

CAPÍTULO

4

El desafío regional
de contar
con personas saludables

INDICE

Hallazgos relevantes	178
Valoración general 2008	179
Valoración general 2003	180
Valoración general 1999	180
Introducción	181
Una vida larga y con calidad	181
El contexto regional favorece mejoras en los indicadores básicos de salud	181
Una vida más larga	183
Determinantes sociales de la salud explican brechas dentro y entre los países en el perfil de morbi-mortalidad	186
Enfermedades emergentes: nuevos retos para las políticas públicas	190
La salud como derecho	194
El derecho a la salud: una realidad desde el punto de vista jurídico	194
Instituciones y organización de las funciones en el sistema de salud	197
Financiamiento del derecho a la salud	203
Salud y trabajo: un tema poco estudiado en Centroamérica	211

PREGUNTA GENERADORA

¿Cómo han evolucionado las condiciones de salud de la población centroamericana en los últimos años?

Preguntas específicas

1. ¿Cuál ha sido el desempeño de los sistemas de salud en la región?
2. ¿Cuáles son los principales determinantes sociales de las inequidades de la salud en Centroamérica?
3. ¿Cómo evolucionó la prioridad fiscal y macroeconómica del gasto en salud en Centroamérica durante el período 2000-2006?
4. ¿Cuál es la proporción de la población que sufre "gastos catastróficos" en salud?
5. ¿Qué acciones en salud están coordinándose regionalmente y cuáles han sido sus resultados?

HALLAZGOS RELEVANTES

>> En el 2007 la tasa de mortalidad infantil para la región se redujo a 23 por mil nacidos vivos, pero en algunas zonas rurales y territorios indígenas es hasta cuatro veces mayor que los promedios nacionales.

>> La tasa de mortalidad infantil de los grupos de población pobre es muy superior a la de los no pobres. No obstante, la brecha se ha reducido significativamente en la última década.

>> En el 2007 la esperanza de vida al nacer aumentó en todos los países de la región. En Belice, Costa Rica y Panamá es mayor de 75 años como promedio para ambos sexos.

>> Entre 1980 y 2008 ha disminuido la proporción de personas menores de 20 años (de 56% a 47%) y ha aumentado la población de 20 a 59 años (de 39% a 46%) y la mayor de 60 años (de 4,9% a 6,5%), lo que evidencia el proceso de transición demográfica que vive Centroamérica.

>> Los problemas para trasladarse a centros de salud incrementan las probabilidades de haber padecido una enfermedad diarreica aguda (EDA) o una infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años.

>> Entre las principales causas de mortalidad de la población adolescente destacan los accidentes de tránsito, la violencia, las heridas por armas de fuego y los suicidios.

>> En todos los países se pierden más años de vida por accidentes de tránsito que por cardiopatías isquémicas.

>> El dengue tiene un fuerte impacto en la población, la economía y el sistema de salud. En el 2007 se reportaron 83.167 casos, de los cuales 4.773 fueron de dengue hemorrágico.

>> En la mortalidad adulta predominan las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y, como enfermedad infectocontagiosa, cobra relevancia el VIH-sida.

>> El gasto público en salud por habitante fue de 114 dólares en promedio para la región (2005). En Costa Rica y Panamá es más del doble.

>> Las instituciones de seguridad social, salvo en los casos de Costa Rica y Panamá, cubren a menos del 20% de la población.

>> La cobertura de los sistemas de pensiones para los países del istmo oscila entre un 19% de la población económicamente activa para Nicaragua y Guatemala, y un 62% para Costa Rica (año 2000).

>> En el 2005, en Guatemala y El Salvador el gasto privado representó más del 50% del gasto en salud. En Belice, Honduras y Nicaragua esa proporción fue de entre 40% y 50%. La mayor parte se dedicó a la compra de medicamentos.

>> La inversión en salud se dedica mayoritariamente al pago de los recursos humanos. Existen grandes disparidades en la disponibilidad de personal, tanto entre países como dentro de ellos.

VALORACIÓN GENERAL 2008

Desde la publicación del *Primer Informe Estado de la Región*, en 1999, las condiciones generales de salud en Centroamérica han mejorado: la esperanza de vida se ha incrementado para ambos sexos en más de dos años, la mortalidad infantil disminuyó y crecieron el abastecimiento de agua potable y el acceso a servicios de saneamiento. No obstante, esta positiva evolución resulta insuficiente para revertir el rezago histórico y cerrar las brechas entre y a lo interno de los países. Ello supone fortalecer y ampliar los esfuerzos realizados para que la región pueda avanzar hacia el logro de una vida más larga y más sana para todos sus habitantes.

El panorama de morbi-mortalidad en el istmo está determinado por las condiciones de pobreza, los comportamientos sociales y los estilos de vida. La disminución de la pobreza y las mejoras en las condiciones de abastecimiento de agua y saneamiento han contribuido a que los países se encuentren en una etapa en la que coexisten, por un lado, el patrón de las enfermedades características de países con bajo desarrollo, entre ellas las infecciosas, las nutricionales y las relacionadas con el embarazo y, por otro, enfermedades de sociedades más avanzadas, como los padecimientos crónicos (las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio). Además llama la atención el aumento, en todos los países, de la mortalidad debida a causas externas como homicidios, accidentes de tránsito y lesiones producto de la violencia. La incidencia del VIH-sida y las dificultades para controlar el dengue y otras enfermedades re-emergentes son señales de alerta sobre la insuficiencia de las políticas que se están aplicando para enfrentar los problemas de salud pública.

La pobreza como determinante social de la salud está presente en todos los países del área y limita las posibilidades de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de amplios grupos de población. Afecta especialmente a la población infantil, los habitantes de zonas rurales, los indígenas y las mujeres. Madres y niños menores de un año pertenecientes a grupos indígenas

y a comunidades rurales pobres tienen una probabilidad más alta de morir que el promedio de la población.

Además, existen grandes brechas entre las zonas urbanas y las rurales. Tal es el caso de Honduras, donde la tasa de mortalidad infantil es cuatro veces el promedio nacional en algunos departamentos rurales, o el de Panamá, donde el 90% de la población indígena vive en pobreza extrema, lo que se traduce en una disminución de la expectativa de vida al nacer de nueve años para los hombres y doce años para las mujeres.

La necesidad de mejorar la salud cobra mayor relevancia a la luz del proceso de transición demográfica que viven los países de la región, aunque en distintos estadios. Costa Rica y Panamá se encuentran en una fase más avanzada y se espera que los beneficios del llamado "bono demográfico" se reviertan en unos quince años. Los demás países todavía mantendrán una situación favorable por cuarenta o cincuenta años más. Sin embargo, las ventajas del bono demográfico serán aprovechables en la medida en que las condiciones económicas permitan mayores oportunidades de trabajo para una población más educada y más saludable. La población en edad productiva -de la que dependerá el futuro de la región en el próximo medio siglo- enfrenta el reto de financiar un sistema de salud que demandará recursos crecientes para atender a una mayor proporción de población envejecida, mucha de la cual no cotiza a ningún sistema de pensiones, y que requerirá servicios de salud caros y complejos.

La salud como derecho fundamental ha sido reconocida por todos las naciones centro-americanas en sus constituciones políticas y en una serie de convenios internacionales. Sin embargo, pese al relativo crecimiento de la inversión social, la cobertura de los servicios de salud resultan insuficientes para garantizar el acceso universal y oportuno a la atención de la salud. La inversión pública en salud ha representado en promedio el 2,1% del PIB en los últimos años y el gasto social per cápita promedio en salud es de 114 dólares a nivel regional. Costa Rica y Panamá

superan ese monto por más del doble, en tanto que en El Salvador ronda los 75 dólares y en las demás naciones la cifra es menor de 50 dólares.

Este insuficiente gasto público en salud impide garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios de salud. Con excepción de Costa Rica y Panamá, en el resto del área los seguros sociales cubren a menos del 20% de la población. Cerca del 70% de las y los centroamericanos carece de seguro social. La cobertura de los servicios de salud es aun más baja en las zonas rurales e indígenas.

Ante la limitación para acceder a los servicios públicos y el escaso desarrollo de seguros privados, las familias deben sufragar la atención en salud con sus propios recursos. El gasto privado en salud para el quintil más pobre de la población representa entre un 5,7% y un 42% de sus ingresos en los países con sistemas de salud fragmentados, mientras que en Costa Rica es de 2,4%. Este tipo de organización de los sistemas de salud tiene implicaciones negativas: por un lado, mantiene una distribución inequitativa de los riesgos y las disparidades en la asignación de los recursos; por otro lado, desaprovecha economías de escala para la adquisición de insumos.

El principal reto para las naciones del istmo es ir cerrando las brechas de inequidad, las cuales se irán cerrando en la medida en que los países asuman cuatro desafíos impostergables en materia de salud pública: i) lograr una mejor cobertura y mayor equidad en el financiamiento, ii) garantizar el acceso a los servicios de salud para la población más vulnerable (habitantes de zonas rurales, pobres, indígenas), iii) diseñar estrategias para aprovechar el "bono demográfico" y prevenir los riesgos derivados del envejecimiento de la población, iv) profundizar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y v) evaluar los programas de reforma que han ejecutado.

VALORACIÓN GENERAL 2003

En la década de los noventa mejoraron indicadores clave como la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, persisten desafíos fundamentales, que son reflejo del vínculo entre el desarrollo socioeconómico y las condiciones de salud de las poblaciones. Los datos analizados sugieren que la focalización de intervenciones sanitarias de alta efectividad ha hecho que la situación epidemio-

lógica de los países más rezagados en la década de los sesenta sea más parecida a la de las naciones que exhiben un mejor nivel de desarrollo económico y social. Otros factores, como la violencia, el Sida y el surgimiento de grupos socialmente excluidos en las ciudades, han contribuido a disociar la otrora estrecha relación entre ingreso nacional y salud.

VALORACIÓN GENERAL 1999

Existen cuatro brechas de equidad que obstaculizan las oportunidades de los y las centroamericanas para disfrutar una vida larga y sana. Estas brechas son: inequidades en el acceso a servicios de salud y en la disponibilidad de agua potable y servicios de saneamiento, las des-

igualdades que experimentan los pueblos indígenas y la morbi-mortalidad asociada a condiciones de pobreza y violencia. Los principales hallazgos del *Primer Informe Estado de la Nación* subrayan, una vez más, la magnitud de la deuda social con las poblaciones más vulnerables del istmo.

CAPÍTULO

4

El desafío regional de contar con personas saludables

Introducción

Una región centroamericana con personas saludables será aquella en la que todos los ciudadanos tengan las condiciones para desarrollar plenamente sus potencialidades. En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) se estableció que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Este concepto se ha mantenido vigente a lo largo de los años y se ha ido ampliando en distintas declaraciones, como resultado de discusiones y nuevos acuerdos entre los países. Queda claro entonces que la salud está determinada por una serie de factores sociales, económicos y ambientales, y que va más allá de la atención a los episodios de enfermedad.

Este capítulo utiliza esa perspectiva y, sobre esa base, organiza su análisis en dos partes. En la primera, “Una vida larga y con calidad”, se recorren indicadores básicos para caracterizar la situación demográfica y epidemiológica de la región, haciendo énfasis en las diferencias manifestadas dentro y entre los países y por grupos especialmente vulnerables de la población. También se resumen los principales resultados de un trabajo especial contratado para este Informe, sobre determinantes sociales de la salud; se trata de una primera aproximación al tema, dados los débiles sistemas de indicadores de salud de Centroamérica.

La segunda parte inicia con una reflexión sobre cómo los gobiernos centroamericanos han incorporado en sus marcos normativos la noción de la salud como un derecho, tal como lo estipulan diversas convenciones internacionales, y luego revisa el andamiaje institucional y la base de recursos que efectivamente se le asigna al sector para cumplir con este mandato. También en esta sección se discute la creciente importancia del gasto privado, en especial el “de bolsillo”, en el financiamiento del acceso a la salud y se enumeran hallazgos puntuales sobre los avances de los procesos de reforma sectorial, sobre todo en el primer nivel de atención. Por último, se comentan esfuerzos regionales que se han puesto en marcha en materia de salud.

Una vida larga y con calidad

Las naciones centroamericanas se encuentran en distintos momentos de su evolución demográfica. Sin embargo se puede afirmar que la región transita hacia una etapa de disminución de la natalidad acompañada por un descenso de la mortalidad, lo que conlleva un envejecimiento de la población y el predominio de las personas de mayor edad. En esta nueva etapa, el reto es asegurar que la población, además de vivir más, tenga una buena calidad de vida.

El contexto regional favorece mejoras en los indicadores básicos de salud

En principio, los cambios demográficos y sociales que experimentan las sociedades centroamericanas configuran un contexto favorable para mejorar significativamente las condiciones de salud. No obstante, los avances logrados hasta ahora no han sido proporcionales a los retos y los rezagos históricos que enfrenta la región.

Pobreza dificulta la mejora en las condiciones de salud

Al valorar la situación de los países centroamericanos por medio de indicadores generales de pobreza, nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento, se puede concluir que en la primera mitad de la década del siglo XXI hubo mejoras en todo el istmo. Sin embargo, el elevado nivel de pobreza que todavía exhibe la región -por encima del 45% de la población en la mayoría de los países- y las marcadas deficiencias en el acceso a servicios públicos básicos, constituyen barreras para lograr mayores avances en la salud de la población (cuadro 4.1).

El abastecimiento de agua potable, así como la disponibilidad de saneamiento básico, han mejorado y son claves para la prevención de infecciones, aunque se observan disparidades entre los países y al interior de ellos, con una condición

CUADRO 4.1

Centroamérica: indicadores sociales. Varios años

País	Proporción de la población bajo la línea de pobreza total (porcentaje)				Proporción de personas subnutridas en la población total (porcentaje)		Población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua potable				Población con acceso a servicios de saneamiento mejorados			
	Circa 2000		Circa 2006		1995- 1997	2002- 2004	Porcentaje de la población total		Porcentaje de la población rural		Porcentaje de la población total		Porcentaje de la población rural	
							2000	2004	2000	2004	2000	2004	2000	2004
Belice			33,5	2002	6	4	90	91	82	82	47	47	25	25
Costa Rica	22,9	2001	16,7	2007	5	5	97	97	92	92	92	92	97	97
El Salvador	45,5	2000	32,3	2006	14	11	80	84	63	70	61	62	39	39
Guatemala	56,0	2000	51,0	2006	21	22	91	95	86	92	78	86	72	82
Honduras	71,0	2002	67,8	2006	21	23	87	87	81	81	65	69	49	54
Nicaragua	45,8	2001	48,3	2005	33	27	76	79	59	63	46	47	32	34
Panamá	40,5	2000	36,8	2003	24	23	90	90	79	79	72	73	51	51

Fuentes: Pobreza: diversas encuestas de hogares y de nivel de vida, según los años anotados para cada país. Nutrición: FAO, 2008. Acceso a servicios básicos: Cepal, 2008.

más desfavorable en las zonas rurales. Utilizando los porcentajes que se muestran en el cuadro 4.1, se estima que en el 2008 cerca de 4,5 millones de habitantes de la región viven sin acceso a agua potable (10,8% de la población total), mientras que 11,4 millones (27,1% de la población total) carecen de acceso a servicios de saneamiento mejorados, lo que representa un desafío importante para mejorar la cobertura universal en servicios básicos.

En cuanto a las condiciones nutricionales en los países del istmo, un estudio de la Cepal (2007) reporta que la desnutrición infantil global (bajo peso para la edad) representa todavía un grave problema de salud y es un factor condicionante de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. Guatemala y Honduras muestran las mayores proporciones de niños desnutridos, El Salvador y Nicaragua están en un segundo rango y Costa Rica y Panamá presentan los niveles más bajos (Cepal, 2007).

La situación general en desarrollo humano sería más negativa si no se hubiesen logrado importantes avances en salud. De hecho, la posición que

obtienen los países en el indicador resumen de las condiciones de salud es inferior a la del índice general, pero mejor que su ubicación según el ingreso per cápita, lo que revela que las condiciones de salud de la población inciden de modo significativo en el *ranking* general del IDH, corrigiendo, pero sin llegar a compensar, los rezagos en materia de ingreso. Su influencia incluso es mayor que la que consiguen las mejoras en educación (cuadro 4.2).

Al comparar la posición relativa de los países en cada componente del IDH, la que alcanzan por el indicador de salud (esperanza de vida al nacer) es la mejor en todos los casos, con excepción de Honduras. Para este país, el indicador de esperanza de vida se ubica en peor posición que los indicadores de educación, en los que de todos modos los puntajes obtenidos se encuentran entre los últimos de la región.

Transiciones demográficas impactan las condiciones de salud

Entre 1980 y 2008 la población centroamericana prácticamente se duplicó y ha llegado a 41 millones de personas. Guatemala cuenta con 13 millones de

habitantes, seguido por Honduras y El Salvador que rondan los 7 millones, Nicaragua con 5 millones, Costa Rica con poco más de 4 millones, Panamá con cerca de 3 millones y Belice, con el menor número, alcanza los 300.000 habitantes.

Las proyecciones de Celade indican que durante la primera década del siglo XXI Centroamérica tendrá una nueva disminución en la tasa de crecimiento de su población, aunque en promedio se mantendrá por encima de la media para América Latina, la cual se estima que pasará de 2,61 a 2,52 anual por cada mil habitantes (cuadro 4.3). Los datos estimados para el segundo quinquenio de la presente década muestran a Nicaragua con la menor tasa, 2,61%; le siguen Costa Rica, El Salvador y Panamá con valores cercanos a 3,2%, y para Belice, Guatemala y Honduras las tasas están por encima del 4% anual.

Asimismo, durante el período 2005-2010 la fecundidad sufrirá variaciones. La tasa promedio estimada en América Latina bajará de 2,57 a 2,43 entre la primera y la segunda mitad de la década. En la región centroamericana solo Costa Rica tiene una tasa

CUADRO 4.2

Centroamérica: índice de desarrollo humano, según país. 2007

	Índice de desarrollo humano		Esperanza de vida al nacer		Tasa de alfabetización adulta		Matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria		PIB per cápita	
	Posición	Valor	Posición	Años	Posición	Porcentaje de 15 años y más	Posición	Porcentaje	Posición	PPP dólares
Belice	80	0,778	40	75,9	95	75,1	52	81,8	81	7,109
Costa Rica	48	0,846	24	78,5	37	94,9	90	73,0	61	10,180
El Salvador	103	0,735	86	71,3	89	80,6	100	70,4	100	5,255
Guatemala	118	0,689	99	69,7	105	69,1	111	67,3	107	4,568
Honduras	115	0,700	103	69,4	90	80,0	95	71,2	118	3,430
Nicaragua	110	0,710	77	71,9	93	76,7	99	70,6	116	3,674
Panamá	62	0,812	47	75,1	49	91,9	58	79,5	77	7,605

Fuente: PNUD, 2007 y 2008.

menor que ese promedio. En Guatemala y Honduras la fecundidad todavía sobrepasa los tres hijos por mujer (cuadro 4.3). Cabe destacar que, en el caso de Costa Rica, los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos reportan que desde el año 2001 este país no supera la tasa de reemplazo, es decir, la fecundidad es menor de dos hijos por mujer (Proyecto Estado de la Nación, 2001).

