguros de salud en Perú

	2000		2005		2009	
	Núm. (millones)	%	Núm. (millones)	%	Núm. (millones)	%
Asegurados		32,3		35,3		
ESSALUD		19,7		15,3		18
EPS		1,5	0,569	1,8	1,049	3,8
Rimac					0,487	1,8
Pacífico					0,433	1,6
Persalud					0,038	0,1
Mapfre					0,091	0,3
Seguro FFAA y Policiales		1,3		1,6		
Seguro Integral de Salud				16,3		
Seguro Privado		1,6		1,7		
Otros		9,3		0,4		
No Asegurados		67,7		64,4		
Total		100		100		

Fuente: Observatorio de la Salud⁵⁷⁸, SEPS⁵⁷⁹ y Castro (2009)⁵⁸⁰.

⁵⁷⁷ Ibid.

⁵⁷⁸ Ibid.

⁵⁷⁹ SEPS, "Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. "

⁵⁸⁰ Castro, 2009.

- *Financiación*

a) Pública

En 1997 la Ley de Modernización de la Seguridad Social y la Ley General de Salud introdujeron dos regímenes para el financiamiento y la prestación de servicios de salud. El primero es un esquema de contribución administrado por ESSALUD y complementado por las EPS que cubre lo que se denominó "capa simple de servicios", es decir, un conjunto de intervenciones de salud de alta frecuencia y baja complejidad⁵⁸¹.

El segundo es un fondo de recursos aportados por el Estado y gestionado con autonomía administrativa y financiera, denominado Seguro Integral de Salud (SIS), el cual representa una fusión de lo que eran hasta el año 2000 dos seguros de salud diferentes; el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), cubriendo servicios más complejos⁵⁸².

El MINSA se financia con recursos del gobierno y con las cuotas de recuperación derivadas de las intervenciones (gasto de bolsillo). El SIS se financia también con recursos del gobierno y con las cuotas de afiliación (tarifas) de una pequeña población de asegurados a planes semi-subsidiados para población con capacidad de pago. Los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales se financian con recursos gubernamentales. ESSALUD se financia con las aportaciones de los empleadores y, en el caso de los empleados informales, únicamente con la aportación del individuo afiliado a los planes de salud contributivos⁵⁸³.

En 2007, el 79% del financiamiento del MINSA provino de impuestos generales, el 15% de las cuotas de recuperación y el 6% de donaciones y transferencias. La ESSALUD se financia con las aportaciones de los empleadores, que equivalen al 9% del salario de los trabajadores activos. En el caso de los pensionistas, el aporte proviene de los asegurados y equivale al 4% de la remuneración asegurable. Cuando un individuo elige utilizar únicamente a los servicios de ESSALUD, todo el financiamiento asociado a esta persona le pertenece a ESSALUD. Cuando el individuo elige acceder a los servicios de ESSALUD y de las EPS, el financiamiento se distribuye de la siguiente manera: del 9% del salario aportado por el empleador, el 6,75% va a ESSALUD y el 2,25% restante a la EPS⁵⁸⁴.

⁵⁸¹ Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008. "Mapa del sistema de salud en Perú."

⁵⁸² Ibid.

⁵⁸³ Ibid.

⁵⁸⁴ Ibid.

Los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y Policiales (FFAAP) se financian principalmente con recursos del gobierno. Las prestaciones de los titulares están cubiertas íntegramente, mientras que sus derechohabientes acceden a los servicios de salud a través de copagos escalonados⁵⁸⁵.

El SIS se financia casi en su totalidad (94%) con recursos ordinarios provenientes del presupuesto general. Un poco menos del 6% de sus recursos proviene de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos, organismos de cooperación internacional, aportes de personas naturales, instituciones públicas y privadas, y transferencias del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISAL). El 6% restante procede de recursos directamente recaudados en su operación⁵⁸⁶.

b) Privada

Conjunto al financiamiento proveniente de ESSALUD para las EPS (considerados públicos ya que son parte del sistema de seguridad social aunque sean canalizados al sector privado). Otra parte del mercado privado ofrece seguros de salud voluntarios (compañías de seguros, auto-seguros y seguros de las clínicas) para una pequeña proporción de la población. En el sector privado no lucrativo existen instituciones de beneficencia que atienden a la población pobre en general. El sector privado se financia con el pago de las primas de seguros contratados y con pagos directos de bolsillo. Los recursos de las entidades de beneficencia provienen de donaciones internas y externas⁵⁸⁷.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Empresas o instituciones de salud

En diciembre del 2008 el mercado asegurador peruano estaba integrado por 13 compañías de seguros (una menos que en 2007 debido a la adquisición de MAPFRE de Latina Seguros en este año), de las cuales, cuatro operan exclusivamente en ramos Generales, cinco operan exclusivamente en ramos de Vida, y cuatro en ramos Generales y de Vida. El mercado asegurador peruano es un mercado muy concentrado, donde las cinco primeras compañías acumulan el 92,5%⁵⁸⁸ del total.

⁵⁸⁵ Ibid.

⁵⁸⁶ Ibid.

⁵⁸⁷ Ibid.

⁵⁸⁸ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009".

Las compañías Rimac y Pacífico continúan siendo los dos mayores grupos aseguradores del país, con una cuota de mercado del 34,1% y 31,7%, respectivamente. Ambos lideran los rankings de No Vida y de Vida. El Grupo MAPFRE se sitúa en tercera posición, tras a la adquisición de Latina Seguros, con una cuota del 10,4% del mercado. Respecto al resto de compañías, La Positiva se encuentra en el cuarto lugar con una cuota del 9,3% del mercado mientras que In Vita se encuentra en quinto lugar con una cuota del 7%⁵⁸⁹.

Entre las compañías aseguradoras No Vida, lideran también Rimac (28,1%) y El Pacífico Vida (27,6%) seguidas por In Vita (16,9), Interseguro (10,4%) y Mapfre (7,3%)⁵⁹⁰. En el Perú existen actualmente cinco EPS; Pacífico Salud EPS (41%) y Rimac Internacional EPS (47%), Mapfre Perú EPS (8%), Persalud EPS (3%) y Colsanitas EPS de reciente inicio de operaciones.

3.2 Productos y coberturas que ofrecen

- *Tipo de prestación de las aseguradoras*

La cobertura del régimen contributivo de la seguridad social en salud en Perú está compuesto por las prestaciones de Capa Simple, las cuales pueden ser prestadas por ESSALUD o por las EPSs y las prestaciones de la Capa Compleja. La Capa Simple es el conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790 aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA. A su vez, la Capa Compleja es el conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790 aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA. Las EPS tienen la obligación de otorgar por lo menos las prestaciones correspondientes a la Capa Simple y los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no comprendidos en el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. La cobertura obligatoria contempla los mismos beneficios para todos independientemente de la remuneración del trabajador. En tal sentido, sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos. La cobertura obligatoria comprende la atención de todas las dolencias preexistentes y las prestaciones que forman parte de la misma se otorgan sin límite de suma asegurada. Asimismo, las partes pueden contratar coberturas adicionales a la cobertura obligatoria, las mismas que son de naturaleza voluntaria⁵⁹¹.

⁵⁸⁹ Ibid.

⁵⁹⁰ Ibid.

⁵⁹¹ SEPS, "Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. "

Los seguros de salud privados prestan una variedad de servicios dependiendo del plan contratado directamente entre la compañía aseguradora y el individuo asegurado. Estos planes varían principalmente dependiendo de la capacidad de pago del individuo, incluyendo intervenciones simples y o complejas. Existen tres variantes generales en la manera en la que se prestan los servicios, los presados por compañías de seguros, los prestados por autoseguros y los prestados por compañías prepagas de salud.

3.3 Mercado de la salud privada: principales cifras

- *Empresas de seguros*

En Perú existen dos modalidades de empresas de seguros privados de salud. La primera, el sistema de EPS a través del sistema de seguridad social, ESSALUD; la segunda para personas con capacidad de pago a través de seguros privados no afiliados al sistema de seguridad social.

En Perú existen actualmente cinco EPS: Persalud EPS, Pacífico Salud EPS y Rimac Internacional EPS, Mapfre Perú EPS y Colsanitas EPS. La Superintendencia de EPS es un organismo público descentralizado del sector salud que supervisa el cumplimiento de los planes de salud ofrecidos al trabajador y vigila la solvencia patrimonial, económica-financiera y de infraestructuras de las EPS, así como la calidad de los servicios brindados. Fue creada para autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS y el uso correcto de los fondos administrados por éstas⁵⁹².

Se estima que en el sistema de seguros privados de accidentes y enfermedad, no afiliados a la seguridad social, hay alrededor de medio millón de asegurados en tres esquemas diferentes, los presados por compañías de seguros (250.000), los prestados por autoseguros (200.000) y los prestados por compañías prepagas de salud (150.000). En el año 2000 existían diez compañías de seguros privados de salud⁵⁹³.

a) Primas

En el año 2008 el volumen de primas del sector asegurador No Vida en Perú fue de US\$ 879 mil, de éstos aproximadamente US\$ 573 mil se concentraron en seguros no vida⁵⁹⁴. El volumen de primas en el sector asegurador en salud privado

⁵⁹² Ibid.

⁵⁹³ SEPS, 2001.

⁵⁹⁴ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009. "

se incrementó desde el año 1993 hasta el año 1999, en el año 2000 con la introducción de las EPS el volumen de primas bajó un 17% llegando a US\$ 81 millones⁵⁹⁵. En diciembre de 2009 los aportes acumulados en las EPS habían sido de US\$ 260 millones⁵⁹⁶.

Tabla 4
Producción y siniestros por compañías de seguros de Salud
(diciembre, en miles de dólares)

	2000	2001	2002	2003	2004
Primas	80.943	78.796	82.760	84.430	84.573
Siniestros	75.966	68.162	69.409	67.387	65.543
	2005	2006	2007	2008	2009
Primas	93.428	101.254	106.343	118.874	143.836
Siniestros	68.934	76.489	82.604	96.536	104.722
Fuente: Superintendencia de Banca, Seguros y Fondos de Pensiones.					

b) Siniestralidad

La siniestralidad para el sector asegurador en Perú disminuyó de 81% en 2007 al 78% en 2008⁵⁹⁷. La siniestralidad de las EPS en diciembre de 2009 era del 81,6 %, específicamente para Rimac Internacional fue del 80,18%, Pacífico Salud del 84,12%, Persalud del 57,38% y Mapfre del 68,23%⁵⁹⁸.

c) Gastos

El porcentaje de gastos del sector asegurador en Perú disminuyó del 54% en el 2007 al 49% en 2008⁵⁹⁹. En las EPS en diciembre de 2009, el gasto promedio mensual por asegurado fue de US\$ 17,50. Las prestaciones totales del sistema de EPS en diciembre de 2009 fueron de US\$ 212,5 millones⁶⁰⁰.

⁵⁹⁵ SEPS. Disponible en:
<http://www.seps.gob.pe/publicaciones/estudios/estudiosDetalle.asp?tipo=146>

⁵⁹⁶ SEPS. "Aportes y Gastos" disponible en:
<http://www.seps.gob.pe/estadisticas/0911/prestacion0.htm?selPeríodo=0911>

⁵⁹⁷ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009."

⁵⁹⁸ SEPS. "Aportes y Gastos" disponible en:
<http://www.seps.gob.pe/estadisticas/0911/prestacion0.htm?selPeríodo=0911>

⁵⁹⁹ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009."

⁶⁰⁰ SEPS. "Aportes y Gastos" disponible en:
<http://www.seps.gob.pe/estadisticas/0911/prestacion0.htm?selPeríodo=0911>

d) Ratio combinado

El ratio combinado del sector asegurador en Perú disminuyó del 17% en 2007 al 1% en 2008⁶⁰¹.

e) Resultado

El resultado neto del ejercicio 2008 fue de 92 millones de nuevos soles (US\$ 32 millones), un 78% inferior al de 2007, lo que supone un descenso de 16 puntos en el resultado sobre primas, que fue del 3,7%. Los resultados financieros del sector asegurador en Perú disminuyeron de un 52% en 2007 al 28% en 2008. Por otro lado, el resultado técnico financiero en este mismo período pasó de -35% a -27%⁶⁰².

3.4 Tratamiento del gasto farmacéutico

El gasto en medicamentos en 2004 del MINSA llegó a ser de US\$ 48.774.898, representando un 10,4% del gasto corriente del MINSA ese año. El gasto per cápita del MINSA para productos farmacéuticos fue de US\$ 1,77. La adquisición de medicamentos se efectúa en varios niveles que incluyen el nacional, regional y el nivel institucional. La adquisición de medicamentos en el sector público se formaliza de acuerdo con normas establecidas a nivel nacional para los medicamentos de mayor demanda; normas establecidas a nivel regional para los medicamentos esenciales no adquiridos en la compra nacional, y normas establecidas a nivel institucional en las unidades ejecutoras para el caso de los medicamentos esenciales que no se adquieren en la compra regional⁶⁰³.

Perú tiene una industria farmacéutica que produce genéricos y marcas nacionales, así como laboratorios que importan y comercializan prácticamente todos los medicamentos que se consumen en el país, bajo la regulación y supervisión de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) del MINSA. En la actualidad, el MINSA y las regiones están realizando compras conjuntas de medicamentos, con lo cual ha mejorado su disponibilidad en el sector público. El mercado privado de medicamentos, se calcula que creció más del 170% entre 1997 y 2003. Se considera que este crecimiento se ha debido más al incremento en los precios que a un mayor consumo, lo cual se ha convertido en un factor de exclusión, particularmente de los sectores de bajos ingresos⁶⁰⁴.

⁶⁰¹Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009."

⁶⁰² Ibid.

⁶⁰³ Montekio, Valenzuela y Velázquez, 2008. "Mapa del sistema de salud en Peru."

⁶⁰⁴ Ibid.

En 2005 la demanda total de insumos médicos y medicamentos en el sector salud ascendió a US\$ 889 millones, de los cuales el 69,6% correspondió a la demanda de boticas y farmacias independientes de los prestadores institucionales de salud, el 13,6% correspondió a la demanda de ESSALUD, apenas el 9,5% al MINSA, el 3% a otros prestadores públicos y el resto (4,3%) se dividió entre los diversos prestadores con y sin fines de lucro. La Ley General de Salud obliga a los médicos a consignar la denominación común internacional del medicamento en las prescripciones y faculta al profesional químico-farmacéutico para ofrecer alternativas de medicamentos equivalentes a los prescritos en las recetas. Otros reglamentos establecen que las farmacias deben presentar al usuario todas las alternativas genéricas y de marca de las que dispone el establecimiento, brindar información acerca de la lista de precios y abstenerse de inducir al usuario a adquirir alguna de dichas alternativas⁶⁰⁵.

3.5 Papel del micro-seguro

No se ha encontrado información sobre el papel del micro-seguro en Perú.

4. REFORMA DE SALUD

La reforma de salud propuesta en noviembre del 2008 es un nuevo camino para llegar a la cobertura universal en Perú. La propuesta de reforma propone seis puntos importantes. El primero, establece un marco legal para la nueva reforma. En el segundo establece al Ministerio de Salud como rector del sistema de salud definiendo sus funciones específicas. En el tercer punto se define un plan esencial de beneficios en salud (PEAS) para todos los asegurados como requisito mínimo de prestación de calidad y cantidad de servicios. El cuarto punto define dos regímenes de salud en los que todos los peruanos tendrán el derecho de pertenecer, un régimen contributivo que incluye a ESSALUD y un régimen subsidiado que incluye al SIS. El quinto punto establece las condiciones de implementación, estandarizando procedimientos de prestación de servicios, desarrollando guías clínicas estandarizadas y estableciendo sistemas de pago entre proveedores y aseguradores, entre otros⁶⁰⁶. Este esfuerzo ha dado como resultado la ampliación de los recursos presupuestales del SIS, que se incrementaron en más del 60% en 2008. Este plan prevé atender a 12 millones de peruanos pobres antes de 2011⁶⁰⁷.

⁶⁰⁵ Ibid.

⁶⁰⁶ Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad, 2009.

⁶⁰⁷ Ibid.

Referencias bibliográficas

Castro, J. 2009. Hacia el Aseguramiento Universal en Salud en el Perú. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*. 26(2): 232-35.

CEPAL, 2008. Panorama Social América Latina.

