

EL ESTADO COMO GARANTE DE SALUD

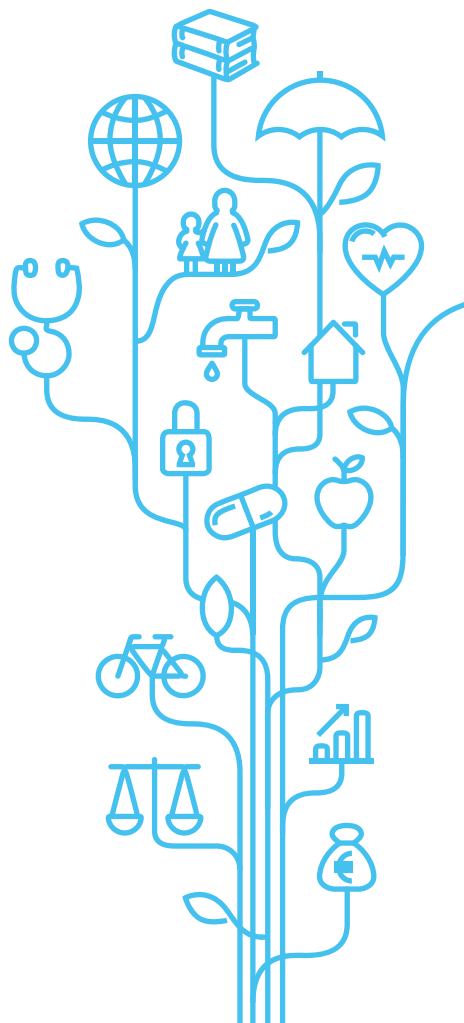
RETOS Y AMENAZAS EN LOS
SISTEMAS SANITARIOS DE
GUATEMALA, HONDURAS, EL
SALVADOR Y LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA VASCA

ESTATUA OSASUNAREN BERMATZAILE

GUATEMALAKO, HONDURASEKO,
EL SALVADORREKO ETA EUSKAL
AUTONOMIA ERKIDEGOKO
OSASUN-SISTEMEN ERRONKAK
ETA MEHATXUAK

THE STATE AS HEALTH DUTY BEARER

CHALLENGES AND THREATS
OF THE HEALTH SYSTEMS OF
GUATEMALA, HONDURAS, EL
SALVADOR AND THE BASQUE
COUNTRY



9 / EL ESTADO COMO GARANTE DE SALUD

Retos y amenazas en los sistemas sanitarios de Guatemala, Honduras, El Salvador y la Comunidad Autónoma Vasca

93 / ESTATUA OSASUNAREN BERMATZAILE

Guatemalako, Honduraseko, El Salvadorreko eta Euskal Autonomia Erkidegoko osasun-sistemen erronkak eta mehatxuak

175 / THE STATE AS HEALTH DUTY BEARER

Challenges and threats on the health systems of Guatemala, Honduras, El Salvador and the Basque Country



El presente documento es un resumen de la investigación completa:

EL ESTADO COMO GARANTE DE SALUD: RETOS Y AMENAZAS

Retos y Amenazas al derecho a la salud en los sistemas sanitarios de Guatemala, Honduras, El Salvador y la Comunidad Autónoma Vasca

Realizado por el OPIK. Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico: Rodríguez-Alvarez E, Font R, Morteruel M, Martín U. **medicmundi bizkaia enero de 2018**

La versión completa puede consultarse en:

- <http://www.medicmundibizkaia.org/publicaciones/>
- www.ehu.eus/es/web/opik/argitalpenak

Autorización de uso:

Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento original.

Agiri hau txosten osoaren laburpena da:

ESTATUA OSASUNAREN BERMATZAILA: ERRONKAK ETA MEHATXUAK

Guatemalako, Honduraseko, El Salvadorreko eta Euskal Autonomia Erkidegoko osasun-sistemetan osasunerako eskubideak dituen erronkak eta mehatxuak

OPIK. Osasunaren Gizarte-Baldintzatzaile eta Aldaketa Demografikoari Buruzko Ikerketa-Taldeak eguna: Rodríguez-Alvarez E, Font R, Morteruel M, Martín U. **medicmundi bizkaia 2018ko urtarrilean**

Bertsio osoa hemen kontsultatu daiteke:

- <http://www.medicmundibizkaia.org/publicaciones/?lang=eu>
- www.ehu.eus/eu/web/opik/argitalpenak

Erabilera-baimena:

Osorik edo zati bat merkataritza-xederik gabe argitaratzea baimentzen da, betiere agiri originalaren aipamena eginez.

This document is a summary of the complete investigation:

THE STATE AS HEALTH DUTY BEARER: CHALLENGES AND THREATS

Challenges and threats to the right to health in the health systems of Guatemala, Honduras, El Salvador and the Basque Country

Made by the OPIK. Research Group on Social Determinants of Health and Demographic Change: Rodríguez-Alvarez E, Font R, Morteruel M, Martín U. **medicmundi bizkaia January 2018**

The full version can be found at:

- <http://www.medicmundibizkaia.org/publicaciones/>
- www.ehu.eus/es/web/opik/argitalpenak

Authorization of use:

Its total or partial reproduction is authorized for non-commercial use, provided that reference is made to the original document.

ISBN: 978-84-09-00605-2

Depósito legal / Lege Gordailua / Legal deposit: BI-556-2018

Portada / Azala / Cover: Biko komunikazioa

Maquetación / Maketazioa / Layout: Zirrizarra estudio grafikoa

Impresión / Inprimaketa / Print: Leitzaran grafikak S.L.



erretan la zatiak gabe



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

Financiadores / Finantzatzaileak / Funders



EL ESTADO COMO GARANTE DE SALUD

Retos y amenazas en los sistemas sanitarios de Guatemala, Honduras, El Salvador y la Comunidad Autónoma Vasca

RESUMEN EJECUTIVO
ENERO 2018


medicusmundi
bizkaia





ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	15
> El concepto de salud y sus determinantes: desde el modelo biomédico a los modelos sociales	15
> El sistema sanitario como determinante de la salud y de las desigualdades en la salud	18
> La herencia de la ideología neoliberal y los determinantes políticos y comerciales de la salud en el siglo XXI.	18
CAPITULO 1	21
RETOS Y AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN LOS SISTEMAS SANITARIOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LOS CASOS DE GUATEMALA, HONDURAS Y EL SALVADOR	21
EL DERECHO A LA SALUD EN GUATEMALA: RETOS Y AMENAZAS	23
1. EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA	26
2. AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN GUATEMALA: EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	29
3. LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA: DESAFIOS PARA EL DERECHO A LA SALUD	32
EL DERECHO A LA SALUD EN HONDURAS: AMENAZAS Y DESAFIOS	36
1. EL SISTEMA SANITARIO EN HONDURAS	39
2. AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN HONDURAS: EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	42
3. LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS: DESAFIOS Y AMENAZAS	46
EL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR: AMENAZAS Y DESAFIOS	49
1. EL SISTEMA DE SALUD EN EL SALVADOR	52
2. AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR: EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	56
3. LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN EL SALVADOR: DESAFIOS PARA EL DERECHO A LA SALUD	61
A. Anexo metodológico. Acceso a los servicios de salud en Guatemala, Honduras y El Salvador	63
CAPITULO 2	66
AMENAZAS Y DESAFÍOS AL DERECHO A LA SALUD EN LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS: EL CASO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA	66
EL DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA: AMENAZAS Y DESAFIOS	68
1. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO VASCO	68
2. AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA	69
3. DESAFIOS PARA EL DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNIDAD AUNTONOMA VASCA	78
BIBLIOGRAFÍA	82

Mercado. Lugar donde se fija el precio de la gente y otras mercancías.

Eduardo Galeano

Espoleado por la necesidad de dar salida a la producción ilimitada de bienes y servicios, el mercado recorre el mundo entero vendiendo las bondades de sus productos. Es en este contexto cuando la salud se convierte en una suerte de gran bazar en el que se busca y persigue a nuevos clientes, por supuesto, clientes con el suficiente poder adquisitivo.

La globalización del sistema capitalista opera en todos los ámbitos y dimensiones sociales y la salud como no podría ser de otra forma es un nicho de mercado más.

Esta visión depredadora de la salud amenaza la base de este derecho universal e inalienable. Desde **medicums** mundi bizkaia consideramos que frente a las amenazas globales y locales a la Salud, la labor de una organización de desarrollo y solidaridad es identificar y analizar estos riesgos y amenazas, poniendo en valor la Salud Pública como garantía para el acceso universal y de calidad a este derecho.

La lógica neoliberal cuestiona la eficacia y la eficiencia de la Salud Pública. Bajo este pretexto se abre un complejo abanico de procesos de desregulación del sistema público y dependiendo de la fortaleza y voluntad política de los gobiernos se minimizan o incrementan los procesos de liberalización de los servicios de salud.

De este modo, cada día nuevas prácticas, tendencias y subterfugios disfrazan bajo el atractivo de la sofisticación, modernidad y el progreso ilimitado, dibujando un nuevo paradigma que realmente lo que pretende es consolidar un gran negocio a costa de la Salud de las personas, de los pueblos y los ecosistemas.

El presente documento analiza las diversas respuestas de diferentes gobiernos en Centroamérica [casos de Guatemala, Honduras y El Salvador] y la situación de la Comunidad Autónoma Vasca. De este modo, ante las amenazas y riesgos de privatización del sector sanitario, podemos establecer en un gradiente de mayor a menor las capacidades y voluntad política para la defensa del derecho a la salud de los sistemas analizados.

Cuando hablamos de Sistemas de Salud Públicos no nos referimos a “*sistemas de salud para pobres*”, caer en este error como remarca el Viceministro de Políticas Públicas de Salud de El Salvador, Eduardo Espinoza, no conduce si no a “*pobres sistemas de salud*”.

El reto pasa por apostar por sistemas de salud públicos que garanticen una mayor accesibilidad y calidad para todas las personas. En este sentido la voluntad política de los gobiernos es fundamental y lo demuestran datos –reconocidos por la OMS– como la reducción de los índices de mortalidad materna infantil en El Salvador, gracias a la apuesta decidida por una reforma orientada al fortalecimiento del Sistema Público de Salud.

En el polo opuesto nos encontramos con la situación de Guatemala, según los datos obtenidos en el estudio, se trata de *“uno de los países con mayor gasto de bolsillo en salud de toda Latinoamérica, para una población ya empobrecida hacerse cargo de su salud puede significar incurrir en gastos catastróficos o no tratarse, y en muchos casos, morir”*.

Estos datos evidencian la falta de voluntad política y de una estrategia de fortalecimiento de la Salud Pública, situación que contribuye a agravar aún más las desigualdades en salud.

Tampoco podemos olvidarnos del caso de la Comunidad Autónoma Vasca. Si bien la comparación entre la realidad vasca y la realidad centroamericana nos ofrece un panorama bien distinto, en el que afortunadamente el Sistema Público vasco podemos decir que goza de buena salud, no podemos obviar que las amenazas al derecho a la Salud son globales y no somos una realidad ajena y libre de todo riesgo.

En la Comunidad Autónoma Vasca también existen las desigualdades en Salud y el riesgo de la terciarización de servicios de salud influye en calidad de los mismos, incrementándose al mismo tiempo la noción de que la salud es un negocio.

Si queremos evitar derivas de esta naturaleza, deberían reorientarse las prácticas que favorecen el crecimiento de empresas en torno a la salud. Frente a los intereses económicos en salud, los gobiernos siempre deben velar por políticas de salud que garanticen este derecho para todas las personas.

Por último, desde **medicumundi bizkaia** reivindicamos la participación ciudadana en la toma de decisiones y que ésta constituya un actor decisivo en el derecho a la salud frente a los intereses económicos. Ahondar en un modelo social de la salud desde, por y para la ciudadanía es una premisa inexcusable de los gobiernos y de la sociedad civil.

Desde **medicumundi bizkaia** animamos a todas las personas, organizaciones e instituciones a globalizar la lucha por la defensa del derecho a la Salud Pública y Universal aquí y en el resto de sociedades.



INTRODUCCIÓN

El concepto de salud y sus determinantes: desde el modelo biomédico a los modelos sociales

Los factores que determinan la salud son múltiples y complejos, y trascienden a los considerados por el modelo biomédico que señala a la carga genética, las características biológicas de las personas en interacción con su entorno y la actuación de los servicios sanitarios como principales condicionantes de la salud poblacional. Este paradigma ha sido dominante en la ciencia médica occidental desde el siglo XIX y aunque en las últimas décadas su hegemonía se ha debilitado, la mayor parte de las creencias y conceptualizaciones de la población en torno a su salud, a los factores que la determinan y a las formas de tratarla siguen estando influenciadas por este modelo.

A lo largo del siglo XX, las críticas vertidas sobre el modelo biomédico han sido diversas desde multitud de disciplinas, incluida la propia medicina. Además de señalar el excesivo reduccionismo a la hora de describir la etiología de las enfermedades y sus determinantes y la poca utilidad para comprender la aparición de las enfermedades crónicas, el propio concepto de enfermedad ha sido puesto en cuestión. Las críticas se basan en la idea de que las enfermedades son definidas de manera diferente en las diversas culturas y que la definición médica de las mismas varía con el tiempo. Así, lo que es considerado como enfermedad en un momento y lugar concreto depende de las normas y de los valores sociales y de las relaciones de poder imperantes en el mismo. Además, la práctica médica, al igual que cualquier otro cuerpo de conocimiento, debe ser entendida en el seno del sistema de valores que la construye, por tanto, no es neutra ya que existen importantes fuerzas sociales, políticas y económicas que determinan lo que es o no, una enfermedad y cómo hay que hacerla frente. Esta crítica ha ido más allá en algunos autores que han afirmado que el conocimiento médico es un instrumento del sistema capitalista que ejerce funciones de apoyo al mismo de carácter ideológico, tratando de garantizar el mantenimiento del *status quo* o la privatización y despolitización del estado de salud, y de carácter económico, dirigidas a la generación de beneficios y la reproducción de las relaciones desiguales de clase (Navarro, 1986; Doyal y Pennell, 1979; Hyde et al.; 2004).

En relación al impacto de la práctica médica en la mejora de la salud poblacional, las visiones críticas con el modelo biomédico han cuestionado que los grandes avances de la biomedicina sean los responsables del descenso de la mortalidad y de las mejoras en la esperanza de vida en las sociedades actuales (McKeown, 1976). En los últimos años, la consideración de los factores sociales en la aparición y avance de las enfermedades ha tenido un importante desarrollo, fruto de las aportaciones de diferentes disciplinas entre las que se incluyen la sociología, la psicología, la epidemiología, la economía, la historia o

la antropología. Estas aportaciones se engloban dentro de lo que se han denominado *modelos sociales de la salud*, que aglutinan un conjunto de aportaciones teóricas y empíricas, que tienen como base común la consideración de la salud como un producto social en el que, por tanto, influyen diversos determinantes sociales.

El modelo conceptual que describe los principales determinantes sociales de la salud, mas aceptado es el propuesto por Dahlgren y Whitehead [1993] [figura 1].

Este modelo representa los diferentes determinantes de la salud como estratos o capas de influencia. En la parte central se sitúan los factores no modificables, como la edad, el sexo o los factores hereditarios. Alrededor de estos los factores modificables por la intervención de políticas diversas, desde el más micro al más macro. Así, están los factores relacionados con las conductas relacionadas con la salud, como fumar, beber o realizar ejercicio físico. En la tercera capa, están los factores sociales y comunitarios, es decir, las relaciones interpersonales en forma de apoyo social y comunitario. En una cuarta capa están los factores relacionados como las condiciones de vida y trabajo, el sistema alimentario o el acceso a bienes y servicios básicos, como el sistema sanitario, que condicionan la posibilidad de las personas para mantener su salud. La última capa está representada por las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales más generales, en las que están las sociedades, y que condicionan el efecto de los determinantes sociales en la salud de personas y comunidades.

Diversos estudios han evidenciado que los determinantes de la salud se distribuyen de forma desigual entre los diversos grupos sociales, dando lugar a importantes desigualdades sociales en salud. Así, los logros en salud que se han producido en las últimas décadas a nivel poblacional, como el aumento de la esperanza de vida o la disminución de la discapacidad, no han llegado por igual a todos los grupos sociales, ya que existen



FIGURA 1. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead

Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

diferencias en las oportunidades y recursos ligados a la salud entre personas de distinta clase social, sexo, etnia o lugar de residencia, entre otros factores, que conllevan que los colectivos más desfavorecidos presenten sistemáticamente un peor estado de salud. Entre los modelos que han tratado de ordenar los factores que explican la aparición de las desigualdades sociales en salud se encuentra el de Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud (figura 2). En él puede observarse que la equidad en salud está condicionada por los denominados determinantes estructurales e intermedios. Los primeros incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, que hacen referencia a las características de la estructura social de una sociedad. Se trata de la tradición política de los gobiernos con sus políticas macroeconómicas y sociales relacionadas con el mercado laboral, la vivienda, la educación y el bienestar social. Entre estos factores del contexto socioeconómico, se incluyen también la gobernanza, los valores sociales y normas culturales imperantes, así como el valor colectivo dado a la salud. Todos estos factores contextuales ejercen una gran influencia sobre los patrones de estratificación social, que determinan la posición social que las personas ocupan en la sociedad según su nivel socioeconómico, género, nivel de estudios, lugar de nacimiento y otras dimensiones. Esta posición social desigual genera, a su vez, desigualdades en la distribución de los determinantes intermedios, que incluyen las condiciones de vida y de trabajo, los factores psicosociales, como la extensión y calidad de las redes sociales, el estrés, la percepción de control sobre la vida propia y las conductas relacionadas con la salud, como el consumo de alcohol, tabaco, la dieta o la práctica de actividad física.

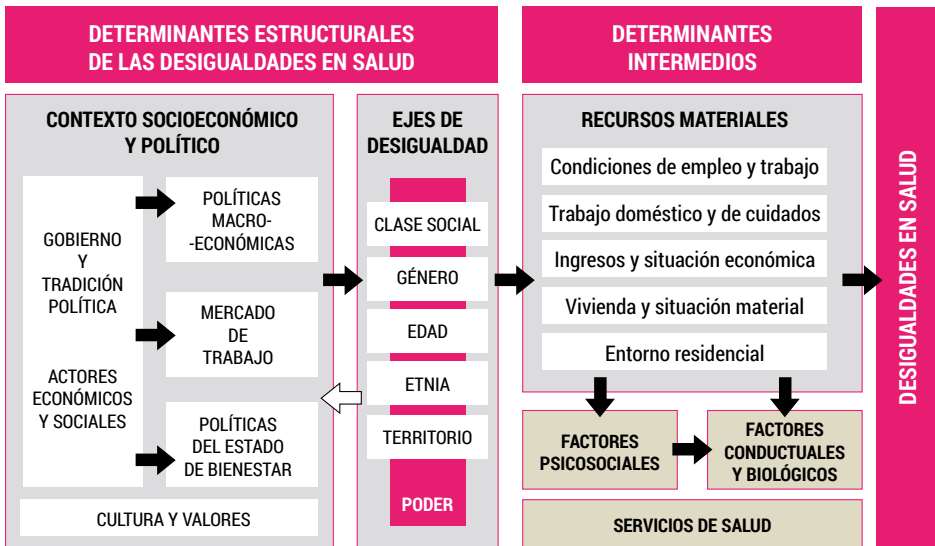


FIGURA 2. Marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud

El sistema sanitario como determinante de la salud y de las desigualdades en la salud

Debido a la multiplicidad de determinantes de la salud, el papel del sistema sanitario en la comprensión de la salud poblacional es limitado desde la perspectiva de los modelos sociales de la salud. Sin embargo, los sistemas sanitarios, según sea su organización, la extensión de su cobertura y los servicios cubiertos, pueden potenciar las desigualdades en salud existentes o, por el contrario, ejercer un efecto compensador o atenuador que logre disminuirlas.

Las principales vías por las que el sistema sanitario puede reducir las desigualdades en salud se basan en su capacidad de atenuar los impactos que los determinantes estructurales y de las condiciones de vida y de trabajo tienen sobre la salud de las personas. Si el acceso a los servicios de salud está garantizado de forma universal y gratuita a toda la población, se reducirá la vulnerabilidad de determinados grupos sociales especialmente expuestos a diversos factores de riesgo. También, podrá contribuir a reducir las consecuencias que la enfermedad o la discapacidad tienen en la vida y en la integración social de las personas, y por lo tanto su capacidad para moverse a lo largo de la jerarquía social. Además, puede tener un papel importante en el empoderamiento de las personas, otorgándoles un papel activo sobre su bienestar y su salud [Solar e Irwin, 2007].

El sistema sanitario también tiene potencial para incrementar las desigualdades sociales en salud. La llamada “ley de atención inversa”, formulada por Tudor Hart en la década de los años 70, explica que la disponibilidad de los servicios sanitarios tiende a ser inversamente proporcional a la necesidad de la población asistida. Su efecto será mayor cuanto mayor sea la exposición de la atención sanitaria a las fuerzas del mercado [Hart, 1971]. La ley de atención inversa se produce porque el sistema sanitario orienta su atención a toda la población sin tener en cuenta la distribución social de las necesidades de salud, de tal manera que se acaban destinando más recursos a quien menos lo necesita [Watt, 2002]. Además de a través de la atención sanitaria, los sistemas de salud pueden contribuir a generar o mantener las desigualdades en salud, al enfocar sus políticas y programas de salud pública a toda la población por igual, sin considerar las barreras que existen a la hora de que los programas poblacionales alcancen de forma equitativa a los diferentes grupos sociales [Chivu y Reidpath, 2010]. Finalmente, si el sistema sanitario no trasciende su visión de la salud biologicista y, continúa otorgándose un papel protagonista y desarrollando un rol paternalista en la salud de la población, difícilmente ocupará una posición influyente en la reducción de las desigualdades, y sí, probablemente, en el incremento de las mismas.

La herencia de la ideología neoliberal y los determinantes políticos y comerciales de la salud en el siglo XXI.

El neoliberalismo, movimiento ideológico y político capitalista que surgió en Estados Unidos como respuesta a la corriente del liberalismo clásico o keynesiano vigente en la década de 1950. Frente a esta corriente que defendía la intervención del estado en el gasto público para favorecer la demanda, el neoliberalismo, cuestionaba el intervencionismo

del estado sobre los beneficios y las relaciones empresariales aludiendo a la incompatibilidad entre la libertad individual y la equidad. Milton Friedman heredó estas ideas y las extendió a través de la Escuela de Chicago, bajo tres preceptos básicos: la desregulación, la reducción al mínimo de los gastos públicos de naturaleza social y la privatización de los servicios públicos, entre los que se encuentra el sistema sanitario [Minué, 2017]. De mano de este impulso ideológico y político, bajo el mandato de Reagan, el mercado de seguros estadounidense experimentó una fuerte expansión hasta su saturación, momento en que las ideas de expansión del mercado emigraron hacia otros contextos como América Latina, a finales de los 80, y Europa a principios de los 90, con diferentes manifestaciones en cada uno, con respecto al derecho a la salud. Esto es debido a los diferentes puntos de partida existentes en cada contexto: América Latina carecía de una aplicación de políticas con perspectiva poblacional en torno a la protección social y con respecto a la salud, mientras que en Europa se encontraban implementados los estados de bienestar, en torno a un consenso por la salud y al estado como garante de ese derecho.

Desde que hace una década, la OMS apuntara al papel determinante de las políticas macroeconómicas y del estado de bienestar sobre las desigualdades sociales en salud, estas no se han visto reducidas, sino que continúan suponiendo uno de los principales obstáculos para el progreso de la salud global. Por otra parte, la sociedad se enfrenta a la pandemia de las enfermedades no transmisibles [Allen, 2017], determinadas por la modernización de la vida, las nuevas maneras de vivir y relacionarse. De manera especial, la globalización fundamentada en el crecimiento económico basado en los intereses de los agentes económicos y no en el bien común. A favor de estos intereses, la salud se convierte en un bien susceptible de ser mercantilizado y pasa a ser considerada una cuestión de elección y de libertad individual. Desde esta perspectiva, los agentes políticos son reticentes a actuar en algunos ámbitos relacionados con la salud, ya que entrarían en conflicto con la elección y libertad individual de la salud [Kickbusch, 2012] y, por tanto, con los intereses comerciales de quienes obtienen beneficio económico con la salud o, más exactamente, con la enfermedad. De ahí que desde esta concepción de la salud, resulte complejo actuar a partir de un modelo social de la salud y desde una perspectiva orientada a mejorar la salud en términos poblacionales.

Como señala Kickbusch, la salud es política y precisa del compromiso de los actores implicados en ella. Por tanto, puede decirse que la crisis de salud global actual responde a una crisis de gobernanza [Kickbusch, 2005]: por un lado, el gobierno de los sistemas sanitarios no está reforzando el acceso a la atención sanitaria como derecho, quedando este limitado para las personas más empobrecidas; y por otro, la actuación conjunta por la salud entre los diferentes actores implicados en ella –el sector sanitario y los sectores distintos a salud en el ámbito público (economía, empleo, educación, vivienda, etc.), el sector privado y la ciudadanía– no se está dando con la intensidad que debiera.

A pesar del papel cada vez más influyente del escenario global, los estados mantienen la principal responsabilidad con respecto al buen gobierno por la salud, o aquel que es garante del derecho a la salud para todas las personas. Prueba de ello es la capacidad de respuesta de los gobiernos ante fenómenos globales y de modular de manera significativa el impacto que estos pueden tener en el día a día de las personas. Ejemplo de ello, es la última crisis económica y las distintas respuestas dadas por los estados en forma de aplicación de medidas de austeridad sobre el gasto en protección social [Stuckler et al., 2017].

El derecho a la salud de las personas se refiere a la posibilidad de disfrutar de un abanico de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para lograr el más alto nivel posible de salud. **Se refiere, por tanto, a que las personas**, sea cual sea su sexo, edad, etnia, religión, diversidad funcional, orientación sexual, identidad de género, estatus migratorio o estado de salud, **dispongan de las condiciones óptimas para alcanzar su máximo nivel de bienestar físico, mental y social** (Adhanom, 2017). Estas condiciones se corresponden, con el acceso a servicios de salud de calidad y acorde a las necesidades de las personas, independientemente de su nivel socioeconómico. Además, hace referencia a la importancia de recibir una atención sanitaria centrada en la persona, esto es, sujeta al derecho de la persona a ser dueña de su salud y su cuerpo, a la intimidad y a ser tratada con respeto y dignidad. También, el derecho a la salud rechaza la exposición de las personas a la experimentación médica contra su voluntad o a tratamiento sin consentimiento informado. Asimismo, las personas tienen derecho a acceder a la información y a servicios de salud sexual y reproductiva, sin ser objeto de violencia y discriminación (Adhanom, 2017). Sin embargo y puesto que la mayor parte de la salud se produce fuera del sistema sanitario, el derecho a la salud no puede entenderse sin considerar el acceso a unas condiciones de vida óptimas para la salud que incluyen educación, ingresos suficientes, vivienda digna, condiciones medioambientales saludables, a unas condiciones de empleo y trabajo dignas, seguras y saludables y a un acceso a bienes y servicios básicos suficientes y de calidad.

Este trabajo parte de la hipótesis de que los procesos de mercantilización y privatización de los servicios de salud, en cualquiera de los contextos que se realice, supone una amenaza para el derecho a la salud. En este contexto el objetivo general de este informe es describir el papel del estado como garante de la salud a partir de la descripción de las dimensiones de rectoría, financiación, aseguramiento y provisión de servicios de salud de los sistemas sanitarios de la región Centroamericana de Guatemala, Honduras y El Salvador¹ y, de la Comunidad Autónoma Vasca en la Región europea. Posteriormente se analizarán los retos y amenazas al derecho a la salud en ambos contextos y sus implicaciones en las desigualdades sociales en salud.

¹ Como parte de esta investigación se contó con el apoyo logístico y conceptual de **medicusmundi** bizkaia que cuenta con una larga trayectoria de intervención en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios públicos de la Región



CAPITULO 1

RETOS Y AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN LOS SISTEMAS SANITARIOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LOS CASOS DE GUATEMALA, HONDURAS Y EL SALVADOR

La historia de los sistemas de salud en la Región de Latinoamérica y el Caribe se vincula estrechamente con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del estado de bienestar, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX, y alcanzaron su máxima expansión durante el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial [Cotlear, et al, 2015]. En este primer periodo donde América Latina y el Caribe ya parte de sociedades muy inequitativas, se crean las primeras instituciones de salud (Ministerios de Sanidad o Salud Pública, dependiendo del país), caracterizadas por la segmentación en la prestación de los servicios sanitarios dirigidos a estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingresos, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico y área geográfica urbana o rural [OPS,2007]. En términos organizativos, estos sistemas contaban con una o varias entidades públicas, seguridad social y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios. Presentaban marcadas diferencias en cuanto a la garantía de los derechos de protección de la salud, de los niveles de gasto per cápita y del grado de acceso a los servicios por parte de los distintos grupos de población. Además, presentaban una rectoría débil, un marco regulatorio insuficiente y una fiscalización inadecuada con costos de transacción elevados. También una insuficiente financiación y un importante pago directo o de “bolsillo”, definido como la aportación privada de las personas a los costes que tiene la atención sanitaria, que conlleva riesgos catastróficos para la seguridad financiera de los hogares. Las redes de provisión de servicios fueron establecidas por cada subsistema, con escasa integración y comunicación entre las unidades asistenciales, tanto dentro del subsistema, como entre los distintos subsistemas. La prestación de servicios se concentró en las zonas urbanas más ricas y en la población asalariada, lo que dejó desprotegidas a las personas más pobres, al sector informal de la economía y en muchos países, a los grupos indígenas y/o afrodescendientes y a las poblaciones rurales y urbano-marginales. Los servicios de salud duplicaron las redes asistenciales con ausencia de continuidad de los cuidados, lo que no aseguraba un mismo nivel de asistencia sanitaria a poblaciones cubiertas por distintos sistemas de protección de la salud. Como consecuencia de la fragmentación del sistema público de salud en varias entidades autónomas (dependiendo de país) la población sin recursos es atendida en instalaciones de los Ministerios de Salud y los trabajadores del sector formal en las clínicas y hospitales de la Seguridad Social, que cuentan con fondos superiores a los del Ministerio de Salud [Cotlear et al., 2015]. Esta fragmentación operativa fue el resultado tanto de la segmentación estructural, como de las dificultades de gobernabilidad, la falta de planificación integrada, y la debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia [CEPAL, 2006; OPS, 2003].