En 1980 El Salvador era el país con la mayor densidad de población en el istmo: 218 habitantes por kilómetro cuadrado, y Belice mostraba la menor densidad, con 6 habitantes por kilómetro cuadrado. Veintiocho años después se mantiene un patrón similar, solo que la densidad se ha duplicado en todos los países, excepto en El Salvador, donde el incremento fue del 53%; este valor se considera alto dado lo pequeño de su territorio y el alto nivel que ya tenía esta nación al inicio de los años ochenta.

Una vida más larga

La población centroamericana ha incrementado su esperanza de vida al nacer. Belice, Costa Rica y Panamá superan el promedio general de América Latina, que aumentó de 71,9 años a inicios del primer quinquenio del siglo a 73,1 para el período 2005-2010. Estos tres países sobrepasan los 75 años como promedio para ambos sexos. En

CUADRO 4.3

Centroamérica: indicadores demográficos

2000-2005 Y 2005-2010

País	Tasa anual de crecimiento de la población (por mil)		Tasa de fecundidad (hijos por mujer)		Esperanza de vida al nacer, ambos sexos (años)	
	2000-2005	2005-2010	2000-2005	2005-2010	2000-2005	2005-2010
Belice	4,77	4,13	3,35	2,94	75,6	76,1
Costa Rica	3,85	3,31	2,28	2,10	78,1	78,8
El Salvador	3,64	3,24	2,88	2,68	70,6	71,8
Guatemala	4,94	4,92	4,60	4,15	68,9	70,2
Honduras	4,04	3,98	3,72	3,31	71,0	72,1
Nicaragua	2,66	2,61	3,00	2,76	70,8	72,9
Panamá	3,63	3,20	2,70	2,56	74,7	75,6
América Latina	2,61	2,52	2,57	2,43	71,9	73,1

Fuente: Cepal, 2007.

todas las naciones del área se mantiene la diferencia entre sexos a favor de las mujeres. Esto se explica en parte por el fenómeno de transición demográfica antes mencionado, y las diferencias en los perfiles de morbilidad entre hombres y mujeres.

La mortalidad infantil ha decrecido, aunque se mantienen las brechas de equidad

Tal como se ha reportado en las dos ediciones anteriores de este Informe, la mortalidad infantil ha mantenido una tendencia de disminución constante, aunque con períodos de mayor o menor

variación en su tasa de decrecimiento. En el 2007 la tasa para la región en su conjunto rondó los 23 por mil nacidos vivos, valor muy similar al promedio latinoamericano estimado por Cepal para el quinquenio 2005-2010 (24). Los países se distribuyen en tres grupos: por debajo del promedio regional se ubican Costa Rica y Panamá; por encima de éste, Guatemala, y con valores similares a la media Belice, El Salvador, Honduras y Nicaragua (gráfico 4.1).

En los inicios de la vida, las principales causas de muerte son las propias del período perinatal, entre las que destacan la asfixia del recién nacido, el bajo peso al nacer, el trauma del parto y la sepsis del recién nacido. Muchos de estos padecimientos pueden detectarse a tiempo mediante un adecuado control prenatal y tomando las previsiones necesarias para disminuir el riesgo de muerte. Las enfermedades infecciosas, sobre todo la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda, son las principales causas de muerte luego del primer mes de vida y están usualmente determinadas por pobres condiciones higiénicas.

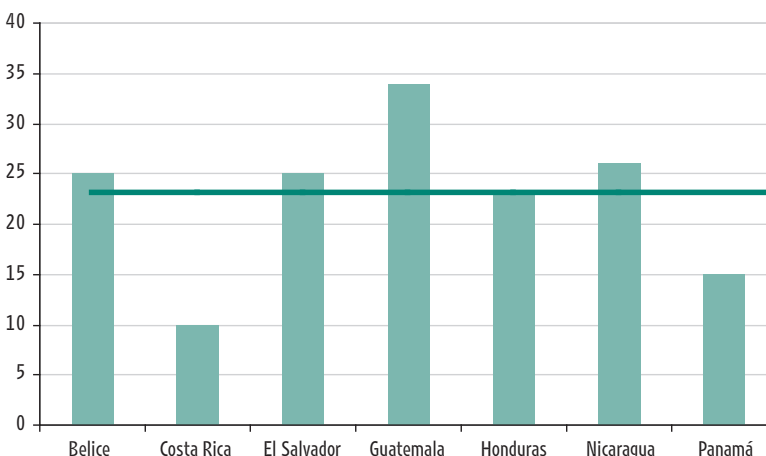
La región marcha hacia el envejecimiento de su población

En todos los países del área ha decrecido la proporción de habitantes menores de 20 años. Entre 1980 y 2006, para la totalidad de la región se observa que las personas menores de 20 años pasaron de representar el 56% de la población al 47%, en tanto que las personas de entre 20 y 59 años pasaron del 39% al 46% y las mayores de 60 años de 4,9% a 6,5%. Ahora bien, esto ocurrió más aceleradamente en Costa Rica y Panamá, y en menor proporción en Guatemala, que es el país que vive de forma más lenta el proceso de transición demográfica. En Panamá y Costa Rica se estima que la población mayor de 60 años asciende al 8%, en El Salvador a 7,6% y en los demás países a valores que oscilan entre 5% y 6%.

El proceso de envejecimiento es un hecho que se comprueba al observar el cambio en la estructura por edades de la población, en la que adquieren un

GRÁFICO 4.1

Centroamérica: tasa de mortalidad infantil. 2007 (POR MIL NACIDOS VIVOS)



Fuente: Rayo, 2007.

peso creciente los grupos de más edad, a la vez que aumenta la esperanza de vida y disminuyen la fecundidad y la mortalidad. En la transición hacia el envejecimiento hay un período en el que el grupo de menores de 15 años se reduce y el de mayores de 64 años aún no ha crecido de manera sustancial, por lo que la razón de dependencia demográfica permanece baja. A esta situación, en la que los países cuentan con una mayor proporción relativa de población en edad de trabajar, se le denomina “bono demográfico”.

Las posibilidades de aprovechar el “bono demográfico” dependen vitalmente de las capacidades humanas básicas que haya logrado acumular la población, es decir, de sus condiciones de educación y salud, las cuales determinarán en buena medida, las oportunidades laborales a las que puedan tener acceso para generar ingresos dignos y crecientes. Los Estados tienen también la posibilidad de aprovechar esta coyuntura para realizar inversiones productivas y sociales anticipadas de cara a un incremento futuro de la población adulta mayor, cuyas demandas de salud y pensiones serán más onerosas.

Las sociedades centroamericanas se encuentran en diferentes estadios de la transición demográfica, que se reflejan

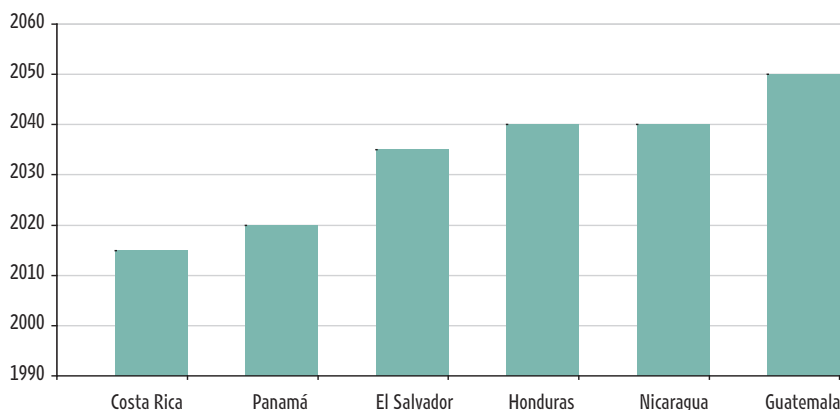
en el año en que se presume finalizará el beneficio del “bono” para cada país. Los primeros en conducir ese proceso serán Costa Rica y Panamá, en menos de quince años. Los demás países aún gozarán de esta situación especial por los próximos treinta a cuarenta años (gráfico 4.2).

Un importante reto para el futuro será lograr que la protección social se adapte a la estructura cambiante de la población y del mercado laboral. El principal problema al que se enfrentan los sistemas de protección social es la baja cobertura en términos de personas y tipos de riesgos cubiertos, así como la calidad misma de la protección. El momento de crisis potencial, que deberán prever los países, ocurrirá cuando en los próximos años se eleve la proporción de población mayor de 60 años y decrezca la menor de 15.

Cabe mencionar que, aunque según la Cepal (2004), Costa Rica y El Salvador se encuentran en un proceso de “envejecimiento moderado”, pues tienen un porcentaje reducido de personas mayores de 60 años (entre 6% y 8%), ese grupo de personas superará el 20% de la población en el 2050. Por su parte, Guatemala, Honduras y Nicaragua pertenecen al grupo de países que cuentan con un “envejecimiento incipiente”, lo que significa que en este momento ese grupo etario representa entre 5% y 7%

GRÁFICO 4.2

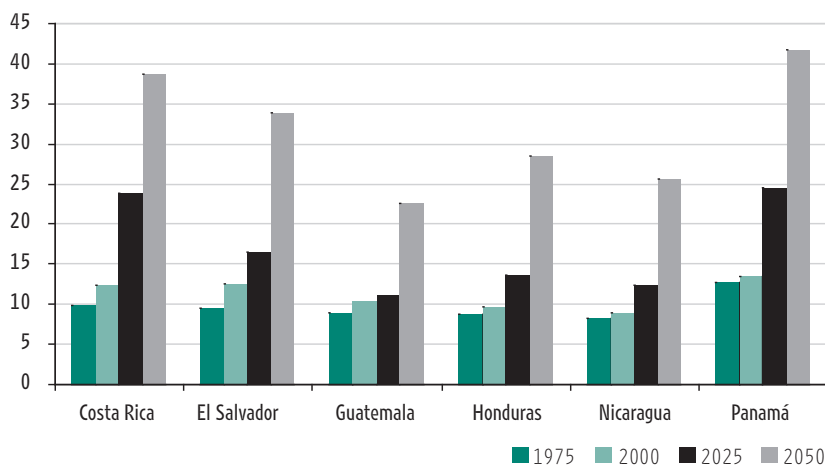
Centroamérica: año en que termina el "bono demográfico", según país. 1990-2060



Fuente: Elaborado por Icefi con información de Cepal, 2005.

GRÁFICO 4.3

Centroamérica: índice de dependencia demográfica^{a/} 1975-2050
(PORCENTAJE)



a/ El índice de dependencia relaciona la población de 60 años y más, y la menor de 15 años, con respecto a la población comprendida entre los 15 y los 59 años de edad.

Fuente: Cepal, 2004.

y en el 2050 alcanzará entre 15% y 18% (OIT, 2005). Cabe la posibilidad de que en los próximos años se acelere el proceso de transición demográfica si ocurren mayores reducciones en la fecundidad. Esto es muy probable debido a la creciente incorporación de las mujeres en la fuerza laboral de los países.

Otra consecuencia del proceso de

transición demográfica es que la edad media de la población se elevará. Esa evolución está pronosticada para todos los países de la región. Para el año 2005, la mediana de la edad de la población se habrá incrementado en 7,7 años en Costa Rica, 7,0 en Panamá, 8,2 en El Salvador, 9,3 en Guatemala, 9,5 en Nicaragua y 8,9 en Honduras.

Hacia futuro ello implicará que un grupo creciente de personas en edad de jubilarse dependerá de una menor porción de población joven que trabaja. La planificación de los sistemas de pensiones ha de tener en cuenta estos temas en la definición de sus políticas.

Un adecuado sistema de pensiones es aquel que mantiene un equilibrio entre cobertura, suficiencia y sostenibilidad. Su propósito último es garantizar un nivel de vida digno al adulto mayor y evitar la pobreza durante la vejez.

Según cifras del Banco Mundial (2006), en el año 2000 la cobertura de los sistemas de pensiones en relación con la PEA oscilaba entre un 19% para Nicaragua y Guatemala y un 62% para Costa Rica; El Salvador estaba en una posición intermedia, con un 30%. Si se considera solo la población asalariada, estos porcentajes se elevan a 40% y 45% para Guatemala y Nicaragua, 58% para El Salvador y 78% para Costa Rica. La mayoría de los asegurados pertenece a los sectores secundario y terciario de la economía, salvo en el caso de Costa Rica, donde un 38% proviene del sector agrícola. Predominan los trabajadores del sector público en una relación de más del doble con respecto al sector privado: el 78% en Nicaragua, el 76% en Guatemala, el 92% en El Salvador y el 98% en Costa Rica. En cuanto a la afiliación según sexo, en Nicaragua y Costa Rica predominan las mujeres, mientras en Guatemala sucede lo contrario y en El Salvador la proporción es similar. En todos los países hay una mayor afiliación conforme se incrementa el nivel de ingreso.

Los grandes problemas encontrados en los sistemas de pensiones del istmo son el bajo nivel de aseguramiento, la baja calidad del empleo y la disminución en la afiliación de los trabajadores independientes y la población pobre, lo que genera gran incertidumbre en torno a la sostenibilidad futura de estos regímenes.

Cabe aclarar que las tendencias anotadas no se presentan de manera uniforme en toda la región; algunas zonas y grupos se mantienen al margen de los sistemas de pensiones y, en general, de la seguridad social, con rezagos importantes en sus condiciones de salud.

Determinantes sociales de la salud explican brechas dentro y entre los países en el perfil de morbi-mortalidad

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las características de las condiciones sociales que influyen en la salud y las vías particulares por medio de las cuales esas condiciones se manifiestan (Krieger, 2001). Teniendo en cuenta este enfoque, en este apartado se analiza la mortalidad de distintos grupos de edad y diferentes estratos socioeconómicos, y se hace un acercamiento a enfermedades que representan una importante carga en la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en la región.

En las anteriores ediciones de este Informe (1999 y 2003) se ha planteado una serie de consideraciones relacionadas con determinantes sociales de la salud. Estas son: i) las desventajas de los pueblos indígenas, expresadas en niveles altos de mortalidad y morbilidad por enfermedades prevenibles, ii) las inequidades en el acceso a servicios de salud, iii) la persistencia de la pobreza pese a ciertos avances en las condiciones de vida y iv) el desafío de la multiculturalidad. Además, en Centroamérica y América Latina se han realizado esfuerzos como la participación en la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud y en la Red Interamericana de Formación en Determinantes Sociales de la Salud; el reconocimiento, en la *Agenda de Salud de las Américas 2008-2017*, del importante papel que juegan los determinantes sociales de la salud en la construcción de políticas públicas; la confección de mapas temáticos relacionados con la ubicación de grupos de mayor riesgo respecto a la prevalencia de retardo en talla por parte de la Unidad de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, y la elaboración de capítulos para el informe *Salud de las Américas*, de la OPS. Aunque estas iniciativas, en conjunto con el análisis efectuado para este Informe, constituyen elementos iniciales para el estudio de los determinantes sociales de la salud, a la

vez evidencian la necesidad de mayor investigación sobre el tema.

Coexisten diversas causas de mortalidad en cada ciclo de vida

Al analizar el comportamiento de la mortalidad según el ciclo de vida, queda claro que en la región coexisten enfermedades infecciosas, nutricionales y derivadas del embarazo, con los padecimientos crónicos y degenerativos y las causas externas. También puede afirmarse que existen determinantes sociales de la salud que son comunes a la niñez, la adolescencia y la vida adulta (OPS, 2007). Sin embargo, la posibilidad de un análisis exhaustivo está limitada por el serio problema de subregistro de causas de muerte, que es especialmente grave en Honduras y Nicaragua. Para Honduras la OPS estima un subregistro de la mortalidad promedio de un 37%, con una variación departamental de entre 15% y 85%. Asimismo, para Nicaragua la subestimación promedio de la mortalidad se estima en un 50%.

El patrón de mortalidad es heterogéneo y coincide con el grado de predominio de los diversos determinantes sociales de la salud. Si bien la enfermedad diarreica y la infección respiratoria aguda son causa de mortalidad infantil en toda la región, tienen un peso distinto en cada país, según su nivel de pobreza y la proporción de población en riesgo. Por ejemplo, en Costa Rica, aunque todavía son causas de muerte, no son de las más importantes, y se presentan en los grupos de población pobre, que también son los más vulnerables a la mortalidad infantil.

Las causas de muerte en los niños menores de 5 años son las que se originan en el período perinatal, es decir, corresponden a fallecimientos en las primeras semanas de vida. Estas enfermedades son, principalmente, el trauma del parto, la asfixia perinatal, las derivadas de la inmadurez fetal y la sepsis. También se registran como causas importantes las malformaciones congénitas, sobre todo en Costa Rica y en Panamá, y las causas externas, en especial accidentes en el hogar; en

Panamá se adicionan las agresiones y la violencia.

Para el grupo de entre 5 y 9 años de edad las principales razones de fallecimiento son las causas externas, mayoritariamente los accidentes de tránsito, pero también son importantes las infecciones respiratorias, las neoplasias y las malformaciones congénitas. En Guatemala la desnutrición es una causa que subyace a las muertes de niños en este grupo de edad.

En Centroamérica los adolescentes fallecen principalmente por causas externas: accidentes de tránsito, violencia, heridas por armas de fuego y suicidios; estos últimos ocurren de manera particular en Panamá. Otras patologías causantes de mortalidad son las neoplasias, las infecciones y las enfermedades del sistema nervioso.

Como causas de la mortalidad adulta (cuadro 4.4) en todos los países predominan las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y, como enfermedad infectocontagiosa cobra relevancia el VIH-sida. En Guatemala también son importantes padecimientos como la cirrosis relacionada con la ingesta de alcohol y el uso de sustancias psicoactivas.

En el caso de los adultos mayores el patrón es bastante similar en todo el istmo. Las principales causas son las enfermedades del sistema circulatorio, la diabetes y las neoplasias. Las enfermedades infecciosas, en especial las respiratorias, reaparecen como causa importante de fallecimiento en la fase final del ciclo de vida. La desnutrición es una de las causas de muerte en Guatemala, en un contexto en el que el 6% de los adultos mayores viven solos, y únicamente el 12% recibe una pensión.