CIA World Factbook, 2009. CIA Publications.

Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad, 2009. "Pre-Dictamen No. 05-2008-2009/CSPFPD-CR", Version6: 10/11/2008. Lima, Perú.

Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009."

ILO, 2009a. "Laborsta".

ILO, 2009b. "NATLEX : database of national labour, social security and related human rights legislation. " International Labour Organization.
http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.home?p_lang=en.

Montekio, Víctor Becerril, Alberto Valenzuela y Aníbal Velázquez, 2008. "Mapa del sistema de salud de Perú".

SEPS. "Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud." SEPS: El Asegurado Regular. http://www.seps.gob.pe/discapacitados/asegurado_r.asp.

SEPS, 2001. "Análisis del Sector Salud" disponible en:
<http://www.seps.gob.pe/publicaciones/estudios/estudiosDetalle.asp?tipo=146>

Superintendencia de Banca, Seguros y FP, 2010.
<http://www.sbs.gob.pe/0/home.aspx>

WHO, 2009. World Health Statistics. Ginebra, Suiza. World Health Organization.
<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>.

16

REPÚBLICA DOMINICANA

Acrónimos	
ADARS	Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgo de Salud
ARS	Administradora de Riesgos de Salud
CNS	Consejo Nacional de Salud
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
DPS	Direcciones Provinciales de Salud
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
PBS	Plan Básico de Salud
PSS	Prestadoras de Servicios de Salud
PDSS	Plan de Servicios de Salud de la Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SIUBEN	Sistema Único de Identificación de Beneficiarios
TSS	Tesorería de la Seguridad Social

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

La República Dominicana cuenta con una población de 9,8 millones de habitantes (2009) de los cuales el 50,1% son mujeres y el 64,4% viven en el área urbana. La tasa de crecimiento anual de la población asciende al 1,4% (2005-2010) superior al promedio regional (1,12%) pero inferior a la observada hace apenas 20 años (2,01% para el período 1985-1990). Respecto a la distribución etaria de la población, los menores de 15 años representan el 31,4% de la población, mientras que los mayores de 65 años suponen el 6%, cifras que indican un nivel de envejecimiento inferior de la población a la observada en países como Argentina (10,5%) y Chile (9,2%). La tasa de fecundidad para el período 2005-2010 fue de 2,7 hijos por mujer en edad fértil, valor superior al promedio de la región (2,3), pero inferior a las cifras de países como Guatemala (4,2) y Honduras (3,3). La tasa de mortalidad infantil está en 29,6 por cada 1.000 nacidos vivos (2005-2010), cifra superior a la media de América Latina y el Caribe (21,8) y que contrasta con las

cifras de países como Cuba y Chile, donde esta tasa es del 5,1 y 7,2⁶⁰⁸, respectivamente. En 2005 la razón de mortalidad materna fue de 15 mujeres por cada 10,000 nacidos vivos⁶⁰⁹, coincidiendo con el promedio latinoamericano. Por último, en el período 2005-2010 la esperanza de vida se ubica en 72,2⁶¹⁰ años (69,2 años para los hombres y 75,5 para las mujeres). En cuanto a las principales causas de muerte las enfermedades no transmisibles ganan cada vez más terreno a las transmisibles, con participaciones alrededor del 55% y 36%, respectivamente, mientras cerca del 9% restante obedece a otros factores como accidentes⁶¹¹. Así, la principal causa de muerte corresponde a enfermedades cardiovasculares, que en 2004 representaban cerca del 30% del total de decesos. En segundo lugar se encuentran las enfermedades infecciosas como la malaria y la tuberculosis⁶¹², seguidas de los neoplasmas malignos y después de éstos en orden de importancia se encuentran: las lesiones no intencionales, condiciones prenatales, enfermedades digestivas, diabetes mellitus, las lesiones intencionales y las condiciones neuropsiquiátricas⁶¹³.

- *Estadísticas de empleo*⁶¹⁴

La fuerza de trabajo de República Dominicana representa alrededor de un 40% de la población (2008), aproximadamente unos 4,2 millones de personas. En el año 2008, la tasa de desempleo fue en promedio del 14,1%, valor muy superior a la media de la región (7,2%). Por otro lado, en 2007 el ingreso promedio en términos de la línea de pobreza nacional fue de 4,4, equivalente a US\$ 440 dólares, indicador superior al promedio de la región (3,8) pero inferior al de países como Panamá y Costa Rica, que en promedio se ubican en 5,5⁶¹⁵.

⁶⁰⁸ Toda la información provista hasta aquí proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

⁶⁰⁹ WHOSIS, 2009.

⁶¹⁰ CEPAL, 2009.

⁶¹¹ Tomado de RATHE, 2009.

⁶¹² De acuerdo con RATHE (2009), la prevalencia de estas enfermedades al igual que en el caso del VIH obedece al fenómeno de la migración haitiana.

⁶¹³ Tomado de RATHE, 2009.

⁶¹⁴ La información de este apartado proviene del Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

⁶¹⁵ CEPAL, 2008.

- *Contexto económico*⁶¹⁶

En 2008, el PIB de la República Dominicana fue de US\$ 79.120 millones (PPA) con un crecimiento real anual del 5,3%, de ésta manera, República Dominicana ocupa el undécimo lugar a nivel de América Latina y el Caribe y el puesto 76 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PIB per cápita (2008) es de US\$ 8.300 (PPA), con lo que se encuentra el puesto 22 dentro de la región y 118 en el mundo. La tasa de inflación fue de 10,6% en 2008.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

De acuerdo con los datos más recientes (2006) proporcionados por la Oficina Nacional de Estadística de República Dominicana, el sector público cuenta con 1.439 centros de atención en salud, de los cuales 801 corresponden a clínicas urbanas, 472 a consultorios, 105 a hospitales municipales, 31 a hospitales provinciales y 30 a otras categorías, disponiendo de 9.517 camas. Por su parte, el sector privado suma cerca de 7.000 establecimientos⁶¹⁷, lo que significa, que aproximadamente el 80% de la oferta de establecimiento es de naturaleza privada.

Con cifras de 2007, la República Dominicana cuenta con 1,1 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, cifra inferior al promedio de América Latina y el Caribe (1,9 camas por cada 1.000 habitantes) y superior sólo al de países como El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Honduras, que en promedio presentan 0,8 camas por cada 1.000 habitantes⁶¹⁸.

b) Recursos humanos⁶¹⁹

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que en la República Dominicana hay 19 médicos por cada 10 mil habitantes (2007), cifra muy cercana al promedio regional (17 por 10.000 hab.) pero que dista mucho de la observada en países como Cuba (59 por 10.000 hab.), Uruguay (37 por 10.000 hab.) y Argentina (30 por 10.000 hab.). De acuerdo a la misma fuente existen 18 enfermeras y ocho odontólogos por cada 10 mil habitantes.

⁶¹⁶ La información de este apartado proviene del CIA World Factbook.

⁶¹⁷ Morales, 2007.

⁶¹⁸ Anuario Estadístico de la CEPAL, 2009.

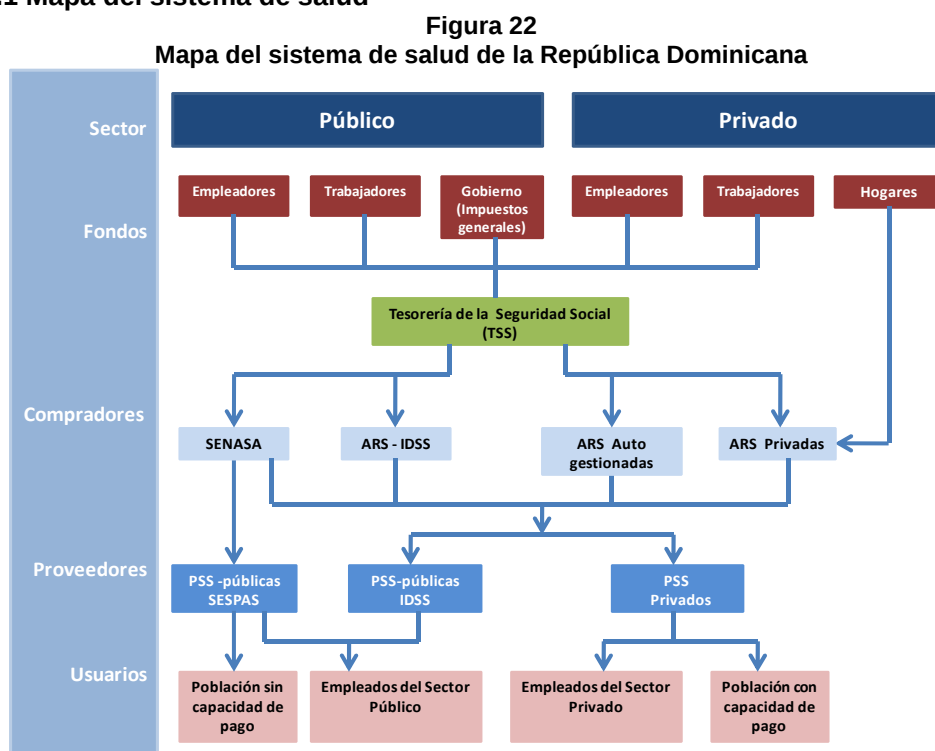
⁶¹⁹ La información de este apartado proviene de WHOSIS, 2009.

d) Recursos financieros⁶²⁰

Con cifras de 2006, en la República Dominicana el total de gasto en salud como porcentaje del PIB es del 5,6%, evidenciando un deterioro respecto al año 2000, cuando este rubro alcanzó el 6,3%. Esta cifra se encuentra por debajo del promedio de la región (6,7%) y es sólo comparable con el de países como Belice (4,7%), Ecuador (5,3%) y Guatemala (5,3%). El gasto per cápita es de US\$ 379 PPA (2006), valor inferior a la media de América Latina y el Caribe (US\$ 522 PPA). Del gasto total, el 37% corresponde a recursos gubernamentales y el 64,3% proviene de gastos de bolsillo, estando esta última cifra por debajo del promedio latinoamericano (77,7%).

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud



Fuente: Autores con base en RATHE, 2009.

NOTAS: ARS Autogestionadas: hace referencia a los regímenes especiales p.ej. los maestros

⁶²⁰ Ibid.

2.2 Un poco de historia

El desarrollo del sistema dominicano de salud puede distinguirse de manera clara en dos etapas, originadas por la reforma realizada en 2001:

1. El sistema de salud antes de la reforma: antes de la década de los noventa, la República Dominicana contaba con un sistema de salud abierto y gratuito con la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) a la cabeza, con el objetivo de proteger a toda la población. De manera paralela surgió el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) con el fin de asegurar de manera exclusiva a los trabajadores (sin sus familias), en una red de proveedores de su propiedad, financiado mediante cotizaciones obligatorias que centralizaba varios seguros, incluyendo el de salud, las pensiones y los accidentes de trabajo. Para las personas de mayor ingreso existía un sector privado proveedor de servicios.

En algunos casos las empresas y las principales instituciones públicas, contrataban servicios voluntarios de carácter privado, que permitían la cobertura familiar y ofrecían servicios de mayor calidad que los de SESPAS. El resto de la población acudía a los servicios públicos de SESPAS o al sector privado, incurriendo en gasto de bolsillo.

2. El sistema de salud después de la reforma: en 2001 se aprobaron dos importantes leyes que marcaron la nueva dirección del Sistema Nacional de Salud (SNS): la Ley General de Salud 42-01 y la Ley sobre Seguridad Social 87-01. Mediante la Ley General de Salud se separaron las funciones de provisión de servicios, rectoría y financiamiento del sistema y se creó el Consejo Nacional de Salud (CNS) como órgano de concertación nacional en salud. La ley sentó las bases para reglamentar los aspectos de la salud pública y de los riesgos para la salud y asignó a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) la responsabilidad de formular las políticas y los planes decenales nacionales de salud y de desempeñar las funciones esenciales de la salud pública.

La Ley 87-01 creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y estableció las fuentes y los mecanismos de financiamiento para la atención dentro del Sistema Nacional de Salud. El SDSS se basa en la contribución prepagada y obligatoria, según la capacidad de pago y la condición laboral, y garantiza el aseguramiento de la población pobre e indigente por parte del Estado. La Ley 87-01 implementó el Seguro Familiar de Salud (SFS), de carácter obligatorio y universal, que contiene un Plan Básico de Salud para los tres regímenes establecidos: el contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado.

En 2003 se creó la Administradora de Riesgos Laborales para prevenir y cubrir los daños ocasionados por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación más importante del sistema de salud dominicana.

Tabla 1
Legislación básica de la República Dominicana⁶²¹

Norma	Año	Objeto
Decreto núm. 308-97 Formación de la Comisión Ejecutiva para la Reforma al Sector Salud	1997	Aumentar el acceso y la calidad de los servicios, centrándose en la atención materna e infantil y en la población pobre.
Decreto núm.17-98 Formación y desarrollo de las Direcciones Provinciales de Salud	1998	Conseguir un aumento de la eficiencia en el manejo de los recursos del sistema.
Decreto núm. 351-99 Reglamento General de Hospitales	1999	Establece los principios, normas y políticas administrativas de carácter general, por la que se rige la organización y funcionamiento de los hospitales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y de Asistencia Social (SESPAS), del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
Ley General de Salud 42 -01	2001	Régimen aplicable a la medicina prepaga. Las EMP deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas por las obras sociales.
Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social	2001	Establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos.

Fuente: Autores, con base en la información de MACEIRA, 2007.

⁶²¹ Basado en gran medida en MACEIRA, 2007.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

El modelo de desarrollo del sistema de salud de la República Dominicana se denomina "Competencia Gerenciada"⁶²² similar en muchos aspectos al sistema colombiano de seguridad social en salud implementado en 1993. El modelo consiste en una estrategia que combina aspectos de un mercado competitivo con una fuerte función de regulación por parte del gobierno. En este contexto, el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) se organiza con base en la especialización y separación de funciones, de las cuales la regulación, financiamiento y supervisión corresponden exclusivamente al Estado, en cabeza de la Secretaría de Estado de Función Pública (SESPAS), mientras que las funciones de administración de riesgos y prestación de servicios están a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas acreditadas.

Así, el aseguramiento en salud de la población se realiza a través de entidades públicas y privadas denominadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), las cuales brindan atención a los beneficiarios a través de la contratación de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), también de carácter público o privado, cada una con redes de servicios propias de primer, segundo y tercer nivel de atención.

En República Dominicana el aseguramiento en salud se realiza a través de tres regímenes, el contributivo destinado a los trabajadores del sector formal, el contributivo-subsidiado destinado a los trabajadores independientes y del sector informal, donde el gobierno subsidia parcialmente la afiliación, y finalmente el subsidiado, destinado para aquellas personas pobres y vulnerables identificadas como tales mediante el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN), instrumento diseñado para la focalización de subsidios. En el caso de las personas no aseguradas, dependiendo de su capacidad de pago, pueden acudir a establecimientos privados incurriendo en gasto de bolsillo o utilizar los servicios públicos, donde generalmente deben pagar cuotas de recuperación.

El Seguro Nacional de Salud (SENASA) es la ARS pública de mayor importancia, ejerce por ley la función de asegurador de todos los empleados del sector público y de las instituciones descentralizadas del gobierno así como de sus familiares. El SENASA está organizado en Servicios Regionales de Salud (SRS), de carácter autónomo que atienden a los beneficiarios de acuerdo a su ubicación geográfica. Antes de la reforma muchos empleados del sector público estaban afiliados al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), quienes voluntariamente se mantienen vinculados a este organismo, en resumen todos los empleados del

⁶²² Tomado de MORALES, 2009.

sector público dominicano se encuentran vinculados a la seguridad social únicamente por medio de dos ARS públicas: SENASA o IDSS.

Las personas pertenecientes al régimen contributivo (excepto empleados públicos), pueden afiliarse según su libre elección a cualquiera de las ARS públicas o privadas, mientras que aquellos pertenecientes a los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado, así como los empleados de las entidades públicas (aún perteneciendo al régimen contributivo), se deben afiliar obligatoriamente al asegurador público SENASA.

La entidad reguladora del aseguramiento en el país es la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales -SISALRIL, encargada de regular y fiscalizar el desempeño de las instituciones que ofertan el aseguramiento del servicio de salud, asimismo, se encarga de verificar que las aseguradoras tengan la solvencia financiera necesaria para garantizar la calidad y cantidad de los servicios de salud que demandan sus asegurados.