Una segunda fase en la historia de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, tuvo lugar a partir de las reformas macroeconómicas neoliberales de finales de los años 80, en el llamado consenso de Washington, desde donde se impusieron restricciones fiscales sobre los gastos del gobierno en los sistemas de salud. Las reformas se llevaron a cabo bajo el objetivo de mejorar la equidad de acceso y la eficiencia, e inspiradas en la agenda neoliberal, bajo programas de ajuste estructural guiados por organismos multilaterales financieros como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) [Homedes y Ugalde, 2005; Atun et al., 2015]. Los modelos de la reforma se centraban en cambios financieros y de gestión, la desregulación del mercado laboral, la descentralización y la privatización de la gestión del aseguramiento y de la provisión de salud [Homedes y Ugalde, 2005b; Almeida, 2002]. En la financiación se enfatizó la focalización del gasto, especialmente para cubrir grupos de población de escasos recursos y marginados (OMS, 2000). Bajo esta lógica se movilizaban recursos adicionales para las instalaciones públicas de atención a la salud mediante la introducción del pago directo por los servicios de salud, los medicamentos y otros insumos médicos, especialmente en la atención hospitalaria. El efecto de estas reformas mostró que en los grupos más desfavorecidos aumentaron las barreras en el acceso a los servicios de salud y el riesgo de gasto catastrófico en salud [Heredia et al, 2015; Cotlear et al., 2015]. El restringido acceso a los servicios para la mayoría de la población, el deterioro de los servicios, la introducción de programas estrictamente focalizados en los grupos vulnerables, y la falta fondos en salud llevaron a la siguiente reforma.

La tercera fase de la historia de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, comienza en la primera década de este siglo, con una mayor búsqueda de la equidad. Razones contextuales como la transición epidemiológica, la transición democrática, las tasas de crecimiento económico y la propagación de los valores democráticos y de derechos humanos propiciaron el desarrollo de esta nueva fase de reformas. Estas se caracterizan por tratar de igualar los beneficios de salud recibidos por los diferentes grupos de población y evitar los gastos catastróficos en salud. Los países de la Región han adoptado dos caminos diferentes para alcanzar este objetivo, la Cobertura Universal en Salud (CUS) y el Sistema Único de Salud (SUS). La CUS es en la actualidad, el modelo hegemónico, claramente diferente de lo que son los sistemas universales de salud, ya que establece una disociación entre cobertura y acceso a los servicios de salud. Para conseguir la CUS se acepta dentro del sistema de salud la protección privada a través del mercado de seguros que se articula con mecanismos públicos, con lo cual la atención a la salud se comercializa y se abre como mercado para los intereses privados, donde la financiación se hace con recursos fiscales, copagos y coseguros [López-Arellano, 2013]. Esta posición supone que la salud no es una responsabilidad primordial del Estado y que la financiación estatal estará solo para aquellos grupos en extrema pobreza o en situación de riesgo, por lo que se mantiene la segmentación de la población según su capacidad adquisitiva [Muntaner et al., 2016]. Las experiencias de los países que han implementado este modelo bajo la forma de Seguro Social público como Colombia México, Chile, no han conseguido la cobertura universal, persisten desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud, lo que cuestiona este modelo en la garantía del derecho a la salud, entendido como igualdad de acceso a los servicios ante igual necesidad [Atun et al., 2015]. La otra vía de las reformas emprendidas en la Región, con el SUS aboga por el derecho a la salud, con el Estado como garante de la financiación y la administración. Los dos ejemplos más importantes son Cuba y Brasil [Almeida 2002]. Recientemente países como Venezuela, Bolivia, Ecuador y El Salvador [Atun et al., 2015; Muntaner et al., 2016; Bowser y Mahal, 2011] han utilizado

marcos más amplios como el “Buen Vivir” o “Sumac kawsay”, adoptando este modelo tras años de política neoliberal en materia de salud. Así, el acceso se ha ampliado de forma masiva en todos estos países y en Brasil casi existe una cobertura universal y la mayoría de las personas que buscan atención médica la reciben (Unger et al., 2006).

A continuación se describe el papel del Estado como garante de la salud a partir de la descripción de las dimensiones de rectoría, financiación, aseguramiento y provisión de servicios de salud de los sistemas sanitarios de Guatemala, Honduras, y El Salvador. Posteriormente se analizan las barreras en el acceso a la salud como amenaza al derecho a la salud y finalmente se abordan los desafíos para el derecho a la salud de las reformas de sus sistemas de salud.

EL DERECHO A LA SALUD EN GUATEMALA: RETOS Y AMENAZAS



La República de Guatemala se encuentra ubicada en el extremo noroccidental de América Central. Limita al Norte y al Oeste con México, al Sur con el Océano Pacífico y al Este con Belice, Honduras, El Salvador y el Océano Atlántico. Guatemala se considera el país y la economía más grande de América Central, con 108.889 kilómetros cuadrados y más de 15 millones de habitantes distribuidos casi al 50% entre las zonas rurales y urbanas. Su población se considera joven, con una media de edad de 20 años. Los departamentos más empobrecidos (más del 70% de su población vive bajo el umbral de la pobreza) son los de la región del altiplano occidental, central y norte, departamentos en los que se concentra la mayor parte de población indígena.

La distribución geográfica de la población es heterogénea en cantidad y en grupos étnicos. En las regiones Central, Norte, Noroccidental y Suroccidental se concentra el mayor porcentaje de población indígena, que en su mayoría habla un idioma maya, mientras que el Oriente del país y la región metropolitana se concentra la población mestiza. Existen grandes disparidades en los indicadores económicos, acceso a los servicios de salud, y resultados de salud, donde las zonas rurales, principalmente indígenas se desempeñan mucho peor que las urbanas (Bowser, Mahal, 2011).

CUADRO 1. Indicadores básicos de Guatemala ²

Indicadores demográficos y socioeconómicos

Superficie KM ²	108.889
Población (millones) ²⁰¹⁶	16.673
Edad mediana (años) ²⁰¹⁶	21
Población menor de 15 años (% habitantes) ²⁰¹⁶	36
Población mayor de 65 años (% habitantes) ²⁰¹⁶	5,0
Población rural (% del total) ²⁰¹⁶	48
Nacimientos (miles) ²⁰¹⁶	440,3
Tasa global de fecundidad (hijos/mujer) ²⁰¹⁶	3,1
Esperanza de vida al nacer mujeres ²⁰¹⁶	75,8
Esperanza de vida al nacer hombres ²⁰¹⁶	68,8
Crecimiento poblacional anual (%) ²⁰¹⁶	2,0
Media de años de escuela mujeres ²⁰¹⁴	7,0
Media de años de escuela hombres ²⁰¹⁴	7,1
Tasa de alfabetismo hombres (%)	87,4
Tasa de alfabetismo mujeres (%)	76,3
Índice de Gini ²⁰¹¹	52,4
Índice de Desarrollo Humano ²⁰¹⁵	0.640
Población con acceso a fuentes mejoradas de agua (urbana) (%) ²⁰¹⁵	98
Población con acceso a fuentes mejoradas de agua (rural) (%) ²⁰¹⁵	87
Población con acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas (urbana) (%) ²⁰¹⁵ ..	78
Población con acceso a de saneamiento mejoradas (rural) (%) ²⁰¹⁵	49

Indicadores de salud

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos) ²⁰¹³	113,4
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) ²⁰¹³	19,0
Tasa de mortalidad menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos) ²⁰¹³	25,3
Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos) ²⁰¹³	8,9
Tasa de mortalidad general (todas las causas) (por 1000 habitantes) mujeres ²⁰¹⁴	6,2
Tasa de mortalidad general (todas las causas) (por 1000 habitantes) hombres ²⁰¹⁴	8,9
Bajo peso al nacer (<2.500g) (%) ²⁰¹⁴	12,4
Desnutrición crónica en niños < 5años (%) ²⁰¹⁴	46,5

Indicadores recursos, acceso y cobertura de salud

Personal médico (por 10.000 habitantes) ²⁰¹⁴	7,5
Personal enfermería (por 10.000 habitantes) ²⁰¹⁴	6,0
Dentistas (por 10.000 habitantes) ²⁰¹⁴	1,4
Camas hospitalarias (por 1000 habitantes) en el sector público ²⁰¹⁴	0,6
Atención prenatal por personal capacitada 4+ visitas (%) ²⁰¹⁴	43,0
Proporción partos hospitalarios ²⁰¹⁴	66,0
Proporción de partos atendidos por personal médico en áreas rurales ²⁰¹⁴	50,2
Gasto en salud, total (%PIB) ²⁰¹⁴	6,2

² OMS, 2016

Gasto nacional público en salud (% PIB) ²⁰¹⁴	2,3
Gasto nacional privado en salud (% PIB) ²⁰¹⁴	3,9
Gasto público en salud (% del gasto total en salud) ²⁰¹⁴	37,6
Gasto nacional privado en salud (% del gasto total en salud) ²⁰¹⁴	62,4
Gasto total en salud per cápita (US\$) ²⁰¹⁴	233
Pago directo de los hogares (% del gasto privado) ²⁰¹³	83,3
Pago directo de los hogares (% del gasto total en salud) ²⁰¹³	52,6
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud ²⁰⁰⁶	11,6

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

Al igual que otros países de la región, Guatemala se encuentra en una fase temprana de post-transición epidemiológica en la que, como causa de muerte, las enfermedades infecciosas, aunque siguen afectando a un porcentaje importante de la población, han sido desplazadas por las enfermedades no transmisibles. Pese a que factores de riesgo para estas patologías como el consumo de alcohol y tabaco, la falta de ejercicio físico y una dieta inadecuada afectan a toda la población, el coste de los tratamientos hace que las poblaciones más vulnerables sean las que mayor mortalidad registran por estas enfermedades.

Guatemala se encuentra entre las naciones más pobres de la región Latinoamérica y, se caracteriza por ser un país con profundas desigualdades sociales y en la distribución de la renta con un coeficiente de Gini de 0,52. Las desigualdades sociales afectan a la salud en la medida en que la desigual distribución de los recursos en función de la clase social, el origen étnico, el lugar de nacimiento o el género, tienen como consecuencia que los grupos poblacionales más desfavorecidos presenten sistemáticamente un peor estado de salud. Estas desigualdades en salud son injustas y evitables y, deben der ser tenidas en consideración de cara a lograr la equidad en salud para toda la población.

En Guatemala, el 57,3% de todos los ingresos está concentrado en el 20% de la población más rica [ENCOVI, 2015] que además vive en zonas urbanas. Esto supone que el porcentaje de población rural que vive bajo el umbral de la pobreza es dos veces mayor que el de la población urbana y cuatro veces mayor cuando hablamos de pobreza extrema. En términos de educación, el porcentaje de mujeres que no saben leer ni escribir es casi el doble que el de los hombres [23,7% frente a 12,64%] [OMS, 2016] y mayor entre la población indígena [47% en mujeres y 26% en los hombres].

Para los resultados en salud, la esperanza de vida de la población indígena es 13 años menor que la de la población no indígena y se relaciona con las condiciones de vida y trabajo en ambos grupos lo marcan desigualdades en salud de gran magnitud. Con respecto a la mortalidad en niños menores de cinco años, la tasa es 2,6 veces mayor en el departamento más pobre respecto al menos pobre y, para mortalidad materna la tasa es 2,5 veces mayor. La desigual distribución de la mortalidad materna e infantil, se relaciona con las menores oportunidades de atención prenatal y de parto institucionalizado que se producen en las zonas rurales, mayoritariamente indígenas y con mayor nivel de pobreza. Las mismas razones explican las desigualdades en la desnutrición crónica que son 1,7 veces mayores en las áreas rurales que en las urbanas y 2,3 veces mayores en el departamento más pobre respecto al menos pobre. Resultados similares se obtienen del análisis de la

distribución de enfermedades infecciosas en menores de cinco años ya que estas ocurren con mayor frecuencia en la población con mayor ruralidad y pobreza y en departamentos con mayoría de población indígena. Las enfermedades crónicas y la infección por VIH, sin embargo, se concentran en los departamentos con niveles mayores de desarrollo económico o asociados a las rutas del desarrollo económico y comercial. (USAID, 2015)

1. EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA

Guatemala reformó su sistema de salud en 1997 tras los acuerdos de paz de 1996. Estas reformas fueron recogidas en el nuevo Código de Salud establecido por el Congreso de Guatemala que incluyó la meta de la cobertura universal en salud (Martínez Francozi, 2013). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se estableció como la institución estatal responsable de las acciones de salud a nivel nacional, ejerciendo su rectoría sobre el sector salud. Además, la Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y obliga al Estado a velar por la misma, desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación.

En la actualidad, el sistema de salud de Guatemala está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público está fragmentado e incluye tres componentes: el *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social* (MSPAS) ejerce el papel rector del sistema de salud y de prestador y proveedor de servicios de salud gratuitos a la población guatemalteca, debiendo responder a los problemas básicos de salud de la población y a la meta de la cobertura universal [cubre a aproximadamente el 67% de la población]; el *Instituto Guatemalteco del Seguro Social* (IGSS) provee servicios de salud a las personas trabajadoras asalariadas y empleadas dependientes y sus familias [aproximadamente al 18% de la población], en sus propias instalaciones, hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin coordinación con el MSPAS y la *Sanidad Militar*, para las fuerzas armadas que ofrece asistencia sanitaria al personal del ejército y sus familias y también servicios privados de salud para el resto de la población. Además, como proveedores de servicios de salud también operan, el sector privado al que la población acude con regularidad mediante pagos directos [cubre aproximadamente al 5-7% de la población] y el sector comunitario. El sector comunitario incluye la medicina tradicional que ofrecen las parteras tradicionales o comadronas, los terapeutas mayas y los promotores de salud y complementa los elementos más formales del sistema de salud. La medicina tradicional, aunque opera en el marco de estructuras comunitarias, también funciona con pagos de bolsillo. (Maupin, 2009; Ávila et al., 2015; Becerril-Montekio, 2011). Su capacitación les permite ofrecer atención básica, identificar situaciones de riesgo y colaborar con los otros niveles asistenciales. Especialmente relevante es la función de las 23.320 comadronas registradas por el MSPAS, estrechamente vinculada a la promoción de la Maternidad Saludable. Según los últimos datos disponibles de mortalidad materna (INE, 2013), las comadronas atendieron el 32,2% de todos los partos del país. Dado que, en el primer nivel de atención, no existen instalaciones para la atención del parto, las comadronas tienen un importante papel en la atención materna y neonatal, especialmente en las comunidades rurales de difícil acceso. De ahí que en año 2017 se reconocieron las prácticas de atención materna y neonatal de las comadronas en los primeros niveles de atención (MSPAS, 2017).

TABLA 1. Mapa del sistema de salud en Guatemala

SECTOR PÚBLICO				
PRESTADOR DE SERVICIOS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Hospitales militares policía	Instituto General de la Seguridad Social (IGSS)	Municipalidades
FINANCIACIÓN	Impuestos, préstamos, donaciones.	Presupuesto asignado, cotizaciones.	Cotizaciones población trabajadora y empresaria, Estado.	Presupuesto municipal.
ASEGURAMIENTO	Población sin cobertura.	Ejército y familias beneficiarias.	Personas afiliadas y beneficiarias.	Población sin cobertura.
PROVISIÓN	Centros de Salud, clínicas y hospitales, del MSPAS.	Clínicas y hospitales del ejército y policía.	Centros de Salud, clínicas y hospitales, del IGSS.	Centros de Salud, (clínicas municipales).
POBLACIÓN USUARIA	Población sin cobertura.	Miembros del ejército y familias beneficiarias y población con capacidad de pago.	Población afiliada y beneficiaria.	Población sin cobertura.

SECTOR PRIVADO		SECTOR COMUNITARIO	
PRESTADOR DE SERVICIOS	Prestadores Privados	PRESTADOR DE SERVICIOS	Medicina tradicional
FINANCIACIÓN	Pago bolsillo, primas.	FINANCIACIÓN	Pago de bolsillo, pago en especie, sin pago.
ASEGURAMIENTO		ASEGURAMIENTO	Población sin cobertura.
PROVISIÓN	Clínicas y hospitales privados.	PROVISIÓN	
POBLACIÓN USUARIA	Población con capacidad de pago.	POBLACIÓN USUARIA	Población sin cobertura.

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

La provisión de servicios del MSPAS se dispone en tres niveles de atención de complejidad a partir de criterios de referencia y contrarreferencia, sin embargo, en la práctica la población accede directamente a cualquiera de los tres niveles. El primer nivel de atención está formado por los puestos de salud y las unidades mínimas que ofrecen servicios básicos de salud; el segundo nivel por los Centros de Atención Primaria con atención 24 horas y; el tercer nivel por la atención hospitalaria.

La mayor parte de los servicios del primer y segundo nivel están concentrados en las áreas urbanas con menor índice de pobreza. En los municipios con un índice de pobreza entre el 27,6% y el 65% hay una escasez importante de servicios de salud y, además, son los municipios de más difícil acceso geográfico, de mayor ruralidad y con la mayor número de población indígena (OPS, 2015; PNUD, 2016). En los municipios con menor índice de pobreza, se concentra la mayor cantidad de infraestructura física los tres niveles asistenciales, perteneciente al MSPAS y al IGSS.

Los principales programas del MSPAS están dirigidos a la atención materno-infantil y las enfermedades transmisibles e incluyen un paquete básico de servicios y un listado limitado de medicamentos. Los recursos humanos del MSPAS incluyen 12,5 personas trabajadoras sanitarias por cada 100.000 habitantes, la más baja de Centroamérica, casi la mitad de los 22,8/100.000 que recomienda la OMS como cifra mínima para que opere apropiadamente un sistema de salud. Del personal del MSPAS el 14% es personal médico y de enfermería mientras que el 31% son auxiliares de enfermería y en éstas recae una gran parte de la responsabilidad de brindar la atención de salud en el primer nivel. Además, hay que tener en cuenta las grandes inequidades en la distribución del personal sanitario entre las áreas rurales y urbanas. Las áreas urbanas cuentan con 25,5 trabajadores sanitarios por 100.000 habitantes, frente a los 3,0/100.000 en las áreas rurales. De hecho, en el Departamento de Guatemala, cerca del 80% del personal de salud se concentra en el área metropolitana (Ávila et al., 2015).

Con respecto al gasto en salud, en 2014, el Gasto Total en Salud en Guatemala representó el 6,2% del Producto Interno Bruto (PIB) nacional, siendo el más bajo de la región de las Américas, y uno de los más bajos a nivel mundial. De este porcentaje, el gasto público en salud se ha mantenido alrededor del 2% durante los últimos diez años siendo el país de América Latina con el menor gasto público en salud. En 2013 del total de la financiación del sistema de salud de Guatemala, más de la mitad procedía del gasto de los hogares (52,6%) y del total del gasto privado en salud los hogares financiaban el 83,3% mediante pagos directos, sobre todo de medicamentos. En el año 2006, el 11,6% de hogares incurrió en gastos catastróficos por motivos de salud. El gasto de bolsillo en una población ya empobrecida perpetúa la desigualdad y hace que los colectivos más vulnerables no puedan disfrutar del derecho a la salud.

El infrafinanciamiento del sistema de salud, además, hace que haya un continuo desabastecimiento de insumos, tecnologías médicas y también una continua falta de personal sanitario. Lo mismo ocurre con la infraestructura sanitaria, la red de centros de salud es insuficiente y está anticuada por lo que difícilmente puede hacer frente a las necesidades de la población. Este desabastecimiento y falta de infraestructura es mucho más notable en las áreas rurales donde existen grandes grupos de población que no tienen acceso a la atención sanitaria.

2. AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN GUATEMALA: EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El sistema sanitario se considera un determinante de la salud en sí mismo. Interacciona y puede modificar el efecto de otros determinantes sociales, ya que tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones sociales que afectan el nivel de salud mediante el acceso equitativo a los servicios de atención. Si el acceso a los servicios de salud está garantizado de forma universal y gratuita a toda la población, se reducirá la vulnerabilidad que en determinados grupos sociales supone la exposición a diversos factores de riesgo. Además, será capaz de reducir las consecuencias de la enfermedad o la discapacidad en la vida de las personas y en su integración social, por lo que ejerce cierta influencia sobre cómo las personas pueden moverse a lo largo de la jerarquía social. Por último, puede tener un papel importante en el empoderamiento de las personas, otorgándoles un papel activo sobre su bienestar y su salud. De hecho, el análisis del uso de los servicios de salud de los sistemas públicos y sus determinantes es clave para evaluar el acceso e identificar desigualdades sociales en la utilización de los mismos [Da Silva, Ribeiro, Barata, 2011].

A continuación, se presenta los resultados sobre las amenazas del derecho a la salud como barreras de acceso a la atención en salud, desde la perspectiva de los actores sociales, que representan amenazas para el derecho a la salud. Se recogen las barreras de acceso y sus consecuencias para la salud relacionadas con los factores estructurales, organizativos y de calidad de los servicios de salud y con las características de la población³.

En los servicios asistenciales del MSPAS, los factores que influyen en las barreras en la búsqueda y la entrada relacionadas con las **características del sistema de salud** incluyen la disponibilidad de recursos humanos y materiales para proporcionar la atención. Se señalan como barreras que se deben superar antes de recibir la atención médica la *accesibilidad geográfica*, la *distancia* a los centros, los *tiempos de espera*, el *pago del transporte y de medicamentos* y los *horarios de atención*. Además, también son señalados como barreras que han de superarse para recibir la atención médica aspectos relacionados con los procesos de *referencia* y *contrarreferencia* entre niveles asistenciales.

En las zonas rurales, la *escasez de recursos asistenciales*, tanto en infraestructuras como en personal de salud, hace que la distancia que hay que recorrer hasta llegar a los centros sanitarios sea larga. Esta distancia se configura como una barrera especialmente relevante en el caso de los grupos más vulnerables, como son las mujeres embarazadas y los niños/as enfermos/as.

Las largas distancias sumadas a la *orografía accidentada*, las deficitarias vías de acceso, las deficientes infraestructuras de transporte público, los costes de viajar, y a menudo, lo intransitable de los caminos debido a la dureza del clima, hacen que la distancia a los centros sanitarios más cercanos sea señalada como una importante barrera de acceso, especialmente para las poblaciones indígenas que viven en zonas remotas sin acceso al

³ Ver anexo metodológico

transporte público. Así, las dificultades para acceder al transporte, el coste del viaje y el tiempo de desplazamiento, generan una demora en la atención sanitaria. Este retraso puede originar un agravamiento de los síntomas y de la enfermedad subyacente, que resulta especialmente grave en las mujeres embarazadas. En este caso, la distancia al centro sanitario y la urgencia de la situación, lleva a que el parto se realice en el domicilio sin atención sanitaria. En otras ocasiones, para cuando se llega al recurso asistencial, la situación ya es irresoluble. Ante situaciones que se evalúan de gravedad para el traslado hasta el centro sanitario, se recurre a las ambulancias, que generalmente no están operativas, o a organizar el transporte de emergencia en vehículos disponibles en la comunidad. En otras ocasiones, se opta por acudir directamente a la compra de medicamentos o al sector privado para obtener servicios de salud. Estas barreras de acceso a los servicios de salud, no solo complican el estado de salud, sino que acaban generando gastos de bolsillo, con desastrosas consecuencias para una población ya empobrecida.

Respecto a los *medicamentos e insumos médicos*, existe un número de ellos destinados a los programas de salud gubernamentales (VIH, vacunas, planificación familiar, micronutrientes) incluidos en cada uno de los niveles de atención de salud (primaria, secundaria y terciaria) que son libres de pago. Sin embargo, existen frecuentes y constantes faltas de ellos en las instalaciones de salud, debido a que no se reciben cantidades suficientes por parte de las entidades suministradoras. El desabastecimiento de medicamentos se identifica como una barrera al tratamiento para aquellas personas con pocos recursos. Además, emerge como una barrera de acceso a los servicios sanitarios, ya que en previsión de que en la consulta médica se les recetará un tratamiento farmacológico que no va a ser dispensado de manera gratuita en el servicio público, se decide no acudir al centro sanitario y acudir al sector privado o a su compra directamente en las farmacias.

En relación a la **organización de los servicios sanitarios**, se identifican barreras de acceso a los servicios de salud que incluyen los largos *tiempos de espera* para acceder a la atención de salud (en todos los niveles) y la mala *calidad* de la atención.

La *demora en la atención* en los Centros de Atención Primaria del segundo nivel de atención, se identifica con la escasa oferta de servicios y las distancias que deben realizarse en transporte público o privado (autobuses, tuc-tuc y coches particulares) y no tanto con los horarios de atención, que se presta todos días de la semana durante las 24 horas del día. Sin embargo, la población de las zonas rurales solo dispone de transporte público una o dos veces por semana coincidiendo con los días de mercado. Esto supone que en esos días se produzca una gran concentración de personas que acuden al CAP, lo que resulta en largos tiempos de espera e incluso no llegar a recibir la atención requerida ya que la vuelta a casa deberá realizarse en el último autobús o pagando un transporte privado. Estos tiempos de espera tienen consecuencias directas sobre la salud y la utilización de los servicios de salud. En primer lugar, puede ocasionar un agravamiento de la enfermedad. En segundo lugar, ante la necesidad de resolver el problema de salud la población opta, para evitar esta espera, por acudir al sector privado, o a los siguientes niveles asistenciales o bien adquirir de forma privada los medicamentos que consideran adecuados a su problema de salud. La demora en la atención de los servicios especializados, está muy relacionada con las deficiencias estructurales de los servicios del MSPAS como son la escasa disponibilidad de recursos asistenciales (materiales y humanos), los horarios de atención y la falta de un sistema de referencia funcional entre los niveles asistenciales. Aunque el

primer nivel de atención debería de ser la puerta de entrada al sistema, la ausencia o debilidad de los sistemas de referencia y contrarreferencia en el MSPAS permite saltar este nivel e incluso el nivel secundario en busca de los servicios de atención que la persona considera que necesita. Esto hace que las personas se desplacen por su cuenta a los servicios especializados, asumiendo los costes de su bolsillo, para esperar y ser atendido, sin la garantía de que eso ocurra, debido a que este nivel de atención tiene establecido un número determinado de consultas diarias.

En relación a la **calidad de la atención**, elementos como la escasa disponibilidad de recursos de personal, técnicos y de medicamentos, así como de tratamientos inadecuados y discriminatorios por parte de las y los profesionales de salud provocan la percepción de escasa calidad de los servicios sanitarios. Además, las mujeres comadronas señalan tratamientos inadecuados y discriminatorios por parte del personal del sistema de salud hacia las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas indígenas, lo que hace que se limiten las derivaciones a casos de complicaciones, tanto en el embarazo como en el parto y postparto. Esto trae como resultado, un incremento en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Además, las actitudes negativas y discriminatorias hacia las mujeres comadronas por parte del personal de los servicios de salud suponen una importante barrera de acceso a los servicios de salud, ya que limita la referencia de la embarazada, durante la atención prenatal con el consiguiente riesgo para la atención del parto y la anticipación de posibles complicaciones.

Los factores que emergen como barreras en relación a las **características de las personas usuarias** son la falta de *recursos económicos*, la *dispersión geográfica* de la población que vive en zonas rurales, junto con las *creencias y actitudes sobre la salud*, la discriminación por ser indígena, y no manejarse o manejarse poco en español. También se identifican como **elementos que favorecen** el acceso a los servicios sanitarios los *promotores de salud* y las *mujeres comadronas*.

La *falta de recursos económicos*, la dispersión y el aislamiento geográfico de las comunidades en las zonas rurales, emergen como barreras de acceso a los servicios de salud. Por una parte, el aislamiento geográfico de las comunidades no permite el acceso de los vehículos para el traslado de las personas con problemas de salud a los recursos asistenciales. Por otra parte, la falta de recursos económicos de las personas no permite asumir el coste económico de los desplazamientos. La falta de recursos es un problema muy común en las comunidades rurales que, si no puede ser solventado mediante préstamos o ayudas, hace imposible asistir a los servicios de salud. En el caso de solicitar préstamos las familias corren el riesgo de incurrir en gastos catastróficos.