Determinantes sociales de la salud en niños menores de 5 años

En el marco de la preparación de este Informe se contrató una investigación específica para explorar, cuantitativamente, los determinantes sociales de la salud en Centroamérica. Ya que existe un notable vacío de información sistemática y confiable sobre este tema en todos los países, el análisis se

CUADRO 4.4

Centroamérica: algunos rasgos de la mortalidad en la población adulta

País	Situación de la mortalidad adulta por grupos de edad
Belice	Grupo de 20 a 59 años (42% de la población): - Las personas de este grupo de edad representaron el 35% de las muertes en 2005. - En 2003-2004, la primera causa de muerte correspondió a causas externas (accidentes de tránsito primordialmente). - En 2005, la primera causa de muerte fue el VIH-sida. Grupo de 60 años o más (4,2% de la población en 2005): - En 2005, en este grupo de edad, las enfermedades del aparato circulatorio dieron origen al 43% del total de muertes. - En 2005 las primeras causas de muerte correspondieron a hipertensión, diabetes mellitus y la enfermedad isquémica del corazón.
Costa Rica	Grupo de 20 a 59 años (54% de la población): - En 2006, las muertes en este grupo de edad representan el 29% del total. - De acuerdo con datos de INEC y el Ministerio de Salud para el año 2005, un 5% de las muertes en este grupo de edad se debió a infarto agudo al miocardio, un 4% a lesiones en accidentes de tránsito y un 3% a tumores malignos de estómago. - Según datos del Registro Nacional de Tumores, en el 2003 se reportaron 1.642 casos de cáncer de estómago. De este total, un 41% correspondió a la provincia de San José y solo un 4% a la provincia de Limón. Grupo de 60 años o más (9,4% de la población): - Las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares (aproximadamente el 40%) y los neoplasmas (20%-25%).
El Salvador	Grupo de 20 a 59 años (48% de la población): - En el año 2004, las muertes reportadas correspondieron a causas externas (36,2%), neoplasmas malignos (10,1%) y enfermedades del aparato circulatorio (8,6%). - El 89% de las muertes de hombres de este grupo correspondió a causas externas, entre las cuales figuran los homicidios y los accidentes de tránsito, así como las heridas autoprovocadas. - Los tipos más frecuentes de neoplasmas malignos (1.065 casos) son el de estómago (12,2%) y el de cérvix (11,6%). - Entre las enfermedades del aparato circulatorio que afectaron a este grupo, la enfermedad isquémica del corazón fue la más importante (más de un tercio de los casos). Grupo de 60 años o más (8,1% de la población): - En el año 2005 este grupo aportó el 55% del total de muertes registradas en el país. - Los tipos más comunes de neoplasmas malignos durante el 2005 fueron el de estómago (17%) y el de próstata (8%). - De acuerdo con el Reporte Epidemiológico del Ministerio de Salud Pública, en 2005, las tres principales causas de muerte correspondieron a infecciones respiratorias (60,1%), hipertensión arterial (9,3%) y diabetes mellitus (3,6%).
Guatemala	Grupo de 20 a 59 años (43% de la población): - Los índices de mortalidad materna disminuyeron en un 30% durante el período 1989-2000. Los valores más altos se presentan en los departamentos de Alta Verapaz, Sololá y Huehuetenango. - De todas las muertes maternas, el 67% corresponde a mujeres sin educación formal. - Datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social señalan que, en 2003, el cáncer cervicouterino fue la principal causa de muerte entre mujeres en edad fértil. - Según reportes del Instituto Nacional de Estadística, en 2004 las principales causas de muerte en hombres de este grupo de edad fueron homicidios, cirrosis, influenza, neumonía y VIH-sida. Grupo de 60 años o más (6,3% de la población): - Las principales causas de muerte en hombres mayores de 65 años corresponden a influenza y neumonía, enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón. - Las principales causas de muerte en mujeres corresponden a influenza y neumonía, diabetes mellitus y complicaciones cardíacas.
Honduras	Grupo de 20 a 59 años - Estimaciones basadas en datos de Cepal y Celade indican que a este grupo poblacional corresponde aproximadamente el 45% de las muertes en el país. - De acuerdo con información del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, entre 2004 y 2005 la mayoría de las muertes en el grupo de 19 a 35 años ocurrió en mujeres sin educación formal y primordialmente durante el parto y el puerperio.
Nicaragua	Grupo de 20 a 59 años (49% de la población): - Según datos del Ministerio de Salud, entre 1992 y 2005 la mortalidad materna registró valores fluctuantes y alcanzó sus mayores niveles en 1996, 1997 y 1999. - Aunque la mortalidad materna ha disminuido en el país, las tasas se ha mantenido altas en las regiones autónomas del Atlántico Norte y Sur, en las cuales el acceso a servicios de salud es limitado, los niveles de educación bajos y los porcentajes de pobreza altos.
Panamá	Grupo de 20 a 59 años (52% de la población): - En el año 2004, las muertes de este grupo correspondieron a un 25% del total. - Las principales causas de muerte correspondieron a causas externas, tumores malignos, VIH-sida y enfermedad isquémica del corazón. Grupo de 60 años o más (10% de la población total): - De acuerdo con datos de la Dirección de Estadística y Censos para el 2005, las principales causas de muerte en este grupo son los tumores malignos, la diabetes mellitus y la enfermedad isquémica del corazón.

Fuentes: OPS, 2007.

restringió a los determinantes sociales de dos padecimientos en niños menores de 5 años: enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda. El ejercicio se realizó en cuatro países: Nicaragua, Honduras, Guatemala y El Salvador. El objetivo del estudio fue explorar en qué medida las condiciones socioeconómicas de las personas y los hogares contribuyen a explicar los perfiles de morbilidad (Rayo, 2008).

A partir de encuestas de demografía y salud, y encuestas de medición del nivel de vida, aplicadas en estos países entre los años 2001 y 2006, se construyeron agrupaciones poblacionales con el fin de explicar la relación entre determinantes sociales y resultados de salud por medio de la aplicación de modelos de regresión logística y análisis bivariado. Las encuestas estuvieron dirigidas a identificar problemas de salud tanto de mujeres en edad fértil, como de niños y niñas. Además de medir las condiciones de vida de los hogares. Los períodos de referencia y la especificidad de las preguntas difieren de acuerdo con la estrategia de muestreo de cada encuesta y las probabilidades de captar suficientes eventos. Pese a estas y otras diferencias, se logró el propósito de comparar hogares en los que ocurre o no ocurre un evento adverso, definido para este estudio como “la identificación de una persona menor de 5 años que en el período de referencia de la encuesta fue diagnosticado con una enfermedad diarreica aguda (EDA) o con una infección respiratoria aguda (IRA)” (Rayo, 2008).

En relación con el grado en que las condiciones socioeconómicas de personas u hogares contribuyen a explicar los perfiles de morbilidad, en todos los países estudiados las características del niño, la madre, el hogar y la comunidad tienen una influencia decisiva. En efecto, las particularidades del hogar y la vivienda determinan el ambiente en el que el niño se desarrolla y la velocidad o facilidad con que éste se ve expuesto a agentes patógenos. Pudo comprobarse además que, en comparación con niños pertenecientes a hogares pobres y cuyas madres no tenían educación, los niños de hogares en quintiles supe-

riores de ingreso cuyas madres tenían niveles altos de educación presentaban mejores resultados de salud, observados a través de medidas de prevalencia de las enfermedades estudiadas, EDA e IRA.

Por otro lado, la pertenencia a grupos indígenas es un factor determinante de los resultados de salud observados en Guatemala, Honduras y Nicaragua. Las mayores prevalencias de EDA e IRA se observan en esta población. También se constató que, para los cuatro países, la comparación entre los niños que residen en los departamentos donde se sitúan las ciudades capitales, y los que residen en departamentos predominantemente rurales o con considerables poblaciones indígenas (la región norte y sur-occidental de Guatemala, el departamento de Copán en Honduras y la Región Autónoma del Atlántico Norte en Nicaragua) presentan un mayor riesgo de padecer las enfermedades mencionadas.

La edad del niño sobresale como factor protector contra resultados adversos de salud. En el caso de las EDA, cada año de edad se traduce en una disminución en la prevalencia de diarrea que oscila entre 8% y 20% (Rayo, 2008).

Los problemas para trasladarse a centros de salud incrementan las probabilidades de que personas menores de 5 años hayan padecido una EDA o una IRA. Lo mismo sucede con condiciones de infraestructura como la falta de tratamiento del agua y la ubicación de viviendas en zonas de riesgo.

Analizando la situación por países, en Nicaragua se identificó que los niños menores de 5 años que residen en hogares clasificados en el primer quintil de ingreso y cuyas madres no tienen ninguna educación presentan desventajas en salud. La prevalencia de diarrea en este grupo es entre un 6% y un 9% mayor que la observada en niños de hogares clasificados en el quinto quintil de ingreso y cuyas madres tienen educación superior. Mientras alrededor de un 13% de los niños del primer grupo reside en Jinotega y en la Región Autónoma del Atlántico Norte, solamente un 0,5% de este mismo segmento reside en Managua.

En Honduras, los niños y niñas cuyas madres no tienen educación o cuentan con estudios de primaria, y que a la vez viven en hogares clasificados en el primer quintil de ingreso, presentan niveles de prevalencia de diarrea que sobrepasan -por aproximadamente ocho puntos porcentuales- los niveles de prevalencia de grupos con mejores condiciones socioeconómicas. Más del 95% de los hogares de este segmento se ubica en zonas rurales, sobre todo en los departamentos de Copán, Intibucá, La Paz y Lempira.

En Guatemala, al igual que en Nicaragua, uno de los grupos poblacionales con mayores desventajas es el de los niños y niñas que residen en el área rural y cuyas madres son indígenas. En este grupo, la prevalencia de diarrea en el 2006 era cercana al 37% entre los hombres y al 30% entre las mujeres.

En El Salvador, los niveles de prevalencia de diarrea en niños que pertenecen a hogares con bajo nivel económico y en los que las madres no tienen ninguna educación son superiores -por más de diez puntos porcentuales- a los observados en los estratos socioeconómicos más altos. Dentro de este grupo, el 98% de los hogares se encuentra en áreas rurales y solo en un 16% de ellos el agua para consumo humano ha recibido tratamiento.

En todos los países estudiados el descenso de la probabilidad de morir en la niñez ha sido notable en los últimos años. Sin embargo, este avance no ha sido igual para todos los grupos de población. Por ejemplo, en Guatemala, mientras los hogares pobres experimentaron un descenso del 28% en las probabilidades de muerte antes de los 5 años de edad durante el período 1999-2002, la disminución fue de apenas un 6% en los hogares no pobres. Es claro que el nivel de mortalidad infantil prevaleciente a finales de los noventa, y aun hoy, es muy superior entre los grupos pobres en relación con los no pobres, pero la magnitud de la reducción de la brecha entre ambos constituye un importante logro en materia de equidad. En el caso de los hijos de madres indígenas se observa un rezago, pues en el mismo período sus probabilidades

de morir antes de los 5 años se mantuvieron en niveles por encima de los correspondientes a niños cuyas madres pertenecen a grupos no indígenas.

El esfuerzo de investigación sobre determinantes sociales de la salud, aun siendo exploratorio y parcial (solo un grupo poblacional y solo dos patologías), muestra la importancia de avanzar en esta dirección, no solo para entender mejor la situación de salud de la población, sino para iluminar posibles líneas de acción para las políticas de salud pública.

Determinantes sociales de la salud en los grupos más pobres

El mejoramiento de las condiciones de vida no ha mostrado patrones similares al interior de los países, por lo que se han generado situaciones de inequidad. Hay grupos de población cuya salud está deteriorada debido a que no están recibiendo los beneficios del desarrollo económico y social, y las políticas públicas no son suficientes para compensar esa situación.

Según estimaciones de la ONU, a nivel mundial en el 2005, el grupo de menor ingreso tuvo una mortalidad materna 72 veces superior que la del grupo de mayor ingreso (WHO, 2007).

Identificar cuáles son los grupos más vulnerables, dónde están ubicados y cuáles son sus principales características será un primer paso para impulsar el diseño de políticas que atiendan el riesgo y, por esta vía, mejoren las condiciones de inequidad que padecen estos grupos. Estas políticas han de tener como meta reducir la mortalidad y la discapacidad evitable, mediante la disminución de la exposición a factores de riesgo, además de mitigar la vulnerabilidad de personas en desventaja y la desigualdad producida por la enfermedad, así como prevenir los riesgos socioeconómicos derivados de ellas (OMS, 2005).

La desnutrición produce efectos permanentes que condicionan la inequidad. Una nutrición inadecuada en los primeros años de vida impacta negativamente en el desarrollo de la capacidad intelectual, lo cual alimenta un círculo vicioso de bajo rendimiento escolar-

deserción-baja productividad-pobreza. La Cepal (2007) estima una pérdida de productividad de entre 1,7% y 11,4% del PIB en varios países de América Latina debido a la desnutrición. Asimismo, destaca que entre un 4% y un 14% de la repitencia escolar se explica por la desnutrición.

En el cuadro 4.5 se muestran las disparidades a lo interno de los países destacadas por la OPS en el informe *Salud de las Américas*. La información anotada proviene de distintos estudios y no es exhaustiva.

Inequidades en salud relativas al género

En esta sección se analizará las desigualdades en contra de las mujeres que no tienen sustento en diferencias biológicas, es decir que constituyen lo que la OPS llama “inequidades evitables” (OPS, 2005). No puede considerarse que la mitad de la población de Centroamérica, constituida por mujeres, es un grupo vulnerable, pues constituye una proporción significativa de la población que sufre diversos tipos de discriminación por su condición de género. Algunos de los datos que se reseñan a continuación dan cuenta de cómo, en el caso de las mujeres, factores como el nivel educativo y de ingresos, se conjugan con otras fuentes de discriminación e incrementan sus niveles de vulnerabilidad.

Entre estos problemas se distinguen los riesgos asociados a la salud reproductiva y el acceso a los servicios y recursos para atender sus necesidades. La evidencia disponible permite afirmar que la mujer está en elevado riesgo de padecer violencia intrafamiliar y abandono, trastornos nutricionales que van desde la desnutrición hasta la obesidad y alteraciones en su salud mental (OPS-Unfpa, 2007).

Las jóvenes de la región están en mayor riesgo de embarazo durante la adolescencia. La proporción de mujeres menores de 20 años que han dado a luz es cercana al 20% en Guatemala, Honduras, Nicaragua y Costa Rica (OPS-Unfpa, 2007), cifra elevada si se compara con las de otros países del continente, en especial los desarrollados

como Canadá y Estados Unidos, donde este porcentaje es de 1% y 4%, respectivamente.

En Nicaragua la mortalidad materna por causas prevenibles mediante atención oportuna sobrepasa en más del doble el promedio nacional en los departamentos pobres (Jinotega, la RAAN y la RAAS) (OPS, 2007).

En cuanto a la feminización de la epidemia de VIH-sida, Centroamérica no es la excepción; aunque la mayor parte de los casos corresponden a varones, la proporción de mujeres infectadas ha aumentado y se estima que en el año 2005 era de entre 25% y 28% para los siete países (más adelante se presenta información más detallada). El problema de las enfermedades crónicas también empieza a tener mayor peso entre las mujeres que entre los hombres en algunas naciones del área; ejemplos de ello son la prevalencia de obesidad en la edad adulta y las enfermedades cerebrovasculares (OPS-Unfpa, 2007).

Desde el punto de vista de acceso a los servicios de salud, hay situaciones vinculadas a la atención de la salud de las mujeres que dan pie a inequidades; por ejemplo, en la atención prenatal (más de una consulta) las coberturas oscilan entre 80% y 100%, con excepción de El Salvador, que tiene una cobertura en el sector público del 51%. Por su parte, la atención del parto por personal de salud es de más del 90% en Belice, Costa Rica y Panamá y un poco menor en Nicaragua (80%). En Honduras la cobertura solo alcanza el 67% y en El Salvador y Guatemala, países con la menor cobertura en la región, apenas llega al 44% y el 31%, respectivamente (OPS-Unfpa, 2007).

En el acceso a métodos anticonceptivos el factor educativo en la mujer juega un papel determinante, tal como demuestra el análisis de diversas encuestas que captan las necesidades de planificación familiar no satisfechas. En Guatemala, la proporción de mujeres de 15 a 49 años con educación secundaria o mayor que enfrenta limitaciones en este ámbito es dos veces menor que la de las mujeres con nivel primario, y menos de tres veces, la de las mujeres sin educación.

CUADRO 4.5

Centroamérica: disparidades en la salud de grupos especialmente vulnerables, según país

País	Población indígena	Habitantes rurales	Personas menores de un año
Costa Rica			La tasa de mortalidad infantil en 34 de los 81 cantones es mayor que el promedio nacional y en dos cantones es del doble.
El Salvador	El 61% de la población indígena vive en pobreza y un 38% en pobreza extrema. En Ahuachapán y Sonsonate la mortalidad materna es mayor que el promedio nacional.		
Guatemala	La mortalidad infantil es entre 1,3 y 2 veces mayor que el promedio nacional. La mortalidad es hasta 65% mayor que el promedio nacional. Solo el 16% de las mujeres embarazadas tiene control prenatal, en contraste con el 52% de la población no indígena.	Solo el 40% de las mujeres embarazadas accede a cuatro o más consultas de control prenatal, comparado con el 66% de la zona urbana.	La tasa de mortalidad infantil es un 40% más elevada en la zona rural y un 22% mayor si se trata de zonas indígenas.
Honduras		La tasa de mortalidad infantil es cuatro veces el promedio nacional.	
Nicaragua	Las madres indígenas o afrocaribeñas tienen un riesgo de muerte 2,2 veces mayor que el promedio nacional.	Solo el 51% de las mujeres embarazadas accede a cuatro o más consultas de control prenatal, comparado con el 73% de la zona urbana.	En la región atlántica la tasa de mortalidad perinatal es 1,6 veces mayor que el promedio nacional. Las madres sin educación del primer quintil de ingreso son las más proclives a la muerte del hijo.
Panamá	El 98% de la población indígena vive en condiciones de pobreza y el 90% en pobreza extrema, lo que se expresa en una disminución de la expectativa de vida de 9 años para los hombres y 12 para las mujeres.		Índice de desarrollo un 38% menor que el promedio nacional, lo que implica que la probabilidad de sobrevivir en el primer año de vida es menor para el quintil más pobre, que registra el 32% de las muertes, frente al 12% para el quintil de mayor ingreso.

Fuentes: OPS, 2007 y MEF, 2006.

Para Nicaragua la proporción de insatisfacción es similar para mujeres con educación primaria y secundaria, pero la diferencia entre las que cuentan con educación secundaria y las que no tienen ningún nivel educativo es de casi el doble. En el caso de Honduras, con una proporción mucho menor que los dos países anteriores, las diferencias de necesidades insatisfechas entre los grupos con mayor y menor educación es del 30%, a favor de las mujeres más educadas (OPS-Unfpa, 2007).

El tema de la violencia intrafamiliar está emergiendo como un problema de salud pública. Las naciones del área están divulgando información, promoviendo y aprobando legislación para atender la situación crítica que se presenta en este ámbito. Los registros acerca de casos de violencia son todavía parciales y, en muchas ocasiones, provienen de los establecimientos de salud, donde solo se atienden las agresiones severas; además hay un gran temor a realizar denuncias.

Enfermedades emergentes: nuevos retos para las políticas públicas
A continuación se describe el panorama de enfermedades que van tomando mayor relevancia como causas de discapacidad y muerte prematura, y que tienen un enorme impacto económico, tanto en el sistema de salud, como en la sociedad en general. Estas son el dengue, el VIH-sida, los accidentes de tránsito y las enfermedades mentales.