En cuanto a la prestación de servicios, sólo los afiliados al régimen contributivo, incluidos los empleados del sector público, pueden elegir entre prestadores públicos o privados que conformen la red de la entidad aseguradora a la cual están afiliados. Los afiliados a los dos regímenes restantes, que reciben un subsidio total o parcial del Estado, deben obligatoriamente ser atendidos en los hospitales públicos.

Los beneficios del aseguramiento en salud se definen a través del Plan Básico de Salud (PBS), conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales, especificados de la misma forma tanto para el sector público como para el sector privado y que incluyen: a) la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, c) la atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica, d) el 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y el 70% para la contributiva y contributiva subsidiada, e) exámenes de diagnósticos, f) atención odontológica pediátrica y preventiva, g) fisioterapia y rehabilitación, y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad⁶²³. El PBS excluye los tratamientos derivados de accidentes de circulación, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, los cuales se encuentran cubiertos por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor y por el Seguro de Riesgos Laborales. En cuanto al régimen subsidiado, el paquete de beneficios es el mismo, sin embargo los usuarios de los proveedores públicos han denunciado mala calidad en los servicios, así como largos tiempos de espera para las intervenciones⁶²⁴.

⁶²³ Ibid.

⁶²⁴ De acuerdo con lo que se afirma en RATHE, 2009.

- *Distribución de cobertura*

El régimen subsidiado cubre actualmente al 12% de la población (Tabla 2), mientras que el régimen contributivo cubre al 26% de la población, de tal forma que la cobertura total del sistema de seguridad social con cifras de 2009 es del 38%⁶²⁵, o en otras palabras, más del 60% de la población dominicana no está asegurada en salud.

Tabla 2
Cobertura de aseguramiento por regímenes, 2009

Regímenes	Población Afiliada (millones de personas)	Cobertura
Subsidiado	1,2	12%
Contributivo	2,5	26%
Contributivo-Subsidiado	Sin información	Sin información
Total Población	9,8	

Fuente: RATHE, 2009.

Después de la reforma de 2001, la cobertura en aseguramiento de República Dominicana ha mejorado, al pasar del 18% en 1996 al 38% en 2009. Sin embargo, este aseguramiento no se ha dado de forma equitativa en el total de la población (Tabla 3), con cifras de 2007 se observa que la mayor parte de los asegurados se ubican en los quintiles superiores de ingreso. De esta manera, casi la mitad de las personas ubicadas en el quintil más alto poseen cobertura en aseguramiento, mientras que en el primer quintil esta participación asciende sólo al 15,9%, sin desconocer que en los últimos años se logró un significativo incremento en el porcentaje de población asegurada en el quintil más pobre, gracias a la extensión de la cobertura del SENASA, entidad a cargo de la administración del riesgo del régimen subsidiado⁶²⁶.

Tabla 3
Cobertura de aseguramiento por grupos de ingreso, 1996, 2002 y 2007

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
1996	5,3%	10,2%	15,5%	22,1%	33,6%
2002	6,5%	12,9%	20,8%	28,9%	44,1%
2007	15,9%	19,6%	24,7%	33,6%	48,1%

Fuente: RATHE, 2009.

- *Financiación*

En el caso dominicano, los ingresos del sistema de salud se recaudan en un fondo único, el cual se financia con contribuciones basadas en las nóminas salariales de

⁶²⁵ Ibid.

⁶²⁶ Ibid.

las empresas y en aportes fiscales, dependiendo del régimen de afiliación. Este fondo se encuentra centralizado en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), que recauda las contribuciones y entrega a las ARS tanto de carácter público como privado el per cápita de su población afiliada, sin que exista vínculo entre dichas contribuciones y los pagos por capitación a éstas.

En el caso específico del régimen contributivo, éste se financia con contribuciones provenientes de nóminas. La tasa de cotización es del 10% de los ingresos hasta un máximo de diez salarios mínimos de los cuales el empleado aporta el 30% y el empleador el 70% restante⁶²⁷. Las cotizaciones son retenidas por el empleador, quien mensualmente paga a la TSS a través del sistema bancario, a su vez, la TSS paga una capitación mensual a las ARS, según el número de titulares y sus dependientes, dado que el sistema cubre a los hijos menores de 18 años (y hasta 21, si son estudiantes) y en algunos casos especiales también a los padres del titular. Según datos de la TSS, en 2009 se recaudaron de los trabajadores y empleadores dominicanos US\$ 1.075,8 millones⁶²⁸, cifra récord de recaudación para el régimen contributivo, que refleja un sostenido crecimiento.

El régimen contributivo-subsidiado se financia con aportes variables de cotizantes por ramas productivas de actividad y del gobierno; mientras en el régimen subsidiado, es el Estado quien paga a la TSS la capitación por los asegurados; estos fondos provienen de los impuestos generales, sin que existan impuestos especializados para estos fines; según la TSS, los aportes del Estado dominicano en 2009 fueron US\$ 88,4 millones⁶²⁹, creciendo en casi un 45% con respecto a lo aportado en 2008.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

El sector privado del sistema de salud de República Dominicana, está integrado por un conjunto de clínicas, consultorios y aseguradores. En 2007 se encontraron 7.000 establecimientos de salud (Tabla 4) registrados por el SESPAS, (Morales, 2007).

⁶²⁷ RATHE, 2009.

⁶²⁸ Dato publicado en www.tss.gov.do, convertido con una tasa de cambio en 2009 de 36.09 dominicanos por dólar.

⁶²⁹ Ibid.

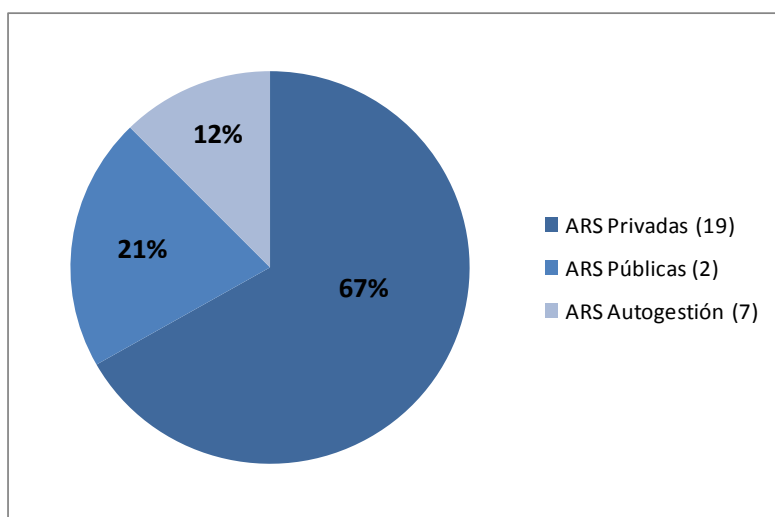
Tabla 4
Establecimientos privados de salud por tipo, República Dominicana, 2007

Tipo de Establecimiento	Número
Consultorio médico	3.541
Centros odontológicos	1.864
Clínicas	470
Laboratorios	441
Otros	698
TOTAL	7.014

Fuente: SESPAS, tomado de Morales, 2007.

En cuanto a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) privadas, concentran la mayor parte de los afiliados al régimen contributivo -teniendo en cuenta que en este sistema, los empleados públicos aun siendo del régimen contributivo están obligados a afiliarse por medio de la ARS pública SENASA-. El 67%, entre titulares y dependientes, de los afiliados al régimen contributivo están en ARS privadas (Figura 23). La mayoría de las ARS existían previamente a la aprobación de la ley y se organizaron para proveer aseguramiento dentro del sistema, a la vez que ofrecen planes complementarios. En 2008 existían 28 ARS, de los cuales 19 eran empresas privadas.

Figura 23
Afiliados por tipo de ARS, 2008



Fuente: Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgo de Salud -ADARS-, 2009.

De las 19 ARS privadas, nueve de ellas se encuentran afiliadas a la Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgo de Salud (ADARS).

4. SECTOR DE SEGUROS DE SALUD

Dentro del sistema de salud dominicano no se da espacio para los seguros privados de salud, por lo que la información referente a este respecto es la que provee el sector de seguros, regulado por la Superintendencia de Seguros de República Dominicana.

En 2009, se encontraron diez empresas de seguros que ofrecen seguros de salud: Seguros Universal S.A., Seguros Banreservas, S.A. Mapfre BHD Cía de Seguros S.A., Proseguros, S.A., La Colonial Cía de Seguros, Seguros Constitución S.A., Seguros Worldwide, BMI Cía de Seguros S.A., Segna Cía de Seguros, BUPA Ins. Company Dominicana.

En la Tabla 5, se muestra que los seguros de salud representan el 4% del total del mercado asegurador en el país en el 2009.

Tabla 5
Primas netas cobradas por el sector asegurador (en dólares)

	Total Primas Netas cobradas por sector asegurador	Primas Netas por Seguros Salud	Participación de los seguros de salud en el total de seguros
2006	477.767.988	32.660.158	7%
2007	542.740.957	30.327.233	6%
2008	603.226.032	25.096.254	4%
2009	642.674.122	28.266.491	4%

Fuente: Superintendencia de Seguros, Departamento de Análisis y Estadísticas.

NOTA: para la conversión a dólares, se convirtieron todas las cifras de pesos corrientes dominicanos con la tasa de cambio 36,09 de diciembre de 2009.

Los seguros de salud registran una tendencia decreciente, lo que puede ser causado por el crecimiento del sistema de salud dominicano, que busca cubrir a toda la población a través de los tres regímenes que lo componen.

4.1 Tratamiento del gasto farmacéutico⁶³⁰

En 2005, el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales para uso nacional incluyó 468 fármacos y 871 fórmulas terapéuticas. En República Dominicana existen aproximadamente 23.000 especialidades farmacéuticas legalmente registradas y 4.812 establecimientos farmacéuticos dedicados a la fabricación o comercialización de medicamentos, de los cuales 105 son laboratorios de producción de medicamentos, 1.305 distribuidoras, 3.300 farmacias ambulatorias privadas, 51 farmacias hospitalarias públicas y 417 boticas populares. La Autoridad Reguladora de Medicamentos vigila la aplicación de la Política Farmacéutica Nacional, aprobada en 2005, y existe un sistema de libre fijación de precios para los productos farmacéuticos con vigilancia estatal.

Existen cuatro almacenes públicos destinados al depósito y distribución de medicamentos, incluido el de PROMESE/CAL⁶³¹. No se tiene un inventario de los depósitos del sector privado y/o de organizaciones no gubernamentales. El sistema de compras de medicamentos del sector público es centralizado y se realiza mediante PROMESE/CAL.

- *Coberturas de medicamentos en el sistema público y de seguridad social en salud*

Como ya se mencionó, el gasto en medicamentos es el principal renglón del gasto en salud. El esquema de financiamiento de medicamentos es mixto. El Estado asigna presupuesto a la SESPAS y PROMESE/CAL para subvencionar los medicamentos dispensados en la red de establecimientos públicos. El Sistema Dominicano de Seguridad Social incluye la asistencia farmacéutica dentro de las prestaciones farmacéuticas a los afiliados en los diferentes regímenes: en el subsidiado, los pacientes reciben gratis los medicamentos, ya que el Estado los subsidia en el 100%; en el contributivo subsidiado, los pacientes pagan el 30% del precio del medicamento y el Estado el 70%, y en el contributivo, los pacientes pagan el 30% del precio del medicamento y el 70% el proveedor.

5. REFORMAS DE SALUD

A partir de la Ley 42-01 (Ley General de Salud) y la Ley 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social -SDSS) surgen nuevas instituciones y organismos de participación, sobre los cuales se sustenta el nuevo Sistema

⁶³⁰ La información de éste apartado proviene de: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2001.

⁶³¹ Es el Centro de Apoyo Logístico, cuyo objetivo es garantizar el suministro de medicamentos, material gastables y reactivos de laboratorio al Sistema Nacional de Salud.

Nacional de Salud. Entre estas instituciones se encuentran la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Seguro Nacional de Salud (SENASA), y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), las cuales iniciaron sus labores a partir del año 2002. Igualmente, como órganos colegiados, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), con una Gerencia de la Seguridad Social (GSS), y el Consejo Nacional de Salud (CNS).

Asimismo, el marco legal ordena la reestructuración de las instituciones existentes como requisito para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS), a fin de fortalecer sus funciones como entidad rectora del sistema, inicia el proceso de transición hacia la separación de funciones, la desconcentración y la descentralización. A este mandato obedece la transformación de sus expresiones centrales y territoriales: en el nivel central se evidencia un reordenamiento de las funciones de las principales subsecretarías (Atención a las Personas, Salud Colectiva y Técnica) y en los niveles territoriales se despliegan esfuerzos para dotar a las Direcciones Provinciales de Salud (representantes locales de la rectoría y la salud colectiva) y a las Direcciones Regionales de Salud (responsables de la organización y gestión de las redes de servicios de salud) de las capacidades y recursos que les permitan cumplir sus respectivos roles.

Por mandato legal el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) dejó de ser la institución responsable de la dirección, regulación y financiamiento de la Seguridad Social y se transformó en una entidad administradora de riesgos de salud y laborales y en proveedora de servicios de salud.

Con el surgimiento de las nuevas instituciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social también se produce una redefinición de las funciones del sistema y surge un esquema totalmente renovado incorporando nuevos actores y nuevas filosofías en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud.

Referencias bibliográficas

ADARS.ORG.DO, Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (www.adars.org.do).

ADARS, 2009. Sistema de aseguramiento en República Dominicana, Participación del sector privado. Presentación, ALAMI, mayo de 2009.

CEPAL, 2009. Anuario Estadístico.

CIA World Factbook.

MACEIRA, D., 2007. Actores y reformas en salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo.

MORALES, L, 2007. El Seguro Familiar de Salud en República Dominicana, Una reforma impostergable, Montaje de un esquema comprador proveedor de servicios para atender a los más pobres.

ONE.GOB.COM.DO, Oficina Nacional de Estadística de la República Dominicana (www.one.com.do).

PAHO, 2001. Salud en las Américas, República Dominicana.

RATHE, M., 2009. Protección financiera en salud en la República Dominicana, Versión preliminar.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD (www.superseguros.gob.do).

USAID y PAHO, 2007. Perfil de los sistemas de salud República Dominicana, Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera Edición.

17 URUGUAY

Acrónimos	
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
BROU	Banco de la República Oriental de Uruguay
FNR	Fondo Nacional de Recursos
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IAMPP	Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular
IMAE	Instituto de Medicina Altamente Especializada
INE	Instituto Nacional de Estadística
MINDEF	Ministerio de Defensa
MININT	Ministerio del Interior
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PIAS	Plan Integral de Atenciones de Salud
PPA	Paridad de Poder Adquisitivo
UDELAR	Universidad de la República

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Uruguay cuenta con una población de 3,3 millones de habitantes (2007, 52% mujeres y 48% hombres). El 94% de ésta vive en el área urbana, lo que refleja la urbanización más alta de la región.⁶³² En la actualidad la población crece al 0,28% anual (período 2005-2010), la cifra más baja observada en América Latina (promedio de 1,15)⁶³³. Uruguay presenta un perfil demográfico similar al de los países desarrollados y se encuentra en una etapa muy avanzada de la transición epidemiológica. El 13,3% de la población es mayor de 65 años (10,8% en

⁶³² INE (Instituto Nacional de Estadística).

⁶³³ CEPAL, 2009.

Argentina, 9,1 en Chile, 5,2% en Paraguay y 6,4% en Brasil) y la población menor de 15 años representa menos de una cuarta parte de la población (23%). Las principales causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (31,6%) y los diferentes tipos de cáncer (28,4%), mientras que las enfermedades infecciosas actualmente explican menos de 2% de las muertes. La tasa bruta de mortalidad ha mostrado una variación poco significativa en las últimas décadas; de acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística (INE), es del 9,3 % (2007). Asimismo, la tasa de mortalidad infantil se ubica en un 13,1 ‰ de los nacidos vivos (2005-2010), la más baja observada en la región.