Respecto a las *creencias y actitudes sobre la salud*, la concepción biologicista de la salud de la medicina occidental hegemónica en el sistema de salud guatemalteco, en contraposición con la concepción más espiritual de la medicina tradicional genera fuertes contradicciones entre la población indígena que se traducen en barreras en el acceso a los servicios de salud. Así, la medicina occidental representada por las pruebas diagnósticas y especialmente por los medicamentos, determina la necesidad de acceder a los servicios de salud. El desabastecimiento de medicamentos es un problema recurrente ya que en la mayoría de ocasiones cuando se accede a los centros de salud se proporciona solo una parte del tratamiento y el resto deben comprarlo en la farmacia. De ahí que se busquen

alternativas de atención a la salud como son comprar los medicamentos en la farmacia, en cualquier establecimiento de venta libre, o acudir a los servicios privados generando gastos que muchas veces se cubren mediante préstamos. La elaboración de medicamentos naturales es otra alternativa utilizada para resolver tanto los problemas de salud como el problema de la escasez y el alto costo de los productos farmacéuticos.

Otras de las barreras más importantes para el acceso a los servicios de salud públicos vienen dadas por la **discriminación**, los aspectos relacionados con el **género**, las barreras lingüísticas y la falta de sensibilidad de parte de algunos profesionales del sistema de salud hacia la población indígena. El androcentrismo del sistema de salud choca con la cosmovisión de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas de las comunidades lo que hace que no quieran ser atendidas en los centros de salud. Así, éstas refieren que no encuentran ni la calidad ni la calidez en la atención y tampoco el respeto hacia sus prácticas culturales lo que emerge como una barrera en el acceso a los servicios de salud. La falta de sensibilidad del sistema biomédico hacia otro tipo de prácticas limita la referencia de derivaciones adecuadas de estas mujeres en caso de complicaciones. Esto trae como resultado, un incremento en la morbilidad, en las complicaciones y en la mortalidad materna neonatal. El rechazo directo o indirecto que se da por parte del personal sanitario a las pacientes que las comadronas llevan o refieren, además, limita la referencia oportuna de la embarazada, durante la atención prenatal o la atención del parto y sus complicaciones, pues temen ser criticadas, señaladas y discriminadas.

Como **elementos facilitadores** para el acceso a los servicios de salud emergen *la red social comunitaria*, incluyendo promotores de salud, hueseros y otros terapeutas mayas y las mujeres comadronas. Aparecen como figuras importantes que favorecen el acceso a los servicios sanitarios, pues acompañan, informan y proveen fondos para el transporte. En las comunidades, especialmente las más alejadas y las más tradicionales, las mujeres buscan a las comadronas como la principal referencia del cuidado de la salud. Representan el referente principal para la mujer en edad fértil, la embarazada, la parturienta, la puérpera y para el/la recién nacida y además, representan un nexo de unión con los servicios de salud.

3. LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA: DESAFÍOS PARA EL DERECHO A LA SALUD

Tras la guerra civil y con la firma de los Acuerdos de Paz de 1996, entre el gobierno y la guerrilla se estableció el compromiso gubernamental de promover una reforma a la Constitución que garantizaran los derechos culturales indígenas y reconocieran a la nación guatemalteca como de unidad nacional, multiétnica, pluricultural y multilingüe. En los acuerdos de Paz se incluyeron también metas específicas y concretas para el sistema de salud, como el aumento del gasto público, la universalización de la cobertura, la necesidad de desconcentrar y descentralizar los servicios de salud y de la coordinación entre los diferentes prestadores de salud.

Los escasos avances logrados en los Acuerdos de Paz, se fueron revirtiendo a partir de la profundización en los modelos neoliberales, que dieron lugar a una institucionalidad frágil, una transición democrática truncada y una alianza del gobierno y del capital guatemal-

teco con las empresas transnacionales que abandonaron los contenidos y principios de los Acuerdos de Paz. Guatemala sufre una reconfiguración neoliberal con desregulación económica y liberalización comercial que profundiza el deterioro de la calidad de vida y aumenta la población en condiciones de pobreza y la desigualdad.

Los procesos de reforma del Estado y su financiación, han ido determinado la noción de salud y su modelo de atención, así como la reducción de las infraestructuras, equipamientos y, recursos humanos y materiales del sistema de salud público frente a los del sector privado. Así la primera reforma en el sector salud implementó el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) y el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) para el primer nivel de atención, donde el MSPAS contrató a las ONGs como prestadoras de servicios y administradoras de servicios de salud. Los programas se financiaron desde el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM). El programa creció rápidamente y, en el año 2008, casi 4,5 millones de habitantes, antes sin cobertura sanitaria, accedieron a los paquetes de servicios básicos de salud. Sin embargo, pese a los objetivos con los que fue creado, el PEC no realizó una atención integral, sino que se implementó de manera focalizada con cuatro programas: niñez, mujeres, urgencias y enfermedades, con intervenciones puntuales cada mes en las comunidades y en función del coste-beneficio estimado. El SIAS fracasó y el PEC desapareció paulatinamente sin un proceso de transición, dejando sin cobertura de salud a millones de personas, fundamentalmente de origen indígena, rural y de escasos recursos. De este modo las reformas llevadas a cabo terminaron conformando un sistema de salud segmentado por grupos de población, en función de la capacidad adquisitiva y del estatus laboral, en el que cada subsistema funciona autónomamente, con distintas modalidades de financiación y objetivos y con sus propios servicios de salud. Se produjo así el fortalecimiento del mercado de la salud y de las entidades privadas, mientras que la red pública de servicios se debilitó. La población busca ser atendida por los actores privados, que crecen tanto en infraestructura como en oferta de servicios, generando inequidades importantes en la financiación y gasto en la salud cuya fuente principal son los hogares (Hernández, 2011).

En el marco de la cobertura universal impulsada por la Organización Mundial de la Salud en Guatemala se aborda la siguiente reforma del sistema de salud (USAID, 2015) que intenta dar respuesta a los problemas de salud de la población, a los problemas causados por un modelo centrado en un enfoque curativo individual y en la medicina occidental, y al limitado acceso a los servicios. Nace así la propuesta del Modelo Incluyente en Salud (MIS), orientado por el Ministerio de Salud Pública y con políticas para alcanzar la universalización en la cobertura de salud. En esta reforma se consideraron las diversas y legítimas expresiones sociales y culturales, el enfoque de derecho, la equidad de género y la interculturalidad, con un sistema descentralizado. Se apostó en el modelo por fortalecer el primer nivel de atención en salud utilizando los recursos de salud de las comunidades y dentro de los servicios del MSPAS. Desde su formulación el MIS fue concebido con una visión alternativa de atención integral e incluyente dirigida a reducir inequidades (Verdugo, JC et al, 2008) visibilizando los saberes y prácticas de los terapeutas de las comunidades y con coordinándolos con la medicina occidental. En octubre del año de 2017 se cancela la implementación del MIS argumentando razones presupuestarias y de eficacia.

A pesar de que la atención universal de salud para la población guatemalteca está recogida en la Constitución de 1985, en el momento actual Guatemala está muy lejos de

conseguir ese objetivo. Ante la ausencia de compromisos garantizados y de financiación pública adecuada, el derecho de atención a la salud ha acabado racionalizándose mediante listas de atención de duración incierta y criterios de jerarquización de patologías poco transparentes. Así, en Guatemala los intentos de reforma del sector salud para mejorar la cobertura y el acceso de la población a los servicios de salud no han terminado de materializarse. La crisis en el sector salud que supuso la cancelación del PEC y la posterior cancelación del MIS en octubre de 2017, ha dejado sin cobertura de servicios de salud a millones de habitantes.

En Guatemala, los desafíos para la consecución de la universalización de la salud, con el Estado como garante del derecho a la salud, vienen dadas principalmente por las deficiencias sistémicas en la gobernanza y la insuficiente financiación, producto de la inmersión del país en el modelo económico neoliberal. En la actualidad el sistema de salud guatemalteco, no cuenta ni con las infraestructuras ni con los recursos necesarios para atender a la población. Además, debido a su fragmentación con una persistencia del subsistema público y la seguridad social, consecuencia de la no articulación entre la financiación contributiva y pública, duplica gastos y aumenta aún más las profundas desigualdades sociales en salud. El país está lejos de conseguir igualar los beneficios de salud recibidos por los diferentes grupos de población, de evitar los gastos catastróficos y de superar la segregación en la atención de la salud.

La gobernanza, según el Banco Mundial, es la manera a través de la cual se ejerce el poder en la gestión de los recursos económicos y sociales para el desarrollo de un país y es utilizada como una herramienta normativa para ver el grado en que actores políticos y sociales contribuyen o no a la implementación de políticas públicas que favorezcan el bienestar de la población. En el caso de Guatemala, la falta de [buena] gobernanza se pone de manifiesto en la ausencia de una estrategia a nivel nacional que abogue por la universalidad del sector salud y que sea respaldada por las distintas fuerzas políticas y sociales. Así, una de las principales recomendaciones del informe elaborado por USAID [2015] es que “la Presidencia de la República inicie y dirija un proceso de planeación estratégica del sector salud dedicado a atender las inequidades e ineficiencias que abarcan los elementos básicos del sistema de salud”. Además, se señala que este proceso debe contar con la participación de todos los ministerios relacionados con la salud y las finanzas públicas, los principales partidos políticos, y con organizaciones relevantes de la sociedad civil (USAID, 2015). Sin embargo, la inestabilidad política y la corrupción que viene caracterizando a Guatemala hace que las reformas de salud no lleguen a completarse, cambiando con cada nuevo gobierno, aunque siempre desde la lógica marcada por la economía neoliberal, que considera que la financiación estatal estará solo para aquellos grupos en extrema pobreza o en situación de riesgo, por lo que se mantiene la segmentación de la población según su capacidad de pago.

La financiación insuficiente ha constituido siempre un problema fundamental para la implementación de las reformas de salud. Guatemala presenta graves problemas de financiación de su sistema público de salud, con una recaudación fiscal que ocupa uno de los últimos puestos de la Región de las Américas y el Caribe debido principalmente a las políticas tributarias y al alto grado de empleo informal. Esta falta de recursos generalizada se ha visto agravada por la escasez de inversión en salud por parte del gobierno y por el reparto inequitativo de fondos entre el MSPAS y el IGSS. Además del presupuesto insufi-

ciente, la gestión de la financiación se ha demostrado ineficiente e ineficaz lo que limita aún más los recursos con los que cuenta el sistema público de salud. La falta de recursos afecta a todos los niveles de atención y se traduce en falta de infraestructura, falta de insumos y equipamientos médicos y falta de personal sanitario para atender a las demandas de la población. Guatemala es uno de los países con mayor gasto de bolsillo en salud de toda Latinoamérica, para una población ya empobrecida hacerse cargo de su salud puede significar incurrir en gastos catastróficos o no tratarse, y en muchos casos, morir. La falta de presupuesto según sus actores principales, ha sido uno de los obstáculos principales para la implementación de las reformas del sistema de salud en Guatemala por lo que se pone de manifiesto la necesidad de implementar nuevas estrategias que permitan una mayor inversión en el sistema público de salud.

El fracaso de los intentos de reforma del sector salud en Guatemala agravan aún más las desigualdades sociales en salud. La población se divide en partes iguales entre sus zonas urbana y rural. Sin embargo, persisten grandes disparidades en los indicadores de desarrollo económico, acceso a los servicios de salud, y resultados de salud, en los que las zonas rurales se encuentran mucho peor que las áreas urbanas. Tanto el Programa de Extensión de Cobertura como el Modelo de Salud Incluyente tenían como objetivo principal mejorar el acceso a la salud de las poblaciones más pobres de Guatemala concentradas fundamentalmente en las áreas rurales del país y que muestran consistentemente peores tasas de morbilidad y mortalidad, peor acceso a servicios de salud, y mayores gastos en salud.

El derecho a la salud, involucra tanto los determinantes sociales (alimentación, agua, entorno salubre, vivienda, trabajo, educación, nivel de vida) como el derecho a la protección de la salud. De ahí que, garantizarlo requiere políticas públicas que permitan elevar la calidad de vida de la población; así como políticas sectoriales e intersectoriales que frenen el deterioro de las instituciones públicas de salud, y de la seguridad social y reviertan su fragmentación y desfinanciación. La construcción de un sistema público de salud, universal, gratuito, integral, equitativo, solidario e intercultural es un desafío todavía pendiente en Guatemala.

EL DERECHO A LA SALUD EN HONDURAS: AMENAZAS Y DESAFIOS

La República de Honduras se encuentra en el centro-norte de América Central. Es el segundo país más grande de la zona y aunque limita con tres países [Guatemala y El Salvador al oeste y al este con Nicaragua] y con el Océano Pacífico y el Mar Caribe, ha sido uno de los países centroamericanos más aislado debido a su compleja orografía ya que es el país más montañoso de Centroamérica. La extensión territorial de Honduras, incluyendo todas sus islas, es de 112.492 km² con una población en 2016, de 8.714.641 habitantes. Las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela en el Distrito Central concentran el 27,6% de la población hondureña y San Pedro Sula en el Departamento de Cortes el 16,3%. Se considera una población joven con una mediana de edad de 24 años.



Honduras se caracteriza por ser un país pluricultural, multiétnico y multilingüe con siete pueblos indígenas y dos afrodescendientes. Estos pueblos habitan mayoritariamente en las zonas rurales [80%], coincidiendo con los departamentos de mayor pobreza, y están basados en la economía de subsistencia, con un limitado acceso a los servicios e infraestructuras básicas y con problemas medioambientales [OPS, 2009].

Al igual que otros países en desarrollo, Honduras presenta un proceso de transición epidemiológica, en el que coexisten altas tasas de enfermedades transmisibles, parasitarias y desnutrición, sobre todo en la población infantil del área rural, con problemas de salud vinculados a la violencia, las adicciones y las enfermedades crónicas, siendo, además, uno de los países con mayor incidencia de VIH/SIDA en América Latina.

Cerca de la mitad de la población hondureña vive en el área rural en la que, además, se encuentran los índices de pobreza más altos del país. Efectivamente, Honduras es un país profundamente desigual con un coeficiente de Gini 0,52, uno de los más altos de la región, que indica considerables desigualdades en la distribución de la renta. A nivel nacional, en 2013, el 40% más rico de la población percibía el 80,2% de los ingresos nacionales, mientras que el 40% más pobre percibía solamente el 8,6% del mismo⁴. En 2016, el 61% de los hogares hondureños vivían bajo el umbral de pobreza⁵, llegando al 63% en las zonas rurales y al 89% en las poblaciones indígenas y afrohondureñas, que mayoritariamente viven en zonas rurales. Además, la pobreza extrema⁶ alcanza al 42,5% de la población, al 56,1% de población rural y al 78,3% de la población indígena y afrohondureña⁷. Estos altos porcentajes de pobreza extrema, se han relacionado con el aislamiento geográfico de los territorios que habitan, con el predominio de cultivos de subsistencia y la discriminación histórica de sus habitantes. El idioma oficial es el castellano, aunque el nivel del bilingüismo castellano-lengua indígena varía de una región a otra en función de los grupos indígenas.

Para los indicadores de educación del país [2016], el 11% de las personas mayores de 15 años no saben leer ni escribir. Esta tasa de analfabetismo es mayor en la población del área rural con un 17,2%, frente a un 6,3% en el área urbana⁸. Además, se observan grandes diferencias en la tasa de cobertura educativa entre las áreas rurales y urbanas sobre todo a partir de los 12 años, donde empieza a descender el porcentaje de niños y niñas escolarizados. Así, a partir de los 15 años, el 43,1% de los niños y niñas de zonas urbanas están escolarizados frente al 20,2% de los niños y niñas de áreas rurales [EPHPM, 2016]. Entre la población indígena, el analfabetismo en mujeres es del 47% y en hombres del 26%, muy superior a la media de la Región [7,8%].

CUADRO 2. Indicadores básicos de Honduras ⁹

Indicadores demográficos y socioeconómicos	
Superficie KM ²	112.492
Población (millones) ²⁰¹⁶	8.190
Edad mediana (años) ²⁰¹⁶	21
Población menor de 15 años (% habitantes) ²⁰¹⁶	36
Población mayor de 65 años (% habitantes) ²⁰¹⁶	5
Población rural (% del total) ²⁰¹⁶	46,6
Nacimientos (miles) ²⁰¹⁶	440

⁴ http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc_HTML.asp

⁵ Método de la Línea de la Pobreza (L.P.) que consiste en establecer, a partir de los ingresos de los hogares, la capacidad que estos tienen para satisfacer, por medio de la compra de bienes y servicios, un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas como básicas.

⁶ Hogares que tienen un ingreso per cápita inferior al costo de la Canasta Básica de Alimentos.

⁷ http://www.ine.gob.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=91

⁸ http://www.ine.gob.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=90

⁹ OMS, 2016

Tasa global de fecundidad (hijos/mujer) ²⁰¹⁶	3,1
Esperanza de vida al nacer mujeres ²⁰¹⁵	76,1
Esperanza de vida al nacer hombres ²⁰¹⁶	71,1
Crecimiento poblacional anual (%) ²⁰¹⁶	1,4
Media de años de escuela mujeres ²⁰¹⁶	6,2
Media de años de escuela hombres ²⁰¹⁶	6,1
Tasa de alfabetismo mujeres (%)	88,6
Tasa de alfabetismo hombres (%)	88,4
Índice de Gini ²⁰¹⁶	0,52
Índice de Desarrollo Humano ²⁰¹⁵	0,625
Población con acceso a fuentes mejoradas de agua (urbana) (%) ²⁰¹⁵	97
Población con acceso a fuentes mejoradas de agua (rural) (%) ²⁰¹⁵	84
Población con acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas (urbana) (%) ²⁰¹⁵	87
Población con acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas (rural) (%) ²⁰¹⁵	78

Indicadores de salud

Tasa de mortalidad materna (por 1000 nacidos) ²⁰¹⁵ (IDH, 2016 PNUD)	129
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) ²⁰¹⁵	24
Tasa de mortalidad menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos) ²⁰¹⁵	29
Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos) ²⁰¹³	18
Tasa de mortalidad general (todas las causas) (por 1000 habitantes) ²⁰¹³	7,0
Bajo peso al nacer (<2.500g) (%) ²⁰¹⁵	8,9
Desnutrición crónica en niños < 5 años (%) ²⁰¹¹	22,7

Indicadores recursos, acceso y cobertura total

Personal médico (por 10.000 habitantes) ²⁰¹⁴	10
Personal de enfermería (por 10.000 habitantes) ²⁰¹⁴	3,8
Dentistas (por 10.000 habitantes) ²⁰¹⁴	0,3
Camas hospitalarias (por 1000 habitantes) en el sector público ²⁰¹⁴	0,7
Proporción de partos que fueron atendidos por personal médico	83
Atención prenatal por personal capacitada 4+ visitas (%) ²⁰¹²	89
Proporción partos hospitalarios ²⁰¹⁴	72
Proporción de partos atendidos por personal médico en hogares con pocos recursos ²⁰¹¹⁻²⁰¹²	58
Camas hospitalarias (por 1.000 habitantes) (sector público)	0,7
Gasto en salud, total (% PIB) ^{**2010}	8,7
Gasto nacional público en salud (% PIB) ²⁰¹⁴	4,4
Gasto nacional privado en salud (% PIB) ²⁰¹⁴	4,3
Gasto público en salud (% del gasto total en salud) ²⁰¹⁰	49,8
Gasto nacional privado en salud (% del gasto total en salud) ²⁰¹⁰	50,2
Gasto total en salud per cápita (US\$) ²⁰¹⁴	212
Pago directo de los hogares (% del gasto privado)	94,3
Pago directo de los hogares (% del gasto total en salud) ²⁰¹⁴	43,5
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud ²⁰⁰⁴	8,7

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

Entre los indicadores de salud, la tasa de mortalidad materna estimada es de 129 muertes por 100.000 nacidos vivos (2015), la más alta de Centroamérica y la cuarta más alta de la Región, que se sitúa en 87 por cada 100.000. En los niños y niñas menores de 5 años la tasa de mortalidad es de 29 por cada 1.000 nacidos vivos (OMS, OPS, 2016), llegando hasta el 62,9% y 45,1% en los niños y niñas indígenas y afrodescendientes respectivamente, según el último censo de mortalidad indígena del 2010 (UNICEF, 2012). Estas tasas son superiores a las de América Latina en general (19,6 muertes por 1000 nacidos vivos) y la cuarta más alta de América Latina y el Caribe (OMS, OPS, 2016). El bajo peso al nacer afectó al 8,9 de los niños y niñas en Honduras y la desnutrición crónica en menores de 5 años al 22,7%.

Existen en términos de equidad marcadas desigualdades en salud entre distintos grupos de la población. Los peores indicadores de salud, en términos de mortalidad infantil, mortalidad materna y desnutrición crónica en menores de cinco años se concentran en la población de los tres primeros quintiles de ingreso, sobre todo en las personas que residen en el área rural y grupos indígenas.

1. EL SISTEMA SANITARIO EN HONDURAS

La constitución de 1982 de la República de Honduras en el artículo 145 recoge que *se reconoce el derecho a la protección de la salud, el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas*¹⁰. Según el Código de Salud, en su artículo 1 la Salud se considera como *un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación.*

En la actualidad el sistema de salud de Honduras está constituido por dos subsectores, un subsector público y otro privado. El subsector público incluye la Secretaría de Salud (SESAL) a la cual le corresponde el rol rector, regulador y prestador de servicios de salud a la población hondureña, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) encargado de recaudar, administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores y el Hospital del Ejército. Generalmente, la SESAL y el IHSS se concentran en los mismos espacios geográficos del país y además con escasa articulación, lo que conlleva a que el sistema de salud hondureño, se caracterice por su segmentación y alto grado de fragmentación, con problemas de coordinación y articulación entre instituciones y unidades de servicios. Esto lleva a la duplicidad de actividades, esfuerzos y recursos. El subsector privado está conformado por instituciones con y sin fines de lucro y por aseguradoras, clínicas y hospitales privados. Según la ENDESA 2011-2012 el 10% de la población está afiliada al IHSS, el 2% tiene algún seguro privado y el resto (el 88%) estaría bajo la cobertura de la SESAL. Aunque en las zonas rurales esta proporción llega al 95% de la población.

¹⁰ Constitución Política de 1982 (1982) Asamblea Nacional Constituyente. Decreto N° 131. La Gaceta No. 23612.

TABLA 2. Mapa del sistema de salud en Honduras

	SECTOR PÚBLICO		SECTOR PRIVADO
PRESTADOR DE SERVICIOS	Secretaría de Salud (SESAL)	Instituto Hondureño de la Seguridad Social (IHSS)	Prestadores Privados
FINANCIACIÓN	Impuestos. Asistencia internacional para el desarrollo.	Cotizaciones. Población trabajadora y empresaria. Impuestos generales.	Pagos de bolsillo, primas.
ASEGURAMIENTO	Población sin cobertura.	Personas afiliadas y beneficiarias.	Personas con seguros de salud privados. Personas pagos directos.
PROVISIÓN	Centros de Salud, clínicas y hospitales de SESAL.	Centros de Salud, clínicas y hospitales del IHSS.	Clínicas y hospitales privados.
POBLACIÓN USUARIA	Población sin cobertura.	Población trabajadora sector formal afiliado y sus familias. Población asegurada voluntaria.	Población con capacidad de pago.

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

La red de servicios de la SESAL está distribuida en dos niveles de atención de complejidad a partir de criterios de referencia y contrarreferencia, aunque en la práctica esto no se cumple y la población puede acceder a los distintos niveles de manera libre con el consiguiente colapso de los niveles de atención que atienden casos que deberían ser resueltos en otros niveles. El primer nivel de atención brinda atención ambulatoria y tiene la mayor demanda. El segundo nivel de atención incluye la atención hospitalaria con cuatro niveles de complejidad y provee atención a los y las pacientes que requieren un nivel de especialización mayor.

Pese a que en Honduras no existe un paquete definido de servicios, en el primer nivel de atención se incluye la atención integral de la familia y en el segundo nivel las consultas y cirugías menores, ginecología y obstetricia, cirugías mayores, pediatría y neonatología y urgencias hospitalarias.

Según el Nuevo Modelo Nacional de Salud lanzado el 26 de septiembre de 2013 todas las unidades de atención a la salud están siendo reorganizadas. A pesar de la reorganización de los niveles de atención, la actual infraestructura hospitalaria y de los centros de salud, es deficiente y requiere fuertes inversiones en infraestructura y equipos para poder proporcionar los servicios en condiciones exentas de riesgo (SESAL, 2005). Lo mismo ocurre con el personal de salud, el sistema de salud cuenta con 10 médicos/as, 3,8 enfermeras/os y 0,3 dentistas por 10.000 habitantes, cifras muy por debajo de 23 médicos, enfermeras y parteras por 10.000 habitantes recomendada en el 2015 por la OMS como esenciales para satisfacer las necesidades de salud de la población.

TABLA 3. Provisión de los servicios de salud por parte de la SESAL

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD, TIPO Y CARACTERÍSTICAS ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
	ANTERIOR A LA REFORMA	EN EL NUEVO MODELO
Primer nivel	Centros de Salud Rural (CESAR)	Nivel de complejidad 1: Centro de Salud tipo1 (CS Tipo1) Ambulatorio rural con médico general
	Centros de Salud con médico y Odontólogo (CESAMO)	Nivel de complejidad 2: Centro de Salud tipo2 (CS Tipo2) Ambulatorio urbano con médico general, atiende las referencia CS Tipo1
	Clínicas Materno Infantiles (CMI) Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER)	Nivel de complejidad 3: Centro de Salud tipo 3 o policlínicas (CS Tipo3) Ambulatorio urbano con especialidades médicas sin internamiento, aunque con camas de corta estancia (12 horas) atiende las referencia CS Tipo2
Segundo nivel	Hospital de Área	Nivel de complejidad 4: Hospital tipo 1 Hospital general de especialidades básicas. Atiende las referencia del primer nivel
		Nivel de complejidad 5: Hospital tipo 2 Hospital de especialidades y subespecialidades. Atiende las referencia del hospital tipo 1
	Hospital de Regional	Nivel de complejidad 6: Hospital tipo 3 Hospital docente de especialidades y subespecialidades. Atiende las referencia del hospital tipo 1 y 2
	Hospital Nacional	Nivel de complejidad 7: Hospital tipo 4 Hospital universitario altamente especializado de referencia nacional

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

Del Gasto Total en Salud [GTS] público y privado, entendido como el que se realiza para financiar actividades, dirigidas a restablecer, mejorar y mantener la salud de la población, el gasto público fue del 49,4% en el año 2011¹¹. Esta proporción ha ido disminuyendo en los últimos años [en el año 2005 fue el 67,9%]. El sector salud representa el 17% del gasto del presupuesto nacional en 2011 mientras que en 2017 representa un 11% del presupuesto nacional. El gasto gubernamental en salud ha disminuido casi un 6% en los últimos 6 años y se prevé que siga disminuyendo, debido a la contención del gasto y el traslado de presupuesto a otras instituciones del país [sobre todo a seguridad] [Carmenate-Millan, 2016]. En el sistema de salud de Honduras se producen financiaciones cruzadas, ya que la población adscrita al IHSS o a otro sistema de seguro de salud, puede acceder a los servicios ofertados en los diferentes establecimientos públicos y/o privados sin fines de

¹¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1

lucro, lo cual es una práctica común en el país, particularmente cuando se trata de sub-especialidades. Además, en los últimos años, el sector público está financiando con fondos públicos al sector privado para la provisión de servicios. (OPS, 2009). De hecho, el modelo de financiación de Honduras se considera uno de los más inequitativos del continente, encontrándose en la posición 178 de los 191 países considerados. Así son personas pobres o en peligro de empobrecer son las que más contribuyen a la financiación del sistema de salud mediante pagos directos de bolsillo.

El gasto privado en salud incluye pagos y co-pagos (*fondos recuperados* en la atención hospitalaria y en atención primaria) de bolsillo de las familias por servicios formales e informales de salud, medicamentos, prótesis y seguros privados de salud. Del total del gasto en salud de los hogares, según los datos del 2011 el 8% se fue para el pago de seguros (privados y de la seguridad social) y el 92% restante está producido por el pago directo. Estos gastos de bolsillo son la fuente de financiamiento más regresiva y, además, la causante de gastos catastróficos (gastos que superan la capacidad de pago de las familias y que contribuyen al empobrecimiento de los hogares) (Frenck et al., 2009).