Dengue: sin control a pesar de los esfuerzos

En el 2002 se reportaron alrededor de 73.000 casos de dengue en la región centroamericana (PNUD, 2003), y aunque en el 2003 el número de casos bajó a 55.943 (OPS, 2004), para el 2007 la cifra había ascendido a 83.167 casos, de los cuales 4.773 fueron de dengue hemorrágico, con una letalidad de 40 casos (OPS, 2008) (cuadro 4.6). Las tasas de incidencia son muy variables y las más elevadas son las de Honduras y El Salvador. Debe aclararse que si bien Costa Rica tiene la incidencia más alta, ello se debe a que la tasa ha sido calculada tomando en cuenta solo la población en riesgo. La proporción de casos de dengue hemorrágico es particularmente elevada en Honduras y Nicaragua, donde también es mayor el número de fallecidos por esta causa, al igual que en Costa Rica. Hay que considerar que la mortalidad es en buena medida evitable cuando los casos son valorados en el sistema de salud, razón por la cual la calidad de la atención del dengue debe ser reforzada de manera especial en estos tres países.

El dengue sigue teniendo un fuerte impacto en la población centroamericana, en la economía de los países y en

los sistemas de salud. La manera más eficaz de control es la prevención primaria mediante la eliminación de criaderos del mosquito transmisor, aunque también resulta efectiva de aplicación de métodos de prevención secundaria por cortos períodos. Los programas de la región contemplan varios componentes dirigidos a la prevención de la enfermedad, así como a la atención del paciente, el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y el reporte de casos. La participación de la comunidad es clave para el combate de la epidemia, lo mismo que la adecuación de los programas a las características culturales y sociales de la población y la colaboración de distintos sectores de los ámbitos público y privado.

Un claro ejemplo de la importancia de la interacción con las personas y las comunidades en el combate del dengue es el caso de Costa Rica. A pesar de su patrón cíclico, en este país la epidemia sigue creciendo y las cifras muestran que en realidad no ha existido un control que implique una reducción sostenida. En el año 2005 se registró la mayor incidencia, 37.798 casos, la cifra más alta desde que reemergió la enfermedad en 1993, para una tasa de 87 por 10.000 habitantes (Programa

Estado de la Nación, 2006). Estos datos ubican a Costa Rica como el país con la tasa de incidencia más alta de América Latina, superando por amplio margen a las dos naciones que le siguen: Honduras con 25,6 y El Salvador con 22,2 (PAHO, 2006).

Pese a la amplia cobertura de los servicios de salud y los programas de prevención y control, el incremento acelerado del número de casos hace que en Costa Rica el dengue adquiera características de epidemia, con el agravante que la alta incidencia de la enfermedad implica el riesgo de que las personas contraigan dengue hemorrágico, lo que aumenta el peligro de muerte. Como se observa en el mapa 4.1, el crecimiento registrado en el 2005 significa que una vasta proporción del territorio tiene presencia del mosquito transmisor del virus, lo que ha requerido un cambio de estrategia, pues los riesgos se han extendido por encima de lo que se puede atender de manera inmediata y con actividades de control localizadas (Programa Estado de la Nación, 2006).

VIH-sida: grave epidemia con múltiples implicaciones

La información sobre el VIH-sida es insuficiente, pero es claro que la región pierde anualmente una gran cantidad de personas jóvenes y miles de niños quedan huérfanos a causa de esta enfermedad. Aunque incompletos, los datos de vigilancia disponibles indican que la epidemia en el istmo es creciente. Cuatro de los seis países con mayores tasas de prevalencia en América Latina están en Centroamérica y en tres de ellos las tasas son superiores al 1%. En Honduras vive la tercera parte de la población centroamericana que padece VIH-sida (OMS, 2006).

Vista por área geográfica, la epidemia aún esta concentrada en zonas urbanas, pero también se localiza a lo largo de las grandes rutas de transporte y en ciertas zonas de la costa caribeña. Las relaciones sexuales entre varones y el comercio sexual no son *per se* factores de riesgo, sino que es en estos grupos en los que se da la mayor incidencia de la enfermedad, la cual se transfiere lenta y progresivamente al resto de la

CUADRO 4.6

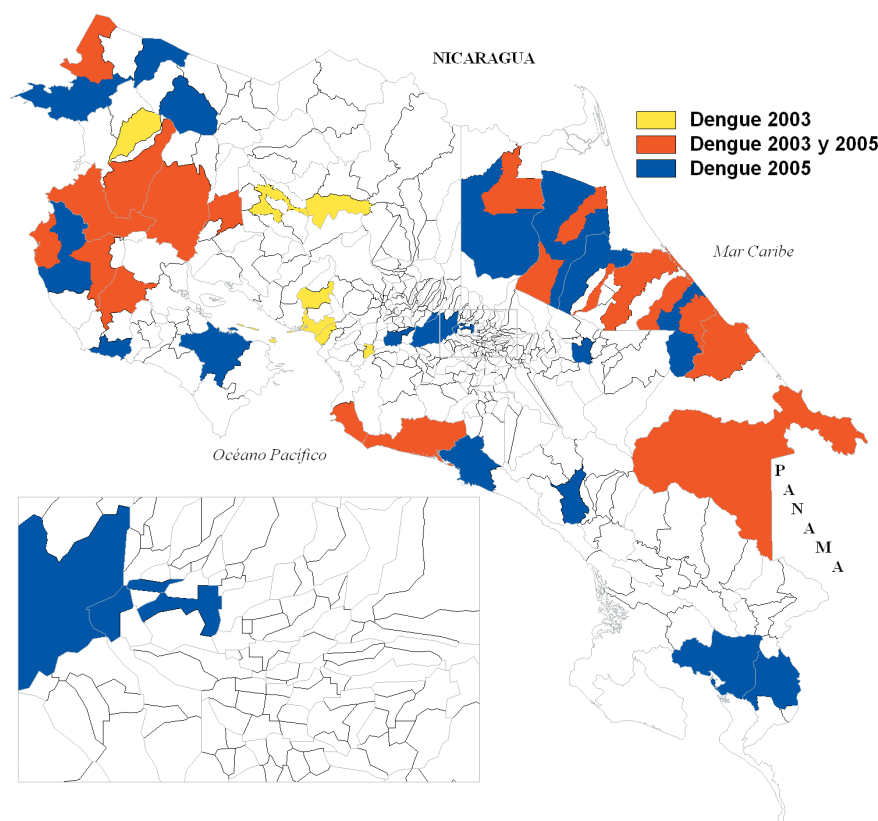
Centroamérica: casuística del dengue. 2007

País	Casos clínicos	Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes)	Serotipos circulantes del virus	Casos de dengue hemorrágico (%)	Muertes por dengue hemorrágico
Belice	40	17,32	DEN 1	0	0
Guatemala	5.886	50,36	DEN 1,2,4	0,36	4
Honduras	33.508	444,58	DEN 1,2,4	12,47	16
El Salvador	12.476	195,03	DEN 1,2	0	0
Nicaragua	1.415	27,17	DEN 1,2,3	10,67	12
Costa Rica	26.440	815,04 ^{a/}	DEN 1,2	1,20	8
Panamá	3.402	117,35	DEN 3	0,09	0
Total	83.167			5,74	40

a/ Incidencia calculada a partir de la población en riesgo.

Fuente: OPS, 2008.

MAPA 4.1

Costa Rica: casos de dengue por distrito. 2003 y 2005

Fuente: Bonilla, 2006 con datos de la CCSS y el CCP-UCR.

población. También se ha detectado alta prevalencia entre la población garífuna y las personas privadas de libertad (OMS, 2006).

En Centroamérica hay cerca de 190.000 personas que viven con el VIH-sida, enfermedad que se encuentra entre las diez principales causas de muerte en Honduras, Guatemala y Panamá (Concasida, 2007). Dos terceras partes de las personas infectadas viven en Honduras (33%) y Guatemala (32%). Aunque la participación de Costa Rica, Nicaragua y Panamá en el total es inferior al 10%, en los dos primeros países el aumento en el número de casos durante el período 2003-2005 fue mayor al crecimiento regional (9%) y el latinoamericano (14%): 24% para Nicaragua y 16% para Costa Rica. Cabe destacar que Guatemala aportó el 37%

del total de personas que, a nivel regional, se estima que adquirieron el virus entre los años 2003 y 2005 (16.400) (cuadro 4.7).

El istmo enfrenta un proceso de feminización de la prevalencia del VIH-sida. Aunque, las mujeres representan entre el 23% y el 28% del total de personas que viven con el virus, su participación muestra un importante crecimiento. Durante el período 2003-2005 el total de casos de mujeres creció un 13% a nivel regional, un 4% más que el aumento para ambos sexos. El mayor incremento se presentó en Nicaragua (31%), lo que sugiere que del total de nuevas personas infectadas en ese país, la mayoría han sido mujeres (cuadro 4.8). Existen indicios de que el aumento en la cantidad de mujeres infectadas puede estar asociado a la transmisión heterosexual del virus por parte de

parejas que también tienen relaciones homosexuales (Onusida, 2006). Esta situación es preocupante por sus implicaciones en la cohesión de las familias y el cuidado de los niños, tradicionalmente asignado a las mujeres.

Los reportes de menores de edad huérfanos por causa del sida van en aumento. Por ejemplo en Nicaragua pasaron de 100 en 1995 a 4.000 en el 2005; en Panamá eran 8.100 en el 2001 y se espera que para el 2010 alcancen los 13.000; en El Salvador la proporción de huérfanos por este motivo dentro del total de menores huérfanos era de 0,6 en 1990 y pasó a 11,1% en el 2005 (Concasida, 2007).

Existe poca información sobre la epidemia del VIH fuera de las ciudades capitales y dentro de grupos indígenas en particular. Citando a varios autores, la OMS reporta que en el caso de los pueblos indígenas de Guatemala, que representan casi la mitad de la población total de ese país, la presencia del virus es generalizada, aunque no necesariamente con niveles más altos que entre la población ladina. Los mayas representan la mayoría de los casos en ocho de los veintidós departamentos guatemaltecos, y se ha detectado el VIH en este grupo en todo el territorio nacional, una preocupación seria dado que los indígenas ya soportan altos niveles de pobreza y mortalidad materna, así como un acceso muy limitado a los servicios de salud (Secretaría Presidencial de Planificación y Programación de Guatemala, 2006, citado en OMS, 2006). Un estudio entre pacientes tuberculosos (las tres cuartas partes de ellos mayas) en Quetzaltenango comprobó que los casos de infección por el VIH se habían triplicado (del 4,2% al 12%) entre 1995 y 2002 (Cohen, 2006, citado en OMS, 2006). En el caso de Honduras la epidemia parece especialmente grave entre la población garífuna. Las investigaciones realizadas en estas comunidades han encontrado prevalencias de entre 8% y 14% (Secretaría de Salud de Honduras, 1998, citado en OMS, 2006). El informe *Situación de la epidemia del SIDA* reporta para el 2006 una reducción en la prevalencia entre los hombres y

CUADRO 4.7

América Latina y Centroamérica: personas que viven con VIH-sida. 2003, 2005

País/Región	2003	2005	Crecimiento 2003-2005
Mundo	36.200.000	38.600.000	7%
América Latina	1.400.000	1.600.000	14%
Centroamérica	175.300	191.700	9%
Costa Rica	6.400	7.400	16%
El Salvador	34.000	36.000	6%
Guatemala	55.000	61.000	11%
Honduras	58.000	63.000	9%
Nicaragua	5.900	7.300	24%
Panamá	16.000	17.000	6%

Fuente: Elaboración propia con base en Onusida, 2006.

CUADRO 4.8

Centroamérica: mujeres que viven con VIH-sida y tasas de crecimiento. 2003-2005

País/Región	Año 2005		Crecimiento 2003-2005	
	Mujeres	Participación en el total	Ambos sexos	Mujeres
Mundo	17.300.000	45%	7%	6%
América Latina	480.000	30%	14%	14%
Centroamérica	49.900	26%	9%	13%
Costa Rica	2.000	27%	16%	18%
El Salvador	9.900	28%	6%	8%
Guatemala	16.000	26%	11%	14%
Honduras	16.000	25%	9%	14%
Nicaragua	1.700	23%	24%	31%
Panamá	4.300	25%	6%	10%

Fuente: Elaboración propia con base en Onusida, 2006.

entre las prostitutas de las principales ciudades (Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba), lo cual podría estar asociado a un mayor uso del preservativo (Onusida-OPS, 2007).

Accidentes de tránsito

En Centroamérica la problemática de los accidentes de tránsito cobra cada vez mayor relevancia como causa de muertes y discapacidad; es también una importante causa de orfandad y la responsable de la pérdida del sostén económico en numerosas familias.

En el conjunto de la región se pierden más avisa (años de vida perdidos ajustados por discapacidad) por accidentes de tránsito que por cardiopatías isquémicas (cuadro 4.9). Los factores que intervienen en estos accidentes son múltiples y entre ellos están la deficiente infraestructura vial, los vehículos en malas condiciones, la carencia de conocimientos y comportamientos inadecuados por parte de los conductores, además del abuso del alcohol al momento de conducir, la falta de controles y la baja calidad de la atención

en los servicios de urgencia. Se ha comprobado que este es un problema sobre todo del género masculino: entre el 75% y el 80% de las defunciones corresponden a hombres, principalmente adultos y jóvenes (OPS, 2007).

Salud mental: un problema de salud que requiere un abordaje integral

A nivel mundial, los padecimientos mentales ocasionan cerca del 25% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (*avisa*), según la estimación de la OMS para el 2002. Esta categoría incluye una gama muy variada de problemas de salud, que van desde los estados depresivos severos, las psicosis y los efectos del abuso de sustancias psicoactivas, hasta los trastornos relacionados con el estrés de la vida diaria, que en muchos casos es un factor presente en situaciones de violencia.

Según la OPS (2007), y de acuerdo con estadísticas de la Caja Costarricense de Seguro Social para el año 2001, una de las primeras causas de atención en la consulta externa en Costa Rica es la "ansiedad", seguida por el alcoholismo y la depresión. Si bien en este país la tasa de suicidios disminuyó a inicios del siglo a 4,7 por 100.000 habitantes, para el 2005 volvió a crecer, hasta llegar a 6,7; los hombres presentan la mayor incidencia, con el 88% de los casos. En Nicaragua destacan los suicidios en jóvenes embarazadas. En toda la región sobresalen como causas de consulta médica la depresión, la ansiedad, el alcoholismo y el abuso de sustancias. Desde una perspectiva latinoamericana, en el año 2000 el suicidio fue la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 19 años y la octava entre los adultos de entre 20 y 59 años. Debido a que este es un problema que se atiende en el ámbito privado, se estima que hay un extenso grupo de personas con trastornos mentales de diferente índole y severidad que no están teniendo acceso a los servicios de salud. Esto conlleva la dificultad de proponer políticas realistas para atender esta problemática. El desafío de los países es establecer líneas de base a partir de la evaluación integral de la salud mental de sus

CUADRO 4.9

Centroamérica: tasas de mortalidad y *avisa*^{a/} por accidentes de tránsito, comparados con enfermedad diarreica y cardiopatía isquémica. 2002. (POR 100.000 HABITANTES)

País	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito estandarizada por edad	Tasa de <i>avisa</i> para accidentes de tránsito	Tasa de <i>avisa</i> para enfermedad diarreica	Tasa de <i>avisa</i> para cardiopatía isquémica
Belice	39,1	1.047	506	476
Guatemala	8,7	281	1.021	220
Honduras	18,9	540	908	520
El Salvador	36,0	854	591	760
Nicaragua	21,4	538	960	384
Costa Rica	19,9	572	141	468
Panamá	15,6	451	327	341

a/ *Avisa* es una medida de años de vida perdidos ajustados por discapacidad, que toma en cuenta el impacto de la mortalidad y la discapacidad; además permite comparaciones entre países.

Fuente: WHO, 2004

poblaciones, mediante una metodología e indicadores estandarizados, con el fin de diseñar planes acordes con la estrategia de atención primaria.

La salud como derecho

El derecho a la salud, según lo establece la Constitución de la OMS, es “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2007). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas complementó esta visión al reconocer la salud como un derecho indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y agrega que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”. Esto incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo, y también supone el desarrollo de un sistema de protección de la salud sustentado en los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (CDESC, 2000).

En esta sección se evalúa el desempeño de los sistemas de protección de

la salud en Centroamérica. Si bien el derecho a la salud engloba todos los aspectos mencionados anteriormente, en este apartado se examina, en primer lugar, el reconocimiento jurídico y el desarrollo de la normativa sobre el derecho a la salud; en segundo lugar se describe la institucionalidad responsable de velar por él, y en tercer lugar se analizan los presupuestos (tanto públicos como privados) asignados para su efectivo cumplimiento.

El derecho a la salud: una realidad desde el punto de vista jurídico

El derecho a la salud está reconocido en una serie de tratados y acuerdos internacionales mediante los cuales los países se comprometen a garantizar la disponibilidad y las condiciones para que las personas alcancen y mantengan un buen estado de salud, así como un adecuado acceso a los servicios. Este derecho no se limita a la atención de la enfermedad, sino que se concibe como un derecho humano necesario para la cohesión social y el desarrollo económico. Es decir, no es un derecho que se ejerce pasivamente cuando se pierde la salud, sino que se entiende como

un componente dinámico, vital para el desarrollo de las personas.

Para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben respetar al ciudadano, proteger al individuo, a la familia y al ambiente, además de hacer esfuerzos para incidir por medio de políticas en los factores determinantes de la salud, como el acceso a agua potable, la disponibilidad de alimentos sanos para una nutrición balanceada, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y un medio ambiente saludable, así como el acceso a educación e información sobre temas relacionados con la salud, incluida la sexual y reproductiva.

Las naciones centroamericanas han suscrito una serie de acuerdos, declaraciones y pactos en los que se reconoce el derecho a la salud y se adquieren compromisos para su protección (cuadro 4.10). Ello constituye un rico marco jurídico internacional para orientar el desarrollo de nueva legislación y el fortalecimiento de las capacidades institucionales para su efectiva vigencia y cumplimiento. Un aspecto relevante en la mayor parte de estos instrumentos es la protección de grupos sociales vulnerables.

Aparte de los compromisos internacionales, todos los Estados del istmo han consignado en sus constituciones políticas y han promulgado legislación específica en la que se reconoce el derecho a la salud de diversas maneras. En Costa Rica la Constitución establece el derecho a un ambiente sano y ambientalmente equilibrado y dispone que es obligación del Estado garantizar, defender y preservar ese derecho (artículo 50). Similares disposiciones existen en Nicaragua y Honduras, donde además, se hacen provisiones sobre el alcance de las competencias del Estado en esta materia. En El Salvador, Guatemala y Panamá el marco constitucional sobre el derecho a la salud es más amplio y detallado. En los dos primeros el reconocimiento de la salud como un bien público es una característica particular.