- *Estadísticas de empleo*

La población económicamente activa (PEA) representa el 63,2 % (aproximadamente unos dos millones de personas) del total (2008). En Uruguay, la tasa de desempleo ha estado por debajo del 10% en los últimos años y en diciembre del año 2008 fue del 6,6% según información provista por el INE. La misma entidad informa que el 41,5% de la población ocupada tiene un empleo informal⁶³⁴. El salario promedio de la población económicamente activa es de 4 en múltiplos de la línea de pobreza per cápita vigente nacional (2007), similar a lo que se observa en Brasil (4) y Venezuela (4,1) y por debajo de algunos países como Chile (6,5) o Costa Rica (5,8)⁶³⁵.

- *Contexto económico*

En el año 2008, el PIB fue de 43,3 billones de dólares⁶³⁶ (ajustada por paridad de poder adquisitivo, PPA) con un crecimiento real anual medio del 8% durante los últimos años (2004-2008), y del 8,9% en 2008⁶³⁷. Uruguay ocupa el lugar 93 a nivel del mundo en términos del tamaño de su economía⁶³⁸. Su PIB per cápita (2008) es de US\$ 12.400 (PPA), puesto 89 a nivel mundial y por encima de lo que se observa en la mayoría de los demás países de la región⁶³⁹. La tasa de inflación fue del 7,9% en 2008⁶⁴⁰.

⁶³⁴ INE, Empleo Informal en el Uruguay, 2006. Se considera empleo informal el que no involucra el pago de aportes a la seguridad social.

⁶³⁵ WHOSIS, 2009.

⁶³⁶ CIA World Factbook.

⁶³⁷ BROU, 2009.

⁶³⁸ CIA World Factbook.

⁶³⁹ Ibid.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales⁶⁴¹

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Uruguay disponía en el año 2006 de un total de 29 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, disponibilidad inferior a la de Argentina (41 en el año 2000), ligeramente superior a la de Brasil y Chile (26 y 24, respectivamente, en el año 2004) y muy superior a la de Colombia y México y demás países de América Latina.

La principal red pública de servicios a nivel nacional es la de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), quien presta asistencia sanitaria en todos los niveles de atención y se ocupa principalmente de la población no asegurada y, más recientemente y en el contexto de la reforma de salud, también de la población afiliada a la seguridad social que escoge a ASSE como su asegurador. Teóricamente, toda la población tiene derecho a recibir atención por parte de ASSE, aunque solamente aquella que certifica condición de carencia de recursos puede acceder a ella de forma gratuita. La red de ASSE posee servicios en todo el país, contando en el año 2006 con las siguientes infraestructuras sanitarias⁶⁴²: 48 hospitales generales, 11 hospitales especializados, 170 policlínicas y 27 centros de salud.

A esta disponibilidad se debe añadir la de los establecimientos del sector privado. A pesar de que no existe información detallada sobre ésta, se sabe que cuenta con 48 hospitales privados, de los cuales, 25 no forman parte de la red de prestadores del sistema de seguridad social, y pertenecen al sector privado con ánimo de lucro, sujetos a una regulación del Ministerio de Salud Pública (MSP) y que es menos rigurosa que la que afecta a los demás actores del sistema de salud.

⁶⁴⁰ Ibid. Los valores para 2008 son estimados.

⁶⁴¹ Tomado de Atlas Salud Funsalud.

⁶⁴² GONZÁLEZ, T., OLESKER, D., OREGGIONI, I., SETARO, M. y PRADERE, G.

b) Recursos humanos⁶⁴³

Según el INE, en el año 2006 el total de médicos registrados en Uruguay era de 13.603, lo cual arroja una densidad de 40 médicos por cada 10 mil habitantes⁶⁴⁴, Además, el total de enfermeras era de 11,24 por cada 10 mil habitantes⁶⁴⁵.

c) Recursos financieros

El gasto en salud en el año 2006 representó el 8,2% del PIB⁶⁴⁶, cifra por encima del promedio latinoamericano (6,7%), pero por debajo de lo que dedican la mayoría de los países del Cono Sur a la prestación de servicios de salud.

En 2006 el gasto público en salud ascendió a \$ 1.210 millones de dólares (PPA) y representó el 43,5% del gasto total en salud. El 47% de este gasto público correspondía al sector de la seguridad social en salud⁶⁴⁷. En el mismo año, el gasto público per cápita en salud ascendió a \$ 833 dólares (PPA)⁶⁴⁸. Por otro lado, el gasto privado en salud representó más de la mitad del gasto total en salud (56,5%)⁶⁴⁹. Alrededor del 69% de este gasto privado, financia seguros privados voluntarios de salud y el resto son gastos de bolsillo que se efectúan en el momento de acceder la red de servicios de salud⁶⁵⁰. Lo anterior muestra una participación relativamente baja del gasto público en salud respecto al total del gasto en comparación al promedio regional y, a la vez, una canalización importante de los gastos privados hacia seguros privados voluntarios.

⁶⁴³ Tomado de Atlas Salud Funsalud.

⁶⁴⁴ Recursos Humanos en Salud en Colombia. Balances, competencias y Prospectiva. Tercera Edición 2009. Ministerio de la Protección Social-Cendex.

⁶⁴⁵ Ministerio y OPS indicadores básicos.

⁶⁴⁶ Ministerio de Salud Pública, Cuentas Nacionales de Salud 2004.

⁶⁴⁷ Datos WHOSIS, 2009.

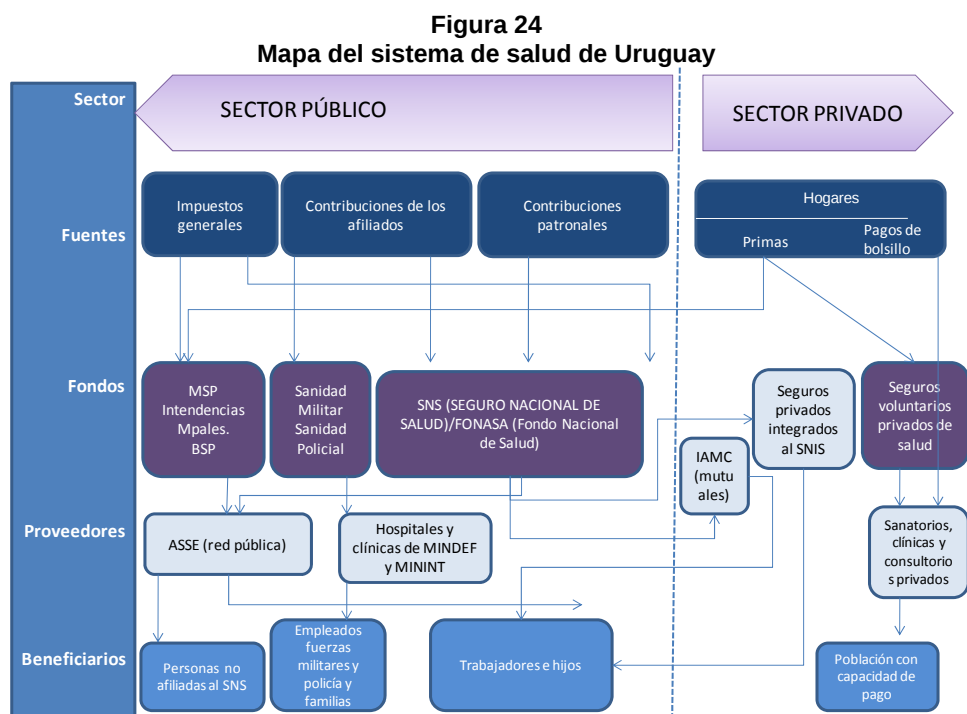
⁶⁴⁸ Ibid.

⁶⁴⁹ Ibid.

⁶⁵⁰ Ibid.

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud



Fuente: Los autores con base una versión anterior elaborada por Becerril y otros (Becerril y Soto, 2009).

2.2 Un poco de historia⁶⁵¹

Según el Atlas de la Salud elaborado por la Fundación Mexicana para la Salud, Funsalud⁶⁵² se pueden identificar los siguientes diez hitos en la historia del sistema uruguayo de salud:

1931: Creación del CASMU, institución organizada por médicos.

1934: Ley Orgánica de Salud Pública y creación del Ministerio de Salud Pública.

⁶⁵¹ Tomado de Montekio *et al.*, 2009.

⁶⁵² BECERRIL, M. V. y SOTO, I., 2009.

- 1957: Creación del primer seguro parcial en el Hospital Británico.
- 1979: Creación del Fondo Nacional de Recursos (para gastos catastróficos).
- 1987: Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- 1997: Creación del Registro Único de Cobertura Formal (RUCAF) para registrar a los afiliados asociados a los distintos esquemas públicos de seguro.
- 2004: Actualización del Código Nacional sobre enfermedades y Eventos Sanitarios de "Notificación Obligatoria".
- 2005: Creación del Seguro Nacional de Salud.
- 2006: Ley de descentralización de la ASSE como organismo autónomo.
- 2007: Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación básica más importante vigente en el sistema de salud uruguayo.

Tabla 1
Legislación básica de Uruguay

Norma	Año	Objeto
Ley orgánica de salud pública 9202	1934	Ley madre de salud modificada y complementada por diversas leyes posteriores y sus respectivas reglamentaciones.
Ley 14897	1979	Crea los Institutos de Medicina Altamente Especializadas (IMAE), que realizan procedimientos de alta complejidad y costo. Los IMAE pueden ser privados o públicos, predominando los primero.
Ley 15181	1981	Legislación básica vigente de las IAMC. Regula funcionamiento y prestaciones a realizar de las IAMC (entidades mutualistas del sistema de seguridad social en salud).
Decreto 578	1980	Da origen a los seguros parciales que son seguros de prepago que brindan atención frente a diferentes necesidades (Emergencias, Cirugía, etc.).
Decreto 455	2001	Marco Regulatorio de las IAMC.
Ley 18131	2007	Ley de creación del FONASA y aspectos de reglamentación ASSE.
Ley 18161	2007	Ley de descentralización de ASSE.

Tabla 1 (2)
Legislación básica de Uruguay

Norma	Año	Objeto
Ley 18211	2007	Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud - SNIS.
Decreto 465	2008	Se aprueba el Programa Integral de Atención a la Salud (PIAS) definido por el Ministerio de Salud Pública, incluyendo los Programas Integrales de Salud y el catálogo de prestaciones que deberán brindar a todos sus usuarios los prestadores públicos y privados que integran el SNIS.

Fuente: Los autores en base a Magnífico y Rodríguez, 2002.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

La Figura 24 presenta el mapa general del sistema de salud de Uruguay. Según el cual, el sistema de salud de este país puede dividirse en cuatro sectores:

- i) El Seguro Nacional de Salud (SNS), financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), siendo sus recursos los aportes obligatorios (personales y patronales) de trabajadores y empleadores, tanto del sector público como del privado, los aportes de pasivos, el aporte de los Seguros Integrales y otros que pudieran corresponder. Los recursos recaudados por el FONASA son administrados por el Banco de Previsión Social (BPS) que es la entidad que efectúa el pago a las entidades prestadoras. El afiliado al SNS puede escoger entre las siguientes tres opciones para la prestación de los servicios de salud a los que tiene derecho: a) El sistema público a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado, ASSE; b) Las entidades mutuales correspondientes a las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC), que pertenecen al sector privado y que son prestadores y aseguradores a la vez; y c) los Seguros Integrales Privados (SIP) integrados al SNS. El trabajador tiene libertad de elección entre las anteriores tres opciones y, a la vez, independientemente de su elección y nivel de ingreso, tiene derecho a un plan integral de prestaciones (PIAS) de salud definido por el Estado. El FONASA abona una cuota uniforme al prestador elegido por el afiliado (IAMC, ASSE o Seguro Integral Privado). Esta cuota de salud (antes llamada cuota mutual), se define en función de la edad y sexo de los de los beneficiarios con el fin de evitar la selección de riesgo. En el año 2009, por ejemplo, la cuota de salud o cuota mutual media era aproximadamente de 34 dólares mensuales⁶⁵³.

⁶⁵³ Valor de la Cuota Mutual actual \$ 782 (vigencia 1/2009). Fuente: MSP.

La anterior descripción indica que si bien el seguro nacional es financiado mediante recursos que pueden ser considerados públicos (son tributos obligatorios), la prestación y el aseguramiento están a cargo de una mezcla de actores privados y públicos, y que, además, el sistema uruguayo le concede una libertad de elección importante al trabajador.

Con las reformas recientes, el sistema extendió la cobertura médica de los trabajadores a sus hijos, siempre y cuando fueran menores de 18 años, o mayores con discapacidad, propios o del cónyuge o concubino cuando no estén amparados por sus padres biológicos o adoptivos. Se prevé que en etapas posteriores se incorporen progresivamente los cónyuges o concubinos⁶⁵⁴. Para reunir la condición de usuario del Seguro Nacional de Salud, beneficiario de la cobertura mutual propia y la de sus hijos a cargo, el trabajador debe cumplir un mínimo de 13 jornales o 104 horas mensuales o percibir una retribución mayor o igual a 1.944 pesos uruguayos o 125 dólares mensuales (2009)⁶⁵⁵ manteniéndose la potestad del empleador de incorporarlo asumiendo, en su caso, la financiación complementaria (pago del complemento de cuota mutual).

- ii) El sistema público que afilia a las personas que no clasifican en el SNS y que presta los servicios de salud a través de su red de prestadores públicos (ASSE). No existe libertad de elección del prestador para este grupo poblacional que no hace aportes al sistema mediante cotizaciones.
- iii) Los regímenes de excepción de las fuerzas militares y la policía que cobijan a los empleados de estos dos sectores y, finalmente,
- iv) El sistema privado de salud, que incluye los seguros privados voluntarios y, a la red privada de servicios sanitarios, ambos financiados con gastos de bolsillo.

Los sectores i) y ii) constituyen el así llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) cuyo común denominador es la provisión de un paquete uniforme de prestaciones integrales de salud, el PIAS. Se espera además que en el futuro toda la población se incorpore gradualmente a este seguro público y que tenga la posibilidad de elegir libremente entre las diferentes opciones de aseguramiento y prestación que se ofrecen al interior del SNIS.

⁶⁵⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2009.

⁶⁵⁵ El valor es fijado en BPCs. BPC=Base de Prestaciones y Contribuciones, en 2009, 1 BPC equivale a \$1.944 uruguayos mensuales, equivalente a aproximadamente 86 dólares con una tasa de cambio de 23 pesos/dólar americano. En el año 2009, la retribución mínima era de 1,25 BPCs.

- *Distribución de la cobertura*

Según se desprende de la Tabla 2, Uruguay ha logrado la cobertura universal de aseguramiento con lo que pertenece a un grupo muy pequeño de países en desarrollo que han alcanzado dicha meta. El 93% de la población ya está integrada al SNIS y el 59% de la población está incorporada en el seguro nacional de salud (trabajadores aportantes y sus hijos), una tercera parte se encuentra adscrita al sistema público para personas no aportantes, mientras que un 8% está afiliado al sistema especial para empleados de las fuerzas militares y policiales⁶⁵⁶.

Tabla 2
Cobertura del sistema de seguridad social de Uruguay, 2008

	Dic-07		Dic-08	
1. SNIS	2.869.634	86%	3.085.241	93%
1.1 SNS/FONASA	1.586.754	48%	1.977.634	59%
1.1.1 SNS-IAMC	1.491.874	45%	1.806.750	54%
1.1.2 SNS-ASSE	25713	1%	96095	3%
1.1.3 SNS-Seguros privados integrales integrados al SNIS ^{1/}	69.167	2%	74.789	2%
1.2 Sistema público para no asegurados (ASSE)	1.282.880	39%	1.107.607	33%
1.3 Sanidad militar y policial	250.000	8%	250.000	8%
1.4 No asegurados	204.272	6%	(11.334)	0%
Total población	3.323.906	100%	3.323.907	100%

Fuente: Ministerio de Salud Pública y División de Economía de Salud, 2009, ALAMI, 2009b.

Nota: Algunos beneficiarios del SNS/FONASA pueden tener, además, seguros privados voluntarios. Éstos no se incluyen aquí para evitar dobles conteos en la cobertura.

1/ Agosto de 2009 se encontraban habilitados por el MSP: Summum, MP, Seguro Americano, Blue Cross and Blue Shield, Hospital Británico, Copamhi, Ipam y Premédica.