Es importante señalar que el gasto en salud con respecto al ingreso de los hogares por quintil es muy desigual; mientras los hogares del quintil inferior gasta en promedio el 23,6% de sus ingresos en salud, los hogares del quintil superior gastan el 4,6% de sus ingresos en salud, lo que significa que en proporción al nivel de ingreso de ambos grupos, los más pobres están gastando cinco veces más que los pertenecientes al quintil más rico, lo cual es muy inequitativo e injusto socialmente, y, además, resta a las pocas oportunidades de las familias para ahorrar, invertir y mejorar sus condiciones de vida, contribuyendo a profundizar el ciclo de la pobreza (ENDESA, 2012). También, según la misma fuente, el 24,5% de las personas que acuden a las instalaciones públicas tuvo que comprar medicamentos, sin embargo, este porcentaje aumenta al 47% en la población del quintil inferior y disminuye al 19% entre la población del quintil superior. De ahí que los gastos en salud afectan proporcionalmente más a las familias de menores ingresos y con menor nivel educativo, así como a la población de mayor edad, poblaciones que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Con respecto al gasto específico en medicamentos, si tenemos en cuenta únicamente el gasto en el sector privado, el 97,24% del gasto se efectúa mediante pago directo de los hogares y el 2,68% por los seguros privados. Este gasto tan elevado de los hogares en la compra de medicamentos está condicionado por el desabastecimiento de las farmacias de los centros públicos de salud, por las recetas que se extienden por parte de profesionales de salud privados y públicos que únicamente están disponibles en farmacias privadas y por la posibilidad de comprar medicamentos directamente en las farmacias sin receta.

2. AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN HONDURAS: EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Las características estructurales del sistema sanitario en la generación de inequidades de acceso, como la coexistencia de distintos tipos de aseguramiento, aspectos asociados a la descentralización sanitaria o medidas de restricción de la cobertura, afectan el nivel de

salud y suponen importantes amenazas al derecho a la salud. El acceso equitativo a los servicios de salud es fundamental para proteger a las poblaciones más vulnerables, de ahí la relevancia de analizar el uso de los servicios públicos de salud y sus determinantes.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la investigación cualitativa realizada sobre las barreras de acceso a los servicios de salud, es decir, en la búsqueda de atención, en la entrada y durante la utilización de los servicios públicos de salud ofrecidos por la SESAL¹². En la descripción de los resultados se contemplan las barreras de acceso y sus consecuencias para la salud relacionadas con las características estructurales de los servicios de salud, así como organizativas y de calidad, y, finalmente, las relacionadas con las características de la población.

En los servicios asistenciales que provee la SESAL, los factores relacionados con las barreras en la búsqueda y la entrada en el sistema de salud relacionados con las **características del sistema de salud** son la *disponibilidad* de los recursos *materiales* y *humanos* necesarios para proporcionar la atención, determinada tanto por la cantidad de recursos disponibles, como por su *distribución geográfica*.

En relación a la *disponibilidad de recursos materiales y humanos* de la SESAL, se identifican tanto en las zonas rurales como en las periurbanas la escasez de dispositivos asistenciales, de suministros médicos (equipo humano, insumos y medicamentos) y la distribución geográfica de los recursos, que determinan que las personas deban recorrer largas distancias para acudir a ellos.

En las zonas periurbanas, la principal barrera de acceso al primer nivel de atención señalada por las personas entrevistadas, se relaciona con la escasez de recursos asistenciales, humanos, de insumos y medicamentos para atender los problemas de salud de la población a la que tiene que dar cobertura. Esta situación se produce también en las zonas en las que está funcionando la atención a la salud con el nuevo modelo de salud. En las zonas rurales, además de la escasez de recursos asistenciales, humanos y de insumos, en el primer nivel de atención, se menciona como barreras en el acceso la *distancia*, debido a la *distribución geográfica* de los dispositivos asistenciales. Estas distancias deben realizarse andando, o en transporte público si existe, o en transporte privado.

Además, los centros de salud rurales (CESAR o CS Tipo 1 o UAPS), aunque son los más numerosos en el país, no tienen capacidad de respuesta, ni material ni humana, para atender las necesidades de salud de la población que vive en las zonas rurales y ante situaciones que no pueden ser resueltas en estos centros o que se evalúan de gravedad, deben trasladarse a los centros de salud localizados en las áreas periurbanas (los CESAMO o CS Tipo 2 o CIS), lo que lleva a un aumento de los gastos y del tiempo en recibir la atención necesaria para resolver el problema de salud, que puede conducir a su empeoramiento. Emerge como barrera importante de acceso las dificultades con el transporte público, horarios, frecuencia y tiempos de viaje y coste del mismo ya que las personas tienen que buscar la manera de financiar los desplazamientos para llegar al lugar en el que se presta la atención, además del tiempo que invierten en los desplazamientos.

¹² Ver anexo metodológico

La escasez de la oferta y la distribución de los servicios especializados, concentrados en los dos distritos metropolitanos de Honduras, es señalada como una importante barrera de acceso a la salud. Barrera que está relacionadas con las dificultades para encontrar transporte, el coste del viaje y el tiempo del desplazamiento. Estos costes indirectos en la atención suponen una barrera infranqueable que impide la utilización de los servicios especializados entre la población más empobrecida.

La insuficiencia de *recursos humanos*, tanto en atención primaria como en las especialidades son importantes barreras en el acceso a la salud, especialmente en las zonas rurales. La baja capacidad resolutive del primer nivel de atención como consecuencia de la escasez de recurso humano, entre otras, hace que las personas tengan que buscar la resolución de su problema de salud en el segundo nivel, que también presenta escasez de recurso humano. Esta escasez contribuye a aumentar las desigualdades en el acceso a la salud, ya que suponen costes indirectos en la atención derivados del transporte, estancia en la ciudad y tiempo, lo que puede resultar una barrera insalvable para la utilización de los servicios especializados, sobre todo para la población de las zonas rurales.

Respecto a los *medicamentos e insumos médicos*, su disponibilidad y el precio son referidos como barreras en el acceso a la salud. Dentro de los medicamentos incluidos en paquete básico que suministra la SESAL, es frecuente el desabastecimiento, especialmente en el primer nivel de atención. Este desabastecimiento emerge como una importante barrera de acceso a los servicios de salud, dado que en previsión de que el medicamento no estará disponible y tendrá que ser pagado por la persona usuaria, se decide no acudir o acudir al sector privado o a su compra directamente en la farmacia. En otras ocasiones, la población acude directamente a los hospitales, dado que en estos dispositivos el desabastecimiento de los medicamentos del paquete básico es menos frecuente.

Además del desabastecimiento de los medicamentos, emerge también como barrera, el limitado número de medicamentos incluidos en el paquete básico. Estas restricciones limitan el acceso a los servicios públicos de salud dado que lleva a las personas a utilizar los servicios privados. Como resultado, se genera mayores desigualdades en el acceso, dado que las poblaciones económicamente más vulnerables son las que tienen más dificultades para acceder a los tratamientos.

En relación a la **organización de los servicios sanitarios**, las personas entrevistadas identifican barreras de acceso a los servicios de salud que incluyen el *pago de los servicios*, los *horarios de atención*, los largos *tiempos de espera* para acceder a la atención de salud [en todos los niveles], la falta de un *sistema funcional de referencia* y la mala *calidad* de la atención.

El pago de los servicios de salud que provee la SESAL a la población, emerge como una importante barrera desde el punto de vista de las personas usuarias. Estos pagos forman parte de las “cuotas de recuperación” del modelo organizativo de la SESAL. Los pagos a realizar incluyen las consultas médicas y odontológicas, los medicamentos del paquete básico, las pruebas diagnósticas, las estancias hospitalarias y el transporte en ambulancia. Estos gastos por motivos de salud aumentan las desigualdades en el acceso ligadas a la capacidad de pago de las personas y aumentan el riesgo de empobrecimientos de las personas y/o familias.

Los horarios de atención y los tiempos de espera para ser atendidos emergen como barreras en el acceso a la atención, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención. El tiempo de espera se percibe como una consecuencia inmediata de la organización de la atención y de los horarios establecidos en los dispositivos asistenciales, así como de la escasez de recursos asistenciales. La atención en los dispositivos asistenciales se realiza de lunes a viernes y en horario de mañana en jornada continua y se prioriza la atención a la población infantil, enferma, embarazadas y adulto mayor y solo se atiende a un miembro de la familia. Esta barrera de acceso tiene consecuencias importantes para la salud, donde el retraso diagnóstico es la principal. Aunque también se produce una desmotivación de cara a acudir al servicio público e incentiva buscar atención en los servicios privados o a comprar directamente los medicamentos que se consideran adecuados para la resolución del problema de salud.

Los tiempos de espera y el retraso en la atención en los servicios especializados, está muy relacionado con las deficiencias estructurales de los servicios de salud de la SESAL como son la escasa disponibilidad de recursos asistenciales (materiales y humanos), los horarios de atención y la falta de un sistema de referencia funcional entre los niveles asistenciales.

Aunque el retraso en la atención emerge en todos tipos de atención, tiene más gravedad en relación a las urgencias y, sobre todo, cuando requieren el traslado de las personas. Las ambulancias están operativas solo en el horario de atención de los servicios de salud. Fuera de este horario ha de solicitarse la ambulancia al servicio de bomberos o trasladarse mediante la policía. Cuando se trata de ambulancias la persona usuaria tiene que asumir los costes del combustible, en el caso de la población más empobrecida constituye una importante barrera de acceso que en muchas ocasiones tiene resultados dramáticos.

Además, *la falta de un sistema de referencia funcional* entre niveles y la escasez de personal sanitario y de insumos en los centros de salud hace que en muchas ocasiones la población opte por ir directamente a niveles de mayor complejidad. Aunque el primer nivel de atención debería de ser la puerta de entrada al sistema, la ausencia o debilidad de los sistemas de referencia y contrarreferencia en la SESAL permite saltar este nivel en busca de los servicios de atención necesarios. Esto hace que las personas se desplacen por su cuenta a los servicios especializados, asumiendo los costes de su bolsillo, para hacer cola y ser atendido, sin la garantía de que eso finalmente ocurra.

La falta de un sistema de acreditación formal de afiliación o de tarjetas de identificación sanitaria y, la falta de coordinación asistencial dificulta e incluso imposibilita la continuidad asistencial. Estas deficiencias estructurales pueden llevar a errores de medicación, o de tratamiento. Con respecto a la *calidad* de la atención, la falta de personal sanitario en todo el continuo de atención junto con falta de confianza de las personas usuarias en la calidad de los insumos y aparatos médicos, emerge como una barrera de acceso y motiva a la utilización de los servicios privados.

Los factores que emergen como barreras relacionadas con características de las personas usuarias son la *falta de recursos económicos* para hacer frente al gasto que supone acudir al servicio público de salud, o para cumplir el tratamiento y *el aislamiento geográfico* de la población respecto a los recursos asistenciales. Una gran parte de la población rural afirma utilizar la medicina natural cuando no puede costearse acudir a un centro de salud o el

pago de los tratamientos y las pruebas que allí les realizan. En las mujeres, especialmente en las zonas rurales, su rol de cuidadoras, explica que su acceso a los servicios de salud se realice para el cuidado de sus hijos e hijas, relegando a un segundo plano el cuidado de su salud. Cuidado que realizan mediante la automedicación o la medicina natural. Además, la visión androcéntrica de la salud y los servicios sanitarios contribuye a invisibilizar las situaciones de salud específicas de las mujeres, como son los derechos sexuales y reproductivos. Esto determina una prestación de servicios distante y sin la calidez que requiere la salud sexual y reproductiva.

Se identifican como elementos que favorecen el acceso a los servicios sanitarios los comités organizados con personal de la comunidad para el traslado de los pacientes y el uso de la medicina natural.

La falta de recursos económicos de la población para acceder a los servicios de salud supone una de las barreras más importantes de acceso a los servicios de salud. El gasto de bolsillo al que tienen que hacer frente para costear el transporte, las consultas, las pruebas diagnósticas, o los medicamentos hace que muchas veces no utilicen los servicios por la incapacidad para afrontar el pago y opten por comprar un medicamento en la farmacia o retrasar la búsqueda de atención con las consecuencias que en el problema de salud. Algunas municipalidades disponen de un programa de salud que ofrece visitas domiciliarias y financia parte del coste de los análisis y medicamentos para los grupos poblacionales en mayor vulnerabilidad, aunque no se da en todas y su cobertura es limitada. La utilización de medicina natural emerge en los discursos de las personas usuarias con menos recursos, especialmente de las zonas rurales, como una alternativa para superar las barreras económicas de acceso a la atención y así resolver el problema de salud.

El *aislamiento geográfico* sumado a vías de comunicación inexistentes o en mal estado y a las inclemencias del tiempo, supone una importante barrera para el acceso a la salud. Factores que suponen un coste indirecto de la atención para las personas usuarias y, en ocasiones supone una barrera infranqueable que impide la utilización de los servicios de mayores niveles de complejidad.

Como elementos facilitadores para el acceso a los servicios de salud surgen los *Comités Comunitarios de Transporte de Emergencia* formados por personal de la comunidad siguiendo una estrategia de organización de la Secretaría de Salud. Estos comités, aparecen como figuras importantes que favorecen el acceso a los servicios sanitarios, coordinan, acompañan, informan y proveen fondos para el transporte.

3. LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS: DESAFÍOS Y AMENAZAS

A principios de los años noventa y dentro del marco de Modernización y Reforma del Estado, Honduras, al igual que otros países de Latinoamérica impulsó un proceso de reforma del sector salud. En este marco, la Comisión Nacional de Modernización de Salud trabajó en la definición de una propuesta de transformación del sistema, basada en cinco componentes específicos: el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud,

la integración progresiva con el IHSS, la integralidad de la red de servicios de salud, la descentralización y la definición de la equidad, eficiencia, eficacia y participación social.

La reforma del sector salud postula el fortalecimiento de la función rectora de la Secretaría de Salud y la separación de las funciones esenciales de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Así, la Secretaría de salud se encargará de gestionar y la provisión de servicios quedará en manos de entidades públicas o privadas y con o sin fines de lucro y se implementará un sistema de incentivos o premios a la buena gestión, o de penalizaciones por incumplimiento de objetivos y metas. Además, los proveedores tendrán que organizarse en una red nacional de atención integral en salud compuesta por redes municipales o intermunicipales, que a su vez se organizaran en micro redes del primer nivel de atención y de segundo nivel de atención sustituyendo así el modelo actual.

Según el informe, La Reforma de Salud en Honduras de la CEPAL [2006], las reformas implementadas han sido: 1) el desarrollo institucional de la Secretaría de Salud; 2) el desarrollo institucional del Instituto Hondureño de Seguridad Social; 3) la mejora de la gestión hospitalaria y 4) la extensión de la cobertura. Con respecto al desarrollo institucional de la Secretaría de Salud, el Banco Mundial recomendó transformar a la Secretaría de Salud en la entidad rectora y financiadora de los servicios de salud destinados a la población pobre a través de la compra de servicios de salud al sector privado. También recomendó la separación de las funciones de financiación y provisión. Con este propósito, los gerentes locales pasarán a administrar la provisión de servicios [que serán financiados por la SESAL], mediante un sistema de incentivos o premios a la buena gestión, o con penalizaciones por incumplimiento de objetivos y metas. Con respecto al aseguramiento de la población, se plantea un enfoque de Cobertura Universal en Salud (CUS) en el que la SESAL aparte de su función rectora contaría con un seguro público nacional de salud para la población pobre (con paquetes específicos y cobertura selectiva) y un IHSS que funcionaría exclusivamente como aseguradora al contratar servicios para sus afiliados con proveedores públicos y privados.

Para llevar a cabo el nuevo modelo, mediante la asistencia técnica no reembolsable del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se definió una nueva estructura presupuestaria para la Secretaría de Salud que culminó en los llamados nuevos modelos de gestión. Estos nuevos modelos se basan en la entrega de paquetes básicos y financiación y provisión de los mismos a través de fundaciones, mancomunidades, organizaciones no gubernamentales y asociaciones comunitarias. Sin embargo, tras un estudio de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo se puso de manifiesto que estos nuevos modelos, al ser apoyados por organismos internacionales como el Banco Mundial, han formado parte de programas especiales y no han sido parte de la estrategia organizativa de la Secretaría de Salud con lo cual su sostenibilidad en un futuro queda en entredicho.

La principal amenaza para el derecho a la salud de la Reforma de Salud de Honduras viene dada por el hecho de no tener como objetivo el sistema universal y gratuito sino aumentar la cobertura de la población que históricamente ha estado excluida mediante paquetes básicos. Sin un planteamiento de derecho a la salud como universal y gratuito difícilmente la salud puede ser entendida como un derecho.

La segunda amenaza está determinada por la estructura de la Reforma de salud. Se pretende que la SESAL se convierta en el ente rector, sin embargo, históricamente la SESAL

se ha caracterizado por su debilidad en su función rectora y esto aún no ha cambiado. Además, la fragmentación institucional existente, junto con el desequilibrio en los gastos está provocando una carga financiera excesiva en toda la población y especialmente en los grupos más pobres. El hecho de que el IHSS y la SESAL no estén integrados hace que la población asalariada disponga de servicios de salud de los que no dispone el resto de la población. Si tenemos en consideración la Ley de la Atención inversa de Hart, se pone de manifiesto, que ofrecer paquetes básicos de salud a la población no asegurada por el IHSS, únicamente aumentará la brecha entre la población que no dispone de un trabajo formal y la que dispone de él, haciendo que la población más empobrecida y que más necesita de servicios públicos y gratuitos de salud no pueda costearse los tratamientos que no están incluidos en el paquete básico, con el consiguiente riesgo de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud.

La tercera amenaza viene dada por la separación de las funciones de financiación y provisión. La situación actual de incompetencia e ineficiencia de las estructuras de salud de Honduras para garantizar el acceso a la salud de toda la población, hacen que esta separación se vea como necesaria. Sin embargo, un paso previo para que esta separación de funciones, bien sea mediante descentralización o privatización directa, sea efectiva y redunde en la salud de toda la población, es que haya una entidad rectora lo suficientemente fuerte para garantizar que la separación de funciones no merme el derecho a la salud de la población, permitiendo ampliar la expansión de los servicios sanitarios. Son varios los argumentos que se esgrimen a favor de la separación de funciones de financiación y provisión. Así, uno de los más populares es el de la eficacia y eficiencia de los servicios privados frente a los públicos con la consiguiente reducción de gastos y mejora de los servicios. Sin embargo, un estudio publicado por Oxfam Internacional [2009] que analizaba la implementación de diferentes medidas privatizadoras dentro del sistema público de salud de diferentes países, puso de manifiesto que, en primer lugar, la pretendida eficacia y eficiencia de la contratación de servicios privados para la gestión de los servicios de salud es una falacia ya que el coste de los servicios tiende a incrementarse aumentando la exclusión de la población más necesitada. En segundo lugar, la regulación de los proveedores privados sin una institución rectora y reguladora fuerte es muy difícil y tiende a incrementar los niveles de corrupción.

Si entendemos como lo hacen la mayoría de instituciones internacionales, que el derecho a la salud es un derecho humano básico y que este no se circunscribe al derecho a los servicios básicos de salud, sino que implica los determinantes sociales y económicos, se pone de manifiesto que Honduras está muy lejos de lograr este objetivo ya que es característica la ausencia de una política de salud dirigida a lograr la universalidad bajo criterios de equidad y justicia social. La democracia en Honduras se ha instaurado en el marco de un profundo proceso de desigualdad social que tiene sus bases en los programas de ajuste estructural de la economía y en la liberalización comercial y financiera de los servicios y bienes públicos. La gestión de los servicios de salud bajo políticas neoliberales, lejos de aumentar la eficacia y eficiencia de los servicios de salud, contribuye a aumentar la desigualdad y la pobreza de la población. Señalar, además, que la reforma en Honduras tiene casi el mismo modelo que se ha implementado en Colombia, que actualmente ha demostrado su fracaso en la universalización de la salud y que ha supuesto la quiebra económica del sistema, con evidencias de corrupción, incumplimientos de pagos a los hospitales públicos y con altas ganancias para las compañías aseguradoras privadas.

Finalmente se pone de manifiesto la ausencia de dos elementos clave para el derecho a la salud: la falta de participación social y de empoderamiento de la sociedad hondureña en lo que atañe a la salud y la falta de un modelo de Atención Primaria en Salud que vaya más allá de los paradigmas biomédicos. Sin estos dos elementos difícilmente la Reforma de Salud de Honduras podrá ir más allá de cómo la define el colegio médico hondureño, una Reforma en la que la privatización del sistema de salud convierte al derecho a la salud en un privilegio supervisado bajo las líneas de los sistemas bancarios y privatizadores [Carmenate-Millan, 2016].

EL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR: AMENAZAS Y DESAFIOS

La República de El Salvador se encuentra situada en el noroeste de América Central en el litoral del Océano Pacífico. Limita al norte y al este con Honduras, al sur con el Océano Pacífico, al oeste con Guatemala y al sureste el Golfo de Fonseca lo separa de Nicaragua. Es el país más pequeño de Centroamérica con una extensión de 21.041 Km² y también el más densamente poblado con una tasa de 309,9 habitantes por kilómetro cuadrado. En 2016 tenía una población estimada de 6.146.000 habitantes con una mediana de edad de 24 años por lo que se considera una población joven. El departamento más densamente poblado es el de San Salvador, en el que se encuentra la capital de país y cuya área metropolitana concentra el 27,2% de la población total del país [EHPM,2016].



La población indígena de El Salvador (fundamentalmente Lenca, Cacaopera y Nahua/Pipil) habita en zonas rurales y su economía está basada en la agricultura de subsistencia, con un 38,3% viviendo en la extrema pobreza y un 61,1% bajo el umbral de la pobreza [Banco Mundial, Unidad Regional de Asistencia Técnica, Ministerio de Educación, 2002]. En las últimas décadas la diversidad cultural e identitaria del pueblo salvadoreño está ligada con las migraciones a Estados Unidos, y otros países del mundo. En concreto, los salvadoreños que emigran a Estados Unidos están modificando, tanto a nivel nacional como a local, los patrones y concepciones culturales y de género en los diferentes grupos sociales.

El Salvador se encuentra en un proceso de transición epidemiológica, en el que coexisten las enfermedades transmisibles junto con las enfermedades crónicas y altas tasas de mortalidad por causas externas. En el año 2017, la segunda causa de mortalidad fue la violencia interpersonal, lo que le sitúa como el segundo país con la tasa de homicidios más alta del mundo [63,2 por 100.000 habitantes] únicamente por detrás de Honduras [66,8 por 100.000].

Con respecto a la distribución desigual de los ingresos, El Salvador tiene un coeficiente de Gini de 40,8 en 2015¹³, el más bajo de toda la región centroamericana y menor que la media de todo el continente americano [46,3] pero, aun así, indica considerables desigualdades en la distribución de la renta. De hecho, el 20% más rico de la población concentra el 47,4% de los ingresos totales mientras que el 20% más pobre el 6,1%¹⁴. El 38,3% de la población salvadoreña habita en zonas rurales, en las que además se encuentran los mayores índices de pobreza con un 58,5% frente al 22,5% de las áreas urbanas. Considerando el total de la población salvadoreña, el 35,2% se encuentra en situación de pobreza multidimensional¹⁵, aunque en las zonas rurales supera el 50% [STPP, MINEC-DIGESTYC, 2015].

La alta vulnerabilidad social, en la que tanto se había insistido en los debates sobre la necesidad de consolidación del desarrollo con ayuda internacional, se ha expresado de forma dramática y repentina asociada a la vulnerabilidad económica y medioambiental. El aumento de la dependencia de las remesas de la emigración, concentrada en Estados Unidos, representa un 16,4% del PIB y explica en gran medida el crecimiento económico del país, pero al mismo tiempo define una economía muy anclada en el consumo y muy vulnerable ante las crisis estadounidenses. Aunque en los últimos años ha habido avances en sectores productivos como el agropecuario, el comercio y el de servicios, éstos no han sido capaces de evitar el aumento del desempleo y la reducción de la economía formal.

CUADRO 3. Indicadores básicos de El Salvador ¹⁶

Indicadores demográficos y socioeconómicos

Superficie KM ²	21041
Población (miles) ²⁰¹⁶	6.146
Edad mediana (años) ²⁰¹⁶	27
Población menor de 15 años (% habitantes) ²⁰¹⁶	26
Población mayor de 65 años (% habitantes) ²⁰¹⁶	8
Población rural (% del total) ²⁰¹⁶	38,3
Nacimientos (miles) ²⁰¹⁶	104,8
Tasa global de fecundidad (hijos/mujer) ²⁰¹⁶	1,9

¹³ <http://www.worldbank.org/en/country/elsalvador>

¹⁴ <http://www.worldbank.org/en/country/elsalvador>

¹⁵ En 2015 El Salvador adoptó la medida de la pobreza multidimensional que contempla un total de veinte indicadores en torno a cinco dimensiones esenciales del bienestar: a) educación; b) condiciones de la vivienda; c) trabajo y seguridad social; d) salud, servicios básicos y seguridad alimentaria; y e) calidad del hábitat

¹⁶ OMS, 2016

Esperanza de vida al nacer mujeres ²⁰¹⁵	77,9
Esperanza de vida al nacer hombres ²⁰¹⁶	68,8
Crecimiento poblacional anual (%) ²⁰¹⁶	0,3
Media de años de escuela mujeres ²⁰¹³	6,2
Media de años de escuela hombres ²⁰¹³	6,9
Tasa de alfabetismo mujeres (%) ²⁰¹⁶	12,5
Tasa de alfabetismo hombres (%) ²⁰¹⁶	8,8
Índice de Gini ²⁰¹⁵	40,8
Índice de Desarrollo Humano ²⁰¹⁵	0,680
Población con acceso a fuentes mejoradas de agua (urbana) (%) ²⁰¹⁵	95,4
Población con acceso a fuentes mejoradas de agua (rural) (%) ²⁰¹⁵	76,2
Población con acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas (urbana) (%) ²⁰¹⁵ ..	99,5
Población con acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas (rural) (%) ²⁰¹⁵	94,6

Indicadores de salud

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos) ²⁰¹⁶	27,4
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) ²⁰¹⁵	10,2
Tasa de mortalidad menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos) ²⁰¹⁵	11,8
Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos) ²⁰¹³	6,6
Tasa de mortalidad general (todas las causas) (por 1000 habitantes) ²⁰¹³	7,3
Bajo peso al nacer (<2.500g) (%) ²⁰¹⁵	9,4
Desnutrición crónica en niños < 5años (%) ²⁰¹⁴	14,0

Indicadores recursos, acceso y cobertura total

Personal médico (por 10.000 habitantes) ²⁰¹⁴	15,5
Personal de enfermería (por 10.000 habitantes) ²⁰¹⁴	11,2
Dentistas (por 10.000 habitantes) ²⁰¹⁴	5,3
Camas hospitalarias (por 10.000 habitantes) ²⁰¹²	11,0
Proporción de partos que fueron atendidos por personal médico ²⁰¹⁴	98,0
Atención prenatal por personal capacitada 4+ visitas (%) ²⁰¹⁵	74,0
Proporción partos hospitalarios ²⁰¹⁴	91,1
Gasto en salud, total (%PIB) ²⁰¹⁶	6,8
Gasto nacional público en salud (%PIB) ²⁰¹⁴	4,5
Gasto nacional privado en salud (%PIB) ²⁰¹⁴	2,3
Gasto público en salud (% del gasto total en salud) ²⁰¹⁶	66,0
Gasto nacional privado en salud (% del gasto total en salud) ²⁰¹⁶	34,0
Gasto total en salud per cápita (US\$) ²⁰¹⁴	280
Pago directo de los hogares (% del gasto privado) ²⁰¹⁶	82,0
Pago directo de los hogares (% del gasto total en salud) ²⁰¹⁶	28,0

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

Para los indicadores de educación [EHPM, 2016], el 10,8% de las personas mayores de 10 años no saben leer ni escribir, aunque en las zonas rurales este porcentaje aumenta a un 17,3% y en las urbanas disminuye a un 6,9%. También se observan diferencias en la tasa de cobertura educativa entre las zonas urbanas y rurales, donde el porcentaje de niños y niñas escolarizados desciende sobre todo a partir de los 12 años, edad en la que finaliza la escolarización obligatoria. Así, la media de años de escolarización, es de 6,8 años, sin

embargo, en la zona del área metropolitana de San Salvador es de 8,8 años y de 5 años en las a las zonas rurales. La tasa de neta de asistencia escolar para El Salvador es del 28,1%, si la analizamos por quintil vemos que hay diferencias entre el quintil con menos ingresos (20,7%) frente al de mayores ingresos (30,6%) [EHPM, 2016].

Entre los indicadores de salud, la tasa de mortalidad materna estimada en 2016, fue de 27,4 por cada 100.000 nacidos vivos, la segunda más baja de Centroamérica después de Costa Rica [26,5]. En los niños y niñas menores de 5 años la tasa de mortalidad fue de 11,8 por cada 1.000 nacidos vivos [2015] siendo esta tasa la segunda más baja del istmo centroamericano, por detrás de Costa Rica [8,9]. Esta tasa de mortalidad se sitúa muy por debajo de la media de Centroamérica [22,2] y de la media para toda la región de América Latina y el Caribe [19,6]. De hecho, El Salvador ha conseguido alcanzar los objetivos 4 y 5 de desarrollo del milenio sobre la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años y de la mejora de la salud materna [Gobierno de la República de El Salvador, Sistema de las Naciones Unidas en El Salvador, 2014]. A pesar de estos avances, en términos de equidad existen desigualdades en la mortalidad infantil, mortalidad materna y desnutrición crónica, que se concentran sobre todo entre las personas que viven en el área rural [Encuesta de Salud Familiar, FESAL, 2009].