Instituciones y organización de las funciones en el sistema de salud

Desde una perspectiva amplia, el sistema de salud de un país tiene como función principal proveer las condiciones

CUADRO 4.10

Centroamérica: compromisos legales internacionales en materia de salud

Instrumento	Situación por país	Descripción
Declaración Universal de los Derechos Humanos; artículo 25	Adoptada y proclamada el 10 de diciembre de 1948	Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...). La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo 12.	Ratificación: Costa Rica, 29 de noviembre de 1968; Honduras, 17 de febrero de 1981; El Salvador, 30 de noviembre de 1979. Adhesión: Panamá, 8 de marzo de 1977; Nicaragua, 12 de marzo de 1980; Guatemala, 19 de mayo de 1988	Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad infantil y prenatal, y el sano desarrollo de los niños, b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente, c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre capítulos I y XI	Aprobada el 2 de mayo de 1948	Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.
Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24	Ratificación: Panamá, 10 de diciembre de 1990; Costa Rica, 21 de agosto de 1990; Nicaragua, 5 de octubre de 1990; Honduras, 10 de agosto de 1990; El Salvador, 10 de julio de 1990; Guatemala, 6 de junio de 1990	Se reconoce el derecho de la niñez al disfrute del más alto nivel posible de salud, y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios (... y ...) adoptará las medidas apropiadas para: a) reducir la mortalidad infantil y en la niñez, b) asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud, c) combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente, d) asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres, e) asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos, f) desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5	Ratificación: Costa Rica, 16 de enero de 1967; Guatemala, 18 de enero de 1983; Panamá, 16 de agosto de 1967 Adhesión: El Salvador, 30 de noviembre de 1979; Honduras, 10 de octubre de 2002; Nicaragua, 15 de febrero de 1978	Los Estados Partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley (...). particularmente en el goce de derechos entre los que se encuentran el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

>> CONTINUÁ

CUADRO 4.10

Centroamérica: compromisos legales internacionales en materia de salud

Instrumento	Situación por país	Descripción
Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (Convenio 169 de la OIT), artículos 7, 24 y 25	Ratificación: Costa Rica 2 de abril de 1993; Honduras, 28 de marzo de 1995; Guatemala, 10 de abril de 1996; El Salvador, 18 de noviembre de 1958	Busca mejorar las condiciones de vida y la salud de los pueblos como prioridad en los planes de desarrollo económico. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículos 2 y 12	Ratificación: Costa Rica, 4 de abril de 1986; El Salvador, 19 de agosto de 1981; Guatemala, 12 de agosto de 1982; Honduras, 3 de marzo de 1983; Nicaragua, 27 de agosto de 1981; Panamá, 29 de octubre de 1981	Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer y se comprometen (...) a asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la atención médica (...) inclusive los servicios que se refieren a la planificación de la familia. Los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.
Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA), artículos 2 y 3	Ratificación: Panamá, 24 de enero de 2001; Costa Rica, 12 de agosto de 1999; Nicaragua, 15 de julio de 2002; El Salvador, 15 de enero de 2002; Guatemala, 8 de agosto de 2002	Los Estados Partes deberán trabajar prioritariamente en las siguientes áreas: a) prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles, b) detección temprana, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad.
Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, capítulos II y XII	Aprobada el 18 de septiembre de 1995	Los pueblos indígenas tendrán derecho a usar, mantener, desarrollar y administrar sus propios servicios de salud, así como deberán tener acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones y servicios de salud y atención médica. Los Estados proveerán los medios necesarios para que las poblaciones indígenas logren eliminar las condiciones deficitarias de salud que existan en sus comunidades, según estándares internacionalmente aceptados.
Declaración de Derechos del Retrasado Mental, artículos 1 y 2.	Proclamada el 20 de diciembre de 1971	El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos. El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.
Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida, artículo 52	Aprobada el 27 de junio de 2001	Se establecen medidas de precaución universales en los servicios de atención de la salud a fin de prevenir la transmisión de la infección por el VIH.

Fuente: Icefi, 2008.

necesarias para que las personas puedan llevar una vida sana. En ese sentido, abarca una gran cantidad de instituciones relacionadas con el contexto socioeconómico de los individuos (agua potable, vivienda, trabajo, etc.). El análisis que se presenta en esta sección se limita a las instituciones encargadas de la rectoría, financiamiento, compra, prestación y evaluación de los servicios de salud.

En el cuadro 4.11 se detalla cómo se han organizado los distintos países de la región para el cumplimiento de estas funciones. La rectoría recae siempre en los ministerios de salud, el financiamiento en las instituciones de seguridad social y en los ministerios de salud en lo concierne a la cobertura de la población no afiliada al seguro social. La función de compra es ejercida por los ministerios y la seguridad social, especialmente en la adquisición de servicios dirigidos a poblaciones en extrema pobreza, con excepción de Costa Rica, donde la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) compra servicios a cooperativas y asignan recursos para la contratación de prestadores externos. En Panamá, todavía de modo experimental, se ha puesto en marcha un modelo de compra de servicios en el Hospital San Miguel Arcángel. La prestación de servicios está a cargo de los ministerios de salud, salvo en Costa Rica, donde la CCSS es la responsable de la atención a las personas; paralelamente hay prestadores privados que venden servicios a los compradores públicos y servicios privados a libre demanda de la población. La función de evaluación para la habilitación, certificación o acreditación está en manos de los ministerios de salud.

Iniciativas de reforma del sector salud: contratación de terceros para mejorar la cobertura de la población en extrema pobreza

La reforma de los sistemas de salud de la región ha incluido procesos complejos y de múltiples facetas, que comprenden las diversas funciones del sistema: rectoría, financiamiento, compra, prestación y evaluación.

Un tema común en los programas que tuvieron gran impulso a finales de la década de los noventa e inicios de

la actual es el de la participación de terceros en la provisión de servicios -especialmente en el primer nivel de atención-, ya sea en establecimientos privados u otras modalidades organizativas como cooperativas y organizaciones no gubernamentales. En Costa Rica se ha puesto en marcha una experiencia innovadora con la Universidad de Costa Rica, la cual pertenece al sistema público de educación superior. En general estas iniciativas se plantearon para extender la cobertura de los sistemas públicos, con énfasis en la atención de la población en extrema pobreza localizada en áreas rurales. Sus resultados han dependido de diversos factores, unos asociados a las condiciones de partida, como el nivel de cobertura y el grado de fragmentación de cada sistema, y otros más relacionados con el diseño y la ejecución misma del programa de reforma.

Si bien en cada país hay evaluaciones puntuales del éxito y los desaciertos de estas experiencias, para efectos de este Informe se utilizan dos investigaciones recientes que valoraron el desempeño de iniciativas en varias naciones con una metodología común, es decir, intentan ofrecer una visión regional a partir de estudios de caso (Cepal, 2007; World Bank, 2006). En general ambos trabajos constatan que los programas analizados permitieron mejorar la productividad del sistema y la satisfacción de los usuarios mediante las alianzas público-privadas, pero difícilmente podrían representar alternativas replicables, ya que fueron diseñados para poblaciones muy específicas y hasta la fecha no han logrado extenderse a otros grupos. En cuanto a la gestión de los servicios de salud, las experiencias han mostrado que facilitan la innovación, pero en términos de costos por unidad de atención los resultados son mixtos.

Por la importancia que tiene el tema de la cobertura y el acceso a los servicios, este capítulo se centra en las iniciativas enfocadas en poblaciones en condición de extrema pobreza. En todas las experiencias ha sido fundamental el financiamiento externo, proveniente sobre todo del BID y el Banco Mundial. La mayoría de los programas

se ha focalizado en la prestación de un conjunto básico de servicios que incluyen la atención de los principales problemas de salud, en especial los del área materno-infantil, y la consejería sobre alimentación e higiene básicas.

Los programas de cobertura han sido adaptados a las características particulares de cada uno de los países. Sin embargo se distinguen dos patrones; por un lado destacan Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Panamá, como países en los que se han implementado diversas modalidades de planes de extensión de cobertura dirigidos a población en extrema pobreza.

En Guatemala se utiliza la compra directa de servicios a ONG o bien un modelo de compras externas también en manos de ONG, para la subcontratación de entes no públicos que prestan servicios de salud (Daniel y La Forgia, 2005). En El Salvador, en el marco del programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (Sesyn) un equipo de salud -formado por un promotor y tres profesionales¹- atiende a un conglomerado de 8.000 a 10.000 personas; se ofrecen servicios focalizados a la población infantil menor de 5 años, las embarazadas y las mujeres en edad reproductiva (Bitrán, 2006). En Nicaragua se implementó un programa de apoyo al personal del Ministerio de Salud para reforzar su capacidad resolutoria y diagnóstica a través de la capacitación; además se fomenta la participación de las comunidades en actividades educativas en materia de salud. En Honduras destaca el Programa de Reorganización Institucional y Extensión de Servicios de Salud, que provee servicios de salud a comunidades en extrema pobreza por medio de equipos itinerantes (médico, auxiliares de enfermería y promotores de salud) organizados por ONG. Este programa alcanzó una cobertura de 289.000 personas; sin embargo, luego de su finalización en el 2005 no ha sido asumido por el Ministerio de Salud y solamente se han ofrecido servicios de manera esporádica. También en Honduras se ha buscado ampliar la cobertura de población pobre mediante el financiamiento de proyectos no itinerantes,

CUADRO 4.11

Centroamérica: instituciones y organizaciones del sistema de salud, por funciones

Países	Rectoría	Financiamiento de la atención a las personas en tres niveles de atención, según complejidad	Compra de servicios de salud	Prestación de servicios	Habilitación, certificación y acreditación de prestadores de servicios
Guatemala	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS)	Ministerio de Salud compra a ONG para programas focalizados IGSS compra servicios para sus afiliados	Ministerio de Salud. IGSS ONG prestan servicios a poblaciones en pobreza extrema Proveedores privados	Ministerio de Salud
Honduras	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud. Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	Ministerio de Salud compra a ONG para programas focalizados	Ministerio de Salud IHSS ONG prestan servicios a poblaciones en pobreza extrema Proveedores privados	Ministerio de Salud
El Salvador	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	MSPAS Instituto Salvadoreño de Seguro Social	MSPAS compra servicios a ONG para servicios focalizados	MSPAS Instituto Salvadoreño de Seguro Social ONG prestan servicios a poblaciones en pobreza extrema por medio del programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (Sesyn) Proveedores privados	MSPAS
Nicaragua	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud Instituto Nicaragüense de Seguro Social (INSS)	Ministerio de Salud INSS compra a proveedores privados para servicios a afiliados	Ministerio de Salud Proveedores privados que venden al INSS Proveedores privados	
Costa Rica	Ministerio de Salud	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	CCSS compra servicios a cooperativas, empresas y la Universidad de Costa Rica CCSS asigna recursos a proveedores propios mediante acuerdos de gestión por resultados	CCSS Cooperativas de salud Proveedores privados	Ministerio de Salud
Panamá	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud Caja de Seguro Social (CSS)	Ministerio de Salud CSS y Ministerio de Salud financian Consalud, para la compra de servicios en el Hospital San Miguel Arcángel	Ministerio de Salud CSS ONG prestan servicios a poblaciones en pobreza extrema Proveedores privados	

Fuente: Briceño, 2007.

como el de la comunidad de El Guante (3.500 habitantes) y una serie de comunidades agrupadas en un proyecto denominado Mancorsaric (75.000 habitantes) (Rodríguez, 2005). Finalmente, en Panamá se implementó el programa Fondo para Giras Integrales de Salud (FOGI), con prestación mixta entre proveedores externos y públicos, que también ofrece un conjunto de servicios básicos para población indígena y comunidades pobres alejadas.

El desarrollo de programas selectivos y focalizados se correlaciona con sistemas de salud de países cuya proporción del PIB dedicada a salud es baja, como sucede en Guatemala, Honduras y El Salvador. Los sistemas de Belice, Costa Rica y Panamá tienen una mayor cobertura basada en seguros sociales y ministerios de salud prestadores de servicios, por lo que han llevado a cabo reformas más comprensivas y sin dedicar recursos a la compra de servicios externos, ya que la cobertura esta garantizada por los fondos disponibles.

En general, las ONG que han operado como prestadores externos de servicios ya tenían alguna experiencia en el campo social y participaron en procesos de selección mediante los cuales quedaron sujetas a una valoración de su capacidad financiera, administrativa y técnica, con el fin de garantizar que se trataba de organizaciones sólidas, preparadas para brindar los servicios durante la vigencia de los proyectos.

Al analizar los factores que podrían explicar los resultados limitados en algunos programas, destacan como asuntos críticos la necesidad de mejorar la supervisión y el monitoreo, por parte del prestador, de la calidad técnica de los servicios de salud, evaluar si el personal de apoyo está debidamente capacitado y determinar si hay equipo e instrumental suficiente y en buenas condiciones. Además se deben abordar los problemas de acceso geográfico de la población a los servicios.

Paralelamente a estos programas de extensión de cobertura a poblaciones pobres, hay iniciativas de fortalecimiento institucional para mejorar la cobertura mediante otros enfoques. Sobresale la experiencia de Costa Rica,

donde se llevaron a cabo reformas en el modelo de atención y la asignación de recursos para el seguro social. Con el nuevo modelo de atención se dividió todo el país en áreas de salud, concebidas como espacios geográfico-poblacionales en los que se estiman las necesidades en salud y se efectúa la planificación de recursos. A partir de las áreas de salud se estructuran redes de servicios que incluyen servicios especializados, con el fin de garantizar el continuo asistencial. El modelo de asignación de recursos basado en resultados es el que determina las prioridades de atención y orienta el gasto, además de permitir la participación de proveedores no públicos para que complementen los servicios que ofrece el sistema de seguridad social.

Un estudio del proyecto Capubpriv, de la Unión Europea (2006), basado fundamentalmente en entrevistas con administradores de centros de salud, analizó los principales argumentos que se plantean para respaldar la participación privada en la prestación de servicios de salud, en el primer nivel de atención. En cuanto a la eficiencia, en Costa Rica y Guatemala se considera que la participación privada permite disminuir los gastos del Estado e innovar en procesos gerenciales y de atención, mientras en Nicaragua las razones apuntan a la necesidad de crear un mercado con competencia y mejorar la calidad. En Guatemala y El Salvador se estima que la iniciativa privada mejora la cobertura, reduce la pobreza y favorece la participación de los usuarios.

Las relaciones público-privadas que han surgido en el marco de los procesos de reforma de los sistemas de salud han evidenciado las debilidades de los mecanismos de control y fiscalización del Estado. En todos los países de la región se han denunciado actos de corrupción relacionados con la compra de bienes y la prestación de servicios de salud públicos. Aunque la medición del costo de esos actos de corrupción y sus implicaciones en la economía y la sociedad es una tarea pendiente, es posible obtener indicios con base en algunas estimaciones realizadas a partir de

estudios de caso² (consúltese el capítulo 9, “El desafío regional de combatir la corrupción”). En Panamá se están realizando distintas investigaciones para determinar la responsabilidad de las autoridades y funcionarios de la Caja del Seguro Social y la empresa Medicon S.A. por la compra-venta de insumos contaminados con dietilenglicol para la elaboración de jarabes para la tos y lociones para la piel. Como consecuencia de este hecho numerosas personas han sufrido el síndrome de insuficiencia renal aguda (SIRA), de las cuales se ha reportado la muerte de más de 115 personas (La Prensa, 2008).

Recursos humanos en salud: disparidad en la distribución, en detrimento de las zonas pobres

En el sector salud, que es intensivo en conocimiento, el recurso humano es fundamental y absorbe la mayor proporción de los fondos invertidos en este sector. Por lo tanto, la cantidad, tipo y distribución geográfica del personal de salud es un elemento clave para cerrar las brechas y necesidades de servicios de salud de la población.

En Centroamérica se presentan grandes disparidades en la disponibilidad de recursos humanos, tanto entre países como dentro de ellos. El cuadro 4.13 muestra el panorama general en cuanto al número de profesionales en Medicina, Enfermería y Odontología disponibles en cada una de las naciones del área.

Desde el punto de vista de los recursos médicos, hace varios años la OMS propuso una meta cuantitativa de lograr un médico por cada mil habitantes. Esta meta aún no se alcanza en Honduras, Nicaragua y, en menor medida, en Guatemala. En el caso de Nicaragua, un estudio del Observatorio de Recursos Humanos, indica que el número de médicos disponibles ha pasado de 0,37 a 0,46 por mil habitantes (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2004), una cifra todavía baja.

El personal de Enfermería sobrepasa la razón de médicos en Belice, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. En cambio, los profesionales en Odontología tienen un panorama crítico, sobre todo si se piensa en el reto

CUADRO 4.12

Centroamérica: resultados de algunas iniciativas de compra de servicios de salud en el primer nivel de atención

Caso / país	Descripción del programa	Algunos resultados
Programa de mejora en la salud materno-infantil en zonas rurales, Nicaragua	Participación de ONG con financiamiento de cooperación externa, para apoyar programas de salud básica ofrecidos por el gobierno de Nicaragua en los sectores rurales en extrema pobreza. Priorizan asistencia a mujeres en edad fértil y niños. El apoyo se concreta mediante la provisión de recursos médicos a centros y puestos de salud, financiamiento para inversiones en equipos, vehículos y edificios, suministro de medicamentos e insumos médicos, apoyo comunitario y difusión de información.	El principal resultado es que las ONG efectivamente focalizaron su apoyo en las comunidades más desfavorecidas socioeconómica y culturalmente. En los indicadores de salud no se obtuvieron buenos resultados: prevalencia de EDA a IRA en niños con resultados mixtos; impacto negativo en cobertura de inmunizaciones de niños (muy corto plazo para evaluar) y en conocimiento de anticonceptivos; tampoco mejoró la atención prenatal.
Programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (Sesyn), El Salvador	El objetivo es el desarrollo de una estrategia de ampliación de la cobertura, basado en la focalización de los subsidios públicos y la provisión de un paquete definido de atención de la salud, que incluye intervenciones tanto preventivas como curativas en el primer nivel. Se implementó la separación de funciones y se contrató a cuatro ONG con presencia en comunidades de bajos recursos y perfil epidemiológico precario, en los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate.	El programa logró mejorar la cobertura en más de 200.000 personas (25% de la población en extrema pobreza). En las evaluaciones se encontró evidencia de mejora en las condiciones de salud de la población. La iniciativa ofrece protección financiera a las personas de las localidades atendidas, porque no hacen gastos relevantes en consultas, transporte, internación y medicamentos. Los costos directos involucrados en la iniciativa Sesyn resultaron superiores a aquella basada en promotores públicos, pero falta evidencia para llegar a conclusiones en términos de eficiencia.
Programa Básico de Servicios, Guatemala	El programa consiste en la extensión de un paquete básico de servicios básicos y mejora en la calidad (PBS), orientado principalmente a población rural. Se trabaja con dos modalidades de provisión del servicio: Proveedores de Servicios de Salud (PSS) y Administradores del Servicio de la Salud (ADMSS), que corresponden respectivamente a las contrataciones directas y mixtas de las ONG, que fueron introducidas a través del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS). Una tercera modalidad es la tradicional, a través del MSPAS. A finales del 2001 el Gobierno firmó 161 convenios con 88 ONG para cubrir a más de tres millones de beneficiarios.	El modelo mixto mejoró indicadores de desempeño de las comunidades y logró una ampliación de la cobertura efectiva, aunque con mayores costos unitarios. La comparación entre el modelo tradicional, el de atención directa y el mixto muestra que el conocimiento previo de la comunidad, la dispersión geográfica de la población y la experiencia del personal capacitado son determinantes en los resultados.
Programa de reforma del sector salud, Costa Rica	Los objetivos contemplados en el proyecto de reforma de la CCSS fueron los siguientes: i) implantar el modelo de salud readecuado con base en las prioridades de salud nacionales, ii) fortalecer la capacidad financiera de la CCSS en la recaudación y la asignación de recursos, iii) fortalecer la capacidad de gestión descentralizada de los servicios en el primer nivel de atención y los hospitales, iv) establecer las reformas del nivel central para la implantación de medidas de descentralización.	Como parte de la readecuación del modelo de atención se flexibilizó la prestación de servicios, que se abrió a la contratación de entes privados para la ampliación de la atención en el primer nivel (Ebais). Se inició con la contratación de cooperativas, luego se amplió a un programa con la Universidad de Costa Rica y finalmente a un ente privado (Asemeco). Las experiencias arrojaron buenos resultados en ampliación de la cobertura, alta satisfacción de los usuarios de los servicios y resultados mixtos en costos unitarios. Algunos estudios puntales muestran mejoras en la capacidad de innovación en la organización de los servicios.
Hospital San Miguel Arcángel, Panamá	Es parte del Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRSS) promovido desde 1996 en Panamá. Busca modernizar el desempeño hospitalario, mejorar la integración de la red asistencial regional y superar problemas de eficiencia y calidad en la atención. Es ejecutado en el marco de una alianza estratégica entre la Caja de Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Salud (Minsa). Para el financiamiento de los servicios se crearon legalmente las instancias necesarias de compra (Consalud) y provisión (Patronato del Hospital Integrado San Miguel Arcángel).	El esquema de operación del Hospital facilitó la gestión en aspectos como contratación de personal y proveedores, mediante la suscripción de contratos y la posibilidad de optar por proveedores públicos o privados (<i>outsourcing</i>). La evaluación de esta experiencia identificó menores costos de producción y mayores niveles de productividad de los recursos humanos y calidad de los servicios respecto a otros hospitales.