- *Financiación*

No existen cifras consolidadas sobre la financiación de los cuatro subsectores del sistema uruguayo de salud descritos en la sección anterior. Ello en gran parte es debido a que la reforma en marcha ha cambiado los mecanismos de financiación.

A continuación se presentan algunas cifras disponibles que dan una idea de las fuentes de financiamiento y de los montos de financiación.

⁶⁵⁶ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y DIVISIÓN DE ECONOMÍA DE SALUD, 2009.

a) Fuentes de financiamiento

El SNS se financia principalmente con los aportes obrero-patronales. Los trabajadores privados y públicos afiliados al SNS aportan al FONASA (el fondo que recauda las cotizaciones de los trabajadores), de manera obligatoria, un porcentaje de sus ingresos con un mínimo no imponible, y a partir de dicho valor, tasas progresivas, es decir crecientes según el nivel de los ingresos y el tamaño de la familia. Se añaden a la aportación básica del trabajador (3% de los ingresos), tasas diferenciales en función de la situación familiar del trabajador y de su remuneración; los empleadores abonan el 5% sobre las remuneraciones⁶⁵⁷. Una parte pequeña adicional es aportada mediante recursos fiscales del Estado. La siguiente tabla muestra la composición del financiamiento del SNS donde se observa que cerca del 90% de los recursos son aportados por partes iguales por los trabajadores y los empleadores y cerca de un 10% proviene de otras fuentes.

Tabla 3
Composición de financiamiento del SNS, 2008 (en millones de pesos)

Fuente	2008	%
Empleador	6.532	46,2
Empleado	6.115	43,3
Jubilados	486	3,4
Rentas Generales	1.002	7,1
Total	14.134	100

Fuente: Bergolo *et al.*, 2009.

*Sistema público/ASSE*⁶⁵⁸: La fuente principal de recursos proviene de impuestos generales recaudados por el Estado.

Los regímenes de excepción de las fuerzas militares y de la policía se financian con impuestos generales y, con cargo al presupuesto de la nación.

b) Montos y composición por tipo de fuente de financiamiento y por sector

No existen cifras actualizadas sobre la financiación del sector de salud uruguayo por tipo de fuente. Sin embargo, el estudio de las cuentas nacionales de salud más reciente indica que en 2004, del total de los recursos dedicados a salud, el 22% provenía de impuestos generales, el 25,4% de aportes de la seguridad social, el 49,6% de los hogares y el 3,1% de otras fuentes de financiamiento. El financiamiento privado proveniente de los hogares se destinaba en un 40% al

⁶⁵⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2009.

⁶⁵⁸ Incluye también los recursos integrados de las cuotas de salud que proviene de los aportantes del SNS que escogen el ASSA como prestador.

pago de cuotas de prepago a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (aseguradores sin fines de lucro integrados al sistema de seguridad social). El 36% del gasto en salud de los hogares -18% del gasto en salud del país-, constituye "gasto de bolsillo" en medicamentos, consultas privadas y clínicas, entre otros. El 24% restante corresponde a prepagos voluntarios en entidades privadas.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Tipología de empresas o instituciones de salud privadas y productos que ofrecen⁶⁵⁹

El sector privado del sistema uruguayo de salud está compuesto por las siguientes entidades:

1. Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC)
2. Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP)
3. Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)

A continuación se describen brevemente cada uno de estos cuatro tipos de entidades privadas del sistema de salud de Uruguay.

1. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva -IAMC

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) son el principal componente del subsector privado. Surgidas a partir de las "sociedades de socorros mutuos" instrumentadas en el siglo XIX por los grupos de inmigrantes llegados al país como forma de protección social ante un medio totalmente ajeno para ellos, en la actualidad su función principal es la asistencia médica, dando cobertura a casi el 50% de la población del país. Las IAMC brindan atención integral mediante asociaciones asistenciales y a través de cooperativas de profesionales y no tienen fines de lucro. Estas instituciones son financiadas en gran parte por los aportes a la seguridad social. Se trata de entidades prepagas de servicios de salud que otorgan una cobertura integral con algunas limitaciones como, por ejemplo, en alta tecnología y atención odontológica, y que actúan como entidad aseguradora y prestadora de servicios a la vez. Vale decir que existe en ellas una integración vertical de estas dos actividades aunque se evidencia una enorme variabilidad en cuanto a las prestaciones que se realizan a través de servicios propios o contratados a terceras instituciones.

⁶⁵⁹ Basado en: ¿Cómo funciona el sistema de salud en Uruguay? El portal sobre la salud privada en Argentina. (<http://www.medprepaga.com.ar/>).

Estas entidades, cualquiera que sea la modalidad legal adoptada (asociaciones asistenciales o mutuales, cooperativas de profesionales o servicios de asistencia), no tienen ánimo de lucro y sus actividades están fuertemente reguladas⁶⁶⁰. Cabe señalar que en un principio las IAMC funcionaban como una empresa de seguros, esto es, los socios pagaban una cuota y cuando necesitaban atención iban a su médico de confianza, les atendía y luego éste cobraba sus honorarios a la institución. Posteriormente las IAMC pasaron a brindar sus servicios en instalaciones propias e integraron a aquellos médicos. A partir de ese momento, los socios pagaban una cuota y si necesitaban atención iban al local donde funcionaba la IAMC y eran atendidos por el médico, ahora empleado de la IAMC⁶⁶¹.

2. Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular -IAMPP

Una parte menor de la demanda privada de cuidados de salud lo cubren las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP). Estas instituciones ofrecen una cobertura parcial o total, a cambio de un prepago, y son, a diferencia de las IAMC, poco reguladas por el Estado. Un elemento a considerar es que las IAMPP han sido para la población un servicio complementario a la canasta de prestaciones que se ofrece dentro del sistema de seguridad social. Las IAMPP pueden clasificarse según el tipo de cobertura que ofrecen en:

- a. Seguros de cobertura total (médica y quirúrgica)
- b. Seguros de cobertura parcial: médicos, quirúrgicos y servicios de diagnóstico
- c. Emergencia móvil

Los anteriores tres tipos de IAMPP son descritos brevemente a continuación:

a) Seguros Integrales Privados (SIP)

Son empresas que están integradas al SNS y que tienen que ofrecer, por lo tanto, como mínimo el mismo plan ofrecido por las IAMC, pero, a cambio del pago de una prima que es mayor a la que cobran estas instituciones. Se entiende que la población cubierta por estas IAMPP proviene de los estratos socioeconómicos más altos, que buscan una atención más personalizada, y con un nivel de comodidades superiores a las ofrecidas en las IAMC. Los SIP concentran alrededor de un 2% de todos los afiliados del SNS como se desprende de la Tabla 3.

⁶⁶⁰ Basado en GONZÁLEZ, OLESKER, OREGGIONI, SETARO y PRADERE.

⁶⁶¹ BUGLIOLI, M.; GRAU, C.; LAZAROV, L. y MIERES, G. Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: impacto de la regulación. Gac Sanit [online]. 2002, vol.16, n.1 [citado 2009-12-07], pp. 63-69. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.

b) Seguros de cobertura parcial

Estos seguros se concentran en brindar cobertura para servicios de baja complejidad y menor al PIAS, que es al paquete ofrecido en el sistema de seguridad social. La población accede a este servicio a cambio de un pre-pago menor al necesario para afiliarse a una IAMC. Los afiliados a este tipo de instituciones buscan resolver situaciones de escasa complejidad de forma rápida – en comparación a si fueran atendidas en el sector público-, evitando así la necesidad de estar afiliados a una IAMC. En el caso de ser necesario algún tipo de tratamiento de mayor costo en general esta población se dirige al sector público.

c) Emergencia móvil

Estas empresas surgieron en la capital de Uruguay (Montevideo) con el fin de cubrir servicios especializados de atención de emergencia. Así, la rápida presencia de un equipo médico en ambulancia acondicionada para aplicar eficientes técnicas de reanimación, estabilización y traslado ante la emergencia, logró una importante extensión de esta modalidad de servicio. A partir de la década del noventa las principales emergencias móviles de Montevideo y del interior del país han ampliado sus actividades, cubriendo gran parte de los servicios de policlínica y atención domiciliaria no de emergencia, y técnicas de diagnóstico menos especializadas. Inicialmente utilizaban estos servicios personas de capacidad económica media y como "complementario" al de una IAMC u otra institución privada. Con la ampliación de servicios a policlínica y domicilio que distorsionan el verdadero sentido de la emergencia y asumen funciones que realizan los servicios públicos y las IAMC, hay una verdadera superposición de tareas, pero con el inconveniente de que no se da continuidad de atención y por tanto es de baja resolutiveidad. Como su cuota mensual es menor que la de una IAMC, y no se cobran copagos, se ha ampliado el tipo de usuarios a población sin cobertura formal o usuaria de ASSE, en general de bajos recursos.

3. Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular -IMAE⁶⁶²

Los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), son prestadores privados o públicos que realizan actividades de alta complejidad que requieren una importante concentración de recursos humanos y materiales por paciente. Se ofrece desde cirugía cardíaca, estudios hemodinámicas, diálisis crónica, trasplantes renales y hasta prótesis de cadera y rodilla. Estas instituciones, que en

⁶⁶² Basado en GONZÁLEZ, OLESKER, OREGGIONI, SETARO y PRADERE.

el caso del sector privado son muchas veces propiedad de las propias IAMC, son contratadas por el Fondo Nacional de Recursos (FNR). El Fondo es una entidad pública que brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada a toda la población del Uruguay.

3.2 Mercado de la salud privada: principales cifras

- *Beneficiarios y contratos de las IAMC y empresas de medicina prepaga*⁶⁶³

En el sector privado se ubican las IAMC (instituciones sin ánimo de lucro), con 47 instituciones prestadoras de servicios de salud integrales de prepago, 12 de las cuales tienen su sede principal en Montevideo y las restantes en el interior del país (2008). El Ministerio de Salud Pública (MSP) determina sus prestaciones obligatorias (PIAS), controla, supervisa la asistencia, su economía y finanzas. La mayoría de estas organizaciones cuentan con servicios de internación propios y sus beneficiarios ascienden a 1.806.750 personas (2008). Cada una de las IAMC tiene entre 3.000 y 240.000 afiliados. Los siete Seguros Privados son empresas privadas (con fines de lucro), que brindan prestaciones asistenciales integrales en régimen de prepago a unas 74.789 personas.

Tabla 4
Cifras básicas de las IMAC de Uruguay, 2007

Indicador	
Número de entidades	Número
Empresas prepagas en país	47
Empresas prepagas en cámaras	40
Cifras financieras	Dólares americanos
Ingresos totales industria año	853.850.492
Gasto total en salud prepago	741.785.605
Gastos en otros beneficios 1/	5.305.111
Gasto en administración y ventas	98.903.102,46
Margen de utilidad /ingresos totales	0,90%
Impuesto	2.122.075
Utilidad de la industria después de impuesto	5.734.598
Aporte o prima per cápita año	548
Gasto en salud /per cápita/año	476
Reajuste promedio a las primas en 12 meses 2007/2008	4,38%

Fuente: ALAMI, 2009a y CEMEPUR, 2009.

⁶⁶³ Tomado de PAHO, 2009.

- *Ingresos / Gastos*

Según información provista por la Asociación Latinoamericana de Sistema Privados de Salud, ALAMI, el total de los ingresos de la industria fue de 853 millones de dólares en el año 2007 (véase Tabla 4). Además, el gasto total en salud fue de 742 millones de dólares, el gasto en administración y ventas fue de 98,9 millones de dólares y el gasto en otros beneficios fue de 5,3 millones.

- *Primas, ratio de siniestralidad, ratio combinado, resultado*
Datos no disponibles.

3.3 Tratamiento del gasto farmacéutico

Con respecto al valor del mercado farmacéutico uruguayo, éste superó los 279 millones de dólares en 2004. El 68% del mismo fue abastecido por producción local y el otro 32% mediante importaciones. Cabe destacar que la participación de las importaciones en la oferta de productos farmacéuticos en el año 1995 era del 22%, y luego se inicia una tendencia creciente hasta el 2001 donde llega a su valor máximo (44%)⁶⁶⁴.

Dentro de la actual reforma de salud se comenzó a implementar el Plan Integral de Prestaciones de Salud (PIAS), que garantiza un conjunto de servicios para toda la población y que incluye un listado taxativo de prestaciones obligatorias para los prestadores del SNIS. Éste contiene a su vez un Formulario Terapéutico de Medicamentos y Vacunas que define los medicamentos que tienen que ser cubiertos por el SNIS⁶⁶⁵.

3.4 Papel del micro-seguro

No se pudo obtener acerca del papel del micro-seguro en el ámbito de salud en Uruguay. Al respecto cabe señalar que el portal internacional sobre micro-seguros (www.microseguros.info) no registra ningún documento sobre este tipo de entidades en Uruguay.

⁶⁶⁴ Proyecto Fomento a la Actividad Empresarial Uruguay: apoyo al sector de pequeñas y medianas empresas para facilitar el acceso a los mercados de exportación. Informe sobre el sector farmacéutico en el Uruguay. Elaborado por Paula Correa y José Trujillo, 2005.

⁶⁶⁵ El listado completo puede ser consultado en la siguiente página web del Ministerio de Salud de Uruguay: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?1522,13702

4. REFORMA DE SALUD

La reforma en marcha plantea una ampliación de las obligaciones del Estado y la creación de un sistema integrado de salud (SNIS, Sistema Nacional Integrado de Salud) que cubra a toda la población, se financia con impuestos generales y aportes de los trabajadores, que articulará a los prestadores públicos y privados de salud y que ofrecerá los mismos beneficios para todos independientemente de su capacidad de pago.

El sistema está actualmente en proceso de transición y aunque la meta final es la integración de toda la población al nuevo sistema, hasta la fecha se han incorporado los trabajadores del sector privado, los trabajadores públicos y los hijos menores de 18 años. El ingreso de los cónyuges de los trabajadores está previsto para el período 2010-2013⁶⁶⁶. En términos de la integración de los prestadores públicos (principalmente ASSE) y privados (principalmente IAMC) desde el 1 de julio de 2009, los afiliados a la seguridad social pueden elegir entre las IAMC y la ASSE. Según se desprende la página del MSP, la propuesta del ASSE va destinada principalmente a personas mayores que no son aceptadas en una mutualista por su edad o patología, o que optan por ASSE, dado que les resulta menos costoso en el momento de la atención (órdenes, estudios, etcétera). Cabe destacar que antes de la reforma (2005) el sector público gastaba 100 y el sector privado mutualista alrededor de 900 pesos por afiliado/mes. Hoy las cifras están más compensadas: 800 a 900, debido al mejoramiento de la infraestructura física, a la incorporación tecnológica, y a la mejora de los salarios médicos y del personal sanitario del sector público. En septiembre de 2009, 80 mil personas han optado por los Servicios de Salud del Estado, en vez de haber elegido una institución de asistencia médica colectiva (IAMC).

Referencias bibliográficas

ALAMI, 2009^a. Radiografía de la Salud Privada 2007.

www.alami.org/.../Estudio%20cifras%20basicas%202007%20febrero2009.xls

ALAMI, 2009b. Sistema de aseguramiento en Uruguay. Participación del sector privado. Bogotá.

BECERRIL, M. V. y SOTO, I., 2009. Mapa del Sistema de Salud de Uruguay. México D.F, Funsalud.

⁶⁶⁶ BERGOLO, M., PRADERE, G., OLESKER, D., OREGGIONI, I., ALONSO, M., GALLAND, O., GASTAMBIDE, L., PAVLOFF, A. y UBILLA, F., 2009.

BERGOLO, M., PRADERE, G., OLESKER, D., OREGGIONI, I., ALONSO, M., GALLAND, O., GASTAMBIDE, L., PAVLOFF, A. y UBILLA, F., 2009. Financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud.

CEMEPUR, 2009. Sistema de Aseguramiento en Uruguay. Participación del sector privado. Sistemas de Aseguramiento Privado. Bogotá.

CEPAL, 2009. Panorama Económico y Social de América Latina. Anexo Estadístico. Santiago de Chile.

GONZÁLEZ, T., OLESKER, D., OREGGIONI, I., SETARO, M. y PRADERE, G. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Montevideo, Ministerio de Salud Pública.