1. EL SISTEMA DE SALUD EN EL SALVADOR

La Constitución de 1983 de la República de El Salvador reconoce en su artículo 1, y los artículos 65 y 66: *Es deber del Estado garantizar el goce de la salud, mediante un sistema de Seguridad Social financiado por patronos, trabajadores y el Estado mismo, así como proporcionar un servicio de salud gratuito a quienes no se incorporen en él la salud de los habitantes como un bien público que le corresponde al Estado y a las personas velar por su conservación y restablecimiento.* En el año 2007 se aprueba la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud que dispone avances relacionados con el modelo de atención basado en un *enfoque de salud familiar que tiene como ejes centrales la prevención y la promoción de la salud y los determinantes locales de la salud, en los aspectos económicos, culturales, demográficos, sociales y ambientales.* En el artículo 3 recoge *el Sistema Nacional de Salud (SNS), tiene como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tiene como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social.* En su artículo 4 se incluye la necesidad de alcanzar mayor cobertura, reducir las desigualdades en materia de salud y desarrollar un modelo de atención basado en la promoción de la salud. Además, la Política Nacional de Salud define el sistema Nacional de Salud *basado en Atención Primaria de Salud Integral, proveerá universalmente, mediante la red pública de servicios, un conjunto de prestaciones cuyo número y calidad tenderá progresivamente a la integralidad.*

Desde la promulgación de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud [2007], el SNS lo componen el Ministerio de Salud [MINSAL], el Instituto Salvadoreño del Seguro Social [ISSS], el Fondo Solidario para la Salud [FOSALUD], el Comando de Sanidad Militar [COSAM], el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial [ISBM], el Instituto Salvadoreño de Reha-

bilitación Integral (ISRI), el Consejo Superior de Salud Pública y las entidades formadoras de Recursos Humanos en Salud [Anteproyecto Ley de Creación del SNS, 2007]. También se establece específicamente que la provisión de servicios de salud por parte de entes privados, debe cumplir la Política Nacional de Salud y debe tener siempre un carácter excepcional y limitado en el tiempo no pudiendo en ningún caso sustituir en estas funciones al Estado. Aunque la ley del 2007 oficialmente crea un único Sistema Nacional de Salud, la implementación de la ley no supera la fragmentación de los distintos actores tanto en su financiamiento como en la prestación de los servicios [FUSADES, 2013]. En 2017 las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS), presentaron la propuesta de Ley del Sistema Integrado de Salud que pretende integrar todos los servicios de salud públicos. El sistema de salud salvadoreño, además de estar conformado por un sector público, también lo está por un sector privado en el que se incluyen las entidades privadas lucrativas y no lucrativas.

TABLA 4. Mapa del sistema de salud en El Salvador

	SECTOR PUBLICO				SECTOR PRIVADO
PRESTADOR DE SERVICIOS	Ministerio de Salud Pública (MINSAL)	Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)	Instituto Salvadoreño de la Seguridad Social (ISSS)	Sanidad Militar; Bienestar Magisterial (ISBM); Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI)	Prestadores Privados
FINANCIACIÓN	Impuestos, préstamos, donaciones.	Impuestos (tabaco, alcohol y armas).	Cotizaciones población trabajadora y empresaria, Estado	Presupuesto asignado, cotizaciones.	Pago bolsillo, primas empresariales e individuales.
ASEGURAMIENTO	Población sin cobertura.	Población sin cobertura.	Personas afiliadas y beneficiarias.	Ejército, docentes y familias beneficiarias Personas con discapacidad.	Población con capacidad de pago.
PROVISIÓN	Centros de Salud, clínicas y hospitales, del MINSAL.	Centros de Salud, clínicas y hospitales, del MINSAL y propias.	Centros de Salud, clínicas y hospitales del ISSS.	Clínicas y hospitales propios y servicios privados.	Clínicas y hospitales privados.
POBLACIÓN USUARIA	Población sin cobertura.	Población sin cobertura.	Población afiliada y beneficiaria.	Personal del ejército, familias, personas con discapacidad, población con capacidad de pago.	Población con capacidad de pago.

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

La provisión de servicios del MINSAL se organiza en Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud que prestan servicios en un territorio y una población definida. Los Servicios de salud se prestan en tres niveles de atención de complejidad. El primer nivel, constituye la puerta de entrada al sistema y se integra en la red hospitalaria de segundo y tercer nivel mediante los sistemas de referencia y contrarreferencia. Las Unidades Comunitarias de Salud Familiar son demarcaciones territoriales en las que se presta atención básica, intermedia o especializada en salud a la población. Los Ecos Básicos prestan atención domiciliaria y comunitaria a 1.800 familias en el área urbana y de 300 familias en el área rural y representan el menor nivel de complejidad. *Los Equipos Comunitarios de Salud Especializados* [Ecos Especializados] prestan atención domiciliaria y comunitaria a 6.000 familias en el área urbana y de 8.000 familias en el área rural. Representan un nivel mayor de complejidad y garantizan la continuidad en la atención.

El segundo nivel de atención incluye los Centros de Atención de Emergencias los hospitales básicos y departamentales y el tercer nivel de atención lo constituyen los tres hospitales nacionales especializados: el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el Hospital Nacional de la Mujer y el Hospital Nacional Rosales que constituyen el nivel más alto de complejidad.

La provisión de servicios de FOSALUD, como entidad adscrita al MINSAL se organiza en las mismas sedes que el MINSAL. Provee servicios en primer nivel de atención en las UCSF, en el 40% de ellas 24 horas y en el resto los fines de semana con el objetivo de asegurar la continuidad asistencial, facilitar la referencia y la contrarreferencia.

TABLA 5. Red Nacional de establecimientos de salud del MINSAL 2016

NIVEL DE ATENCION	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	NÚMERO DE DISPOSITIVOS	
		2009	2017
Primer nivel	Unidades Comunitarias Salud Familiar Básicas		420
	Unidades Comunitarias Salud Familiar Intermedias		293
	Unidades Comunitarias Salud Familiar Especializadas		39
	TOTAL Unidades Comunitarias	377	752
	Casas de Espera Materna	3	21
	Oficina Sanitaria Internacional (OSI)	6	10
	Centro Integral de Salud Materno Infantil y de Nutrición (CIAMIN)	1	1
	Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente (CAISA)	1	1
	Clínica de empleados	1	1
Segundo nivel	Centro de Atención de emergencias (CAE)	2	2
	Hospitales Básicos	11	11
	Hospitales departamentales	14	14
	Hospitales regionales	2	2
Tercer nivel	Hospitales de referencia regional	3	3
	TOTAL	421	818

Pese a que no existe un paquete de servicios definidos, en la cartera de servicios del MINSAL y de FOSALUD se incluye servicio de emergencias, atención a lo largo de todas las franjas de edad, pruebas rápidas de laboratorio y medicamentos básicos. Además, el MINSAL tiene una serie de programas específicos orientados a la prevención de las enfermedades transmisibles y a la reducción de la mortalidad de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores.

Con respecto a los indicadores de recursos sanitarios, acceso y cobertura de salud, el país presenta una inversión en salud en recursos humanos solo superada por Costa Rica y Panamá dentro de Centroamérica. El sistema de salud cuenta con 15,5 médicos/as, 11,2 enfermeras/os y 5,3 dentistas por 10.000 habitantes, un número de profesionales que supera los recomendados en el 2015 por la OMS como esenciales para satisfacer las necesidades de salud de la población y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹⁷ (OMS, OPS, 2016). Sin embargo, persisten grandes inequidades en la distribución de los recursos humanos entre las zonas urbanas y rurales. De hecho, la densidad de recursos humanos es de 39,7 por 10.000 habitantes en San Salvador y de 17,6 por 10.000 habitantes en Morazán con una concentración del 86,1% del personal sanitario en las zonas urbanas.

El sistema salvadoreño de salud ha logrado progresos importantes que se reflejan en aumentos en la esperanza de vida y descensos en la mortalidad infantil. Estas mejoras, sin embargo, no han beneficiado por igual a todos los grupos poblacionales, por lo que siguen existiendo brechas importantes en los principales indicadores de salud. La fragmentación y segmentación del sistema de salud, con diferentes instituciones autónomas prestando servicios a diferentes estratos poblacionales genera profundas inequidades en salud.

El Gasto Total en Salud como porcentaje del PIB en 2016 fue del 6,8% manteniéndose con incrementos y reducciones del 0,1% desde el año 2009. Del gasto total en salud como porcentaje del PIB, el 66% fue gasto público y el 34% privado del cual el 82% fue gasto de bolsillo. En El Salvador, el gasto total como parte del PIB es menor que en los países de la región, pero también lo es el gasto privado. Este gasto privado en salud, como parte del gasto total en salud, se viene reduciendo desde 2007 (donde representaba el 41% del gasto total) sin embargo, aún supone un porcentaje importante, que indica la dependencia de la capacidad de pago de las personas en el acceso a los servicios de salud.

La segmentación del sistema de salud público y la inequidad de su financiamiento se refleja en el gasto per cápita de cada institución. Mientras que el MINSAL cuenta con menores recursos per cápita para atender las demandas de la de la población que no está afiliada a ningún otro seguro de salud [alrededor del 70%], incluso para atender a personas aseguradas y/o “no pobres” que así lo requieran, la población beneficiaria del ISBM, inferior al 2%, tiene una asignación *per cápita* significativamente superior. Asimismo, el COSAM con una afiliación inferior al 1,5% de la población tiene el mayor gasto *per cápita*. Esta situación evidencia las desigualdades en la financiación, que se traducen en las diferentes oportunidades de la población salvadoreña en el acceso a la salud (OPS, 2013).

Con respecto al gasto en medicamentos, El Salvador no tuvo una Política Nacional de Medicamentos hasta 2012. De acuerdo a los resultados de un estudio de disponibilidad y precios

¹⁷ http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/

de medicamentos esenciales realizado en 2006, la población con menos recursos económicos y que habitaba en la zona rural, encontraba mayores barreras de acceso a medicamentos que la población urbana, en la cual, se concentra la mayoría de personal y establecimientos de salud. Además, debido a la escasa regulación de precios tanto el gasto en medicamentos del Ministerio de Salud como el gasto de bolsillo era elevado ya que los márgenes acumulados de los medicamentos de marca original alcanzaron en 2006 en promedio el 5,200% y los medicamentos genéricos importados hasta un 2,800%, sobre el precio internacional de referencia [Espinoza, Guevara, 2006]. En el año 2011 el gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos representó el 62% del gasto de bolsillo total. Con la entrada en vigencia de la Ley de Medicamentos el 2 de abril de 2012¹⁸ se crea la Dirección Nacional de Medicamentos se regula el precio de venta máximo de medicamentos esenciales para el tratamiento de enfermedades infecciosas y crónicas y analgésicos, reduciendo el precio en un 38%. Esto ha permitido reducir el gasto de bolsillo de la población un 41,3% y un 10,7% el gasto en medicamentos sin receta médica [Dirección Nacional de Medicamentos, 2017].

2. AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN EL SALVADOR: EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En El Salvador las reformas de su sistema de salud hacia la cobertura universal y el contexto en el que se están desarrollando se relacionan con el derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud de la población. El sistema sanitario salvadoreño presenta características específicas reflejo de su trayectoria histórica, como son su gasto sanitario público como porcentaje de PIB, creciente con la Reforma, pero insuficiente para proteger la salud de todos los salvadoreños y su fragmentación, que favorece a las personas que tienen un empleo formal o capacidad de pago. Aunque las reformas llevadas a cabo en el sistema de salud han conseguido importantes cambios en indicadores de salud como son el descenso en la mortalidad materna e infantil, estas mejoras no alcanzan por igual a toda la población, de ahí la relevancia de identificar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y sus determinantes.

A continuación, se presentan los resultados sobre las barreras de acceso a los servicios de salud ofrecidos por el MINSAL, tanto en el proceso de búsqueda de atención como durante la utilización de los mismos¹⁹. En la descripción de los resultados se contemplan las barreras de acceso y sus consecuencias para la salud relacionadas con las características estructurales de los servicios de salud, así como organizativas y de calidad de la atención, y, finalmente, las relacionadas con las características de la población. También se analizarán los factores facilitadores del acceso a los servicios de salud y al buen funcionamiento de los mismos.

La escasez de recursos públicos, con ausencia de una política fiscal distributiva capaz de obtener recursos financieros para su inversión social, la debilidad de la rectoría del MINSAL

¹⁸ Decreto Legislativo No. 1008 publicado en el Diario Oficial No. 43, Tomo N° 394 el 02 de marzo del 2012

¹⁹ Ver Anexo Metodológico

debido a resistencias del personal de salud a los cambios introducidos con la Reforma, la ausencia de procesos de evaluación, y la fragmentación entre los distintos actores del MINSAL, generan una fragilidad institucional que repercute directamente en las desigualdades en el acceso a la salud. Así, en los servicios asistenciales que provee el MINSAL los factores relacionados con las barreras en la búsqueda y la entrada en el sistema de salud relacionados con las **características del sistema de salud** son la *disponibilidad* de los recursos *materiales, humanos* y de *insumos médicos* necesarios para proporcionar la atención, determinada tanto por la cantidad de recursos disponibles, como por su *distribución geográfica*.

En relación a la disponibilidad de *recursos materiales y humanos* del MINSAL, se menciona la necesidad de un mayor número de dispositivos asistenciales, de recursos logísticos y humanos. La escasez de recursos se relaciona con el insuficiente gasto público en salud y dificulta el mantenimiento de un modelo de prestaciones universales e igualitarias que den respuesta a las necesidades de la población, por lo que supone una barrera para la equidad en salud. Entre las personas entrevistadas, existe un amplio consenso sobre la mejora en el acceso a la salud en aquellos departamentos o zonas del país en las que se ha implementado la Reforma, sin embargo, la desigual implementación de la Reforma como consecuencia de la escasez de presupuesto, actúa como elemento discriminante para el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad. Esto hace que no todas las personas soporten los mismos costes para poder recibir los mismos cuidados y, por lo tanto, no tengan las mismas oportunidades reales de salud.

La fragmentación y segmentación del sistema de salud emerge como una barrera de acceso a la salud para todas las personas, por el impacto que tiene en la duplicación del gasto y en la disponibilidad de recursos siendo esta duplicación de gasto mucho más intensa en las zonas urbanas. Además, la segmentación del sistema afecta de una manera más grave a determinados colectivos muy vulnerables como son las personas privadas de libertad (que no se benefician de las prestaciones del MINSAL, sino que están bajo la responsabilidad del Ministerio de Justicia) o las personas con discapacidad debido sobre todo a la falta de adaptabilidad de los servicios y a la falta de programas articulados y focalizados sobre esta población.

La falta de presupuesto se menciona como una importante barrera de acceso a los servicios de todos los niveles de atención, específicamente en el acceso los servicios de medicina especializada y a prestaciones incluidas en la cartera de servicios como son las pruebas diagnósticas o los equipos médicos especializados. Esta situación genera un aumento en las desigualdades en salud.

La escasez del *personal de salud* necesario para atender los problemas de salud de la población a la que tiene que dar cobertura, emerge como una importante barrera en el acceso a la salud. El déficit del personal de salud en todos los niveles y categorías del sistema genera una importante brecha entre el personal disponible y el que el sistema público necesita para cumplir no sólo con la universalidad de la cobertura, sino también con el acceso efectivo a los servicios sanitarios. Estos déficits estructurales, reproducen las desigualdades en salud.

La escasez de recursos humanos en las *zonas rurales* en las que las condiciones de vida de las personas son más precarias, aumenta las desigualdades en salud. En el primer nivel

de atención, las unidades de salud no atienden todos los días ya que los equipos de salud realizan su trabajo en las comunidades o en los domicilios algunos días de la semana. Esto hace que la demanda se concentre en los días en los que en las unidades de salud se pasa consulta. Demanda que el sistema no tiene capacidad para cubrir e impide el uso efectivo de los recursos sanitarios. Desde la Reforma diversos mecanismos se han implementado para tratar mejorar este acceso efectivo, como la dotación de las unidades de salud con personal médico de año social, aunque han resultado insuficientes para garantizar el acceso a los servicios a la población.

La escasez de la oferta de *servicios especializados* y su concentración en las áreas metropolitanas supone una importante barrera de acceso a la salud para las personas que habitan en las áreas rurales, por la necesidad de transporte, el coste del viaje y el tiempo del desplazamiento. Con la Reforma se han implementado medidas que incluyen las consultas del especialista, mediante equipos comunitarios especializados (ECOS), una vez al mes en los municipios rurales. Sin embargo, la frecuencia con la que se dispone de especialistas no es suficiente y además únicamente ocurre en los municipios en los que la Reforma está completamente implementada. Destaca también la fragilidad del sistema de emergencia nacional (SEM), eje de la reforma que ha tenido un avance asimétrico en el territorio nacional concentrándose casi exclusivamente en el área metropolitana de San Salvador.

En las *zonas rurales*, además de la escasez de recursos humanos se mencionan como barreras en el acceso la *distancia*, debido a la *distribución geográfica* de los dispositivos asistenciales. Aunque el número de dispositivos asistenciales ha aumentado y la implementación de los ECOs facilita el acceso a los servicios sanitarios, el hecho de que la Reforma no esté totalmente implementada hace que la población de algunos municipios tenga que recorrer largas distancias para obtener atención médica. Estas distancias deben realizarse andando, en transporte público, o en transporte privado, por lo que las personas deben buscar la manera de financiar los desplazamientos para llegar al lugar en el que se presta la atención.

Respecto a los *medicamentos*, la Reforma del sistema de salud salvadoreño ha alcanzado grandes logros en el acceso a los medicamentos incluidos en el paquete básico. Especialmente la aprobación de la Ley de Medicamentos en el año 2012 ha permitido avanzar en el control de la calidad de los productos en el mercado y en la regulación de los precios de venta al público para garantizar el acceso universal. También, la organización del sistema de salud en redes ha permitido que ante desabastecimiento de medicamentos se realicen transferencias entre las diferentes redes con lo que se consigue mejorar el acceso. Sin embargo, todavía existen dificultades en el acceso real a los medicamentos que carecen de genéricos, los que tienen costos más elevados o los que están fuera del listado básico establecido por el MINSAL, y especialmente para los grupos sociales con mayor precariedad económica. En ocasiones ante la falta de medicamentos, a la persona usuaria se le prescribe o se le refiere a un nivel de atención más especializado, donde se le proporcionará el medicamento. Esto genera costes de tiempo de desplazamiento y de pago de transporte.

Respecto a los *recursos materiales para el traslado de personas enfermas*, el traslado en ambulancias emerge como una importante barrera especialmente grave en las comunidades rurales más aisladas, dado que las demandas no son cubiertas debido a la escasez de las mismas. Escasez que es referida en todos los niveles asistenciales y que obliga a

las personas a contratar un servicio privado para el transporte o esperar a que alguna ambulancia quede disponible. Situaciones que provocan que aumenten los costes indirectos en la atención derivados del transporte o que el proceso de salud se agrave. Aunque con la Reforma, se implementó el Sistema de Emergencias Médicas, éste opera fundamentalmente en la zona metropolitana de San Salvador. También FOSALUD dispone de ambulancias y unidades móviles para emergencias, sin embargo, FOSALUD no está en todas las comunidades. Con la Reforma se implementó un sistema de transporte por cada 4 ECOs [ambulancia o *pick-up*] pero dada la priorización de este transporte para el traslado de mujeres embarazadas y niños/as el resto de las necesidades suelen quedar sin cubrir.

En relación a la **organización de los servicios sanitarios**, los *horarios de atención*, los *largos tiempos de espera* para acceder a la atención de salud (en todos los niveles) propiciadas por la falta de coordinación entre FOSALUD y el MINSAL en el primer nivel y por la falta de especialistas, la falta de un sistema completamente *funcional de referencia* y la *calidad* de la atención emergen como barreras de acceso al sistema de salud. Sin embargo, la eliminación de los pagos por los servicios de salud en sistema público ha permitido mejorar el acceso a la población con mayor privación económica.

Los horarios de atención y los tiempos de espera para ser atendidos emergen como barreras en el acceso a la atención, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención. Los tiempos de espera para entrar en la consulta espontánea, en la consulta programada y en los procedimientos quirúrgicos se consideran excesivos, pero se exculpa al profesional y se pone de relevancia la falta de recursos médicos y materiales y la escasez de recursos económicos del sistema de salud. Si además tenemos en cuenta las patologías crónicas que implican un tratamiento continuado, las personas asumen los tiempos de espera como un mal menor dado que no podrían asumir el coste económico de sus tratamientos.

La falta de un sistema de referencia completamente funcional hace que la continuidad asistencial y el seguimiento de los tratamientos y protocolos se vean afectados. La insuficiente coordinación y conformación de equipos multidisciplinarios junto con los problemas de coordinación y la debilidad de los sistemas de referencia y contrarreferencia del servicio público de salud han sido abordados en la Reforma, sin embargo, aún el acceso al segundo nivel de atención puede hacerse sin ninguna referencia lo que hace que las atenciones realizadas sean puntuales sin continuidad ni seguimiento, y por lo tanto sin abordar el problema global de salud de la persona. Los horarios de atención, la escasez de recursos materiales y humanos en el primer nivel llevan a la población a utilizar los siguientes niveles de atención, aunque la gravedad de la situación no siempre lo requiera. Esfuerzos del sistema de provisión de servicios implementado con la Reforma son señalados como necesarios para corregir las dificultades en la continuidad asistencial.

Con respecto a la calidad de la atención, la calidad tras la implementación de la Reforma ha mejorado. Elementos clave señalados en la mejora de la calidad son los programas de “humanización” del personal sanitario proporcionados por el Ministerio de Salud y los procesos de contraloría social. Sin embargo, la falta de personal sanitario y el desabastecimiento en todo el continuo de atención influye en las condiciones en las que se desarrolla el proceso asistencial y contribuye a la percepción de mala calidad.

Los factores que emergen como barreras relacionadas con **características de las personas** usuarias son la *falta de recursos económicos* para hacer frente al gasto que supone

el transporte hasta los centros asistenciales, las percepciones acerca de la salud y del sistema de salud y el clima de violencia social. A estas barreras se suman los enfoques androcéntricos y adultocéntricos del paradigma biomédico hegemónico en los servicios de salud. Así, la falta de una visión específica y adecuada de las necesidades de salud, tanto para las mujeres como para población adolescente, genera en estos grupos mayores dificultades para resolver sus problemas de salud en el sistema público, lo que incrementa las desigualdades en salud. Emergen como elementos facilitadores la comunidad y el Foro Nacional de Salud.

La falta de recursos económicos de la población para pagar el transporte hasta los centros asistenciales o a determinados tratamientos especializados emerge como una barrera de acceso a los servicios de salud, lo que les convierte en personas sanitariamente vulnerables y dificulta que las personas puedan hacer un uso del sistema sanitario público en condiciones de igualdad. Para resolver la barrera geográfica, las personas deben buscar maneras de financiar los desplazamientos para llegar al lugar donde se presta el servicio. Así se recurre al apoyo de conocidos y familiares, ya sea para que proporcionen el transporte, la compañía o el préstamo del dinero necesario para el desplazamiento. La falta de recursos económicos profundiza las desigualdades en el caso de las enfermedades crónicas, especialmente las de mayor prevalencia. En el caso de la enfermedad renal crónica, muy prevalente en el campesinado salvadoreño, para la diálisis han desplazarse a otras localidades asumiendo el coste del transporte.

Las *percepciones y creencias en torno a la salud*, están muy determinadas en la sociedad salvadoreña por el escaso acceso a la salud que ha tenido una parte importante de la población y la medicalización de todos los problemas de salud, incluso los que tienen un importante contenido social. Para resolverlos, los medicamentos han sido utilizados como instrumento imprescindible, con un claro enfoque lucrativo y no de derecho a la salud, que se evidencia en el gasto total en salud destinado a los medicamentos. De ahí que en el discurso de las personas usuarias el medicamento ocupe un lugar central en su percepción de la salud. El hecho de no obtener los medicamentos tras una consulta médica es percibido como una barrera en el acceso a la salud y se opta por acudir a los servicios de salud privados o comprar los medicamentos directamente en la farmacia. El Foro Nacional de Salud emerge como un elemento importante en la sensibilización ante la excesiva medicalización y para el uso racional de medicamentos formando a la población de las comunidades en promoción de la salud. Las acciones del Foro se alinean con el nuevo enfoque en la prevención y promoción de la salud que incluyen las políticas de la Reforma dirigidas a un abordaje más integral de la salud.

Las condiciones de *violencia social*, la marginalidad rural y urbana en las que vive una gran parte de la población de El Salvador y la cultura de miedo promovida desde los medios de comunicación y las diferentes agendas políticas del país, determina los espacios sobre los que las personas pueden moverse y fragmenta las comunidades y los barrios. En este contexto las barreras de acceso a la salud aumentan dado que las dificultades de movimiento aumentan las barreras de acceso a los servicios de salud en unas poblaciones que ya partían de una gran vulnerabilidad económica. A pesar de que se han desarrollado estrategias para mejorar el acceso tanto de las personas a los dispositivos asistenciales como de los profesionales de salud a las comunidades, en ocasiones supone una barrera infranqueable que impide la utilización de los servicios.

Dentro de las características de la población emerge como *elementos facilitadores para el acceso a los servicios de salud*, por un lado, la comunidad, que colabora con el personal sanitario ofreciendo transporte e informando a los servicios de salud y por otro, la participación social en salud que vienen dada por el Foro Nacional de Salud. El Foro Nacional de Salud provee transporte, formación, acompañamiento y control de los buzones de sugerencia ciudadana de los que se dispone en las unidades de salud y en los hospitales. Además, ejerce presión social y política para que la salud sea un derecho. El Foro Nacional de Salud actualmente tiene presencia en un tercio de los municipios de El Salvador.

3. LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN EL SALVADOR: DESAFÍOS PARA EL DERECHO A LA SALUD

En los años 90 organismos financieros multilaterales promovieron políticas para la modernización de los estados en América Latina basadas principalmente en políticas de ajuste estructural y dominadas por ideas neoliberales. En 1993, bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se pone en marcha el proyecto regional *Análisis del Sector Salud* que tiene como resultado la formulación del documento *La Reforma de Salud: Hacia su equidad y eficiencia*. En este documento se ponen de manifiesto las profundas inequidades en el acceso a la salud de la población y se plantea la necesidad de cambios sustanciales en el sistema de salud. Con este fin se crea oficialmente una comisión de expertos (CONASAN) que hace dos recomendaciones fundamentales para garantizar el derecho a la salud de la población: la reforma del sector salud y la modernización del sistema nacional de salud.

El Plan de Modernización del Sector salud se fundamenta teóricamente en los principios de mejoras en la gestión, uso eficiente de los recursos, descentralización de los servicios de salud, participación social y en la cobertura mediante paquetes básicos (como vacunas). En la primera fase de modernización se produce una reorganización de las cinco instancias regionales de salud en 18 direcciones departamentales. Al mismo tiempo, se inician programas focalizados de Atención Primaria en Salud en la zona rural del país, muchas veces por medio de la subcontratación de ONGs para la atención básica en zonas rurales donde la red estatal es escasa y poco operativa.

En el año 2000, siguiendo con el Plan de Modernización, se organizan, administrativa y funcionalmente los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), considerados desde ese momento como la unidad operativa descentralizada de los servicios de salud. En total se crean 28 SIBASIS, repartidos por todo el territorio nacional, con el apoyo directo de organismos de cooperación internacional, especialmente de la OPS/OMS, la cooperación oficial alemana (GTZ) y en los últimos tiempos española (AECI), USAID y los Gobiernos de Holanda y Suecia. Si bien los SIBASIS plantean un esfuerzo innovador de organización de los diferentes niveles de servicios de salud en redes, la fragilidad del marco legal con que se genera la estructura de los servicios y la ausencia de un marco de financiamiento que garantice su funcionalidad, llevó a una lenta disolución de los fines inicialmente perseguidos con su creación.

La generación local de nuevas formas de atención, con modelos comunitarios de salud que logran funcionar paralelamente a un sistema de salud que excluye a una gran parte de la población rural y empobrecida del país, hace que en el 2002 la resistencia a las reformas propuestas por parte de la sociedad civil organizada permita construir el escenario de una nueva reforma de salud en la que participaron diferentes instituciones sociales.

En 2009, se inicia el desarrollo de la Reforma de Salud en El Salvador con la elaboración de la Política Nacional de Salud *Construyendo la Esperanza*. Esta reforma se fundamenta conceptualmente en tres grandes enfoques: la determinación social de la salud, el enfoque del derecho a la salud y el Buen Vivir. Se destaca que estos enfoques van acompañados de una implementación real mediante programas y políticas públicas de salud. La reforma de salud ha sido conceptualizada estratégicamente en 10 grandes ejes de desarrollo: 1) desarrollo de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS); 2) creación del Instituto Nacional de Salud (INS); 3) creación del sistema de emergencia médica; 4) acceso medicamentos y vacunas; 5) desarrollo de participación social en salud; 6) trabajo intersectorial e intrasectorial; 7) desarrollo de recursos humanos en salud; 8) sistema único de Información en Salud y planificación estratégica; 9) medio ambiente; 10) mujer y salud.