Fuente: Elaboración propia con base en Cepal, 2007.

CUADRO 4.13

Centroamérica: razón de profesionales en Medicina, Enfermería y Odontología. CIRCA 2005
(POR 10.000 HABITANTES)

País	Médicos (as)	Enfermeros (as)	Odontólogos (as)
Belice	8,5	15,1	2,8
Costa Rica	20,0	15,3	6,5
El Salvador	12,6	8,1	5,5
Guatemala	9,7	3,6	1,6
Nicaragua	16,4	1,4	2,9
Panamá	13,8	11,5	2,9
Centroamérica	10,9	5,4	2,8

Fuente: OPS, 2007.

de satisfacer necesidades de salud oral en padecimientos más allá de las acciones preventivas y la caries dental.

Desde el punto de vista de las inequidades, la distribución de profesionales a lo interno de los países arroja datos ilustrativos. Aunque la información disponible es insuficiente, sí es posible identificar algunas diferencias. El principal hallazgo es que en las zonas pobres, por lo general rurales, y en las que la población está en mayor riesgo, los recursos humanos son muy limitados.

En Nicaragua, la región de Chontales cuenta con 15 médicos por mil habitantes, y se ubica como el departamento con mayor densidad de médicos en ese país, mucho mayor que el promedio nacional. En contraste, la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) es la de menor densidad, con 0,6 médicos por mil habitantes (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2004).

En el caso de Costa Rica también se observan diferencias importantes al comparar la región metropolitana con el resto del área urbana y la zona rural. En el área urbana la razón de médicos por mil habitantes es 2,2, lo que representa entre 1,5 y 2 veces más que las áreas rurales (Vázquez y Borrel, 2006). La situación de los y las enfermeras es más crítica, ya que en el área metropolitana hay 3 veces más profesionales que en la rural.

Una situación similar se presenta en Panamá, donde la proporción entre el área más dotada y la de menor disponibilidad es de 12 a 1. En Guatemala es de 7 a 1 y en Nicaragua de 25 a 1. En el caso del personal de enfermería en Nicaragua la proporción es de 16 a 1 (OPS, 2007).

Un estudio realizado por Anand y Bärmighauseng (2004) analiza la disponibilidad de los recursos humanos, medidos por la densidad de médicos y enfermeros por 10.000 habitantes, y la correlaciona con los resultados en salud, medidos por tres indicadores: tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad en menores de 5 años. Los resultados muestran que, cuando la relación de médicos y enfermeros está entre 25 y 50 por 10.000, se observan disminuciones de 56%, 29% y 42% en las tasas antes mencionadas, respectivamente. Si estos recursos se incrementan a una densidad mayor a 50, las tasas de mortalidad materna descienden a 9 por 100.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil a 7 por mil nacidos vivos (OPS, 2007). El modelo econométrico utilizado en este estudio separa el peso de otros factores, como la situación socioeconómica y la educación de la madre, entre otros, lo que pone de relieve la importancia del recurso humano en la atención materna

e infantil. Este trabajo ofrece una guía acerca de una combinación mínima de recursos con la que deberían contar los países para una adecuada gestión del sistema de salud en este ámbito.

En octubre de 2005 se llevó a cabo en la ciudad de Toronto una reunión de consulta regional sobre recursos humanos, en la que participaron representantes de la OPS y de las naciones centroamericanas, con excepción de Nicaragua. Como resultado de este encuentro se elaboró la declaración denominada “El llamado a la acción de Toronto”, en la que se planteó un conjunto de desafíos, identificados a partir de un estudio de alcance latinoamericano. Entre esos desafíos destacan:

- Adecuar la fuerza de trabajo a los cambios en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica.
- Distribuir de forma equitativa los recursos según las diferentes necesidades.
- Generar vínculos entre trabajadores y organizaciones de salud, para lograr un compromiso con la misión institucional y garantizar buenos servicios.
- Promover la interacción entre las instituciones de formación de recursos y los servicios de salud.

¿Cómo se comportan los salarios públicos en este sector?

Con excepción de Honduras -donde son significativamente superiores- las remuneraciones de los empleados públicos centroamericanos representaron cerca del 5% del PIB en 2000, un valor similar al promedio de América Latina. No obstante, en Costa Rica y Honduras se observan tendencias ascendentes. La proporción relativamente alta de Panamá en el 2005, y en Honduras en el 2003, motivó la introducción de un control de sueldos y salarios en el sector público, como parte de la Ley de Equidad Fiscal. Una tendencia decreciente de las remuneraciones como porcentaje del PIB solo se presentó en El Salvador. Guatemala mostró un nivel por debajo del promedio, con una tendencia relativamente

constante. Sin embargo, en estos últimos países también existe una presión creciente para aumentar ese porcentaje (Cepal-Icefi, 2006).

La estructura salarial de Nicaragua es atípica en comparación con otras naciones del área. En ella se observan diferencias muy marcadas entre las remuneraciones altas, medias y bajas, disparidades que no existen en los casos de Costa Rica y El Salvador, y muy probablemente tampoco en Guatemala y Honduras. En esos últimos dos países no fue posible obtener información detallada de las remuneraciones por cargos.

Institucionalidad regional

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (Comisca) es un órgano del Subsistema de Integración Social del SICA. Sus actividades se sustentan jurídica e institucionalmente en varios acuerdos de los presidentes del istmo, entre ellos la Declaración de San Salvador, el Protocolo de Tegucigalpa y el Tratado de Integración

Centroamericana, que datan de inicios de los años noventa. El Comisca constituye la instancia política del SICA que tiene como propósito la rectoría del sector salud en Centroamérica, la identificación de problemas de salud y el abordaje conjunto, impulsar iniciativas regionales que requieran cooperación intersectorial, así como la ejecución y evaluación de acuerdos y resoluciones emanadas de las cumbres de presidentes. Para el cumplimiento de estos objetivos el artículo 5 de su reglamento le confiere atribuciones que posibilitan la coordinación regional de acciones, entre ellas: identificar y priorizar los problemas regionales de salud que requieren ser abordados mediante una agenda y un plan centroamericano de salud; adoptar y expedir las resoluciones que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos e instruir a las demás instancias del sector salud sobre su implementación e impulsar conjuntamente con otros órganos del subsistema iniciativas en materia de

salud que contribuyan a la integración centroamericana y a la reducción de la pobreza en Centroamérica (Castro e Hidalgo, 2007).

Las reuniones del Comisca es el principal foro regional de deliberación. En ellas participan los Ministros de Salud de los países miembros en calidad de representantes titulares o sus representantes debidamente acreditados, la persona que ocupe la Secretaría de la Integración Social de Centroamérica en su condición de Secretaría Técnica del Comisca, el Representante de OPS/OMS en el país sede como observador, y los asesores y especialistas que formen parte de las delegaciones de los países.

Aparte del Comisca y la Comisión de Viceministros de Salud, en el marco del SICA existen otros foros y comisiones que complementan las acciones generales de salud y brindan espacios de coordinación regional en ámbitos específicos como nutrición, seguridad social y agua potable y saneamiento (cuadro 4.15)

CUADRO 4.14

Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá: remuneraciones mensuales de algunos puestos en los respectivos ministerios de salud. VARIOS AÑOS (DÓLARES)

Año/País	Ministro(a)	Viceministro(a)	Enfermero(a) ^{a/}	Médico(a) especialista ^{b/}	Odontólogo(a) ^{c/}
Costa Rica					
2003	1.573,1	1.509,6	Entre 413,1 y 483,8	591,0	Entre 581,7 y 564,7
2005	1.481,6	1.422,2	Entre 399,9 y 431,8	577,1	Entre 551,5 y 568,0
2006	1.505,8	1.445,2	438,8	586,5	Entre 560,5 y 577,3
El Salvador					
2002	3.345,7	2.652,6	585,2	605,7	726,9
2004	3.345,7	2.652,6		605,7	726,9
2007	3.345,7	2.652,6		605,7	726,9
Nicaragua					
2004	6.192,6		71,7	136,1	104,6
Panamá					
2007	7.500,0	6.000,0		Entre 1.200 y 1.672	Entre 900 y 4.200

a/ En Nicaragua y Panamá el puesto corresponde a enfermera (o) general.

b/ En Costa Rica el puesto es médico(a).

c/ En Nicaragua y Panamá corresponde a odontólogo(a). general.

Fuentes: Costa Rica: Ministerio de Hacienda; El Salvador: Ministerio de Hacienda; Nicaragua: Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Nicaragua; Panamá: Contraloría General de la República.

CUADRO 4.15

Centroamérica: Instancias regionales relacionadas con salud.

Nombre	Descripción
Comisión de Viceministros de Salud	Foro político constituido por delegación de los ministros de salud y el secretario de la Sisca. Su función es dar seguimiento a las resoluciones del Comisca.
Resscad	Foro político en el que participan representantes de los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social del Sector salud de Centroamérica y República Dominicana. Su función es integrar funcionalmente el sector salud en la región. La OPS actúa como secretaría técnica.
Pre-resscad	Foro técnico cuya función principal es asesorar a la Resscad. La secretaría técnica está a cargo del coordinador de la Unidad de Apoyo a los Países de Centroamérica de la OPS.
Consejo Directivo del Incap	Órgano superior del Incap. Está conformado por los ministros de salud de los Estados miembros de esa institución y los asesores e invitados especiales. Su función principal es velar para que el funcionamiento del Incap corresponda con su marco legal y estratégico.
Consejo Consultivo del Incap	Instancia técnica asesora del Incap y de su Consejo Directivo. Está integrado por los directores generales de salud, asesores y representantes especiales en temas de salud y nutrición.
Cociss	Organismo técnico ejecutivo especializado en instituciones de seguridad social. El propósito de esta instancia es lograr efectivo apoyo y coordinación entre las instituciones de seguridad social centroamericanas, mediante la comunicación y el intercambio de experiencias.
Focard-APS	Institución de derecho público, con personería jurídica y patrimonio propio, que agrupa a las instituciones rectoras en materia de agua potable y saneamiento de los países del SICA y República Dominicana. Es un órgano técnico que tiene la finalidad de promover y apoyar el fortalecimiento institucional, técnico y financiero de las instituciones afiliadas, para contribuir al desarrollo sostenible y el mejoramiento del nivel de vida de la población del área.

Fuente: Elaboración propia con base en Castro e Hidalgo, 2007.

Las instancias regionales del sector salud constituyen un valioso espacio para impulsar acciones regionales que complementen y fortalezcan las políticas públicas promovidas por los países. Las condiciones actuales de la región ofrecen un entorno favorable para la integración y la articulación de esfuerzos a escala supranacional. La dimensión regional de los determinantes sociales y ambientales de la salud está cobrando importancia alrededor de fenómenos como el cambio climático, la migración, la integración económica y el riesgo y vulnerabilidad a desastres. El contar con un espacio regional puede resultar clave para enfrentar ese contexto y optimizar el aprovechamiento de los recursos técnicos y financieros del istmo para mejorar las condiciones de salud de su población.

Financiamiento del derecho a la salud

Alcanzar la mejor salud posible para la población pasa también por la valoración de las inequidades existentes y la eficiente implementación de medidas para mitigarlas, a través de una adecuada asignación de recursos y la organización eficiente del sistema de salud. En este sentido, contar con financiamiento suficiente es el primer requisito, que a la vez sirve como parámetro para valorar el compromiso de los países en materia de política social.

En esta sección se analiza este tema desde tres perspectivas. La primera presenta un panorama general del gasto social de los países. La segunda compara las diferentes proporciones de inversión en salud de las naciones del istmo y concluye que hay una gran variabilidad

y que ésta se relaciona con situaciones de mayor vulnerabilidad, en las que los determinantes sociales de la salud se expresan fuertemente. La tercera perspectiva valora lo que ocurre a lo interno de los países, al determinar cuánto de la inversión en salud corresponde a cada persona en términos absolutos y de qué forma se distribuyen los recursos.

Ligero aumento del gasto público en salud

Como se mostró en el capítulo 2, la proporción del PIB regional dedicada a la inversión social muestra una tendencia ligeramente creciente, aunque hay notables diferencias en magnitud y tendencia entre los países, las cuales impactan en la atención de las necesidades de la población más vulnerable.

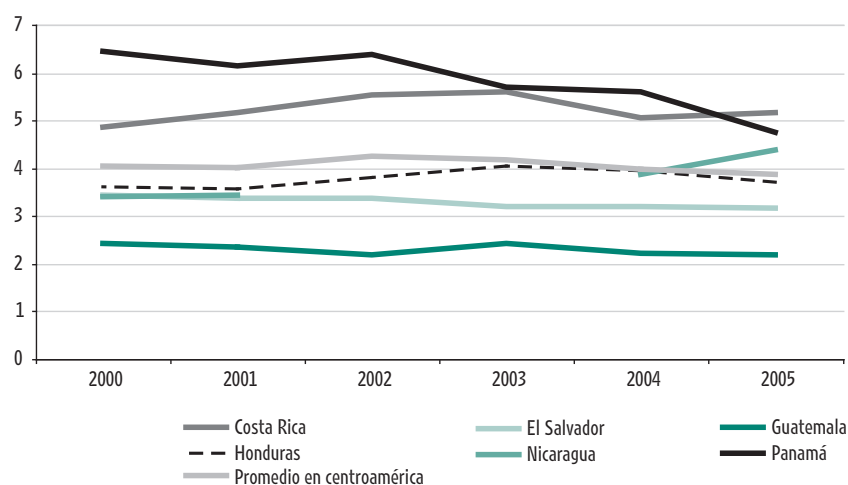
Los niveles de gasto público social por persona aumentaron aproximadamente un 38% entre los años 2000 y 2006. Las naciones que tuvieron los mayores incrementos en términos relativos fueron Guatemala (79,8%) y Honduras (59,3%). Con una variación intermedia se encuentran Nicaragua (32,8%) y El Salvador (32,4%). Con menores variaciones relativas, pero con niveles más altos de gasto figuran Panamá y Costa Rica, donde el aumento fue de 19% y 5,4%, respectivamente. Estos dos países tienen un gasto público social per cápita ocho veces mayor que el de Nicaragua y cinco veces mayor que el de los demás países.

En el año 2005 el promedio simple de la región era del 12,1% del PIB. Costa Rica y Panamá sobrepasan ese promedio, ya que dedican a inversión social el 17,5% y 18% de su PIB, respectivamente. Aunque hubo un aumento tanto en Guatemala como en El Salvador, ambos continúan siendo los que menos recursos destinan al gasto social, alrededor del 7%.

Específicamente en el rubro de salud, en promedio el conjunto de los países ha invertido en los últimos años aproximadamente un 2,1% del PIB. Si a esto se agrega el gasto en seguridad social, el promedio casi se duplica y llega al 4,0%. Al analizar los datos del período 2000-2005 en el gráfico 4.4 -matizado con las limitaciones (conceptuales, fiscales y políticas) del análisis presupuestario- se observa que el gasto en salud de Panamá lleva una tendencia a la disminución, mientras que en Honduras y Nicaragua parece incrementarse, probablemente como resultado de los programas de alivio de la deuda a los que estas naciones están acogidas. Los demás países parecen no tener cambios en la tendencia del nivel de gasto; por ejemplo, Guatemala y El Salvador son los casos más extremos, en los que es evidente una inversión muy reducida para hacer frente a las demandas en salud. Al comparar estas cifras con las de otros países de América Latina en años recientes, se tiene que Colombia invierte en salud el 7,8% del PIB, México el 6,5%, República Dominicana el 6% y Ecuador el 5,5% valores que son similares a los

GRÁFICO 4.4

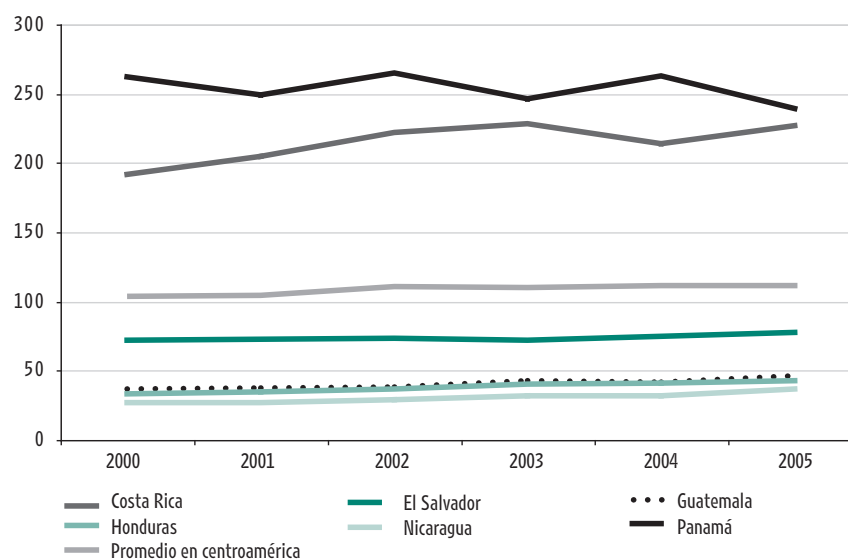
Centroamérica: gasto en salud y seguridad social en relación con el PIB. 2000-2005. (PORCENTAJES)



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas de la OMS.