MAGNÍFICO, G. y RODRÍGUEZ, C. N. N., 2002. Planificación de la red asistencial de ASSE. Montevideo, MSP-ASSE.
<http://inde1.inde.edu.uy/posgrado/cursos/curso1/cerrado/Saluy.htm>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2009. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Resumen general y principales cambios en el régimen de aportación. Montevideo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y DIVISIÓN DE ECONOMÍA DE SALUD, 2009. Evolución de usuarios del sistema nacional integrado de salud a diciembre de 2008. Informe elaborado para la Junta Nacional de Salud, 17 de abril de 2009 Montevideo.

PAHO, 2009. Perfil de sistemas de salud de la República Oriental de Uruguay. Washington D.C,

18

VENEZUELA

Acrónimos	
OSC	Organizaciones de Sociedad Civil
MSDS	Ministerio de Salud y Desarrollo Social
IVSS	Instituto Venezolano de Seguridad Social
IPASME	Instituto de Previsión Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
IPSFA	Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas
SPNS	Sistema Público Nacional de Salud

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

1.1 Aspectos socio-demográficos

- *Datos poblacionales*

Venezuela cuenta con una población de 26,8 millones de habitantes (2009)⁶⁶⁷. La proporción de mujeres es de 50,1%. Venezuela es un país con población predominantemente joven. Aproximadamente el 30,5% de su población tiene menos de 15 años de edad y el 5,2% tiene 65 años o más⁶⁶⁸. Tiene un ritmo moderado de crecimiento de aproximadamente el 1,5% y una baja densidad poblacional. Actualmente se estima que el 87% de la población vive en zonas urbanas y sólo el 2% de la población es indígena⁶⁶⁹. El desarrollo demográfico reciente de Venezuela se ha dado por tres fenómenos importantes, la disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad general y el incremento de la esperanza de vida:

- La fecundidad se ha reducido de 2,8 hijos por mujer en edad reproductiva en el año 2000 a 2,6 en 2006⁶⁷⁰.

⁶⁶⁷ WHO, 2009.

⁶⁶⁸ Ibid.

⁶⁶⁹ Bonvecchio y Montekio, 2008.

⁶⁷⁰ WHO, 2009.

- La tasa de mortalidad general ha disminuido de 16,3 en 1940 a 4,4 en 2005; aunque en 2009 aumentó hasta 5,12 por cada 1.000 habitantes⁶⁷¹.
- La esperanza de vida se ha incrementado considerablemente desde mediados del siglo pasado, cuando era de apenas 48 años, llegando a 74 años en 2009, 71 para los hombres y 77 para las mujeres⁶⁷².

- *Estadísticas de empleo*

Venezuela cuenta con una población económicamente activa de aproximadamente 12,59 millones de personas⁶⁷³. De esta población el 59,1% trabaja en el sector formal, una proporción de la población que ha disminuido del 66,6% en el año 1990⁶⁷⁴. En Venezuela la tasa de desempleo es del 4,1%⁶⁷⁵. El salario mínimo en Venezuela es de US\$ 223 por mes. El salario medio en Venezuela en 2007 fue de US\$ 718 por mes⁶⁷⁶.

- *Contexto económico*

El PIB en Venezuela para el año 2008 fue de US\$ 353 mil millones (PPP)⁶⁷⁷ con un crecimiento real anual de -1,5% entre 2007 y 2008⁶⁷⁸. El PIB per cápita en Venezuela es de US\$ 13.500 (PPP), puesto 84 a nivel mundial en 2008⁶⁷⁹. La tasa de inflación en 2008 se estimó en 30,4%⁶⁸⁰.

⁶⁷¹ Ibid.

⁶⁷² Bonvecchio y Montekio, 2008.

⁶⁷³ WHO, 2009.

⁶⁷⁴ CEPAL, 2008.

⁶⁷⁵ Ibid.

⁶⁷⁶ Ibid.

⁶⁷⁷ CIA, 2009.

⁶⁷⁸ Ibid.

⁶⁷⁹ Ibid.

⁶⁸⁰ Ibid.

- *Estadísticas sanitarias*

a) Recursos estructurales

Se estima que Venezuela cuenta con 4.804 establecimientos ambulatorios para atención primaria públicos. De éstos, el 96% corresponden al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y el resto al IVSS, a organizaciones de la sociedad civil e instituciones privadas. La red ambulatoria de 4.605 establecimientos del MSDS está compuesta por 890 establecimientos ambulatorios urbanos y 3.715 establecimientos rurales, incluidos los consultorios de Barrio Adentro. De los 296 hospitales públicos de segundo y tercer nivel que existen en Venezuela, 214 dependen del MSDS, 33 del IVSS y 13 del IPSFA. De los 214 hospitales con los que cuenta el MSDS, 181 son generales y 33 de especialidad. Se estima que el sector privado cuenta con 344 hospitales, de los cuales 315 son instituciones lucrativas y 29 sin ánimo de lucro⁶⁸¹.

En 2002 el Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud propuso que todos los establecimientos prestadores de servicios de salud y programas del SPNS se organizaran bajo redes de salud. A través de estas redes se propuso que los establecimientos existentes del MSDS, IVSS, IPASME, IPSFA y centros de salud adscritos a los estados y las alcaldías se adaptaran a las necesidades de la población y al espacio geográfico. Este nuevo modelo sitúa la atención primaria de salud en la red de consultorios populares de Barrio Adentro como eje central e integrador de la atención de salud de la población⁶⁸². En julio de 2006, Barrio Adentro contaba con una red ambulatoria de 1.612 consultorios populares (más 4.618 en construcción), 139 Centros de Diagnóstico Integral, 151 Salas de Rehabilitación Integración, 10 Centros de Alta Tecnología y diez Clínicas Populares⁶⁸³.

En 2003, el sector salud en Venezuela contaba con una tasa de nueve camas por cada 10.000 habitantes⁶⁸⁴. Para la población derechohabiente del MSDS la tasa de camas por cada 10.000 habitantes era de 2,2, mientras que para la población beneficiaria del IVSS era de 0,89, demostrando grandes niveles de desigualdad. Más del 50% de las camas censables del sector público se localizaban en el Distrito Capital y en los estados más desarrollados⁶⁸⁵.

⁶⁸¹ Bonvecchio y Montekio, 2008.

⁶⁸² Asamblea Nacional de la Republica Bolivariana de Venezuela, 2002.

⁶⁸³ WHO, 2009.

⁶⁸⁴ Ibid.

⁶⁸⁵ Bonvecchio y Montekio, 2008.

b) Recursos humanos

Los datos disponibles hasta 2003 señalan la existencia de 19 médicos, cinco odontólogos y 11 enfermeras por cada 10.000 habitantes. El número de médicos per cápita en Venezuela se encuentra ligeramente por encima del promedio de países latinoamericanos, cercano al de países como México (20) o República Dominicana (19). El número de enfermeras y odontólogos per cápita en Venezuela se encuentra por debajo al promedio de la región con el número de enfermeras por cada 10.000 habitantes, cercano al de países como Nicaragua (11) y Honduras (13)⁶⁸⁶. En 1997, el 46,8% de los médicos registrados en la Federación Médica Venezolana trabajaba media jornada o a tiempo completo en el sector público, principalmente el MSDS y el IVSS. El 17% de los odontólogos trabajaba a tiempo completo o parcial en el MSDS o en el IVSS. El 50,5% de los médicos eran especialistas y el 49,5% restante eran médicos generales. Recientemente, Barrio Adentro incorporó a 15.356 médicos más en la red ambulatoria del país, aunque sólo 1.234 de éstos son venezolanos, el resto son cooperantes cubanos⁶⁸⁷.

c) Recursos financieros

Según la Organización Mundial de la Salud, el gasto total en salud como porcentaje del PIB en Venezuela bajó del 6,2% en 1999 al 5,1% en 2006, por debajo del promedio de América Latina, que es del 6,7%⁶⁸⁸. El gasto en salud del gobierno como porcentaje del gasto total en salud también ha disminuido del 51,8% en 1999 al 49,5% en 2006. El gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto total en salud en 2006 era equivalente al 9,9%. En cambio, el gasto privado, que incluye los seguros privados y el gasto directo de bolsillo, ha ido en aumento y pasó del 48,2% del gasto total en salud en 1999 al 50,5% en 2006⁶⁸⁹.

En 2006, el gasto per cápita en salud fue de US\$ 396 (PPA), mientras que el gasto público per cápita fue de sólo US\$ 196 (PPA). El gasto per cápita en salud en Venezuela es menor al promedio en América Latina, cercano al de Paraguay (\$342) y al de El Salvador (\$387) y por debajo al de República Dominicana (\$449), México (\$756) y Panamá (\$721). El gasto en salud en Venezuela es predominantemente privado. En 2006 la OMS reporta que el gasto público en

⁶⁸⁶ Ibid.

⁶⁸⁷ Ibid.

⁶⁸⁸ WHO, 2009.

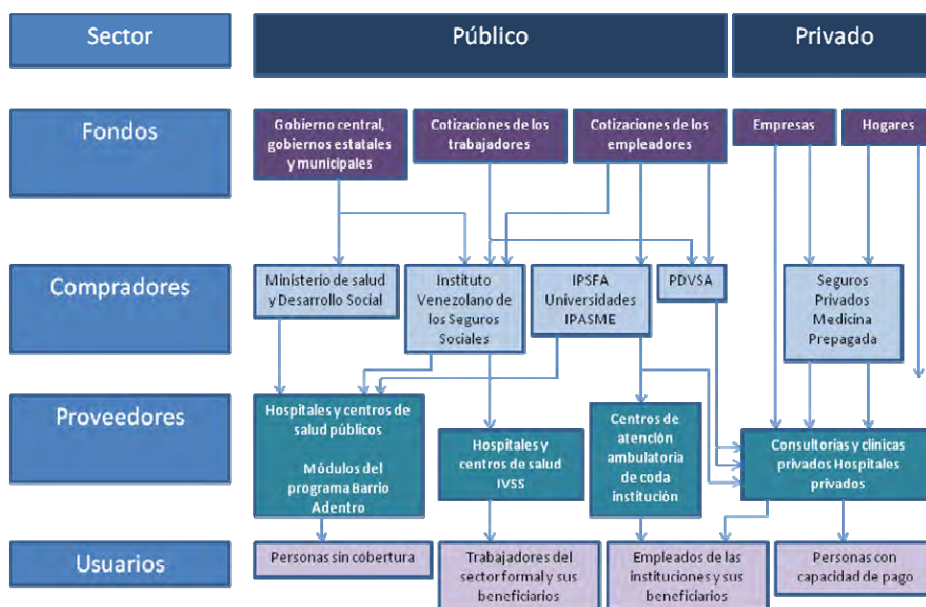
⁶⁸⁹ Ibid.

salud como porcentaje del gasto total en salud fue del 49,5%, mientras que el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud, del 50,5%⁶⁹⁰.

2. SISTEMA DE SALUD

2.1 Mapa del sistema de salud

Figura 25
Mapa del sistema de salud de Venezuela



Fuente: adaptado de Montekio *et al.*⁶⁹¹

Como se desprende de la Figura 25, el sistema de salud venezolano está formado por un sector público y uno privado. El sector público incluye instituciones de la administración central como descentralizadas: el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y el Instituto de Previsión Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME). El sector privado está constituido tanto por quienes prestan servicios a cambio de

⁶⁹⁰ Ibid.

⁶⁹¹ Bonvecchio y Montekio, 2008.

pago directo como por compañías de seguros de salud que se mencionan más adelante. Cada subsistema ofrece atención en consultorios y hospitales con servicios que van desde lo más básico hasta la atención de más alta especialidad y nivel tecnológico⁶⁹².

2.2 Un poco de historia

A continuación se exponen diez hitos en la historia del sistema venezolano de salud:

1912: Creación del Servicio Público de Sanidad.

1936: Creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

1938: Promulgación de la Ley de Sanidad Nacional.

1944: Creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

1961 Aprobación de la Constitución Nacional que establece el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.

1983: Promulgación de la Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud.

1989: Descentralización y transferencia de competencias de los servicios de salud a los estados.

1997: Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral.

1999: Reestructuración del MSAS, creación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

2000: Reforma en salud dentro del nuevo marco jurídico-político establecido en la Constitución.

En los últimos veinte años Venezuela ha experimentado cuatro grandes esfuerzos de reforma en el sector salud: (1) Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987, (2) descentralización de servicios de salud (a partir de 1990), (3) reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en 1992, y (4) aprobación de la propuesta de reforma del subsistema de salud de la seguridad social en 1998.

⁶⁹² Ibid.

2.3 Legislación básica

La Tabla 1 presenta la legislación básica más importante vigente en el sistema de salud venezolano.

Tabla 1
Legislación básica del sistema de salud de Venezuela

Norma	Año	Objeto
Ley VEN-L-20917 Ley orgánica del sistema nacional de salud	1987	Se entenderá por sistema nacional de salud, la integración de todos los servicios destinados a la defensa de la salud en el Territorio Nacional, así como la función normativa que regulará las actividades del subsector privado de la salud.
Ley VEN-1994-R-35924 Decreto núm. 3207 mediante el cual se dicta el reglamento parcial de la ley del seguro social	1994	Se extenderá en forma progresiva dentro de un plazo de 180 días el seguro en las prestaciones de asistencia médica y en dinero por incapacidad temporal, a las personas que prestan servicios a la República, a los Estados, al Distrito Federal y a los municipios autónomos y a las personas morales de carácter público. Se concertará un incremento de las cotizaciones
Ley VEN-1998_L-55841 Ley orgánica de salud	1998	Rige todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regula igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en ésta.

Tabla 1 (2)
Legislación básica del sistema de salud de Venezuela

Norma	Año	Objeto
Ley VEN-2001-L-60235 Ley que regula subsistema de salud	2001	Rige el Subsistema de Salud previsto en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y desarrolla en los términos establecidos en dicha ley los principios, derechos y obligaciones de los sujetos que intervienen en la regulación, intervención, dirección, financiamiento, supervisión, aseguramiento y utilización de los servicios que garantizan la atención médica integral y la atención de la enfermedad profesional y accidentes de trabajo, así como todo lo concerniente a las prestaciones dinerarias del Subsistema de Salud
Ley de la Actividad Aseguradora	2010	Regula la actividad aseguradora, evitando que empresas relacionadas o con capital extranjero se beneficien de la actividad y además garantizando la participación de las asociaciones populares en la prestación de este servicio. Resalta la eliminación de la clave como condición para la atención médica en clínicas y centros de salud privados.

Fuente: ILO, 2009.

2.4 Organización y estructura del sistema de salud

- *Actores*

a) Sector público

El sector público está compuesto por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), las Direcciones Estatales de Salud y Desarrollo Social (instancias descentralizadas del MSDS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME). El sector privado está constituido por prestadores de servicios de salud a cambio de pago directo (de bolsillo) y por compañías que venden seguros de salud y ofrecen atención básica y especializada dependiendo del paquete de beneficios⁶⁹³.

⁶⁹³ Bonvecchio y Montekio, 2008.

Los servicios del MSDS se financian con recursos del gobierno central, los estados y los municipios verticalmente integrados con su propia red de atención ambulatoria y hospitales. El IVSS se financia con cotizaciones patronales y de los trabajadores y con aportaciones directas del gobierno y ofrece servicios a través de su red de centros de salud y hospitales. El IVSS también brinda atención a través de los servicios médicos asistenciales de los ministerios, los Institutos Autónomos y otras entidades públicas. Los sistemas institucionales de seguridad social (IPSFA, IPASME y universidades) dependen de sus respectivos ministerios (Defensa y Educación), se financian con aportaciones patronales y de los trabajadores y cuentan con su propia red de prestadores para atención ambulatoria, pero contratan hospitalizaciones externas, principalmente con el sector privado. Los beneficiarios del IPSFA cuentan además con una red de hospitales al servicio de los militares⁶⁹⁴.

En 1999 se estableció un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), integrado al sistema de seguridad social con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de todos los venezolanos y cuyo financiamiento y gestión será responsabilidad del Estado. Sin embargo, este proceso se ha demorado. Desde 2003 se ha iniciado un proceso de transformación de la red sanitaria asistencial que se caracteriza principalmente por la creación del programa Barrio Adentro como un esfuerzo por implantar el Modelo de Atención Integral⁶⁹⁵.

b) Sector privado

Dentro del sector privado se encuentran tanto los seguros privados y sistemas de medicina prepagada como los servicios privados pagados directamente por quien los consume o por las empresas privadas de seguros. Las empresas públicas como Petróleos de Venezuela (PDVSA) e IPSFA contratan servicios privados de salud⁶⁹⁶.