Una de las principales fortalezas de la Reforma de Salud de El Salvador es que concibe la salud como un derecho y un bien público que se basa en los determinantes sociales de la salud y que no viene dada únicamente por la ausencia de enfermedad y que, además, esta concepción teórica viene acompañada de una implementación efectiva de políticas, programas y marcos regulatorios. Así, para promover el acceso universal y la equidad, las mayores inversiones en salud se hicieron en los departamentos con mayores niveles de pobreza, mayores índices de desnutrición, con población fundamentalmente rural y en asentamientos rurales precarios. Además del acceso a la salud universal, este se entiende como necesariamente gratuito con el consiguiente rechazo a la mercantilización de la salud, y, para ello una de las primeras acciones que se llevó a cabo fue la supresión de la cuota voluntaria. Además, como otro de los principios fundamentales, surge la participación social y el fortalecimiento de la organización comunitaria en el marco del desempeño eficiente de los servicios de atención a la salud.

Pese a que la Reforma implementada en El Salvador está consiguiendo mejorar los resultados en salud de toda la población y reducir las desigualdades hay ciertos elementos que aún no se han consolidado en todo el país como la intersectorialidad y la articulación de los diferentes niveles de atención mediante Redes Integrales e Integradas de Salud, la conformación de un Sistema Único de Información, el desarrollo de la investigación en el Instituto Nacional de Salud y la formación de los Recursos Humanos del SNS.

Las principales amenazas a los que se tendrá que enfrentar la Reforma vienen dados por la falta de financiación para la puesta en marcha de los diferentes ejes estratégicos a nivel nacional, la superación de la fragmentación del sistema público de salud, la creación de marcos legales que protejan los ejes estratégicos de la Reforma de los cambios políticos y el desarrollo de acciones de pertinencia intercultural. Además El Salvador tendrá que enfrentar la necesidad de implementación de un modelo de salud urbana que aborde temas como el acceso a vivienda digna, la ampliación y modernización de servicios básicos y la planificación del crecimiento de las ciudades.

A. Anexo metodológico. Acceso a los servicios de salud en Guatemala, Honduras y El Salvador

El sistema sanitario se considera un determinante de la salud en sí mismo. Interacciona y puede modificar el efecto de otros determinantes sociales, ya que tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones sociales que afectan el nivel de salud mediante el acceso equitativo a los servicios de atención. De ahí que el acceso a la atención en salud es considerado una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias y su evaluación es fundamental para el diseño de las mismas (Lévesque et al, 2013). De hecho, el análisis del uso de los servicios de salud de los sistemas públicos y sus determinantes es clave para evaluar el acceso e identificar desigualdades sociales en la utilización. Bajo estas premisas, se realizó una investigación con un diseño cualitativo fenomenológico descriptivo, basado en examinar las experiencias con respecto al acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los actores sociales clave. Se ha partido del modelo teórico de Aday y Andersen (Aday y Andersen, 1974) en el análisis de acceso a los servicios de salud, que distingue entre el acceso potencial y el acceso real. El *acceso real* refleja la utilización efectiva de los servicios y la satisfacción, mientras que el *acceso potencial* se refiere a los factores que capacitan para la utilización de los servicios de salud (disponibilidad y organización de los servicios), a los que predisponen a la utilización (actitudes, creencias, etc.), a los de las necesidades de atención de las personas. El modelo considera cinco componentes de acceso a los servicios de salud: las políticas de salud, las características de los servicios sanitarios, las características de la población, la utilización de los servicios y la satisfacción de las personas.

Las políticas de salud representan el punto de partida del acceso, de forma que el acceso y la utilización de servicios están determinados por el contexto político. En el análisis del acceso potencial se consideran las características de los servicios y de la población. Finalmente incorporan como resultados del modelo las características de la utilización de los servicios sanitarios (acceso real) y la satisfacción de la persona usuaria. Se ha considerado el contacto de las personas con los servicios a lo largo del continuo asistencial y el dominio intermedio de acceso, que abarca desde la búsqueda de atención por parte de la persona, el contacto inicial y la continuidad de la atención. Es decir, cómo las características de la oferta se ajustan a las necesidades de la población.

La muestra. Se diseñó una muestra teórica utilizando como características para su selección, las usuarias de los servicios de salud aseguradas profesionales de salud de los niveles diferentes niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada y atención urgente), así como a personal administrativo y gestor. Los criterios aplicados para la selección de la muestra fueron: (a) para las personas usuarias: haber utilizado o intentado utilizar los servicios de al menos uno de los niveles asistenciales en el último año y ser mayor de 18 años; (b) para profesionales de salud: tener una antigüedad en el centro de al menos un año; (c) para el personal administrativo: trabajar en los servicios de apoyo de las aseguradoras o prestadores de servicios: admisiones, atención a población usuaria, trabajo social, etc., y tener una antigüedad en el centro de al menos un año; (d) para personal

gestor: ocupar un puesto de dirección en algún centro de salud, en la aseguradora o en el prestador de salud. Las personas participantes fueron contactadas a partir de informantes clave. La muestra final fue de 157 personas y la distribución por país fue la siguiente:

GUATEMALA: 57 personas distribuidas en:

- 4 Grupos focales de personas usuarias de los servicios públicos de salud que viven en áreas rurales: 33 personas (13 hombres y 20 mujeres)
- 6 entrevistas en profundidad a personas usuarias de los servicios públicos de salud urbanos y periurbanos
- 4 entrevistas a personal de gestión y administración sanitaria
- 8 entrevistas a personal sanitario y clínico
- 2 entrevistas a comadronas mayas (3 personas)

HONDURAS: 62 personas distribuidas en:

- 6 Grupos focales de personas usuarias de los servicios públicos de salud que viven en áreas rurales y periurbanas. En el caso de personas usuarias de zonas rurales los grupos se segmentaron según el sexo (2 grupos focales: uno de 5 hombres y el otro de 6 mujeres). En el caso de personas usuarias de zonas periurbanas los grupos fueron mixtos (2 grupos focales uno de 9 personas y el otro de 6 personas). Además, se contó con un grupo focal de mujeres organizadas de zonas periurbanas (9 mujeres) y otro de mujeres organizadas rurales (14 mujeres). El total de personas que participaron en los grupos focales fue 49.
- 6 entrevistas a personal de gestión y administración sanitaria (7 personas)
- 2 entrevistas a informantes clave (6 personas)

EL SALVADOR: 38 personas distribuidas en:

- 4 Grupos focales de personas usuarias de los servicios públicos de salud que viven en comunidades rurales. Los grupos se segmentaron en función del sexo. En el Departamento de Santa Ana se llevaron a cabo dos grupos focales uno de hombres y uno de mujeres. Participaron 6 hombres y 8 mujeres. En el Departamento de Usulután se llevaron a cabo otros dos grupos en los que participaron 7 mujeres y 6 hombres.
- 4 entrevistas a personal de gestión y administración sanitaria (4 personas)
- 7 entrevistas a informantes clave (7 personas)

Técnica y proceso de recogida de datos. Se utilizaron como técnicas de recogidas de datos la entrevista individual semiestructurada y el grupo focal. Se confeccionaron cuatro guías diferentes, una para cada tipo de informante, personas usuarias, profesionales de salud, administrativas y gestoras. Las entrevistas en profundidad tuvieron una duración aproximada de una hora en la mayoría de los casos. Los grupos focales tuvieron una duración de una hora y media. Tanto las entrevistas en profundidad como los grupos focales fueron grabados en audio y en video previo consentimiento de las personas participantes. Ninguna de las personas seleccionadas rechazó participar. Las entrevistas y los grupos focales se llevaron a cabo entre los meses enero y febrero de 2017 en el caso de Guatemala y en septiembre 2017 en el caso de Honduras y El Salvador.

Análisis de los datos. Se realizó un análisis inductivo descriptivo-interpretativo del corpus de las entrevistas: las fases del análisis fueron las siguientes: [a] análisis de las grabaciones, codificación de los textos y definición de las categorías emergentes de los discursos;

(b) desagregación de la información según las categorías construidas y análisis de contenido del discurso y (c) articulación de las interpretaciones en un marco establecido. La codificación de los textos y la definición de las categorías emergentes se trianguló entre dos personas del equipo de investigación. El marco explicativo fue discutido entre las personas del equipo y se volvieron a verificar los contenidos.

En la investigación se siguieron las normas éticas y de confidencialidad tanto para la grabación de las entrevistas y grupos focales como para la publicación de los resultados sin identificación nominal de las personas participantes. Con el objetivo de garantizar la confidencialidad de las personas entrevistadas, en los ejemplos se identifica solo el grupo al que pertenecen: usuarias, profesionales de salud de los diferentes niveles asistenciales, mujeres comadronas, líderes o líderes comunitarias, profesionales administrativos y personal gestor.



CAPITULO 2

AMENAZAS Y DESAFÍOS AL DERECHO A LA SALUD EN LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS: EL CASO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

La historia de los sistemas sanitarios europeos está muy relacionada con el concepto de estado de bienestar. El estado de bienestar se ha definido de forma básica como un conjunto de intervenciones públicas dirigidas a mejorar las condiciones de vida y calidad de vida de todas las personas en torno a cuatro pilares: los servicios públicos, como la sanidad, la educación o los de apoyo a las familias; las transferencias sociales, como las pensiones; las intervenciones normativas, protectoras de las personas trabajadoras, consumidoras, así como del medio ambiente y; las intervenciones para estimular y garantizar empleo de calidad [Navarro, 2004].

La aplicación de estas intervenciones fue fruto de un consenso social y político que se gestó en el siglo XIX, cuando los servicios sociales, que anteriormente había sido procurado por instituciones benéficas o religiosas, fueron asumidos legalmente por primera vez por el estado. Alemania, por su parte, inauguró en 1883 el sistema de previsión social, financiado obligatoriamente por contribuciones de las personas trabajadoras, lo que les protegía de la bancarrota en caso de enfermedad [Navarro, 2006]. Este fue el inicio del modelo de sistema sanitario bismarckiano, financiado por cotizaciones, que posteriormente adoptaron otros países como Francia, Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Austria o Grecia. Durante la revolución industrial a finales del siglo XIX y frente a la expansión de la gran empresa, la mano de obra productiva fue un requerimiento clave. Con el fin de mantener el mercado de trabajo y de ofrecer un colchón de seguridad a las familias de las personas trabajadoras, se expandieron entre las empresas las redes de seguridad social, a menudo en forma de seguros sociales de enfermedad, invalidez y retiro obrero. Además de garantizar el mantenimiento de mano de obra productiva al mercado de trabajo, estas redes también conseguían aplacar las reivindicaciones de la clase obrera industrial.

En el periodo de entreguerras, el *Informe Beveridge*, publicado en el Reino Unido en 1941, proclamó el principio de cobertura universal de la seguridad social para toda la población, con cargo a los presupuestos generales estatales financiados por el conjunto de contribuyentes [Navarro, 2006]. El proceso de universalización de políticas sociales bajo las propuestas de Beveridge tuvo lugar a través de alianzas entre clase obrera y muchos sectores de la clase media de personas trabajadoras cualificadas y dio lugar a un modelo de protección social que tuvo reflejo en la consolidación de sistemas nacionales de salud, como el National Health Service (NHS) inglés, de financiación pública, a partir de los impuestos de toda la ciudadanía. Este modelo fue adoptado por países como Dinamarca, Irlanda, Suecia, Finlandia, España, Italia o Portugal.

En las décadas que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, el estado de bienestar se consolidó en torno a un modelo de estado como garante de protección social, al abrigo del crecimiento económico sostenido de las democracias industriales occidentales [Navarro, 2007]. El estado de bienestar se basó en políticas económicas orientada a la demanda interna y al crecimiento productivo nacional; sociales basadas en la redistribución de la renta entre las clases sociales y la creación de servicios de carácter universal, como el sistema sanitario y políticas educativas y; en mínimas intervenciones en el mercado de trabajo que queda a merced del mercado libre internacional. Los países del sur de Europa fueron objeto de gobiernos autoritarios y dictaduras que contribuyeron a su alejamiento de los del resto de Europa en la evolución del desarrollo social. Sin embargo, España había establecido en la primera mitad del siglo XX, un sistema de seguridad social bajo influencias bismarckianas, cuyo desarrollo continuó tras la dictadura franquista, adoptando entonces un modelo de sistema nacional de salud, aunque manteniendo características del modelo de cotización social.

A finales de la década de los 70, el estado de bienestar comenzó un progresivo desmantelamiento que se extiende hasta la actualidad y que, según las investigaciones realizadas, responde a razones económicas, políticas y sociales. Las razones económicas, se relacionaron con el desempleo y la inflación en los años 70 y, a partir de los 80 con las múltiples crisis económicas y periodos de inestabilidad en diferentes países, tanto del centro económico, como los nórdicos, como periféricos [el caso de España a principios de los 90]. Entre las razones políticas y sociales, el auge del neoliberalismo y la crisis de la socialdemocracia catalizaron la erosión del consenso ideológico en torno a las políticas sociales. Frente a los argumentos procedentes del sector liberal o conservador, que justificaron las reformas orientadas al adelgazamiento de los estados de bienestar por su insostenibilidad frente a las crisis económicas, los análisis apuntan a que las razones económicas no hubieran conllevado necesariamente el desmantelamiento de los mismos. Además, se ha mostrado que el impacto de las crisis económicas ha variado en función del grado de consolidación del estado de bienestar. De hecho, en los países con estados de bienestar más consolidados la propia inercia institucional ha limitado la profundidad de las modificaciones, mientras que en aquellos menos consolidados, los cambios han sido dependientes de la opción política en el poder [Gómez y Buendía, 2014].

El calado de los supuestos neoliberales, su intensidad y su ritmo, no han sido homogéneos a lo largo del continente europeo. Minué [2017] describe algunos de los elementos que han actuado modulando el cambio de modelo. Por un lado, el grado de aceptación social del modelo de protección, en la medida que ha existido en el seno de los estados, ha supuesto un freno a dicha introducción. Por otro, el margen de poder e influencia de los estados se ha visto reducido de manera importante a costa de la supremacía del poder de las fuerzas supranacionales, cuyos intereses han primado por encima del bien común. Los avances ocurridos en favor de la firma de tratados de libre comercio, como el CETA o el TTIP, orientados a facilitar las transacciones entre empresas multinacionales a ambos lados del Atlántico, son prueba ello. Adicionalmente, la opacidad y la escasa calidad democrática que están caracterizando el proceso de elaboración y aprobación de los mismos, han incrementado la preocupación de las implicaciones y amenazas al derecho a la salud [Dempeus per a la salut pública, 2014]. Por último, las crisis económicas han jugado un papel muy relevante como catalizadoras del neoliberalismo.

Los nuevos escenarios económicos han supuesto verdaderos retos para la financiación de los sistemas de protección, el crecimiento económico y para evitar el deterioro del empleo y la recaudación fiscal. Así, durante las últimas décadas, del siglo XX y la primera del XXI los modelos de Estado de bienestar europeos han experimentado reformas de carácter restrictivo, siendo la de 2008 la reforma más profunda y la que ha afianzado el rumbo neoliberal dibujado por las reformas anteriores [Gómez y Buendía, 2014].

En este capítulo se analizan y describen las amenazas y desafíos al derecho a la salud por parte del neoliberalismo en la Comunidad Autónoma Vasca [CAV]. En primer lugar se describen las características del sistema sanitario vasco, posteriormente se analizan las amenazas que supone para el derecho a la salud la privatización de sistema sanitario, los intereses económicos y las desigualdades sociales en salud. Finalmente se abordan los desafíos para lograr el derecho a la salud en la CAV.

EL DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA: AMENAZAS Y DESAFIOS

La Comunidad Autónoma Vasca [CAV] es una de las 17 Comunidades Autónomas [CCAA] que componen el Estado español. Integrada por tres provincias o Territorios Históricos, tiene un total de 2.175.819 habitantes. Demográficamente, cuenta con un porcentaje de población mayor de 65 años elevado con respecto al resto de países de la UE-28 (20,1% vs 18,5% en 2014) y con una baja tasa de natalidad (8,9 vs 10,1 por 1000 nacimientos en 2015) [Eustat, 2015]. La tasa de personas inmigrantes en 2016 fue de 6,5 por mil habitantes, inferior a la media del Estado (8,9). En términos socioeconómicos, cuenta con indicadores relativamente favorables con respecto al resto del Estado español, con uno de los PIB más altos del Estado, menor tasa de desempleo y mayor nivel de instrucción que la media estatal, situándose en un nivel intermedio con respecto a los países de la UE-28 [Eustat, 2015]. Cuenta con un elevado gasto en protección social por habitante e invierte el mayor gasto público en salud por habitante del Estado (8,8% del PIB), si bien se sitúa en una posición desfavorable al compararla con los países europeos de su entorno [Martín et al., 2016]. La esperanza de vida al nacer fue de las más elevadas de la UE En 2011 (85,4 vs 83,3 en mujeres y 78,9 vs 77,8 en hombres).

1. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO VASCO

El Sistema Sanitario público vasco, es el ente responsable de la financiación, gestión y prestación de la atención sanitaria pública en la CAV. Forma parte del Sistema Nacional de Salud [SNS], de cobertura prácticamente universal y públicamente financiado por impuestos, aunque se mantiene el fondo de la Seguridad Social alimentando a través de las cotizaciones. El Sistema Nacional de Salud se trata de un modelo de sistema descentralizado, en el que las competencias sanitarias las ejercen las CCAA. El derecho de acceso a las prestaciones sanitarias ha estado vinculado a residir en el Estado, hasta la implementación del Real Decreto Ley 16/2012, que vuelve a vincularse con la condición de persona

beneficiaria o asegurada. Así, las personas inmigrantes en situación irregular o sin permiso de residencia, no tienen derecho a la totalidad de prestaciones sanitarias.

En el Sistema Sanitario Vasco, la financiación y la regulación son responsabilidad del Departamento de Salud del Gobierno Autonómico, quien, en su mayor parte, contrata servicios de provisión al Servicio Vasco de Salud público (Osakidetza) o bien los concierda con el sector privado. El modelo sanitario vasco se basa en demarcaciones geográficas, las Organizaciones Sanitarias Integradas con un centro hospitalario de referencia que agrupa los dispositivos asistenciales de Atención Primaria (AP), atención especializada (AE), así como a salud pública y agentes comunitarios, quienes comparten responsabilidad sobre la salud de su población de referencia. La práctica totalidad de la AP y de los servicios de salud pública es pública, la AE siendo provista también por el sistema público, cuenta con una red de provisión privada. La red de salud mental perteneciente a Osakidetza incorpora centros hospitalarios de titularidad privada. Si bien una parte importante de los servicios y prestaciones sanitarias están financiados públicamente, existen servicios que solo lo están parcialmente [como los servicios de rehabilitación o de dentista en el caso de la población adulta, estando cubierto en la CAV la atención bucodental en población infantil] o que no están cubiertos [como podología, cobertura óptica o auditiva].

Por otra parte, en la CAV, al igual que en el SNS estatal, coexisten con el aseguramiento público, regímenes históricos especiales de aseguramiento privado que son financiados públicamente y que engloban a mutualistas del estado, personas de la esfera política, funcionariado, periodistas, abogadas y abogados.

2. AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA

En este apartado se analizarán y describirán algunas de las manifestaciones más relevantes de la amenaza al derecho a la salud en la población europea occidental, tomando como principal referencia la manifestación de los efectos en la CAV. Las tres manifestaciones tienen como trasfondo común la expansión de los principios neoliberales, frente a la debilitación del consenso social y político en torno a la salud como derecho y a los estados como garantes de ese derecho en el contexto de los países europeos. Específicamente, se describirán los principales procesos de privatización del sistema sanitario público; las influencias e impactos de los intereses económicos en las políticas de salud; y por último, las desigualdades sociales en salud y en el acceso a los servicios de salud.

Comenzando por la primera amenaza, relacionada con la privatización de los sistemas sanitarios, cabe situarla como parte del proceso de desmantelamiento de los estados de bienestar europeos. Así, desde los años 80, la gestión de los sistemas sanitarios públicos en Europa ha sido susceptible de una mercantilización o entrada de lógicas de mercado que, indirectamente, consiguen crear las condiciones económicas, ideológicas y de relaciones sociales que reducen el tamaño, las capacidades y la legitimidad social de estos servicios [Whitfield, 2001]. Dadas estas condiciones, la privatización de los sistemas sanitarios se convierte en un paso natural, que ha sido definido como la “transferencia o desplazamiento, parcial o total de un activo o capacidad pública al sector privado, pudien-

do hacer referencia a cualquiera de las funciones o recursos que pertenecían a la esfera pública” (Camprubí et al., 2010). Así, hoy en día, en la mayoría de países europeos existen mercados privados en el sector de la salud, que no solo incluyen servicios clínicos, sino también servicios auxiliares y una prestación de servicios privada, normalmente enmarcada en una estricta regulación gubernamental del precio y la cantidad contratada (Fidler, 2009).

Diversos elementos pueden ser señalados como potenciadores de la consolidación de los procesos de mercantilización. Por una parte, la crisis económica ha actuado como catalizadora del blindaje de medidas que ya se venían dando en las últimas décadas, con reformas desarrolladas bajo el argumento de garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Medidas como las restricciones económicas sobre el sector público, la ampliación del rol del mercado y la competencia y reducción de la intervención del estado (Giovanna y Stegmüller, 2014). Por su parte, los tratados de libre comercio y, en concreto el TTIP, cuyas negociaciones se encuentran actualmente paradas, lograría disminuir las barreras arancelarias al intercambio de bienes y servicios y, además, se relajarían para los países de la Unión Europea los criterios reguladores de dichos bienes servicios en múltiples ámbitos relacionados con el sistema sanitario. Por su parte, los estados verían reducidas sus funciones de gestión en el seno de los sistemas sanitarios, predominando los intereses privados sobre la salud poblacional (Padilla 2014).

El SNS español se movió también con la inercia privatizadora. La separación de las funciones de financiación y provisión en los años 90 propició que las CCAA comenzaran a introducir diferentes modelos de gestión empresarial, bajo criterios de mercado, dentro de la provisión sanitaria (Sánchez-Bayle, 2014). Las estrategias de privatización desarrolladas en el sistema sanitario público se han dirigido a introducir técnicas de gestión propias de la empresa privada; separar las funciones de financiación y compra de las de gestión; y someter al derecho privado el régimen jurídico de contratación de personal y de contratación de bienes y servicios. En el caso de la CAV, fue el plan estratégico conocido como Osasuna Zainduz, el que en el año 1993 materializó la separación de funciones de financiación y provisión en el sistema sanitario vasco e introdujo formas de gestión en el mismo más cercanas a un modelo mercantil. Llegada de la crisis económica y la respuesta en el seno del SNS, materializada en el RDL 16/2012, supuso un avance importante en el proceso de degradación del sistema sanitario público. La CAV fue una de las comunidades que dio respuesta para seguir garantizando en su ámbito la asistencia sanitaria a toda la población y emitió el Decreto 114/2012, por el cual se pretendía complementar el estatus prestacional básico estatal, manteniendo los niveles de protección anteriores al RDL en la comunidad [BOPV, 2012]. Este Decreto fue finalmente anulado por el Tribunal Constitucional por considerarlo “contrario al orden constitucional de distribución de competencias”²⁰.

A continuación, se describirá el avance de los procesos privatizadores en la CAV, atendiendo a las dimensiones de la financiación y aseguramiento sanitarios, a la provisión de servicios y, por último, a la formación de las y los profesionales de la salud y la investigación biomédica.

²⁰ <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-constitucional-anula-norma-vasca-garantizaba-acceso-atencion-sanitaria-papeles-20171214184341.html>

La privatización relativa a la *financiación* del sistema sanitario, referida a la fracción del gasto total en salud que se realiza de forma privada, y que corresponde en su gran mayoría a la aportación directa de los hogares en el momento de uso de los servicios o a la aportación de las empresas de seguros sanitarios privados. La privatización de la financiación aumentó en los años anteriores al 2012, donde el gasto en salud fue de 2.578,3 euros por habitante [8,8% del PIB]. De este gasto, el 26,8% fue de financiación privada destacando el que realizaron de manera directa los hogares, que supuso el 77,1% del gasto privado y el 20,7% del gasto total en salud. El gasto realizado por seguros sociales privados y empresas de seguros privadas, ascendió a 289.412.000 euros, es decir, un 19,0% del gasto de financiación privada y un 5,1% del gasto total en salud [Martín et al., 2016]. La principal función del gasto sanitario privado en la CAV es la relacionada con los productos sanitarios, donde el gasto sanitario alcanzó el 30%, destacando la aportación del pago directo de los hogares.

En relación a la financiación privada según el nivel asistencial, en la AP [medicina de familia, pediatría y enfermería] el porcentaje de consultas financiadas de manera pública del 95%, mientras que, en el caso del servicio de dentista se sitúa en torno al 10%, siendo la mayor parte de las visitas financiadas directamente por los hogares [85%]. La financiación a través de un seguro médico es más relevante en el caso de la medicina especializada, donde financia el 11,2% de las consultas, así como de las hospitalizaciones [7,8%] y las urgencias [5,6%]. Si bien la financiación pública de la atención hospitalaria y especializada creció entre 2002 y 2014, la financiación de la AP, se mantuvo similar hasta 2012, descendiendo desde entonces.

El aseguramiento privado en 2015 en la CAV aumentó un 33,3% respecto a 2003, y un 6,4% de 2011 a 2015. Este aumento se produce principalmente como consecuencia del incremento de los seguros concertados por las empresas para las personas trabajadoras. Respecto a las mutualidades del personal funcionario, en el año 2014 había en la CAV 44.455 personas en una de las tres mutualidades principales de funcionariado y de ellas, el 75% seleccionaron un aseguramiento sanitario privado.

La privatización de la *provisión* sanitaria hace referencia a la concertación de servicios sanitarios con entidades privadas o distintas a Osakidetza, y a la externalización de servicios no sanitarios por parte de Osakidetza, excluyendo aspectos como la compra de prótesis, los reintegros de gastos, y los convenios socio-sanitarios que se suscriben con las Diputaciones Forales. En relación al porcentaje de concertación de la CAV, se sitúa por encima de la media del Estado español. En 2014, este representó el 6,5% con respecto al presupuesto del Departamento de Salud y el 7,8% respecto al gasto en asistencia sanitaria excluyendo recetas. Las de mayor peso fueron las de los hospitales de agudos y de media y larga estancia [34,3%], el transporte sanitario [23,7%] y la salud mental [16,6%]. En relación a las externalizaciones llevadas a cabo por Osakidetza, estas constituyeron alrededor del 3,2% de su presupuesto, del cual, el 64,7% correspondió a los servicios de limpieza y el 21,8% al mantenimiento de edificios e instalaciones.

En cuanto a la *formación universitaria* e investigación en salud en la CAV, si bien ambas son públicas, existen importantes amenazas para su privatización. Así, existen ejemplos de la presencia de empresas privadas en la formación universitaria, así como de aportaciones que el alumnado hace a dichas empresas. Uno de ellos es el convenio existente

entre dos empresas privadas, el Iguatorio Médico Quirúrgico (IMQ) y el Athletic Club, y la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) mediante el cual IMQ garantiza la cobertura sanitaria de los equipos de la citada entidad y presta la asistencia al público en los partidos que se juegan en San Mamés.

Asimismo, y bajo la justificación de la necesidad de cubrir el relevo generacional de la Sanidad Pública en los próximos años, hay frentes abiertos para la colaboración público-privada, tanto en el ámbito de formación universitaria en ciencias de la salud, como en formación de posgrado en gestión sanitaria (Ireki-Gobierno Vasco, 2014). De manera similar, en la I+D+i sanitaria el porcentaje de financiación que corresponde al sector privado queda por detrás de la aportación de la Administración General del Estado, y descendió de 2009 (6,9 %) a 2013 (4,7 %). Sin embargo, a nivel estratégico existe el objetivo de incrementar el volumen de financiación privada para actividades de I+D+i. (Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2016).

Sin embargo, no solo el ámbito del sistema sanitario es susceptible de constituir un nicho de negocio para los intereses económicos. Las políticas de salud pública o aquellas que regulan ámbitos estrechamente relacionados con la salud, son objeto de importantes influencias ejercidas por diversos actores con nichos de interés económico. Estas influencias económicas sobre el bien común, constituyen la segunda amenaza al derecho a la salud que a continuación se abordará.

Los actores con intereses económicos en las políticas de salud son muy variados. En ámbito de la atención sanitaria, se encuentran, con un papel predominante, el sector farmacéutico y de tecnologías sanitarias, o el sector asegurador. Por su parte, existen otros sectores que obtienen beneficio económico del comercio de productos que pueden ser nocivos para la salud y que, por tanto, son susceptibles de ser regulados por políticas de salud pública (como los sectores relacionados con el tabaco, el alcohol o los productos alimentarios). A continuación, se describen de manera específica las principales estrategias utilizadas por intereses económicos con especial relevancia por su influencia en las políticas de salud, para controlar las reglas del juego en el ámbito regulador, político e ideológico (Mindell, 2012).

La primera de las estrategias, está relacionada con la creación de condiciones ideológicas favorables para una mejor aceptación de las influencias a nivel político y social. Los actores de interés benefician con el modelo biologicista de la salud, que sitúa en la esfera individual la responsabilidad última de asumir elecciones con respecto a la salud, al mismo tiempo que invisibiliza el papel de los determinantes sociales, políticos y comerciales de la salud. (Hernández-Aguado, 2016). La industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias, así como el mercado de seguros de salud, se beneficia de la aceptación social y política de este modelo de la salud, ya maximiza que la percepción de las necesidades de sus productos y servicios. Además, legitima la atención y recursos otorgados a ciertas enfermedades, tecnologías y tratamientos, tanto en el ámbito de la investigación como en la planificación sanitaria.