GRÁFICO 4.5

Centroamérica: gasto per cápita en salud y seguridad social 2000-2005 (DÓLARES)



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas de la OMS.

de los dos países que más invierten en Centroamérica (OMS, 2008).

En términos de gasto por habitante, el promedio del istmo rondó los 113,7 dólares en el año 2005. Solo Costa Rica y Panamá superan ese promedio (duplicándolo) y son los países que tienen un gasto por habitante similar al de Argentina,

Cuba y México (OMS, 2007b). Los casos más extremos son los de Nicaragua, Guatemala y Honduras, (gráfico 4.5) donde el gasto público por habitante no supera los 50,0 dólares anuales, y es equivalente al gasto observado en Bolivia, Paraguay, Perú y República Dominicana (OMS, 2007b).

El efecto total del gasto público en salud depende de la magnitud de los recursos, la cobertura lograda, la calidad de las prestaciones y, sin duda también, de la manera en que se distribuye esta inversión entre los diferentes grupos de la población. Este último punto determina en buena medida, cuánto contribuye el gasto público a reducir las brechas de equidad, tema central al analizar el acceso a la salud como un derecho humano.

En ese sentido, la incidencia del gasto en salud puede medirse por la proporción del gasto público en salud que se dirige a los quintiles más pobres de la población, es decir, a los grupos de menores ingresos (incidencia absoluta) y mayor vulnerabilidad. Otra manera de medir la incidencia es determinar en qué proporción mejoran los ingresos de los hogares como resultado del gasto público social (incidencia relativa) (Icefi, 2007a).

Desde el punto de vista de la incidencia absoluta, los datos obtenidos de las encuestas de hogares de Costa Rica, Guatemala, Honduras y Panamá sugieren que, aunque el gasto público total en salud no muestra una naturaleza progresiva en favor de los sectores

de menores ingresos, al menos la mitad de los países centroamericanos dirige la mayor parte del gasto público en atención primaria³ a los sectores más pobres de la población (quintiles I y II, que corresponden al 40% de la población), excepto en Panamá (cuadro 4.16). Este gasto en atención primaria es una herramienta crucial para el desarrollo. Además, tiende a ser uno de los rubros más importantes del gasto público total en salud (Icefi, 2007a).

En cuanto a la incidencia relativa del gasto, aunque el efecto de éste sobre el ingreso de los hogares en general pueda ser limitado, su impacto resulta muy significativo en los hogares más pobres. Así, aun cuando exista una proporción importante del gasto público social que se destina a las clases medias o altas, debe tomarse en cuenta que, como consecuencia de los ingresos tan bajos de la población en situación de pobreza, en América Latina el gasto social en su conjunto contribuye cinco veces más al ingreso de los hogares más pobres que al ingreso total de todos los hogares, y diez veces más que en relación con el ingreso promedio del quintil más rico (Cepal, 2006).

En atención a este mayor impacto, es indispensable que el gasto social tenga una orientación más progresiva, de tal forma que contribuya a remover las exclusiones de los sectores más desfavorecidos. En conjunto, y con base en la información disponible, no es posible arribar a conclusiones definitivas en esta materia⁴. Pareciera que El Salvador es el único país donde el gasto público social tiene un carácter progresivo⁵; en Nicaragua es neutral y en Costa Rica y Honduras es ligeramente regresivo. Por último, tanto en Guatemala como en Panamá el gasto público social revela un pronunciado sesgo regresivo (Icefi, 2007). Preocupa la asignación deficiente del gasto social, que reduce el efecto potencial que podría tener este gasto sobre la desigualdad y la pobreza (FMI, 2007b). Esto se lograría con una distribución que favorezca más a los quintiles de menor ingreso, según lo anotado en el cuadro 4.16.

Una forma eficiente para el abordaje de la problemática social es elaborar una agenda común para la región, aunque también particular para cada uno de los países. La *Agenda de Salud de las Américas* es un marco de referencia por medio del cual el istmo hará un abordaje integral en el que se da un carácter intersectorial a la salud. La subregión centroamericana también se encuentra elaborando un plan y una agenda conjunta de salud.

En el cuadro 4.17 se presenta un resumen de la *Agenda de Salud de las Américas*; allí se observan las principales áreas de acción para los próximos años las cuales abordan problemas del sistema de salud, algunos de los cuales se discuten en este Informe. Esta Agenda fue el resultado de un amplio proceso de consulta a autoridades gubernamentales, instituciones públicas y privadas involucradas en el diseño de políticas y provisión de salud, la academia, la sociedad civil y organismos subregionales y regionales, así como de las agencias del Sistema de Naciones Unidas.

El gasto privado en salud es ineficaz y empobrece a las familias

En los países de la región los seguros y otros esquemas de prepago de

CUADRO 4.16

Costa Rica, Guatemala, Honduras y Panamá: gasto público en salud, total y en atención primaria, como porcentaje del gasto total según quintil de ingreso. CIRCA 2004

Quintil	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Panamá
Gasto total en salud				
Quintil I	28,4	18,0	19,3	16,8
Quintil II	26,0	20,0	21,2	23,4
Quintil III	20,1	22,0	22,7	20,4
Quintil IV	15,2	24,0	20,7	20,5
Quintil V	10,4	16,0	16,1	18,8
Gasto total en atención primaria				
Quintil I	29,8	24,0	26,7	14,7
Quintil II	28,6	26,0	22,4	23,4
Quintil III	20,8	23,0	21,4	20,6
Quintil IV	14,7	20,0	17,6	21,5
Quintil V	6,1	7,0	11,8	19,8

Fuente: Costa Rica, BID, 2006a; Guatemala, elaboración del Icefi con base en la Encovi 2002; Honduras, elaboración de la Secretaría de Estado del Despacho Presidencial con base en la Encovi 2004; Panamá, BID, 2006b.

CUADRO 4.17

Agenda de Salud de las Américas 2007-2017

Área de acción	Recomendaciones
Fortalecer la autoridad sanitaria nacional	■ Fortalecer su capacidad institucional, ejercer un liderazgo intersectorial, propiciar la plena participación social y comunitaria y fortalecer la atención primaria de salud (incluyendo el sector privado). ■ Contar con marcos legales que permitan auditar su función rectora. ■ Clarificación de responsabilidades entre el gobierno, la sociedad civil y a las personas. ■ Transparencia en los procesos de gastos y financiamientos en el sistema de salud. ■ Coordinación entre ministros de salud, finanzas y planificación en la previsión, estabilidad y continuidad de la asignación de recursos financieros para lograr las metas nacionales de desarrollo humano. ■ Propiciar una mayor inversión en salud, consolidar un sistema de rendición de cuentas efectivo, eficiente y transparente, que apoye la movilización de recursos y resguarde su adecuado manejo. ■ Fortalecer su capacidad para planificar, gestionar y coordinar el uso de recursos.
Abordar los determinantes de la salud	■ Abogar por una posición más relevante de la salud en la agenda para el desarrollo humano. ■ Abordar factores como: la exclusión social, la exposición a riesgos, la urbanización no planificada y el cambio climático. ■ Ampliar el ámbito en que se desarrollan las actividades de la salud pública, a través de la promoción de políticas públicas saludables por medio de la concertación interinstitucional y el trabajo intersectorial. ■ Invertir más en la promoción de la salud y contar con marcos políticos que permitan el desarrollo y el logro de objetivos medibles. ■ La inversión en la protección social de la infancia y el fortalecimiento de la familia deben ser una prioridad entre las estrategias dirigidas a abordar los determinantes de la salud.
Aumentar la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad	■ Las políticas públicas deben ampliar progresivamente el acceso, financiamiento y solidaridad de los sistemas de protección social. ■ Desarrollar el aseguramiento de tal manera que se reduzca la carga financiera en las familias. ■ Fortalecer el acceso a los servicios, seguridad financiera, solidaridad en el financiamiento y respeto a los derechos de los pacientes, para que la extensión de la protección social sea efectiva. El acceso a medicamentos y tecnologías de salud es un requerimiento básico para la intervención efectiva. ■ Favorecer el desarrollo de los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas. ■ Aumentar la presencia de servicios eficientes y eficaces.
Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos	■ Promover la búsqueda de equidad, las intervenciones para mejorar la salud priorizadas hacia los más pobres. ■ La sexualidad y la reproducción son un tema prioritario en la región. ■ Garantizar la atención integral de salud, incluyendo la promoción del desarrollo juvenil, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, la prevención de conductas de riesgo y el control de problemas que se puedan generar en esta etapa (jóvenes y adolescentes). ■ Lograr la afiliación del adulto mayor a los programas de salud. ■ La autoridad sanitaria nacional debe promover la paridad entre los sexos en la formulación y aplicación de las políticas y los programas de salud.
Reducir el riesgo y la carga de enfermedad	■ Enfatizar en las acciones de prevención y control de las enfermedades no transmisibles (principal causa de muerte y mortalidad en la región). ■ Iniciar o fortalecer acciones específicas para controlar la diabetes, las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares y los tipos de cáncer de mayor incidencia, la hipertensión arterial, las dislipidemias, la obesidad y la falta de actividad física. ■ Promocionar un estilo de vida y un ambiente sostenibles (cambios ambientales, institucionales y de políticas con los que las personas puedan realmente optar por una vida con alimentación saludable, actividad física y libre de tabaquismo). ■ Mantener las acciones, crear ambientes favorables e innovar en el combate de las enfermedades transmisibles. seguridad sanitaria nacional, regional y global.

>> CONTINÚA

CUADRO 4.17

>> CONTINUACIÓN

Agenda de Salud de las Américas 2007-2017

Área de acción	Recomendaciones
Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud	■ Implementación de políticas y planes de largo plazo para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, basado en evidencia. ■ Encontrar soluciones para resolver las inequidades en la distribución del personal de salud, asignando más personal a las poblaciones con más necesidad. ■ Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo retengan a sus trabajadores de la salud y eviten la escasez de personal. ■ Mejorar la capacidad de gestión del personal y las condiciones de trabajo para aumentar el compromiso de los trabajadores de salud con la misión institucional. ■ Acercar a las instituciones de formación y las de servicios de salud para una planificación conjunta de necesidades y perfiles de los profesionales del futuro.
Aprovechar conocimientos de la ciencia y la tecnología	■ Sintetizar, evaluar sistemáticamente y usar el conocimiento en la toma de decisiones para realizar intervenciones que sean pertinentes y efectivas. ■ Fortalecer la investigación para entender mejor la relación entre los determinantes de la salud y sus consecuencias. ■ Fortalecer la capacidad y el nivel de la diseminación científica, la confianza del público en la investigación y la calidad del conocimiento que respalde las acciones en salud. ■ Garantizar que los medicamentos, tecnología e insumos de uso médico cuenten con la debida calidad, seguridad y eficacia. ■ La biótica tiene que difundirse y aplicarse más en los países de las Américas, para resguardar la calidad de la investigación y el respeto a la dignidad de las personas.
Fortalecer la seguridad sanitaria	■ Prepararse y tomar medidas intersectoriales para enfrentar desastres, pandemias y enfermedades que afecten la seguridad sanitaria nacional, regional y global. ■ Fortalecer el trabajo conjunto de los sectores de agricultura y ganadería para la prevención y control de enfermedades zoonóticas.

Fuente: OPS/OMS, 2008.

servicios privados de salud están poco desarrollados y constituyen una modalidad utilizada principalmente por los grupos de medianos y altos ingresos. Panamá es el país con el mayor nivel de gasto en este rubro, ya que el mercado de seguros privados está más desarrollado.

La otra modalidad de gasto en servicios de salud es la del pago al momento de requerirlos; esto es lo que se denomina “gasto de bolsillo”. En algunos casos, cuando las familias deben enfrentar un problema de salud grave que requiere servicios de costo elevado, se habla de “gasto catastrófico”, pues representa una alta proporción de los ingresos familiares, aunque el problema no sea de consecuencias severas para la salud. En ambas situaciones hay un impacto importante en la economía familiar.

El gasto privado tiene distintos patrones de comportamiento en el istmo. Desde una perspectiva general interesa conocer el peso del financiamiento privado como parte del PIB y del gasto total en salud, así como identificar los rubros de gasto privado y su impacto en el ingreso familiar. En Costa Rica el gasto privado en salud ha permanecido constante en un rango menor al 2% del PIB. Para Belice y Panamá la tendencia también es constante, en un rango cuyo límite superior equivale a menos del 3% del PIB.

Otra tendencia la definen Guatemala, Honduras y Nicaragua, con un incremento en el gasto privado que para el 2002 superó el 3% del PIB; el aumento fue más acelerado en Nicaragua, que en un corto período pasó del 2,5% a más del 4%. En El Salvador llama la atención que este gasto se ha mantenido

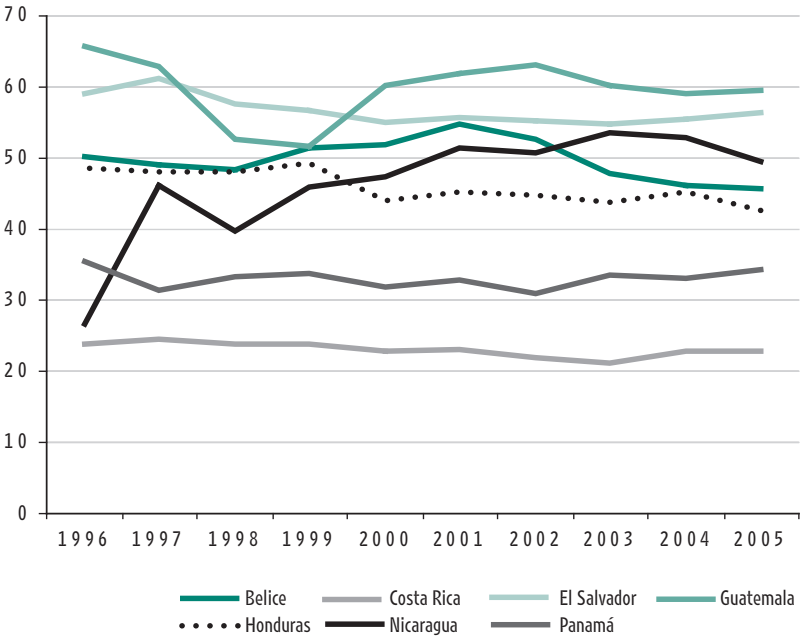
entre 4% y 5% del PIB. Para sacar algunas conclusiones sobre el efecto de esta situación, es necesario comparar el gasto privado con el gasto total en salud, información que se presenta en el gráfico 4.6.

En Guatemala y El Salvador el gasto privado representa más de 50% del gasto en salud. En Belice, Honduras y Nicaragua los rangos varían entre 40% y 50%. Para este último país, la tendencia ha sido creciente: pasó de un valor cercano al 25% en 1996 al 50% en 2005, situación explicada por el decremento de los fondos provenientes del Ministerio de Finanzas que se destinan a la salud. En Costa Rica y Panamá la proporción es menor y oscila entre 25% y 35%, respectivamente.

Una mirada a lo interno de los hogares muestra en qué rubros se gasta y en qué condición económica, se encuentran

GRÁFICO 4.6

Centroamérica: gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud. 1996-2005



Fuente: Elaboración propia con base en información de cuentas nacionales en salud, OMS.

las familias que pagan servicios privados (cuadro 4.18).

Al analizar la información del cuadro 4.18 se confirma que el gasto privado en salud en la región es predominantemente “gasto de bolsillo”, y que el aseguramiento privado no está siendo una opción en países con niveles bajos de gasto público en salud, como Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua. El gasto en medicamentos es uno de los rubros principales, pues presenta más de la tercera parte del total; en El Salvador llega al 63%. Los elevados montos dedicados a la compra de medicamentos permiten plantear algunas hipótesis. En primer lugar, este tipo de gasto se podría reducir si se tuviera una mayor disponibilidad de medicamentos genéricos efectivos; en segundo lugar, existe el riesgo de que, ante el alto costo de los tratamientos, estos se cumplan parcialmente, lo que conlleva un riesgo para la salud, y en tercer lugar cabe preguntarse hasta qué

CUADRO 4.18

Centroamérica: características del comportamiento del gasto privado en salud. VARIOS AÑOS

Área evaluada	Belice	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
Gasto privado en salud (millones de dólares)	24,9	921,4	242,2	694,9	195,1	282,2	361,4
Gasto privado per cápita en dólares y año de la estimación	136 (promedio de 1996 a 2005)	157 (2005)		221 (2005)	128 (2005)	145 (2005)	221 (2005)
“Gasto de bolsillo” como proporción del gasto privado	100	90,5	84,3	94,2	95,9	88,7	82,5
Proporción destinada a medicamentos (%)		45	36	63,3	54		33
Proporción destinada a pago de consultas (%)		9,3	31	12,6	7		14
Proporción de hogares con “gasto catastrófico” (%)		13	8,7	3,3	13,9	2,1	7,1
Proporción del ingreso anual dedicado al gasto privado en salud, del ingreso para el primer quintil (%)		8,7	42,4	5,7	15,5	2,4	13,8
Relación proporcional del gasto del primer quintil con el de los otros quintiles		Más del doble	Cuatro veces más	50% más	casi el doble	Similar	Más del doble

Fuente: Elaboración propia a partir de Briceño, 2007.

punto este abultado gasto se debe a la automedicación. Un aspecto que también puede estar incidiendo en los niveles del gasto en medicamentos y las condiciones de acceso a ellos es la ausencia de mecanismos de homologación de los precios, que ayuden a reducir las brechas en el costo de los medicamentos entre los países (recuadro 4.1).

El “gasto de bolsillo” entre las poblaciones pobres es una manifestación de la inequidad en el financiamiento de la salud, que en este caso se comprueba al observar que para el quintil de menor

ingreso representa una proporción que varía entre 2,4% y 42%, un monto que sobrepasa el de los demás quintiles, excepto en Costa Rica. En este país, debido a la cobertura universal de su sistema, la proporción del ingreso dedicada a salud privada ronda el 2,5% del ingreso anual para todos los quintiles. El porcentaje de familias que efectuaron un “gasto catastrófico” tiene también una distribución variable, probablemente debido a lo que en cada país se considera para determinar este tipo de gasto.

El escaso financiamiento público limita la equidad: diez millones de habitantes sin acceso a los servicios

La existencia de una diversidad de fuentes de financiamiento público para atender las necesidades de salud se conoce como “fragmentación en el financiamiento”. Esta es una característica común en los países del istmo, a excepción de Costa Rica y, en menor medida, Panamá. El seguro social como institución financiadora permite la afiliación del sector formal de la economía, por lo que la población no

RECUADRO 4.1

La discriminación por precio de los medicamentos en Centroamérica

Un estudio reciente determinó que existen diferencias significativas en el precio que las compañías farmacéuticas cobran por medicamentos idénticos en los distintos países centroamericanos. Con base en los datos sobre precios de IMS de Centroamérica para el año 2002, el análisis señala que, comparativamente con Costa Rica, la mayor parte de las compañías cobran precios mayores en El Salvador y Guatemala, y menores en Nicaragua. En Panamá y Honduras los precios son por lo general iguales que en Costa Rica o menores.