- *Distribución de la cobertura*

La fragmentación del sistema provee servicios a tres grupos principales de beneficiarios. En primer lugar, la población cubierta por los diferentes institutos de seguridad social (IVSS, IPSFA, IPASME y universidades), específicamente los trabajadores y jubilados del sector formal y sus familiares, quienes en 1997, eran más de quince millones y medio de personas, aproximadamente el 65% de la

⁶⁹⁴ Ibid.

⁶⁹⁵ Ibid.

⁶⁹⁶ Ibid.

población. El segundo grupo, los trabajadores del sector informal, la población desempleada, las personas fuera del mercado de trabajo y sus familiares, que formalmente reciben atención del MSDS y que no cuentan con otro tipo de aseguramiento público. Este sector de la población recibe atención a través de la red de hospitales y servicios ambulatorios del MSDS, además de otros centros de prestación de servicios de salud con autonomía funcional y operativa, pero adscritos al MSDS, como el Hospital Universitario de Caracas y el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, entre otros⁶⁹⁷.

Se estima que el primer grupo de población representa alrededor del 35%, aunque en la práctica el MSDS atiende a más del 80% de la población. El último grupo comprende a las personas cuyo empleo o capacidad de pago les permiten tener acceso a los seguros privados o hacer pagos de bolsillo en el momento de recibir la atención. Existe poca información fiable sobre el porcentaje de población que disfruta de cobertura por parte del aseguramiento privado, así como el de la población con doble cobertura. En base en los resultados de una muestra, se calcula que la primera representa el 11.7% de la población y la segunda el 2,4%.

Los resultados se ven opacados cuando los pacientes son referidos a la red hospitalaria tradicional que sólo da repuesta de asistencia con obtención de tratamiento a alrededor del 55% de las demandas⁶⁹⁸.

Tabla 2
Cobertura de población venezolana

	% de población	
	2002	2005
Población con cobertura de obra social	34,5	88,0
Población sin cobertura de obra social	65,5	12,0

Fuente:⁶⁹⁹

- *Financiación*

a) Pública

Existen varias modalidades de financiamiento y prestación de servicios de en cada una de las diferentes instituciones públicas y privadas. Primero está el modelo de asistencia social del MSDS, con financiamiento del gobierno central, y de los

⁶⁹⁷ Ibid.

⁶⁹⁸ Ibid.

⁶⁹⁹ Ibid.

estados y municipios, contando con su propia red ambulatoria de prestadores y de hospitales, y más recientemente con los módulos del programa Barrio Adentro. EL IVSS se financia con las cotizaciones patronales y de los trabajadores, así como los aportes del gobierno. En tercer lugar, los sistemas institucionales de previsión social (IPASME, IPSFA y universidades) son financiados con aportaciones de los empleadores (el Ministerio de Educación en el caso del IPASME, y el Ministerio de la Defensa en el caso del IPSFA) y de los trabajadores, y cuentan con su propia red de establecimientos para atención ambulatoria. Los beneficiarios de estas instituciones contratan los servicios de hospitalización principalmente con el sector privado. Las empresas públicas como Petróleos de Venezuela (PDVSA) contratan servicios privados de salud. Por último, dentro del sector privado están tanto los seguros privados de salud y sistemas de medicina prepagada como los servicios privados pagados directamente por quien los consume o por las empresas privadas de seguros⁷⁰⁰.

Las fuentes y los fondos de financiamiento del sistema de salud venezolano se encuentran fragmentados. La principal fuente financiera es el gobierno central a través del MSDS y de sus aportes al IVSS, aunque existen otras instituciones públicas que participan en el financiamiento, éstas incluyen el Ministerio de Justicia que financia la sanidad penitenciaria y el Ministerio de Desarrollo Urbano, que financia la construcción de centros de salud. El MSDS recibe los fondos del presupuesto nacional, la actividad de los estados en el sector salud es financiada con el presupuesto nacional y el Situado Constitucional (asignación a las gobernaciones) y el IVSS percibe sus ingresos de las cotizaciones que pagan los empresarios, los trabajadores y un aporte del gobierno central⁷⁰¹.

El IVSS es responsable de la administración de las prestaciones de seguridad social y, para ello, cumple con las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud. Su financiamiento es tripartito. Según el Reglamento de la Ley del Seguro Social vigente (1991), la cotización inicial de las empresas para financiar el Seguro Social Obligatorio varía entre un 9% y un 11% del salario fijo mensual, dependiendo de su clasificación de riesgo. La aportación de los asegurados es del 4% del salario fijo mensual, pero puede ser del 2% cuando sólo están asegurados para las prestaciones en dinero por invalidez o incapacidad parcial, vejez, muerte y nupcias. A través del presupuesto nacional, el Estado cubre los gastos de administración, el establecimiento, la renovación y el mantenimiento de equipos del IVSS. Esta aportación varía pero no puede ser menor del 1,5% de los salarios fijos de los contribuyentes⁷⁰².

⁷⁰⁰ Ibid.

⁷⁰¹ Ibid.

⁷⁰² Ibid.

Los recursos del IVSS se reparten en diversos fondos, de los cuales el Fondo de Asistencia Médica (FAM) financia los gastos sanitarios de los beneficiarios. Las prestaciones de salud son disponibles para aquellos trabajadores y sus familiares que viven en regiones o ciudades donde existen servicios ambulatorios u hospitalarios del IVSS⁷⁰³.

Las otras instituciones de seguridad social, IPSFA, IPASME y las universidades, se financian mediante aportes de sus trabajadores (3% del salario mensual fijo, en el caso del IPASME), que se suman a la contribución que realiza el empleador, el Estado, a través del Ministerio de Educación y el Ministerio de Defensa⁷⁰⁴.

Aunque la Constitución establece que el SPNS será financiado por el Estado mediante la integración de los recursos fiscales, las aportaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley, esto aún no se ha materializado. Entre otras cosas, aún no se ha creado el Fondo Nacional de Salud que sería el encargado de distribuir los recursos⁷⁰⁵.

b) Privada

El gasto privado en salud proviene del gasto directo de familias para el uso de servicios o para su afiliación en un seguro privado. En algunos casos, el empleador contribuye parte de la prima de afiliación a un seguro privado. El financiamiento privado está muy poco estudiado en Venezuela, se estima mayor al 50% del gasto total en salud pero no se conoce con exactitud la dinámica del gasto en salud que realizan las familias⁷⁰⁶.

⁷⁰³ Ibid.

⁷⁰⁴ Ibid.

⁷⁰⁵ Ibid.

⁷⁰⁶ Ibid.

3. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

3.1 Empresas o instituciones de salud

Tabla 3
Ranking por compañías de seguro de salud
(Diciembre, miles de dólares)

Compañía		2008	Cuota 08
1	Horizonte, C.A. Seguros	542.221,26	24,52%
2	Previsora, C.N.A. de Seguros La	303.532,26	13,72%
3	Mercantil Seguros, C.A.	187.387,65	8,47%
4	Caracas de Liberty Mutual, C.A. Seguros	157.278,93	7,11%
5	Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros	156.636,69	7,08%
6	Constitución, C.A. Seguros	137.271,11	6,21%
7	Multinacional de Seguros, C.A.	114.160,15	5,16%
8	Banesco Seguros, C.A.	89.471,55	4,05%
9	Aseguradora Nacional Unida UNISEGUROS, S.A.	55.769,29	2,52%
10	Occidental, C.A. de Seguros La	54.099,43	2,45%
Diez Primeras		1.797.828,34	81%
Total de Mercado		2.211.730,68	100%

Fuente: Superintendencia de Seguros Venezuela

3.2 Productos y coberturas que ofrecen

- *Tipo de prestación de las aseguradoras*

Aunque no existe información detallada de los tipos de beneficios que prestan las aseguradoras, en Venezuela existe una gran variación de paquetes de beneficios determinados en base al riesgo del individuo al igual que su capacidad de pago.

- *Tipo de prestación de otras instituciones*

No se cuenta con información del tipo de prestación de otras instituciones.

3.3 Mercado de la salud privada: principales cifras

- *Empresas de seguros*

El mercado asegurador venezolano en 2008 estaba compuesto por 50 compañías de seguros, de las cuales 40 estaban autorizadas a operar en ramos Generales y Vida, siete para operar exclusivamente en ramos Generales, dos en Vida y una en

Decesos⁷⁰⁷. Existen cinco empresas prepagas de salud en Venezuela y dos empresas de salud en cámara⁷⁰⁸.

Entre las Aseguradoras no vida con cuotas más altas del mercado, en Venezuela se encuentran Caracas Liberty Mutual (12,4%), Horizonte (11,6%), La Previsora (9,4%), Grupo Mercantil (9,0%), Grupo Multinacional (7,2%) y Mapfre La Seguridad (6,8%)⁷⁰⁹.

El mercado de seguros de salud en Venezuela es relativamente grande en proporción al gasto total en salud superando los US\$ 2 mil millones al año. Diez empresas principales comprenden más del 80 de este mercado⁷¹⁰.

a) Primas

Tabla 4
Antecedentes financieros para el sector asegurador en salud venezolano

Ingresos totales industria año	US\$ 178,69 millones
Gasto total en salud prepago	US\$ 169,50 millones
Gastos en otros beneficios	ND
Gasto en administración y ventas	ND
Margen de utilidad /ingresos totales	5,14%
Impuesto	US\$3,42 millones
UTILIDAD DE LA INDUSTRIA DESPUES DE IMPUESTO (34% aprox.)	3,23%
Aporte o prima / per cápita / año	US\$ 0,592 millones
Gasto en salud / per cápita / año	US\$ 0,562 millones
Reajuste promedio a las primas en 12 meses 2007/2008	25%

Fuente: ILO, 2009.

⁷⁰⁷ Ibid.

⁷⁰⁸ ALAMI, 2009. "Sistema de aseguramiento en Venezuela: Participación del sector privado. "

⁷⁰⁹ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009."

⁷¹⁰ Superintendencia de Seguros de Venezuela.

El volumen de primas al cierre de 2008 para el sector salud fue de US\$ 2,212 millones con un incremento real del 10,4% en relación a 2007⁷¹¹. Cifras preliminares para el primer semestre de 2009 publicadas por la Superintendencia de Seguros, muestran unos ingresos por primas de \$13,494 millones de bolívares fuertes (3,142 millones de dólares), lo que representa un crecimiento nominal del 36,5% respecto al mismo período del año anterior. Descontando el efecto de la inflación, el incremento fue del 23,2%⁷¹².

Tabla 5
Sistema asegurador de Venezuela
Primas y siniestros del ramo de salud
(en miles de dólares)

	2008	2007	2006	2005
Primas	2.211.730,68	1.530.722,25	1.046.298.327,04	629.784.683,67
Siniestros	1.418.027,85	889.173,85	599.039.170,98	385.952.249,41

	2004	2003	2002
Primas	409.895.283,14	295.384.483,74	195.905.377,77
Siniestros	265.675.648,02	178.408.363,99	131.067.384,55

Fuente: Superintendencia de Seguros Venezuela

b) Siniestralidad

La siniestralidad del sector asegurador venezolano aumento al 63% en 2008 en relación a 2007 cuando la siniestralidad se encontraba en un 58%⁷¹³. Para las aseguradoras en salud específicamente, el siniestro pasó de US\$ 88.917.000,85 a US\$1.418.027.000,85 miles de 2007 a 2008⁷¹⁴.

c) Gastos

Los gastos del sector asegurador venezolano aumentaron ligeramente de un 35% en 2007 al 36% en el 2008⁷¹⁵.

⁷¹¹ Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009."

⁷¹² Ibid.

⁷¹³ Ibid.

⁷¹⁴ Superintendencia de Seguros de Venezuela.

⁷¹⁵ Ibid.

c) Ratio combinado

No se ha encontrado información sobre el ratio combinado de las aseguradoras en Venezuela.

d) Resultado

El resultado técnico del sector asegurador en Venezuela disminuyó del 7% en 2007 al 1% en 2008. El resultado financiero, por otro lado, incremento de 4% en 2007 al 7% en 2008⁷¹⁶.

- *Otras instituciones*

No se ha encontrado información sobre otras instituciones.

3.4 Tratamiento del gasto farmacéutico

En el año 2000, del presupuesto del MSDS se destinaba el 12% a la compra de medicamentos, mientras que en 1999 el 16,8% del gasto privado en salud, de bolsillo, era destinado a la compra de medicamentos. No existe información más reciente sobre la participación del gasto en medicamentos dentro del gasto en salud, ya sea público o privado. Se estima que el valor total de las actividades del mercado nacional de medicamentos en 2005 alcanzó US\$ 2,100 millones, el 63% correspondientes a la industria extranjera presente en el país y el 37% a la industria nacional⁷¹⁷.

La Ley de Salud y la Ley de Medicamentos, junto con sus reglamentos respectivos, rigen la política farmacéutica nacional con el fin de asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos e insumos para la salud sean seguros y de buena calidad para toda la población. El Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" del MSDS se encarga de la evaluación, vigilancia, calidad y seguridad de los productos farmacéuticos. Anualmente, el MSDS elabora el Formulario Terapéutico Nacional en coordinación con las universidades nacionales. En los centros de salud, clínicas y hospitales del sistema público de salud descrito anteriormente, sólo se disponen y reparten productos farmacéuticos contemplados en una lista de medicamentos esenciales que elabora el MSDS, la cual en 2000 incluía 280 principios activos. Sin embargo, a pesar de que el programa SUMED subsidia el 80% de los medicamentos de la lista, sólo el 2% de la población tiene acceso permanente a todos los medicamentos que incluye. La presencia de un fármaco en las farmacias del sistema nacional de salud es

⁷¹⁶ Ibid.

⁷¹⁷ Bonvecchio y Montekio, 2008. "Sistema de Salud de Venezuela."

requisito para que se cumpla con las especificaciones de las buenas prácticas de dispensación⁷¹⁸.

La legislación vigente establece el control en el precio de los medicamentos. Además, a fin de disminuir los costos de los medicamentos, se prohíben las muestras gratuitas al igual que el financiamiento de congresos médicos por parte de los laboratorios farmacéuticos. En 2000, el 80% de los medicamentos eran de marca y el 20% eran genéricos. Sin embargo, no existe sustitución de los productos de marca por genéricos intercambiables (GI) debido a que no existe una lista oficial de GI a pesar de que esta práctica se encuentra asentada en el artículo 42 de la Ley de Medicamentos. Esta situación genera que los médicos no estén obligados a usar los nombres de los principios activos al prescribir. En relación con el listado oficial que publica el Consejo Nacional del Medicamento (CONMED) y el Formulario Terapéutico Nacional, representantes de la Federación Farmacéutica Venezolana refieren que en febrero de 2008 la escasez de medicamentos se ubicaba en el 35%. Se calcula que el gasto de medicamentos representa entre el 30 y el 45% de los gastos de los seguros privados en salud⁷¹⁹.

3.5 Papel del micro-seguro

No se encuentra información detallada sobre el papel de los micro-seguros en Venezuela. Es claro que existen pero no hemos podido encontrar estudios sobre su tamaño y cobertura.

4. REFORMA DE SALUD

Desde 1987 se han llevado a cabo varios intentos de reforma e innovación del sistema de salud venezolano. Sin embargo, en la mayoría de los casos no han sido fructíferos. A pesar de que estas iniciativas han sido consideradas como verdaderas reformas, como se menciona anteriormente, en realidad ninguna de ellas contempló o contempla, más que de manera aislada, modificaciones sustanciales en las funciones básicas del sistema de salud, es decir, en la rectoría, el financiamiento, la prestación y la generación de recursos⁷²⁰.

⁷¹⁸ Ibid.

⁷¹⁹ Ibid.

⁷²⁰ González y Marino, 2001.

A finales de 1998 se aprobó la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral junto con otras leyes complementarias para cada fondo, destinadas a resolver los problemas del IVSS, entre ellos el de los pasivos laborales. Esta ley mantenía la fragmentación de la rectoría del sector salud en tres instancias de la administración central, no atendía a la necesidad de descentralización de los servicios de salud y mantenía la fragmentación del financiamiento público entre contribuyentes y no contribuyentes. Además, no tenía en cuenta que la mayor parte de la población se encuentra en la economía informal y pertenece a los estratos más pobres⁷²¹.