El fenómeno de la medicalización de la vida o la creación de nuevas enfermedades que es necesario prevenir, detectar y tratar, estrechamente relacionada con la estrategia anterior perpetúa la generación de beneficios económicos para los actores de interés. Así, se han

pasado a considerar como patológicas ciertas etapas o procesos vitales (como la adolescencia, la menopausia o el envejecimiento), procesos fisiológicos (como la menstruación, el embarazo o el parto), aspectos emocionales y de salud mental (como la ansiedad, la tristeza o el duelo), manifestaciones sobre la salud que tienen un origen social (como la precariedad laboral y del trabajo de cuidados, la pobreza o la soledad); factores de riesgo a los que se otorga entidad de patología (como la osteoporosis, la hipertensión o la dislipemia); así como problemáticas poco frecuentes o leves que se muestran como altamente prevalentes o graves [Orueta et al., 2011]. Este fenómeno ha estado fuertemente atravesado por el género, de manera que han sido y son las mujeres el grupo más afectado a lo largo de todo el ciclo vital [Valls, 2008]. Una cuestión relacionada con este fenómeno y que está suscitando un importante debate científico y ético son las intervenciones de prevención secundaria, como ciertos cribados poblacionales y vacunaciones). Existe un claro margen de incertidumbre sobre la utilidad de estos procedimientos –como ocurre con el cribado de cáncer de mama– a la hora de reducir la tasa de mortalidad, y considerando el balance de beneficios y efectos adversos [Prieto, 2012; Gervás y Pérez Fernández, 2013]. Esto hace que sea necesario, al menos, reconsiderar las recomendaciones en torno a estos procedimientos y reducir desde la esfera sanitaria, la sensación de falsa certeza que se extiende a la población en torno a la idoneidad de estas actuaciones y que hace muy complejo el debate público [Padilla, 2014].

Una segunda estrategia utilizada por los intereses económicos, tiene que ver con el uso de mecanismos, el marketing y las campañas publicitarias, con el fin de modelar una imagen en la que las corporaciones aparecen “como parte de la solución y no como causa del problema”, por medio, por ejemplo, de iniciativas impulsadas en el marco de la responsabilidad social corporativa, que les permite mejorar su imagen social y política y así, evitar regulaciones que limitan su margen de actuación [Mindell et al., 2012]. Así, las marcas se asocian a mensajes e iniciativas promotoras de conductas saludables o asociadas a valores como la sostenibilidad ambiental [Minué, 2014]. Al mismo tiempo, utilizan argumentos supuestamente fundados por estudios científicos que, lejos de ser “independientes”, están financiados por ellas mismas y que son divulgados utilizando su influencia sobre los medios de comunicación.

En el caso del sector farmacéutico, la “medicina basada en la evidencia” ha sido adoptada como herramienta para el marketing y difusión de resultados sobre la efectividad y la seguridad de fármacos y productos sanitarios que carecen de rigor científico y predisponen a creencias y decisiones políticas a favor de sus intereses económicos [Ervi et al., 2016]. La industria alimentaria, por su parte, ha financiado investigaciones para encubrir los hallazgos sobre los efectos negativos en la salud de las bebidas azucaradas identificados en estudios independientes [Ortún et al., 2016] y, ha realizado pagos a instituciones relacionadas con la promoción de la salud en EEUU, para minimizar la sensibilización sobre la relación de las bebidas azucaradas con la obesidad [eldiario, 2016]. Otro mecanismo utilizado, por ejemplo, por la industria alcoholera, incluye el uso de organismos con supuestos fines de investigación, financiados por ellas mismas, atrayendo a personalidades del ámbito científico y profesional que reproducen mensajes que ponen en duda el carácter nocivo de los productos. Esto les posiciona en un lugar privilegiado para eludir las regulación o medidas que restrinjan sus actividades económicas y para la aprobación de acuerdos de autocontrol y autorregulación impulsados por ellas [Hernández-Aguado, 2016].

Además, estos sectores también ejercen su influencia comercial sobre el colectivo de profesionales de la salud, tanto en el periodo de formación universitaria (González-Rubio, et al., 2017), como en la última etapa de residencia de los y las profesionales de medicina. Con respecto a la formación sanitaria continua, una parte importante de esta es impartida por sociedades científicas y profesionales con una fuerte dependencia económica de la industria farmacéutica y de los productos alimentarios. Así buena parte de sus contenidos de formación están marcados por conflictos de intereses (Ruano, 2011). Otra vía de influencia que ha mostrado ser efectiva para los intereses económicos, es la visita comercial a las y los profesionales de salud de los representantes de las corporaciones farmacéuticas, promocionando sus productos (Novoa, 2016). Desde el Foro Vasco por la Salud, se ha reclamado la supresión de las visitas médicas en los centros sanitarios públicos y que, en su lugar, se refuerce la formación facilitada a las y los profesionales de la salud (Azumendi, 2017) c.

Finalmente, la última estrategia incluye las acciones de lobby sobre las regulaciones en la venta, publicidad y consumo de sus productos, y la manipulación por parte de los actores económicos de la agenda política. Entre los logros obtenidos como lobby por la industria farmacéutica, uno de los más relevantes ha sido la desregulación o la relajación de las condiciones de autorización de medicamentos (Ervti et al., 2016), para lo que ha utilizado el conocimiento y actividad científica con ensayos clínicos de bajo rigor metodológico (Ervti et al., 2016). A nivel estatal, la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica (Farmaindustria) ha sido la principal protagonista en fijar los precios de los medicamentos, en la regulación de la actividad de ensayos clínicos y en la calidad y seguridad de sus productos (Chaqués-Bonafont y Flores, 2016). Farmaindustria tiene enormes influencias en las políticas de farmacia por sus contactos con el sector público, a partir de los casos de puertas giratorias, muy frecuentes entre directivos y gerentes de ambos sectores. Además de estos contactos, existen conexiones institucionales formales a través de comisiones de gobierno, en las que sus intereses económicos están ampliamente representados (Chaqués-Bonafont y Flores, 2016).

En el caso de la industria del tabaco y alcohol, las influencias sobre las regulaciones son enormes y han sido ampliamente analizadas. Concretamente, el lobby del tabaco constituye el ejemplo paradigmático sobre la efectividad de la industria para proteger sus intereses mediante estrategias disuasorias contra la regulación y, ha servido de recetario para otras industrias, como la del alcohol. Sin embargo, y tras décadas de predominio del interés económico sobre el de la salud de la población, en los últimos años en España se han implementado un conjunto de políticas integrales de prevención y control del tabaquismo, con leyes reguladoras del consumo de 2005 y 2010. Medidas que sumada a la crisis económica han ejercido una importante en la reducción de la prevalencia del consumo, en el número de cigarrillos consumidos, así como en el aumento del abandono del tabaco (Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la SEE, 2017). El lobby de la industria del alcohol a diferencia de la del tabaco, ha resultado hasta el momento plenamente efectivo y ha conseguido anular todo intento de sacar adelante una regulación a nivel estatal. Así las regulaciones en 2002 y 2006 con anteproyecto de ley fueron fuertemente cuestionadas a nivel mediático y finalmente retiradas (Villalbí et al., 2014). En la industria de bebidas azucaradas, otro ejemplo de la efectividad del lobby sobre el regulador, está la última renuncia del gobierno a instaurar el impuesto sobre el consumo de las bebidas azucaradas. Renuncia debido a presiones de la patronal de la alimentación y las bebidas, el sector agrícola y la Asociación de Bebidas Refrescantes de España. Los argumentos utilizados fueron también los utili-

zados en la regulación del alcohol (Villalbí et al., 2014), que apelaban a los efectos perjudiciales sobre la “recuperación del consumo”, la economía y el empleo” (eldiario.es, 2017).

El ámbito de la UE constituye otra diana de influencia importante, con obvias implicaciones a nivel de los Estados miembro. Los tratados de libre comercio suponen un nuevo horizonte que se muestra favorable a los intereses económicos. Las mayores preocupaciones expuestas desde el ámbito de la salud, se orientan especialmente **a la relajación de los criterios de calidad y seguridad que permitirían la entrada en la UE de productos como fármacos o alimentos (Padilla, 2014)**. Asimismo, el margen de actuación de los estados se ve reducido e incluso pasa a estar a merced de los intereses de las corporaciones. Conscientes del potencial de beneficio que tiene actuar a este nivel, la actividad de lobby por parte de las corporaciones en favor de los tratados comerciales es muy intensa (Corporate Europe Observatory, 2016).

La tercera amenaza al derecho a la salud presente también en el contexto europeo es la persistencia de las desigualdades sociales en salud, como otra consecuencia del predominio neoliberal sobre el valor de la justicia social.

Los avances en el sistema sanitario han jugado un papel muy importante en la mejora de la salud y la esperanza de vida se ha visto incrementada de manera muy importante a nivel global en las últimas décadas, aumentando 5 años entre 2000 y 2015, y hasta 6 años en los países europeos entre 1990 a 2014 (OECD, 2016). Sin embargo, existen importantes desigualdades en la esperanza de vida entre los países europeos y también dentro de ellos que los sistemas sanitarios, en su mayoría de cobertura universal, por sí solos no pueden explicar. Así, la brecha de la esperanza de vida entre los países extremos de la OECD es de 8,2 años para las mujeres y 11,6 para los hombres. Estas diferencias también están presentes cuando se comparan los años de vida vividos en buena calidad. También estas desigualdades dentro de los países, lejos de disminuir, han aumentado en las últimas décadas. Así, en la mayoría de los países europeos las mayores tasas de mortalidad y de mala salud percibida están en los grupos de población con menor nivel educativo, también presentan mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como la diabetes o el EPOC, mayor prevalencia de obesidad, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol, mientras que el consumo de fruta y verdura o la práctica de actividad física son más frecuentes en los grupos de mayor nivel educativo (OECD, 2016).

Sin embargo, las brechas entre los grupos más favorecidos y los más desfavorecidos son distintos entre países. Diferencias que han sido estudiadas desde la epidemiología social para determinar la influencia del modelo de estado de bienestar o del grado de protección social de los estados. Así la evidencia sugiere que el modelo de estado de bienestar Social-Democrático propio de los países escandinavos, juega un papel más relevante en la reducción de las desigualdades sociales en salud, que el que ejercen el modelo liberal anglosajón y el del sur de Europa (Muntaner et al., 2017), en los que además la crisis económica ha contribuido a aumentar las desigualdades ya que las políticas de recorte se han aplicado con mayor dureza, afectando especialmente al sector público (Giovannella y Stegmüller, 2014).

En el ámbito de la CAV también existen relevantes desigualdades en la salud, que se reflejan en la esperanza de vida, la mortalidad e indicadores relacionados con el estado de

salud, tanto en población adulta como infantil. Para la esperanza de vida, la brecha entre zonas básicas de salud es de 10,5 años en los hombres y 7 años en las mujeres, que equivale a lo que, como promedio, se ha incrementado la esperanza de vida total en la CAV en los últimos 30 años. En ambos sexos, la esperanza de vida fue menor en la ZBS Bilbao La Vieja [71,5 años en los hombres y 81 años en las mujeres] y mayor en Gasteiz Sur en los hombres [82 años] y Santa Lucía [Araba] en mujeres [88 años]. Estas desigualdades muestran un claro gradiente según el nivel educativo de las personas. Así, en el quinquenio 2001-2006 la esperanza de vida en los hombres y las mujeres sin estudios fue de 73 y 81 años respectivamente, mientras que en las de estudios universitarios fue los 81 y 87 respectivamente. Asimismo, cabe destacar que la distancia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres fue más intensa entre la población con menor nivel educativo [Esnaola et al., 2014]. También se han descrito desigualdades según el nivel socioeconómico en la mortalidad general por causas específicas entre las secciones censales en los períodos 1996-2001 y 2002-2007. En el caso de los hombres en el primer periodo, un total de 5.278 fallecimientos fueron atribuibles a las desigualdades y 4.475 en el segundo período, lo que supone aproximadamente un 10% sobre el total muertes en los hombres. En prácticamente todas las causas de mortalidad, se encontró una asociación entre la privación socioeconómica y la mortalidad en ambos periodos para los hombres y solo en el primero para las mujeres [Montoya, 2015].

Para los indicadores de salud como la salud percibida, la prevalencia de problemas crónicos, la calidad de vida relacionada con la salud, la salud mental o la limitación crónica de la actividad, en todos los casos empeoran a medida que desciende la clase social o el nivel educativo en la población adulta. En términos de género, de forma muy consistente, las mujeres muestran peores indicadores de salud.

La salud de la población infantil y adolescente está influida también por las características socioeconómicas de los hogares donde residen y se evidencia que las desigualdades sociales en salud se heredan entre generaciones. En la CAV la ausencia de buena salud en la población de 0 y 17 años empeora a medida que la clase social de la familia desciende, tanto en las niñas como en los niños, aunque el gradiente social parece ser más claro entre los segundos. Lo mismo ocurre con el nivel de estudios de las madres y los padres, donde la prevalencia de mala salud aumenta a medida que el nivel de estudios de las y los progenitores disminuye. La existencia de problemas crónicos en la población infantil según la clase social familiar, también evidencia importantes desigualdades en salud. Los y las niñas de la clase social más baja presentan en mayor medida enfermedades crónicas, siendo mucho más llamativo en los chicos, con una prevalencia de un 39,3%, frente al 22,6% de las chicas [Martín et al., 2016].

Las desigualdades sociales también se reflejan en el patrón de utilización de servicios sanitarios, incluso en los sistemas con cobertura universal. Este patrón determinado por el nivel socioeconómico que por una parte influye en el tipo de aseguramiento, ya que las personas de mayor nivel educativo y renta tienen en mayor proporción una doble cobertura sanitaria, como se ha observado en el contexto español [Ordaz et al., 2005]; y por otra parte facilita que las personas de posición más aventajada se muevan por el sistema sanitario y de manera consistente en la mayoría de países europeos acuden más a los servicios atención especializada [Fjaer et al., 2017]. Sin embargo, las personas de menor nivel socioeconómico, que disponen únicamente de cobertura pública acuden más a los

servicios de AP (Fjaer et al., 2017) y menos a la atención especializada, tal como se ha observado en el contexto español (Urbanos, 2016). La población de menor nivel socioeconómico tiene asimismo menor probabilidad de hacer uso de diferentes pruebas preventivas (Dryden et al., 2012; Ayala et al., 2015; Hurtado et al., 2015). Estas desigualdades se acentúan en el caso de aquellos servicios y prestaciones no cubiertos por el sistema público, para cuya utilización es necesario el pago directo por parte de la persona usuaria, como la salud dental (Palència et al., 2014). Además, el pago por acto y la provisión privada constituyen barreras de utilización de servicios como la rehabilitación y fisioterapia (Snozzi et al., 2014; Schröder et al., 2016).

Al igual que ocurre en otros países, a pesar de la gratuidad de las prestaciones incluidas y el carácter a priori universal de su cobertura, el acceso al sistema sanitario en la CAV no se produce de forma homogénea entre los diversos grupos sociales. En relación a la atención primaria, las mujeres y las personas en posiciones más desventajadas acuden con mayor frecuencia, así como aquellas con estudios primarios o inferiores en comparación con las poblaciones en situación más aventajada. Esta situación también se observa en las consultas de enfermería de atención primaria, donde de las mujeres de las clases más desfavorecidas tuvieron casi un 35% más de probabilidad de consultar que las de las clases más favorecidas. En el mismo sentido, las visitas a la AP fueron más frecuentes en las personas inmigrantes nacidas en países de renta baja. En relación a la atención especializada, su uso fue inferior que la atención primaria y el acceso menos frecuente, en términos generales, entre las clases sociales más desfavorecidas y niveles educativos, especialmente entre las mujeres. Por lugar de nacimiento, el patrón que existe no parecía concluyente, al menos en el caso de los hombres (Martín et al., 2016).

En cuanto a los servicios de salud parcialmente cubiertos o sin cobertura pública en la CAV, estos constituyen una fuente importante de desigualdades en su uso. En el acceso al servicio de dentista, se observaron claras desigualdades ya que fueron más frecuentes las consultas entre las personas con una posición socioeconómica más favorecida, tanto en hombres como en mujeres. En concreto, las personas pertenecientes a la clase social más desfavorecida mostraron alrededor de un 35% menos de probabilidad de acudir a este servicio que aquellas más favorecidas. La situación observada comparando los diferentes niveles educativos fue muy similar a lo descrito por clase social. En cuanto a la atención a la población infantil, en la CAV está instaurado el Programa de Atención Dental Infantil (PADI), que financia y provee atención dental a toda la población vasca de entre 7 y 15 años. Si bien se han conseguido importantes resultados en salud y una reducción de las desigualdades en salud dental infantil en la CAV (Salazar y Aguirre, 2015), este alcanza una cobertura del 66% en el caso de la CAV y cabe seguir avanzando por incrementar la cobertura del programa (asentada en un 66%) y por reducir las desigualdades sociales existentes en el acceso a este servicio (Pinilla et al., 2015).

En cuanto a la utilización de los servicios de fisioterapia por clase social, se observan de nuevo claras desigualdades de forma que estas consultas son más frecuentes entre las personas de posiciones más favorecidas, tanto según su clase social, como su nivel educativo o el lugar de nacimiento. Así, por ejemplo, las mujeres y los hombres de clase social más desfavorecida tuvieron un 40% y un 50% menos de probabilidad, respectivamente, de acudir a los servicios de fisioterapia frente a las mujeres y hombres de la clase más favorecida. La distancia por lugar de nacimiento en la frecuencia de uso de la fisioterapia

fue mucho mayor ya que las personas inmigrantes de un país de renta baja mostraron un 70% menor de probabilidad, a igualdad de necesidad respecto a la población autóctona. Por último, en cuanto a la utilización de servicios de podología, la situación descrita es similar a los servicios no cubiertos anteriores [Martín et al., 2016].

3. DESAFIOS PARA EL DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

Los principales desafíos para el derecho a la salud en la CAV se relacionan con las respuestas necesarias y adecuadas por parte de los estados ante el avance de la privatización del sistema sanitario público, ante la influencia de los intereses económicos en las políticas de salud y ante la persistencia de las desigualdades sociales en salud.

El principal riesgo para el derecho a la salud derivado de la **privatización del sistema sanitario** está en la privatización de su *financiación*, ya que incrementa la noción y tratamiento de la salud como un bien de negocio y aumenta las barreras de acceso a los servicios de salud, generando desigualdades en salud. Las características del sistema sanitario público determinan enormemente la evolución del aseguramiento privado, de ahí que los esfuerzos de los estados deben ir orientados a fortalecer la financiación del sistema público y revertir la presencia y el tamaño del sector privado [Martín et al., 2017]. Para ello, los estados, incluso aquellos con sistemas sanitarios públicos, deben garantizar un gasto mínimo suficiente en atención primaria y salud pública, de tal manera que se produzca una reorientación efectiva de los sistemas hacia estos dispositivos. Asimismo, se debe extender la cobertura pública a la totalidad de servicios de salud. Se deben evitar recortes presupuestarios discrecionales bajo el argumento de eficiencia y sostenibilidad, debiendo reforzarse estos presupuestos en tiempos de crisis económica, en los que las desigualdades en salud pueden verse incrementadas. Deben evitarse, asimismo, la precarización de las y los profesionales de la salud, garantizando una ratio personal/paciente adecuado, así como la degradación de las condiciones de empleo y trabajo de estas personas.

Por otra parte, no deberían desarrollarse medidas fiscales que favorezcan al sector privado, ya que reducen la principal vía de recaudación pública, a la vez que permite la fuga de sectores socialmente bien posicionados y con mayor capacidad de presión social hacia la red de atención privada de salud, deslegitimando el sistema público. Además de esta razón, deberían eliminarse los regímenes de aseguramiento privado financiados públicamente por su incoherencia con los principios de un Sistema Nacional de Salud.

Con respecto a la privatización de la *provisión*, los sistemas de salud deberían reorientarse hacia la reducción de esta práctica, que favorece la existencia y crecimiento de empresas privadas y, por tanto, la sanidad privada en nuestro contexto de forma parasitaria, con respecto al sector público debilitando a éste. Ante la presencia de la provisión privada, los gobiernos deben actuar como garantes del derecho a la salud, velando por la calidad de los servicios, la transparencia y rendición de cuentas, evitando prácticas corruptas derivadas de las concertaciones o externalizaciones.

En referencia a la *investigación y formación sanitarias*, los gobiernos deben ser los financiadores principales y reguladores de la agenda y del desarrollo de las mismas, garantizando la calidad en su desarrollo y su adecuación a las principales necesidades de salud poblacionales y del sistema sanitario. Debería regularse, asimismo, los conflictos de interés en la actividad formativa y científica, fomentando la transparencia y rendición de cuentas en los ámbitos científico-profesionales.

Un primer desafío para los gobiernos con respecto al manejo de los **intereses económicos** es revertir la hegemonía del modelo biomédico de la salud. Éste vehicula las influencias de los intereses económicos sobre las políticas de salud, ya que desvía a las personas el mayor peso de responsabilidad con respecto a su salud y elude a la que tienen los actores económicos. Este modelo permite a la industria desviar la imagen de sí misma como parte del problema, adoptando un rol de agente “aliado” con la salud, a la vez que alimenta sus nichos de negocio, por ejemplo, en el ámbito biomédico.

Es necesario que los gobiernos en su misión de garantizar el derecho a la salud para todas las personas, prioricen los objetivos de bienestar, salud y equidad en salud por encima de los beneficios económicos de ciertos sectores. Para ello, los gobiernos han de ejercer liderazgo y aplicar los criterios de buena gobernanza en salud. Esto implica, actuar de manera conjunta entre los sectores, evaluando los impactos en la salud de las políticas que inciden sobre determinantes sociales, políticos y comerciales de la salud, así como su efecto sobre las desigualdades en salud. Esto es especialmente relevante en las influencias económicas, puesto que la evidencia científica es consistente al mostrar que sus principales impactos negativos se producen en los grupos de población socioeconómicamente más desfavorecidos. Estos grupos están más expuestos a entornos que promueven las conductas no saludables y presentan mayor vulnerabilidad a sus efectos negativos, aumentando en ellos las desigualdades sociales en salud. De hecho, las desigualdades en el tabaquismo y en el consumo excesivo de alcohol, junto con la pobreza, se han descrito como factores que contribuyen a explicar las persistentes desigualdades en la mortalidad entre los países europeos [Mackenbach et al., 2017]. Las actuaciones de los gobiernos también han de aplicarse al sistema sanitario, ya que los modelos de asistencia sanitaria hospitalocéntricos, altamente tecnologizados e intervencionista, no se orienta hacia las causas de las causas de la enfermedad y las desigualdades en salud, favoreciendo su incremento [Baum et al., 2009].

Por otra parte, la buena gobernanza en salud también exige una actuación sustentada en mecanismos de democracia, transparencia y rendición de cuentas y acorde al bien común. La influencia efectiva de los intereses económicos sobre las políticas públicas y regulaciones ilustra el alejamiento de los gobiernos de estos valores, que implica una vulneración al derecho a la salud de la población de sus propios representantes. En este sentido, los tratados de libre comercio que facilitan las relaciones y los intercambios económicos entre las grandes multinacionales, se elaboran en condiciones de alta opacidad y escasamente democráticas y sin considerar los potenciales impactos negativos en la salud de la población. Si bien la evidencia acerca de estos efectos es todavía escasa, los estudios realizados apuntan a efectos más negativos que positivos sobre la salud poblacional [Barlow et al., 2017a, 2017b]. Por estas consideraciones, el sector de salud pública debe participar en las negociaciones internacionales con el objetivo de garantizar el acceso equitativo a bienes básicos para la salud de las personas y controlar la extensión de determinantes sociales

perjudiciales para la salud poblacional (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010)

Por último, señalar como desafío la necesidad de considerar e incluir de manera efectiva la participación ciudadana en la toma de decisiones y que ésta se constituya un actor decisivo para reivindicar los valores democráticos y su derecho a la salud frente a los intereses económicos. Para ello, es necesario extender el modelo social de la salud a la ciudadanía y ofrecer garantías de lucha compartida entre los gobiernos y la sociedad civil por el bien común. Crear nuevos canales de comunicación y participación social más efectivos, generando aprendizaje y sistematizando buenas prácticas, es un paso necesario para avanzar en este desafío. En este sentido, puede resultar pertinente la introducción de la Auditoría Social como iniciativa legítima de la ciudadanía que promueve la vigilancia y monitoreo en los asuntos públicos, con la finalidad de mejorar el acceso a la información, calidad, eficiencia, eficacia y ética en la gestión pública.

Los desafíos de los gobiernos ante la persistencia de las **desigualdades sociales en salud** se desarrollan a continuación, utilizando como referencia las propuestas que recoge el informe de la Comisión Española para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010), alineada con los objetivos de “Salud 2020”, que propone la Región Europea de la OMS.

Un primer desafío se corresponde con conseguir una distribución justa del poder, la riqueza y los recursos para mejorar la salud poblacional. Esto no es posible sin avanzar en la estrategia de la Salud en Todas las Políticas, sensibilizando y corresponsabilizando a los sectores de gobierno con respecto a las desigualdades sociales en salud para actuar de manera conjunta sobre los determinantes sociales. Para ello, son necesarias alianzas sólidas a nivel de gobierno que faciliten y aporten herramientas para llevar a cabo una acción intersectorial efectiva. Por otra parte, los gobiernos han de adoptar políticas fiscales progresivas y de gasto público, dirigido a fomentar y mantener servicios de salud, educativos, sociales, ambientales, etc. de calidad. Asimismo, deben garantizar un gasto social suficiente y adecuado, de manera que contribuya a reducir las desigualdades de renta y la pobreza, y fomenten la inversión para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Un segundo desafío se corresponde con garantizar el acceso por parte de todas las personas a unas condiciones de vida y trabajo dignas a lo largo del ciclo vital, así como a entornos promotores de salud. Esto se traduce en proveer y reforzar la educación pública de calidad, y a ampliar la cobertura y la accesibilidad económica de las escuelas infantiles para niños y niñas de 0 a 3 años. Estas medidas deben incorporar la perspectiva de equidad, de manera que se refuercen los dispositivos en aquellas zonas o ante aquellas familias que presenten una situación más desfavorecida. Asimismo, se deben garantizar las condiciones de empleo que permitan reducir las dificultades económicas en los hogares, así como facilitar las condiciones de trabajo adecuadas para que madres y padres tengan tiempo para el cuidado de hijos e hijas.

Por otra parte, y con el fin de apoyar los cuidados, los estados deben garantizar unas pensiones suficientes y adecuadas que permitan una buena calidad de vida; y se han de incrementar los dispositivos residenciales y de asistencia domiciliaria, los servicios de rehabilitación, sociosanitarios, y de atención domiciliaria.

Por su parte, el sistema sanitario, a pesar de ser garante universal en el caso del SNS, puede reproducir las desigualdades sociales en salud si no se refuerzan algunas medidas y si no se reorientan otras. Ante la anulación del Decreto 114/2012, emitido por la CAV para volver a otorgar el derecho a la asistencia sanitaria a los grupos de población afectados por el RDL 16/2012, urge que las instituciones vascas se comprometan a continuar garantizando la plena universalización de la atención sanitaria para todas las personas residentes en la CAV, con una cobertura del 100% y eliminando la vinculación del derecho a la condición de persona beneficiaria o asegurada. Asimismo, se han de financiar al 100% todas las prestaciones y servicios de salud. En caso negativo, se deben reducir los costes para la población con menos recursos de prestaciones sanitarias no cubiertas en su totalidad.

El sistema debe reorientarse hacia la AP, como piedra angular del sistema. Para ello, se han de aumentar los recursos destinados a este nivel asistencial, y avanzar en su reorientación comunitaria. En aquellas zonas más desfavorecidas se han de garantizar o incluso reforzar la suficiencia y la calidad de los servicios y prestaciones. Así, se deben eliminar barreras físicas y de transporte para el acceso a los centros y servicios sanitarios de colectivos con especial dificultad y se deben garantizar servicios adaptados a las necesidades de la población, prestando especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad.