Aunque no todas las compañías farmacéuticas siguen el mismo patrón, estos resultados evidencian una estrategia de discriminación por precio. Ello incrementa las ganancias de las empresas, pues los costos de producción y distribución son relativamente los mismos en todos los países, y hace que el acceso a los medicamentos no solo dependa de la voluntad de las personas de pagar, sino también de las condiciones de distribución del ingreso y el poder de compra del entorno. En una región en la que existen enormes disparidades entre y a lo interno de los países en los niveles de ingreso, este tipo de estrategias tiene importantes consecuencias sobre la salud.

El Salvador y Guatemala tienen un nivel medio de ingreso per cápita, su distribución

del ingreso es muy desigual y la población es relativamente numerosa. Estas condiciones generan mercados polarizados, con un considerable segmento del mercado con alto poder adquisitivo, pero una mayor proporción de población con baja capacidad de pago. La investigación muestra que, en estos países, la estrategia de precios de la mayor parte de las compañías farmacéuticas está dirigida a los segmentos de mayores ingresos, cuya capacidad de compra es incluso mayor que en Costa Rica. No obstante, esto implica que amplios segmentos de población están excluidos del mercado de medicamentos producidos por compañías multinacionales y se ven forzados a adquirir medicinas baratas (genéricas o producidas localmente) o utilizar medicina alternativa.

Es posible que la existencia de una amplia cobertura del sistema de seguridad social incida en los menores precios en Costa Rica, al contrarrestar el poder de mercado de los vendedores con la provisión de sustitutos baratos y de buena calidad, lo que también le permite a la población tener acceso a los medicamentos de las corporaciones multinacionales a precios accesibles.

Pese a que en Nicaragua y Honduras también existe polarización de los ingresos, los segmentos de altos ingresos son relativamente pequeños. En estas condiciones, la mayor parte de las empresas ha encontrado más rentable apostar a un segmento amplio de pobla-

ción de bajos ingresos, por lo que los precios en estos países son comparativamente menores que en Guatemala y El Salvador. Panamá tiene un ingreso per cápita relativamente alto, pero su distribución es desigual y su población poco numerosa, por lo que los precios de los medicamentos son similares a los de Nicaragua y Honduras.

El estudio analizó once grupos de medicamentos e identificó patrones distintos en algunos países. Los analgésicos son más baratos en Guatemala (11%) y Nicaragua (19%) que en El Salvador y Costa Rica, donde los precios son prácticamente idénticos. Los antiinflamatorios, antidepresivos y antiobesidores son entre un 13% y un 15% más baratos en Nicaragua que en Costa Rica, diferencia que se amplía al 26% en el caso de los antihistamínicos. Los reductores de colesterol y triglicéridos tienen precios similares en El Salvador, Guatemala y Costa Rica, mientras que no existen diferencias significativas en los precios de las hormonas anticonceptivas, los macrólidos y los expectorantes entre Costa Rica y Nicaragua.

Estas disparidades evidencian la poca integración del mercado de medicamentos en la región, así como la falta de mecanismos de arbitraje para fomentar la homologación de precios entre los países.

Fuente: Elaboración propia con base en Rojas, s.f.

asalariada o inserta en el sector informal debe ser cubierta por los ministerios de salud. En Costa Rica no se presenta esta fragmentación, ya que el sistema de seguridad social cuenta con esquemas de afiliación para toda la población; en el caso de los sectores más pobres, el Estado se encarga de proveer los recursos para la cobertura respectiva.

La principal consecuencia de la fragmentación es un saldo de población que tiene problemas para acceder a los servicios, en especial la que habita en lugares lejanos, la que tiene limitacio-

nes económicas para el traslado y en algunos casos hay barreras culturales, como sucede con las poblaciones indígenas y afrocaribeñas. El sistema privado de seguros está poco desarrollado en la región y, como se verá más adelante, coexiste con el sistema público. Al hablar de gasto privado en salud lo que predomina es el “gasto de bolsillo” para el pago directo de los servicios. En el cuadro 4.19 se describen las distintas modalidades de cobertura de los países y se destaca la población que prácticamente no tiene acceso, debido a las condiciones ya anotadas.

Las instituciones de seguridad social, excepto en Costa Rica y Panamá, cubren a menos del 20% de la población centroamericana. Las cifras de aseguramiento para cada uno de los países se presentan en el cuadro 4.20, donde se destaca la población sin cobertura de seguro social y, en especial, la que no tiene cobertura del todo, que en cifras absolutas asciende a más de diez millones de personas, equivalentes al 24% de la población total.

Los ministros de salud del área han manifestado su preocupación sobre el tema de la baja cobertura en los

CUADRO 4.19
Centroamérica: sistemas de salud y cobertura por subsistema. VARIOS AÑOS

País	Ministerio de Salud	Seguridad social	Privado	Otro	Sin cobertura
Guatemala	27% de la población	18,3% afiliados al IGSS	30% cubiertos por ONG y otras modalidades que ofrecen un paquete básico 0,2% cubierto por seguros privados		Entre 12% y 27% sin acceso a los servicios de salud. 82,2% sin cobertura del seguro social
Honduras	60% de la población	18% tiene acceso a IHSS	5% cubierto por seguros privados		30,1% sin acceso a los servicios de salud. 77% sin cobertura del seguro social
El Salvador	40% de la población	15,8% de la población afiliada al ISSS	Entre 1% y 5% de afiliación a seguros privados	3% cubierto por sanidad militar y 1,6% por el régimen de Bienestar Ministerial	41,7% sin acceso a servicios 78% sin acceso a seguro social
Nicaragua	60% de la población	7,7% cubierto por el INSS		0,4% cubierto por Fuerzas Armadas y Gobernación	27,9% sin acceso a servicios de salud
Costa Rica	Esta institución no presta servicios de atención a las personas	87% de cobertura. El 100% de la población tiene derecho a seguro de la CCSS	Hay seguros privados comprados en el exterior	Seguro de riesgos del trabajo que cubre al 71% de la PEA. Seguros voluntarios de gastos médicos	13% sin cobertura contributiva del seguro de salud
Panamá	35,4% de la población, que corresponde a no asegurados por la CSS	64,6% afiliados a la CSS	Hay un mercado de seguros privados disponible		20% sin acceso a los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia con base en OPS, 2007.

CUADRO 4.20

Centroamérica: población sin cobertura del seguro social y sin acceso al sistema de salud. 2007

País	Población en 2007	Población sin cobertura del seguro social	Población sin ningún acceso al sistema de salud	Población sin cobertura del seguro social	Población sin ningún acceso al sistema de salud
		Como porcentaje del total		Número de personas	
Costa Rica	4.618.012	13,2	0,0	609,578	0,0
El Salvador	7.104.999	84,2	41,7	5.982.409	2.962.784
Guatemala	13.611.646	81,7	20,1	11.120.715	2.735.941
Honduras	7.690.040	82,0	30,1	6.305.833	2.314.702
Nicaragua	6.091.158	92,3	27,9	5.622.139	1.699.433
Panamá	3.148.543	35,4	20,0	1.114.584	629,709
Centroamérica	42.264.398	72,8	24,5	30.755.258	10.342.569

Fuente: Los datos de población fueron tomados de las proyecciones de población estandarizadas y publicadas por Celade, 2000. Los datos de población sin cobertura social y sin acceso al sistema de salud provienen de OPS, 2007.

siguientes términos: “Esta exclusión aparece estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (cultural, racial, social y de género) y la estigmatización que sufren los enfermos mentales y las personas con necesidades especiales. Por otro lado, el idioma, el empleo en el sector informal, el desempleo y subempleo, el aislamiento geográfico, el bajo nivel de escolaridad y la reducida información sobre los sistemas de salud por parte de los potenciales usuarios, son factores importantes para la exclusión en salud” (Ministros de Salud de las Américas. 2007). Esta declaración es un punto de partida para la reforma en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud de la región.

Salud y trabajo: un tema poco estudiado en Centroamérica

En Centroamérica la población económicamente activa (PEA) sobrepasa los 16 millones de trabajadores. Las condiciones de trabajo son frecuentemente inseguras o insalubres y las coberturas de seguro social bajas. Las estadísticas para identificar peligros y riesgos y para dar seguimiento a poblaciones de alto riesgo son casi inexistentes. El programa Salud y Trabajo en América Central (Saltra)⁶ ha iniciado una recopilación sistemática de

indicadores básicos de salud ocupacional, incluyendo datos de empleo y de salud, con base en los cuales se presenta la información de este apartado. Como primera aproximación al tema se reseñan datos y hechos relevantes en dos asuntos: accidentes laborales estimados e intoxicaciones por plaguicidas.

Aunque en todos los países el número de trabajadores asegurados ha aumentado en comparación con una década atrás, la proporción de trabajadores cubiertos más bien ha tendido a disminuir. Esto refleja que más personas se ganan la vida en la economía informal y en situaciones precarias, sin acceso a seguro social y a programas de prevención.

Dado que Costa Rica es el país que tiene mejores estadísticas de accidentes ocupacionales, se utilizan sus tasas de accidentabilidad para estimar la magnitud del problema en la región. Los trabajadores formales costarricenses tienen protección de un seguro por riesgos de trabajo que en el 2006 cubría al 53,3% de la PEA ocupada (INS, 2008). Al aplicar las tasas de accidentes laborales observados en el sector formal con seguro de riesgos del trabajo en Costa Rica a todos los trabajadores de Centroamérica, por sectores económicos y para el total de la población trabajadora ocupada, se llega a un estimación

de casi 2,4 millones de accidentes que ameritan atención médica durante un año (cuadro 4.21). Esta estimación es conservadora, porque las condiciones de trabajo en el sector formal asegurado de Costa Rica probablemente reflejan las mejores situaciones en el istmo y, porque aun en el caso del sistema de denuncia de accidentes ocupacionales de Costa Rica, existe un considerable subregistro debido a tratamiento por médico de empresa.

De los accidentes estimados, solo el 9% fue reportado por diversas instancias en los países, variando entre 2,7% en el sector de agricultura, caza y pesca, y 15,1% en los sectores combinados de establecimientos financieros y servicios públicos y personales. El mayor subregistro en agricultura refleja la escasa cobertura de trabajadores precisamente en el sector con mayor accidentabilidad (28 por cada 100 trabajadores accidentados con atención médica, según los datos de Costa Rica). Más de la mitad de los accidentes en la región ocurrirían en el sector agrícola. Comparado con una estimación similar realizada en el año 2000 (Wesseling et al, 2002), hay un 20% de aumento en el número absoluto de accidentes.

Las estadísticas sobre accidentes fatales son aun menos confiables, a pesar de que se trata de eventos severos

que requieren la intervención de las autoridades. El proyecto Saltra generó datos combinando información de fuentes distintas, en especial de las instituciones de seguro social y de medicina forense. Estos datos ya están disponibles para Costa Rica y Nicaragua. En Costa Rica se contabilizaron 265 casos de accidentes ocupacionales fatales durante el período 2005-2006, dos veces los 129 casos registrados oficialmente. En Nicaragua, se capturaron 173 accidentes laborales fatales durante 2005, 3,3 veces los 53 oficialmente registrados. Las tasas anuales, de alrededor de 0,7 por 100.000 trabajadores en Costa Rica y 0,8 en Nicaragua, son inferiores a las estimaciones globales de la OIT, lo cual sugiere que siguen siendo subestimaciones.

Una de las principales causas de accidentes laborales es el uso de plaguicidas. Desde 1998 los ministros de salud de Centroamérica decidieron tomar medidas para restringir o prohibir la importación de los productos conocidos como “la docena sucia de Centroamérica”, por ser la causa del mayor número de intoxicaciones agudas en la región (acuerdo Resscad XVI). Sin embargo, durante el período 2000-2004, la importación de estas sustancias superó los 25 millones de kilogramos; el de mayor presencia fue el Paraquat, con casi de 12 millones.

Los sistemas de vigilancia de intoxicaciones con plaguicidas solo registran una proporción muy pequeña de las que efectivamente ocurren. Hace casi una década se estimó que cerca del

2% de la población mayor de 15 años en la región había sufrido un episodio sintomático después de haber estado expuesto a plaguicidas, lo que equivale a unas 400.000 intoxicaciones (Corriols et al., 2002; Murray et al., 2002).

El proyecto Saltra ha generado una base de datos de importaciones de plaguicidas de los siete países de la región, vinculada a datos de toxicidad como indicadores de peligro, que se pueden comparar y vigilar en el tiempo. El cuadro 4.22 muestra las importaciones durante un quinquenio, de los doce plaguicidas que deberían restringirse o prohibirse según el acuerdo Resscad XVI. Aunque puede haber inconsistencias en la información, las importaciones son indicadores de uso. Costa Rica tiene los peores resultados en el istmo.

CUADRO 4.21

Centroamérica: estimación del número de accidentes laborales a partir de los datos costarricenses. 2006

Sector económico	Accidentes reportados en Costa Rica (2006) ^{a/}	Tasa de accidentabilidad en la economía formal de Costa Rica (porcentaje)	Total de trabajadores en Centroamérica	Total de accidentes reportados en los siete países	Accidentes estimados Centroamérica (2006 ^{b/})
Agricultura, caza y pesca	32.301	28,0	4.439.953	33,260	1.241.473
Explotación de minas y canteras	293	17,4	27.723	541	4.815
Industrias manufactureras	19.392	13,0	2.231.024	35.970	290.952
Electricidad, gas y agua	3.747	13,4	72.296	3.888	9.654
Construcción	18.528	23,6	910.765	17.474	215.290
Comercio, hoteles y restaurantes	16.571	8,7	3.476.453	21.682	300.745
Transporte y comunicación	4.891	11,3	600.655	5.578	67.598
Establecimientos financieros	4.942	4,5	493.954	5.091	22.337
Servicios públicos y personales	21.919	9,2	2.730.527	30.784	249.970
Otros/ no especificado			38.357	3.933	
Total	122.584	12,8	15.021.707	211.226 ^{c/}	2.402.834 ^{d/}

a/ Instituto Nacional de Seguros: trabajadores del sector formal con póliza de riesgos del trabajo.

b/ Tasa de Costa Rica * número total de trabajadores del país (sectores específicos y el total) = número esperado de trabajadores accidentados.

c/ Incluye 53.003 accidentes del trabajo reportados por Guatemala, que no se pudieron ubicar en sectores económicos específicos.

d/ Accidentes de trabajo reportados en el sector formal con cobertura de riesgos de trabajo en Costa Rica, la suma de estadísticas oficiales de accidentes en los siete países y el número estimado para Centroamérica a partir de los datos costarricenses.

Fuente: Sáenz et al., 2008.

CUADRO 4.22

Centroamérica: total de plaguicidas importados, según país. 2000-2004
(KILOGRAMOS DE INGREDIENTES ACTIVOS, I.A.)

País	Toneladas (i.a.)	Kg i.a. / trabajador agrícola / año	Kg i.a. / habitante / año	Número de plaguicidas registrados
Costa Rica	52.732	37	2,8	286
Guatemala	51.254	6	0,9	318
Honduras	29.968	6	0,8	209
Panamá	10.779	8	0,7	179
Nicaragua	9.825	3	0,3	202
El Salvador	7.576	3	0,2	152
Belice	1.782	12	1,3	121
Centroamérica	163.917	7	0,9	

Fuente: Sáenz et. al., 2008.

El borrador del capítulo fue preparado por Luis Bernardo Sáenz. La edición técnica fue realizada por Marcela Román, Alberto Mora y Evelyn Villarreal.

La revisión y corrección de cifras la efectuaron Elisa Sánchez y Luis Ángel Oviedo.

Se prepararon los siguientes insumos: "Gasto privado en salud", de Rodrigo Briceño; "Exploración de los determinantes sociales de la salud en América Central: un análisis de Nicaragua, Guatemala, Honduras y El Salvador", de Danilo Rayo, y "El financiamiento de los derechos de las

personas en Centroamérica", del Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (Icefi).

El taller de consulta se llevó a cabo el 25 de octubre de 2007 en Costa Rica, con la participación de: María Luisa Ávila (Costa Rica), Félix Balladares (Nicaragua), Fernando Campos (Nicaragua), Jaqueline Castillo (Costa Rica), Gerardo de Cosío (El Salvador), José Reinaldo Flores (El Salvador), Juan Alberto Fuentes (Guatemala), Rossana García (Costa Rica), Miguel Gutiérrez (Costa Rica), María Elena López (Costa Rica), Tatiana López (Costa Rica), Joaquín Molina (Guatemala), Guido Miranda (Costa Rica), Ana Quirós (Nicaragua),

Priscilla Rivas-Loría (El Salvador), Arodys Robles (Costa Rica), Marcela Román (Costa Rica), Ricardo Sol (Costa Rica), Claudio Tona (El Salvador), Juan Rafael Vargas (Costa Rica) y Evelyn Villarreal (Costa Rica).

Se agradece a la OPS-OMS el auspicio de este capítulo y los valiosos comentarios e insumos aportados durante el proceso de investigación, tanto directamente por parte de las representaciones en los países, como a través de las oficinas centrales en Washington D.C.

NOTAS

1 Uno por cada área: Medicina, Enfermería y Nutrición.

2 Por ejemplo: el fraude por venta de terrenos sobrevalorados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de Guatemala, entre diciembre 2002 y abril 2003. En Costa Rica el caso en el que el presidente ejecutivo de la CCSS, miembros del directorio, varios gerentes de la entidad y un expresidente de la República fueron denunciados por cobrar comisiones en un préstamo otorgado por el gobierno de Finlandia para modernización de hospitales. En El Salvador la Fiscalía acusó a tres oncólogos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) de participar en la creación de una droguería con el fin de ganar licitaciones del ISSS para la dotación de productos contra el cáncer. En Honduras se denunció el desvío de recursos del Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios de Salud (PRIESS) para realizar pagos de salarios y seminarios (Martínez, L., 2008).

3 La atención primaria refiere al primer nivel de atención en salud, que incluye inmunizaciones, rehidratación y planificación familiar, entre otros servicios.

4 En ninguna nación de Centroamérica está totalmente claro si la orientación del gasto, en términos generales, es progresiva o regresiva, pues son muy pocos los elementos para emitir un juicio con suficiente rigor técnico. Tampoco se pueden hacer comparaciones entre los países, pues cada uno cuenta con información muy disímil con respecto a los demás.

5 Se debe aclarar que en El Salvador solamente se ha analizado la progresividad del gasto en educación y salud, sectores en los que el aumento de la cobertura ha permitido que grupos de menores recursos accedan a estos servicios.

6 Este programa está adscrito al Sistema de Integración Centroamericana (SICA), es administrado por la Universidad Nacional de Costa Rica y financiado principalmente por Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI). En su ejecución participan los ministerios de trabajo y salud, institutos de seguridad social, universidades y la OPS.