El gobierno actual, elegido en diciembre de 1998, ofreció revertir las reformas de la seguridad social y evitar la eliminación del IVSS. La nueva Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Integral (LOSSI) de 1999 creó una nueva adscripción para el Fondo de pensiones bajo la dependencia del IVSS, así como el Fondo Solidario de Salud bajo la responsabilidad del MSDS y el Fondo Especial para la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo, y Largo Plazo. Aunque la adscripción del Fondo Solidario de Salud al MSDS permite avanzar en la integración del financiamiento público de salud, se otorgan nuevas facultades al IVSS con vistas a un nuevo proceso de reconversión⁷²².

El problema principal de esta última reforma es que el gobierno no aprobó la legislación adicional necesaria para implementarla. La principal innovación del sistema de salud venezolano en los últimos años es la aprobación de la nueva Constitución en 1999, la cual en sus artículos 83 a 86 reconoce la salud como un derecho social fundamental y señala la obligación del Estado de garantizarlo. Establece que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, pero que están igualmente obligadas a participar activamente en la promoción y defensa de la misma y a cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento⁷²³.

La nueva Constitución prevé la creación del SPNS con carácter universal, integral, participativo y descentralizado, que eleve la accesibilidad y calidad de los servicios y contribuya a superar las profundas desigualdades de la población venezolana. En su artículo 85, establece que la integración financiera del sistema abarca tanto los recursos fiscales, como las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley⁷²⁴.

⁷²¹ Ibid.

⁷²² Ibid.

⁷²³ Ibid.

⁷²⁴ Ibid.

A pesar de los avances con respecto a la Constitución de 1961 en lo referente a la integración del financiamiento de salud y en la concepción de la salud como derecho, la nueva Constitución limita las posibilidades de innovaciones al considerar que los bienes y servicios públicos de salud son propiedad exclusiva del Estado. Al definir la gratuidad como principio rector del sistema público de salud puede producir esquemas de financiamiento de los servicios poco compatibles con la realidad y limitaciones de las finanzas públicas. También se limita la participación del sector privado en la prestación de servicios, entre otras modalidades. Si bien el artículo 85 permite concertar las fuentes públicas de financiamiento de la salud, el gobierno aún no ha presentado una propuesta concreta para tal fin⁷²⁵.

Referencias bibliográficas

ALAMI, 2009. "Sistema de aseguramiento en Venezuela: Participación del sector privado", 22 de mayo 2009.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2002. Anteproyecto de ley Orgánica de Salud, 15 de agosto de 2002.

Bonvecchio, Anabelle y Montekio, Victor Becerril, 2008. "Sistema de Salud de Venezuela." Observatorio de la Salud.

CEPAL, 2008. Panorama Social América Latina.

CIA World Factbook, 2009. CIA Publications.

González R. y Marino, 2001. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas. CEPAL: Unidad de Estudios Especiales Secretaría Ejecutiva. Serie 111: Financiamiento del Desarrollo.

Fundación Mapfre, 2010. "El mercado asegurador latinoamericano 2008-2009."

ILO, 2009. "NATLEX: database of national labour, social security and related human rights legislation." International Labour Organization, 2009.
http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.home?p_lang=en.

Superintendencia de Seguros: Gobierno Bolivariano de Venezuela, 2010.
<http://www.sudeseq.gob.ve/>

WHO, 2009. World Health Statistics. Ge: World Health Organization, 2009.
<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>

⁷²⁵ Ibid.

COLECCIÓN "CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN"

Instituto de Ciencias del Seguro

Para cualquier información o para adquirir nuestras publicaciones puede encontrarnos en:

FUNDACIÓN MAPFRE

Publicaciones

Paseo de Recoletos 23 – 28004 Madrid – (España)

Tel: + 34 915 818 768 Fax: +34 915 818 409

www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro

- 155. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. 2010
- 154. El Seguro de Crédito en Chile. 2010
- 153. El análisis financiero dinámico como herramienta para el desarrollo de modelos internos en el marco de Solvencia II. 2010
- 152. Características sociodemográficas de las personas con doble cobertura sanitaria. Un estudio empírico. 2010
- 151. Solidaridad impropia y seguro de Responsabilidad Civil. 2010
- 150. La prevención del blanqueo de capitales en las entidades aseguradoras, las gestoras y los corredores de seguros 2010
- 149. Fondos de aseguramiento agropecuario y rural: la experiencia mexicana en el mutualismo agropecuario y sus organizaciones superiores. 2010
- 148. Avaliação das Provisões de Sinistro sob o Enfoque das Novas Regras de Solvência do Brasil. 2010
- 147. El principio de igualdad sexual en el Seguro de Salud: análisis actuarial de su impacto y alcance. 2010
- 146. Investigaciones históricas sobre el Seguro español. 2010
- 145. Perspectivas y análisis económico de la futura reforma del sistema español de valoración del daño corporal. 2009

144. Contabilidad y Análisis de Cuentas Anuales de Entidades Aseguradoras (Plan contable 24 de julio de 2008). 2009
143. Mudanças Climáticas e Análise de Risco da Indústria de Petróleo no Litoral Brasileiro. 2009
142. Bases técnicas dinámicas del Seguro de Dependencia en España. Una aproximación en campo discreto. 2009
141. Transferencia Alternativa de Riesgos en el Seguro de Vida: Titulización de Riesgos Aseguradores. 2009
140. Riesgo de negocio ante asegurados con múltiples contratos. 2009
139. Optimización económica del Reaseguro cedido: modelos de decisión. 2009
138. Inversiones en el Seguro de Vida en la actualidad y perspectivas de futuro. 2009
137. El Seguro de Vida en España. Factores que influyen en su progreso. 2009
136. Investigaciones en Seguros y Gestión de Riesgos. RIESGO 2009.
135. Análisis e interpretación de la gestión del fondo de maniobra en entidades aseguradoras de incendio y lucro cesante en grandes riesgos industriales. 2009
134. Gestión integral de Riesgos Corporativos como fuente de ventaja competitiva: cultura positiva del riesgo y reorganización estructural. 2009
133. La designación de la pareja de hecho como beneficiaria en los seguros de vida. 2009
132. Aproximación a la Responsabilidad Social de la empresa: reflexiones y propuesta de un modelo. 2009
131. La cobertura pública en el seguro de crédito a la exportación en España: cuestiones prácticas-jurídicas. 2009
130. La mediación en seguros privados: análisis de un complejo proceso de cambio legislativo. 2009
129. Temas relevantes del Derecho de Seguros contemporáneo. 2009
128. Cuestiones sobre la cláusula cut through. Transferencia y reconstrucción. 2008

127. La responsabilidad derivada de la utilización de organismos genéticamente modificados y la redistribución del riesgo a través del seguro. 2008
126. Ponencias de las Jornadas Internacionales sobre Catástrofes Naturales. 2008
125. La seguridad jurídica de las tecnologías de la información en el sector asegurador. 2008
124. Predicción de tablas de mortalidad dinámicas mediante un procedimiento bootstrap. 2008
123. Las compañías aseguradoras en los procesos penal y contencioso-administrativo. 2008
122. Factores de riesgo y cálculo de primas mediante técnicas de aprendizaje. 2008
121. La solicitud de seguro en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. 2008
120. Propuestas para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina. 2008
119. Análisis del riesgo en seguros en el marco de Solvencia II: Técnicas estadísticas avanzadas Monte Carlo y Bootstrapping. 2008
118. Los planes de pensiones y los planes de previsión asegurados: su inclusión en el caudal hereditario. 2007
117. Evolução de resultados técnicos e financeiros no mercado segurador iberoamericano. 2007
116. Análisis de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. 2007
115. Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa. 2007
114. El sector asegurador ante el cambio climático: riesgos y oportunidades. 2007
113. Responsabilidade social empresarial no mercado de seguros brasileiro influências culturais e implicações relacionais. 2007
112. Contabilidad y análisis de cuentas anuales de entidades aseguradoras. 2007

111. Fundamentos actuariales de primas y reservas de fianzas. 2007
110. El Fair Value de las provisiones técnicas de los seguros de Vida. 2007
109. El Seguro como instrumento de gestión de los M.E.R. (Materiales Especificados de Riesgo). 2006
108. Mercados de absorción de riesgos. 2006
107. La exteriorización de los compromisos por pensiones en la negociación colectiva. 2006
106. La utilización de datos médicos y genéticos en el ámbito de las compañías aseguradoras. 2006
105. Los seguros contra incendios forestales y su aplicación en Galicia. 2006
104. Fiscalidad del seguro en América Latina. 2006
103. Las NIC y su relación con el Plan Contable de Entidades Aseguradoras. 2006
102. Naturaleza jurídica del Seguro de Asistencia en Viaje. 2006
101. El Seguro de Automóviles en Iberoamérica. 2006
100. El nuevo perfil productivo y los seguros agropecuarios en Argentina. 2006
99. Modelos alternativos de transferencia y financiación de riesgos "ART": situación actual y perspectivas futuras. 2005
98. Disciplina de mercado en la industria de seguros en América Latina. 2005
97. Aplicación de métodos de inteligencia artificial para el análisis de la solvencia en entidades aseguradoras. 2005
96. El Sistema ABC-ABM: su aplicación en las entidades aseguradoras. 2005
95. Papel del docente universitario: ¿enseñar o ayudar a aprender?. 2005
94. La renovación del Pacto de Toledo y la reforma del sistema de pensiones: ¿es suficiente el pacto político?. 2005
92. Medición de la esperanza de vida residual según niveles de dependencia en España y costes de cuidados de larga duración. 2005

91. Problemática de la reforma de la Ley de Contrato de Seguro. 2005
90. Centros de atención telefónica del sector asegurador. 2005
89. Mercados aseguradores en el área mediterránea y cooperación para su desarrollo. 2005
88. Análisis multivariante aplicado a la selección de factores de riesgo en la tarificación. 2004
87. Dependencia en el modelo individual, aplicación al riesgo de crédito. 2004
86. El margen de solvencia de las entidades aseguradoras en Iberoamérica. 2004
85. La matriz valor-fidelidad en el análisis de los asegurados en el ramo del automóvil. 2004
84. Estudio de la estructura de una cartera de pólizas y de la eficacia de un Bonus-Malus. 2004
83. La teoría del valor extremo: fundamentos y aplicación al seguro, ramo de responsabilidad civil autos. 2004
81. El Seguro de Dependencia: una visión general. 2004
80. Los planes y fondos de pensiones en el contexto europeo: la necesidad de una armonización. 2004
79. La actividad de las compañías aseguradoras de vida en el marco de la gestión integral de activos y pasivos. 2003
78. Nuevas perspectivas de la educación universitaria a distancia. 2003
77. El coste de los riesgos en la empresa española: 2001.
76. La incorporación de los sistemas privados de pensiones en las pequeñas y medianas empresas. 2003
75. Incidencia de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil en los procesos de responsabilidad civil derivada del uso de vehículos a motor. 2002
74. Estructuras de propiedad, organización y canales de distribución de las empresas aseguradoras en el mercado español. 2002

73. Financiación del capital-riesgo mediante el seguro. 2002
72. Análisis del proceso de exteriorización de los compromisos por pensiones. 2002
71. Gestión de activos y pasivos en la cartera de un fondo de pensiones. 2002
70. El cuadro de mando integral para las entidades aseguradoras. 2002
69. Provisiones para prestaciones a la luz del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados; métodos estadísticos de cálculo. 2002
68. Los seguros de crédito y de caución en Iberoamérica. 2001
67. Gestión directiva en la internacionalización de la empresa. 2001
65. Ética empresarial y globalización. 2001
64. Fundamentos técnicos de la regulación del margen de solvencia. 2001
63. Análisis de la repercusión fiscal del seguro de vida y los planes de pensiones. Instrumentos de previsión social individual y empresarial. 2001
62. Seguridad Social: temas generales y régimen de clases pasivas del Estado. 2001
61. Sistemas Bonus-Malus generalizados con inclusión de los costes de los siniestros. 2001
60. Análisis técnico y económico del conjunto de las empresas aseguradoras de la Unión Europea. 2001
59. Estudio sobre el euro y el seguro. 2000
58. Problemática contable de las operaciones de reaseguro. 2000
56. Análisis económico y estadístico de los factores determinantes de la demanda de los seguros privados en España. 2000
54. El corredor de reaseguros y su legislación específica en América y Europa. 2000
53. Habilidades directivas: estudio de sesgo de género en instrumentos de evaluación. 2000

52. La estructura financiera de las entidades de seguros, S.A. 2000
51. Seguridades y riesgos del joven en los grupos de edad. 2000
50. Mixturas de distribuciones: aplicación a las variables más relevantes que modelan la siniestralidad en la empresa aseguradora. 1999
49. Solvencia y estabilidad financiera en la empresa de seguros: metodología y evaluación empírica mediante análisis multivariante. 1999
48. Matemática Actuarial no vida con MapleV. 1999
47. El fraude en el Seguro de Automóvil: cómo detectarlo. 1999
46. Evolución y predicción de las tablas de mortalidad dinámicas para la población española. 1999
45. Los Impuestos en una economía global. 1999
42. La Responsabilidad Civil por contaminación del entorno y su aseguramiento. 1998
41. De Maastricht a Amsterdam: un paso más en la integración europea. 1998
- Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1997
Fundación MAPFRE Estudios
39. Perspectiva histórica de los documentos estadístico-contables del órgano de control: aspectos jurídicos, formalización y explotación. 1997
38. Legislación y estadísticas del mercado de seguros en la comunidad iberoamericana. 1997
37. La responsabilidad civil por accidente de circulación. Puntual comparación de los derechos francés y español. 1997
36. Cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados y cláusulas delimitadoras del riesgo cubierto: las cláusulas de limitación temporal de la cobertura en el Seguro de Responsabilidad Civil. 1997
35. El control de riesgos en fraudes informáticos. 1997
34. El coste de los riesgos en la empresa española: 1995
33. La función del derecho en la economía. 1997

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1996
Fundación MAPFRE Estudios

32. Decisiones racionales en reaseguro. 1996

31. Tipos estratégicos, orientación al mercado y resultados económicos: análisis empírico del sector asegurador español. 1996

30. El tiempo del directivo. 1996

29. Ruina y Seguro de Responsabilidad Civil Decenal. 1996

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1995
Fundación MAPFRE Estudios

28. La naturaleza jurídica del Seguro de Responsabilidad Civil. 1995

27. La calidad total como factor para elevar la cuota de mercado en empresas de seguros. 1995

26. El coste de los riesgos en la empresa española: 1993

25. El reaseguro financiero. 1995

24. El seguro: expresión de solidaridad desde la perspectiva del derecho. 1995

23. Análisis de la demanda del seguro sanitario privado. 1993

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1994
Fundación MAPFRE Estudios

22. Rentabilidad y productividad de entidades aseguradoras. 1994

21. La nueva regulación de las provisiones técnicas en la Directiva de Cuentas de la C.E.E. 1994

20. El Reaseguro en los procesos de integración económica. 1994

19. Una teoría de la educación. 1994

18. El Seguro de Crédito a la exportación en los países de la OCDE (evaluación de los resultados de los aseguradores públicos). 1994

Nº Especial Informe sobre el mercado español de seguros 1993
FUNDACION MAPFRE ESTUDIOS

16. La legislación española de seguros y su adaptación a la normativa comunitaria. 1993
15. El coste de los riesgos en la empresa española: 1991
14. El Reaseguro de exceso de pérdidas 1993
12. Los seguros de salud y la sanidad privada. 1993
10. Desarrollo directivo: una inversión estratégica. 1992
9. Técnicas de trabajo intelectual. 1992
8. La implantación de un sistema de controlling estratégico en la empresa. 1992
7. Los seguros de responsabilidad civil y su obligatoriedad de aseguramiento. 1992
6. Elementos de dirección estratégica de la empresa. 1992
5. La distribución comercial del seguro: sus estrategias y riesgos. 1991
4. Los seguros en una Europa cambiante: 1990-95. 1991
2. Resultados de la encuesta sobre la formación superior para los profesionales de entidades aseguradoras (A.P.S.). 1991
1. Filosofía empresarial: selección de artículos y ejemplos prácticos. 1991