BIBLIOGRAFÍA

- Adhanom, T. 2017. *La salud es un derecho humano fundamental*. Declaración Día de los Derechos Humanos (10 de diciembre de 2017). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Aday L, Andersen R. 1974. *A framework for the study of access to medical care*. Health Services Research, 9:208-220.
- Administración Central [Honduras]. 2014. *Informe de ejecución del presupuesto general de ingresos y egresos de la República. Tercer trimestre 2014*. Secretaría de Finanzas. Disponible en <http://www.sefin.gob.hn/>
- Almeida C. 2002. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Cad Saúde Pública, 18(4):905-925.
- Allen, L. 2017. *Are we facing a noncommunicable disease pandemic?* Journal of Epidemiology and Global Health, 7 (1), 5-9. doi: 10.1016/j.jegh.2016.11.001.
- Armada F, Muntaner C, Navarro V. 2001. *Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations*. Int J Health Serv, 31:729-768.
- Asociación de Economía de la Salud. 2012. *Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012*. Barcelona. Recuperado de: http://www.aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento.pdf
- Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C et al. 2015. *Health-system reform and universal health coverage in Latin America*. The Lancet, 385(9974):1230-1247.
- Ávila C, Bright R, Gutiérrez J, Hoadley K, Coite M, Romero N, MP R. 2015. *Guatemala, Análisis del Sistema de Salud*. Bethesda, MD: Proyecto Health Finance and Governance, Abt Associates Inc. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KW5C.pdf. 2015.
- Ayala, L., Calero, J., Díaz de Sarralde, S., Freire, J.M., García, M.A., Gimeno J.A., González, B., Granado, O., López, J.M., Onrubia, J., Rico, A., Ruiz-Huerta, J., Tiana, A., Trilla, C., & Urbanos, R.M. 2015. *2º Informe sobre la desigualdad en España 2015*. Madrid: Fundación Alternativas. Recuperado de: <http://www.fundacionalternativas.org/las-publicaciones/informes/2o-informe-sobre-la-desigualdad-en-espana-2015>
- Azumendi, E. (17 de junio de 2017). *“La sanidad no se debe ver como un gasto, sino como una inversión”*. Eldiariornorte. Disponible en: http://www.eldiario.es/norte/euskadi/sanidad-debe-ver-gasto-inversion_0_655134629.html
- Banco Central de Honduras. 2017. *Honduras en cifras 2014-2016*. Disponible en http://www.bch.hn/download/honduras_en_cifras/hencifras2014_2016.pdf
- Banco Mundial, Unidad Regional de Asistencia Técnica (RUTA), Ministerio de Educación, Cultura y Pueblos Indígenas. 2003. *Perfil de los Pueblos Indígenas en El Salvador*. San Salvador, El Salvador.
- Barlow, P., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. 2017a. *Impact of the North American Free Trade Agreement on high-fructose corn syrup supply in Canada: a natural experiment using synthetic control methods*. CMAJ, 4, 189:E881-7. doi:10.1503/cmaj.161152
- Barlow, P., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. 2017b. *The health impact of trade and investment*

- agreements: a quantitative systematic review and network co-citation analysis*. *Globalization and Health*, 13:13. doi:10.1186/s12992-017-0240-x
- Baum, F.E., Bégin, M., Houweling, T.A., & Taylor, S. 2009. *Changes not for the fainthearted: reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health*. *American Journal of Public Health*, 99(11), 1967-74.
- Becerril-Montekio V, López-Dávila L. 2011. *Sistema de salud de Guatemala*. *Salud Pública de México*;53: s197-s197.
- Bermúdez-Madriz JL, Sáenz MR, Muiser J, Acosta M. 2011. *Sistema de salud de Honduras*. *Salud Pública México*;53 supl 2:S209-S219.
- Bowser DM, Mahal A. 2011. *Guatemala: the economic burden of illness and health system implications*. *Health Policy*; 100(2-3):159-166.
- Camprubi, L. 2010. *Caracterización e indicadores de la privatización de los sistemas sanitarios: una aproximación al sistema sanitario de Cataluña*. Tesina de Máster sin publicar. Universidad Pompeu Fabra/Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Carmenate-Milián L, Herrera-Ramos A, Ramos-Cáceres D. 2016. *Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto*. *Archivos de Medicina*. Vol. 12 No. 4: 10. doi: 10.3823/1333
- CEPAL. 2006. *La Reforma de Salud en Honduras*. Unidad de Estudios Especiales. ISBN 9213229186
- Censos Nacionales VI de Población y V de Vivienda 2007. Características generales de la población*. Ministerio de Economía El Salvador. Dirección General de Estadísticas y Censos. 2009. San Salvador, El Salvador.
- Chaqués-Bonafont, L., & Flores, L. 2016. *Farmaindustria como organización de intereses*. En: Molins, J.M., Muñoz-Márquez, L., Medina, I. (Dir.). (2016). *Los grupos de interés en España*. Madrid: Editorial Tecnos, 244-66.
- Chávez Borjas, M. 2003. *Trayectoria del sector salud*. Colección Cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible (22); Editado por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Tegucigalpa, Honduras.
- Chivu, M.C., & Reidpath, D.D. 2010. *Social deprivation and exposure to health promotion. A study of the distribution of health promotion resources to schools in England*. *BMC Public Health* 10, 473.
- Coca-Cola y Pepsi pagaron para tapar sus vínculos con la obesidad en EEUU* (10 de octubre de 2016). Eldiario.es Recuperado de: http://www.eldiario.es/sociedad/Coca-Cola-Pepsi-vinculos-obesidad-EEUU_0_567993967.html
- Corporate Europe Observatory. 2016. *A spoonful of sugar. How the food lobby fights sugar regulation in the EU*. Recuperado de: https://corporateeurope.org/sites/.../a_spoonful_of_sugar_final.pdf
- Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Atun R, Barreto I, Cetrángolo O. 2015. *MEDICC Rev La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina*, 17 S40–52.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2006. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL, División de Estadística y Proyecciones económicas. Disponible en: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProdasp?xml=/deype/agrupadores_xml/aes250xml
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2015. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2015* (LC/G.2656-P), Santiago, Chile.
- Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. 2007. *Anteproyecto Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud*. San Salvador, El Salvador. Disponible en http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1023-anteproyecto-de-ley-creacion-sns&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364

- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH). 2014. *Primer informe especial sobre aspectos del servicio público de salud en Honduras. El derecho humano a la salud y el servicio público de salud*. Tegucigalpa, Honduras. Disponible en http://app.conadeh.hn/descargas/InformesEspeciales/Informe_Especial_sobre_Aspectos_del_Servicio_Publico_de_Salud.pdf
- Da Silva Z, Ribeiro M, Barata R. 2011. *Socio-demographic profile and utilization patterns of the public healthcare system (SUS), 2003-2008*. Cien Saude Colet, 16:3807-3816.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire. London: King's Fund. Recuperado de: <https://www.kingsfund.org.uk/>
- Decreto No. 442. *Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud*. 16 de Noviembre de 2007. Diario Oficial; 314. Tomo 377. San Salvador. El Salvador.
- Departamento de Economía UCA. (2016). *Análisis Socioeconómico de El Salvador, segundo semestre de 2015*. San Salvador, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". Disponible en http://www.uca.edu.sv/deptos/economia/media/archivo/674911_versionwebanalisisocioeconomicodeelsalvador.pdf
- Departamento de Sanidad Gobierno Vasco. (1993). *Plan Estratégico del Sistema Vasco de Salud*. Ekonomiaz: Revista vasca de economía, 25, 118-143. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1319683>
- Departamento de Salud Gobierno Vasco. 2016. *Estrategia de investigación e innovación en salud 2020*. Vitoria-Gasteiz. Recuperado de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/docs/estrategias_salud_2020_es.pdf.
- Dinarte M et al. 2015. *Estudio del gasto Público en Salud en Honduras en el Marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015*. Disponible en <http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/Honduras%20SM2015%20-%20Estudio%20Gasto%20P%C3%BAblico%20en%20Salud.pdf>
- Dirección Nacional de Medicamentos. 2016. *Informe de labores 2015-16*. San Salvador. El Salvador.
- Dirección Nacional de Medicamentos. 2017. *Informe de labores 2016-17*. San Salvador. El Salvador.
- Doyal, L., & Pennell, I. 1979. *The Political Economy of Health*. London: Pluto Press.
- Dryden, R., Williams, B., McCowan, C., & Themessl-Huber, M. 2012. *What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review*. BMC Public Health, 12, 723. doi: 10.1186/1471-2458-12-723
- El Consejero de Salud abre el nuevo Master de Gestión Sanitaria impulsado por el Departamento en Deusto* (7 de abril de 2014). Irekia. Gobierno Vasco. Recuperado de: <http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/18792-consejero-salud-abre-nuevo-master-gestion-sanitaria-impulsado-por-departamento-deusto>
- El lobby del azúcar consigue su objetivo al frenar el impuesto sobre los refrescos* (31 de marzo de 2017). Eldiario.es Recuperado de: http://www.eldiario.es/economia/consigue-objetivo-impuesto-bebidas-azucaradas_0_628187485.html
- Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 (ENCOVI 2014)*. 2016. Instituto Nacional de Estadística. Ciudad de Guatemala. Guatemala.
- Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos 2016 (ENEI 2016)*. 2016. Instituto Nacional de Estadística. Ciudad de Guatemala. Guatemala.
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 (ENSMI 2016)*. 2016. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística. Ciudad de Guatemala. Guatemala.
- Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012 (ENSD 2013)*. 2013. Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International. Tegucigalpa, Honduras.

- LIV Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM 2016). Instituto Nacional de Estadística (INE). Tegucigalpa, Honduras
- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2016 (EHPM 2016). 2017. Ministerio de Economía El Salvador. Dirección General de Estadísticas y Censos. San Salvador, El Salvador.
- Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2008). 2009. USAID, CDC, Asociación Demográfica Salvadoreña. San Salvador, El Salvador.
- Erviti, J., Saiz, L.C., & Garjón, J. 2016. *Fiabilidad de los ensayos clínicos. El peligroso camino de la desregulación de los medicamentos*. Medicina Clínica, 47, 554-7. doi: 10.1016/j.medcli.2016.10.003
- Esnaola, S., Martín, U., & Bacigalupe, A. 2014. *Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi. Magnitud y cambio 1996-2006*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.
- Espinoza E., Guevara G. 2006. *Disponibilidad y precio de los medicamentos en El Salvador durante el segundo semestre de 2006*. Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador.
- Eustat-instituto Vasco de Estadística (2015). *28 indicadores básicos para conocer la situación de nuestro país en la Unión Europea*. Publicación digital. Recuperado de: http://www.eustat.eus/document/epubs/publicaciones/euskadiUE28_2015_cas-eus/index.html
- Fidler, A.H. 2009. *The role of the private sector in health financing and service delivery*. European Journal of Public Health 19(5), 450-1.
- Fjær, E.L., Balaj, M., Stornes, P., Todd, A., McNamara, C.L. & Eikemo, T.A. (2017). *Exploring the differences in general practitioner and health care specialist utilization according to education, occupation, income and social networks across Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health*. European Journal of Public Health, 27(1), 73–81. doi:10.1093/eurpub/ckw255
- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA). 2011. *Dar a la población rural pobre de Honduras la oportunidad de salir de la pobreza*. Disponible en <https://www.ifad.org/documents/10180/ef03ee63-3c7c-4e26-8b4e-c5e6608907aa>
- Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD). 2017. *Memoria de Labores 2016-2017*. Disponible en <http://www.fosalud.gob.sv/inicio/informes-y-documentos-fosalud/>
- Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES). 2013. *Análisis de la política pública de salud en El Salvador*. San Salvador. El Salvador. ISBN 978-99923-962-8-5
- Fundación MAPFRE, Instituto de Ciencias del Seguro. 2010. *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Madrid. España
- Gervás, J., & Pérez Fernández, M. 2013. *Cribados: una propuesta de racionalización*. Gaceta Sanitaria 27(4). doi: 10.1016/j.gaceta.2013.03.007
- Giovanella, L. & Stegmüller, K. 2014. *The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain*. Cuadernos de Salud Pública, 30(11), 2263–81. doi: 10.1590/0102-311X00021314
- Gobierno de la República de El Salvador, Sistema de las Naciones Unidas en El Salvador. 2014. *Tercer Informe de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de El Salvador*. San Salvador, El Salvador.
- González-Rubio, R., Escortell-Mayor, E., & Del Cura-González, I. 2017. *Industria farmacéutica y formación sanitaria especializada: percepciones de los MIR en Madrid*. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.07.015
- Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología 2017. *Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010). Revisión de la evidencia*. Recuperado de: <http://www.cnpt.es/documentacion/publicaciones/d3f3e-176c9027414b85cb36c857bd81f991d3d7aa167095cd69d5d498a8e52b6.pdf>

- Grupo del Banco Mundial. 2015. *El Salvador. Estudios del gasto público social y sus instituciones*. Disponible en <http://documents.worldbank.org/curated/en/991301467999733851/pdf/95649-SPANISH-PER-P133348-PUBLIC-Box393197B-SSEIR-El-Salvador-Espanol.pdf>
- Hart, J.T. 1971. *The inverse care law*. *Lancet*, 1(7696), 405-412.
- Heredia N, Laurell A, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. 2015. *El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina?* *MEDICC Rev*, 17(Suppl):S16-18.
- Hernández-Aguado, I. 2016. *El buen gobierno de la sanidad: las influencias debidas e indebidas en la formulación de políticas de salud*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid.
- Hernández L. 2011. *Las políticas de salud en Guatemala 1985-2010*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Hernández AR, Hurtig AK, Dahlblom K, San Sebastian M. 2014. *More than a checklist: a realist evaluation of supervision of mid-level health workers in rural Guatemala*. *BMC Health Serv Res*, 14:112.
- Homedes N, Ugalde A. 2005. *Why neoliberal health reforms have failed in Latin America*. *Health Policy*, 71:83-96.
- Homedes N, Ugalde A. 2005. *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*. *Rev Panam Salud Publica*, 17210-220.
- Hurtado, J.L., Bacigalupe, A., Calvo, M., Esnaola, S., Mendizabal, N., Portillo, I., Idigoras, I., Millán, E., & Arana-Arri, E. 2015. *Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country*. *BMC Public Health*, 15, 1021.
- Hyde, A., Lohan, M., & McDonnell, O. (2004). *Sociology for health professionals in Ireland*. Dublin: Institute of Public Administration.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). 2015. *IHSS en cifras 2015*. Disponible en http://ihss.hn/?page_id=3298
- Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM). 2017. *Memoria de Labores 2016*. Disponible en <http://www.transparencia.gob.sv/institutions/isbm/documents/memorias-de-labores>
- Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI). 2015. *Resumen ejecutivo Memoria de Labores 2013-2014*. Disponible en <http://www.isri.gob.sv/inicio/institucion/marco-institucional/informes/memorias/>
- Kickbusch, I. 2005. *Tackling the political determinants of global health. Is essential if we want to abolish poverty*. *British Medical Journal*, 331, 246-7
- Kickbusch, I. (2012). *Addressing the interface of the political and commercial determinants of health*. *Health Promotion International*, 27 (4). doi:10.1093/heapro/das057
- Levesque JF, Harris M, Russell G. 2013. *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. *Int J Equity Health*;12:18
- López-Arellano O. 2013. *La salud colectiva y los derechos*. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Cobertura Universal en Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. OPS/OMS, México:265-275.
- Mackenbach JP, Bopp M, Deboosere P, Kovacs, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E. & De Gelder, R. 2017. *Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries*. *Health Place*, 47:44-53. doi: 10.1016/j.healthplace.2017.07.005
- McKeown, T. 1976. *The modern rise of population*. London: Edward Arnold.
- Martín, J.J. 2003. *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de trabajo 14/2003*. Fundación Alternativas, Madrid. Recuperado de: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-kUKdUu.pdf

- Martín, U., Bacigalupe, A., Morteruel, M., Rodríguez, E. Font, R., Gonzalez, E., Gonzalez-Rabago, Y., & Mosquera, I. 2016. *Amenazas al derecho a la salud en Euskadi. Desigualdades sociales en salud y procesos de privatización en el sistema sanitario. Medicus Mundi*. Recuperado de: <https://www.ehu.es/es/web/opik/privatizacion-desigualdad>
- Martínez Francozi J. 2013. *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe. Guatemala*. En: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4051/S2013088_es.pdf?sequence=1
- Maupin JN. 2009. *'Fruit of the accords': healthcare reform and civil participation in Highland Guatemala*. Soc Sci Med, 68(8):1456-1463.
- MEDICUS MUNDI NAM. 2017. *Sistematización de los Avances de La Horizontalización Programática en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Perú*
- Mindell, J.S.; Reynolds, L.; Cohen, D.L.; & McKee, M. 2012 *All in this together: the corporate capture of public health*. BMJ (Clinical research ed), 345. e8082. doi: 10.1136/bmj. e8082
- Ministerio de Salud (MINSAL).2016. *La Salud es un derecho y un MINSAL fuerte, su mejor garantía. Informe de Labores 2015-2016*. San Salvador. El Salvador.
- Ministerio de Salud (MINSAL).2017. *La Salud es un derecho. Estamos para garantizarlo. Informe de Labores 2016-2017*. San Salvador. El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 2015. *Política Nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025*. Ciudad de Guatemala. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). 2015. *Cuentas Nacionales y Economía de la Salud*. Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 2012. *Diagnóstico Nacional de Salud*. Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2010. *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid.
- Minué, S. 2017. *Lo público y lo privado en salud*. En: Ruiz, V., Padilla, J. (coords). (2017). *Salubrisimo o barbarie*. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. Atrapasueños Editorial.
- Minué, S. (14 de enero de 2013). *Manipulando las reglas del juego. El Gerente de Mediado*. Recuperado de: <http://gerentedemediado.blogspot.com.es/2013/01/manipulando-las-reglas-del-juego.html>
- Montoya, I. 2015. *Evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad del País Vasco
- Muntaner, C., Davis, O., McIsaack, K., Kokkinen, L., Shankardass, K., & O'Campo, P. 2017. *Retrenched Welfare Regimes Still Lessen Social Class Inequalities in Health: A Longitudinal Analysis of the 2003–2010 EU-SILC in 23 European Countries*. International Journal of Health Services. 47(3) 410–431. doi: 10.1177/0020731417712509
- Muntaner C, Guerra Salazar R, Benach J, Armada F. 2006. *Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care*. Int J HealthServ, 36:803 -811.
- Navarro, M.A. (2006). Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos*, 21, 109-134
- Navarro, V. (1986). *Crisis, Health and Medicine: a social critique*. London: Tavistock.
- Navarro, V., (2007). El Estado de bienestar en España y sus déficits sociales. En: *La situación social en España II*. Madrid: Biblioteca Nueva, p.p:25-34.
- Noova, A. (13 de abril de 2016). *¿Por qué los médicos siguen recibiendo a los representantes?* Blog NoGracias. Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2016/04/13/por-que-los-medicos-si>

- guen-recibiendo-a-los-representantes-por-abel-novoa/
OECD/EU. 2016. *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- Ordaz, J.A., Murillo, C., & Guerrero, F.M. 2005. *Análisis empírico de la demanda de seguros privados de enfermedad en España*. Estudios de Economía Aplicada, 23, 161-171. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/301/30123115.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. 2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suiza. ISBN: 92 4 356198 7. Disponible en http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2015. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2015*. Disponible en http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2016. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2016*. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. *Salud en Las Américas*. Washington, D.C. Estados Unidos. ISBN 978-92-75-31622-8.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Perfil del Sistema Nacional de Salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Washington, D.C, Estados Unidos. ISBN: 978-92-75-33292-4 (Electrónico)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS). 2014. *El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: Logros y desafíos*. San Salvador. El Salvador.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2016. *Desigualdades en salud en Guatemala*. Ciudad de Guatemala, Guatemala. ISBN: 978-9929-598-23-2.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Gobierno de la República de Honduras. *Estrategia de cooperación de país de la OMS-OPS. Honduras 2017-2021*. http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=379-brochure-ecp-honduras-2017-2021-9&Itemid=211
- Ortún, V., G López-Valcárcel, B., & Pinilla, J. 2016. *El impuesto sobre bebidas azucaradas en España*. Revista Española de Salud Pública, 90, e1-e13
- Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E.M., Alejandro, G., Carmona, J., Rodríguez, J., Del Campo, J.M., Díez, M.L., Vallés, N., & Butrón, T. 2011. *Medicalización de la vida*. Revista Clínica de Medicina de Familia 4(2)
- Oxfam Internacional. 2009. *Optimismo ciego: Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en países pobres*. Disponible en https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp125-blind-optimism-spanish_3.pdf
- Padilla, J. (12 de febrero de 2014). *Mamografía y cáncer de mama: toma 90210*. Blog Médico Crítico. Recuperado de: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/02/mamografia-y-cancer-de-mama-toma-90210.html>
- Padilla, J. (20 de julio de 2014). *El TTIP: ¿una amenaza para los sistemas sanitarios públicos?* eldiario.es. Recuperado de: http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/TTIP-amenaza-sistemas-sanitarios-publicos_0_283471927.html

- Palència, L., Espelt, A., Cornejo-Ovalle, M., & Borrell, C. 2014. *Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage?* Community Dentistry and Oral Epidemiology, 42(2), 97-105. Doi: 10.1111/cdoe.12056
- Pinilla, A., Negrín-Hernández, M.A., & Abásolo, I. (2015). *Time trends in socio-economic inequalities in the lack of access to dental services among children in Spain 1987-2011*. International Journal for Equity in Health, 14, 9.
- Prieto, M. (2012). *Beneficio y riesgo en el cribado de cáncer de mama mediante mamografía*. Blog de Salud Comunitaria. Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/11/20/cribadocancermama>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2015. *Más allá del conflicto: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016*. Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2016. *Más allá del conflicto: luchas por el bienestar*. Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2016. *Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo humano para todas las personas*. Nueva York, Estados Unidos. ISBN: 978-92-1-060038-5 (Electrónico).
- Ruano, A. 2011. *El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Informe monográfico SESPAS*. Barcelona. Recuperado de: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Conflicto_de_Intereses.pdf
- Salazar S. Aguirre JM. (2015). *25 años del PADI en el País Vasco (1990-2014)* RCOE. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 20(3):165-180.
- Sánchez-Bayle, M. 2014. *La privatización de la asistencia sanitaria en España. Documento de trabajo 182/2014*. Fundación Alternativas, Madrid. Recuperado de: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/24bb33c2b5a6aca0f1ea50a-199da5de7.pdf.
- Secretaría de Estado en el Despacho de Salud [Honduras]. 2005. *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa, Honduras. Disponible en https://www.unicef.org/honduras/Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2005. *Manual General de Organización y Funciones*. Tegucigalpa, Honduras. Disponible en <http://www.salud.gob.hn/transparencia/archivos/organizacion-y-funciones.pdf>
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2013. *Modelo Nacional de Salud*. Tegucigalpa, Honduras. Disponible en http://www.salud.gob.hn/documentos/Modelo_Nacional_de_Salud.pdf
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2014. *Gastos y Financiamiento en Salud*. Tegucigalpa, Honduras. ISBN: 978-99926-758-4-7.
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2015. *Memoria Anual 2014*. Tegucigalpa, Honduras. Disponible en <http://www.salud.gob.hn/doc/upeg/memoriaanual2014.pdf>
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2016. *Memoria Institucional 2016. Resultados y Logros*. Tegucigalpa, Honduras. Disponible en <http://salud.gob.hn/web/edocman/memoria2016.pdf>
- Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia, y Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos. 2015. *Medición multidimensional de la pobreza*. San Salvador, El Salvador.
- Schröder, S.L., Richter, M., Schröder, J., Frantz, S., & Fink, A. 2016. Socioeconomic inequalities in access to treatment for coronary heart disease: A systematic review. International Journal of Cardiology 219, 70-78. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.05.06
- Snozzi, P., Blank, P.R., & Szucs, T.D. 2014. *Stroke in Switzerland: Social Determinants of Treatment Access and Cost of Illness*. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 23 (5), 926-932. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.07.042

- Solar, O., & Irwin, A. 2007. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. (Discussion paper). Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Stuckler, D., Reeves A., Loopstra, R., Karanikolos, M., & McKee, M. 2017. *Austerity and health: the impact in the UK and Europe*. *European Journal of Public Health*, 27(4), 18-21. doi:10.1093/eurpub/ckx167
- Urbanos, R. 2016. *La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS 2016*. *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 25-30. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.01.012
- Unger J, D'Alessandro U, De Paepe P, Green A. 2006. *Can malaria be controlled where basic health services are not used?* *Trop Med Int Health*, 11:314-322.
- UNICEF Honduras, Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia, Observatorio de Derechos de la Niñez. 2012. *Niñez indígena y afrohondureña en la República de Honduras 2012*. Tegucigalpa, Honduras. ISBN: 978-99926-644-3-8.
- USAID. 2009. *El Salvador: Health sector needs assessment*. Washington, D.C. USA
- USAID. 2015. *Guatemala. Análisis del sector salud 2015*. Washington, D.C. USA
- Valls, C. 2008. *La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. Congreso Internacional SARE de Emakunde "Innovación para la igualdad"*. Donostia- San Sebastián, 2008. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3212133.pdf>
- Verdugo, JC et al. 2008. *Del dicho al hecho: los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente*. Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Villalbí, J.R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A., & Brugal, M.T. 2014. *Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol*. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 515-528
- Watt, G. (2002). The inverse care law today. *Lancet*, 360(9328), 252-254.
- Whitfield, D. 2001. *Private finance initiative and public private partnerships: what future for public services?* European Services Strategy Unit. Recuperado de: <http://www.european-services-strategy.org.uk/publications/public-bodies/pfi/pfi-and-ppp/>
- World Bank. 2016. *Annual Report*. 2016. Disponible en <http://pubdocs.worldbank.org/en/581741488429033637/zimref-annual-report-2016.pdf>
- World Health Organization (WHO). 2015. Honduras: WHO statistical profile. Disponible en <http://www.who.int/gho/en/>

ESTATUA OSASUNAREN BERMATZAILE

Guatemalako,
Honduraseko, El
Salvadorreko eta Euskal
Autonomia Erkidegoko
osasun-sistemen
erronkak eta mehatxuak



EGIKARITZE-LABURPENA
2018 URTARRILA





AURKIBIDEA

	PÁG.
SARRERA	99
> Osasun kontzeptua eta haren mugatzaileak: eredu biomedikotik gizarte-ereduetara	99
> Osasun-sistema osasunaren eta osasun-erloto desberdintasunen mugatzaile	102
> Ideologia neoliberalaren oinordetza eta osasunaren mugatzaile politikoak eta merkataritzakoak XXI. mendean	102
1. KAPITULUA	105
LATINOAMERIKAKO ETA KARIBEKO OSASUN-SISTEMEN OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN ERRONKAK ETA MEHATXUAK:	
GUATEMALAKO, HONDURASEKO ETA EL SALVADORREKO KASUAK	105
OSASUNERAKO ESKUBIDEA GUATEMALAN: ERRONKAK ETA MEHATXUAK	107
1. OSASUN-SISTEMA GUATEMALAN	110
2. OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN MEHATXUAK GUATEMALAN: OSASUN-ZERBITZUETARAKO SARBIDEA	113
3. OSASUN-SISTEMAREN ERREFORMAK GUATEMALAN: OSASUN-ESKUBIDERAKO ERRONKAK	116
OSASUNERAKO ESKUBIDEA HONDURASEN: MEHATXUAK ETA ERRONKAK	119
1. OSASUN-SISTEMA HONDURASEN	122
2. OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN MEHATXUAK HONDURASEN: OSASUN-ZERBITZUETARAKO SARBIDEA	126
3. OSASUN-SISTEMAREN ERREFORMAK HONDURASEN: ERRONKAK ETA MEHATXUAK	129
OSASUNERAKO ESKUBIDEA EL SALVADORREN: MEHATXUAK ETA ERRONKAK	132
1. OSASUN-SISTEMA EL SALVADORREN	135
2. OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN MEHATXUAK EL SALVADORREN: OSASUN-ZERBITZUETARAKO SARBIDEA	140
3. OSASUN-SISTEMAREN ERREFORMAK EL SALVADORREN: OSASUN-ESKUBIDERAKO ERRONKAK	144
A. Eranskin metodologikoa. Osasun-zerbitzuetarako sarbidea Guatemalan, Hondurasen eta El Salvadorren	146
2. KAPITULUA	149
EUROPAKO OSASUN-SISEMETAN OSASUNERAKO ESKUBIDEARI LOTUTAKO MEHATXUAK ETA ERRONKAK:	
EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAREN KASUA	149
OSASUNERAKO ESKUBIDEA EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN: MEHATXUAK ETA ERRONKAK	151
1. EUSKAL OSASUN-SISTEMA PUBLIKOA	151
2. OSASUNERAKO ESKUBIDEAK DITUEN MEHATXUAK EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN	152
3. OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN ERRONKAK EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN	160
BIBLIOGRAFIA	164

Merkatua. Jendearen eta beste salgai batzuen prezioa finkatzen den tokia.

Eduardo Galeano

Ondasunen eta zerbitzuen produkzio mugagabeari irteera emateko beharrak bultzatuta, merkatua mundu osoan zehar aritzen da produktuen ontasunak salduz. Testuinguru horretan osasuna bazar mota bat bihurtzen da. Hartan bezero berriak bilatzea eta lortzea da helburua, jakina, erosteko ahalmena duten bezeroak.

Sistema kapitalistaren globalizazioak eragina du gizartearen eta osasunaren arlo eta dimentsio guztietan, eta, nola ez, osasuna beste merkatu-hobi bat da.

Osasunaren ikuspegi *harrapakari* horrek eskubide unibertsal eta besterezina mehatxatzen du. **Medicums**mundi bizkaiak uste du osasunak mundu- eta toki-mailan dituen mehatxuen aurrean, garapenerako eta elkartasunerako erakunde batek arriskuak eta mehatxuak identifikatu eta aztertu behar dituela, bai eta osasun publikoa balioztatu ere, eskubidearen irisgarritasun unibertsala eta kalitatezkoa bermatzeko.

Logika neoliberalak zalantzan jartzen du osasun publikoaren efikazia eta eraginkortasuna. Desenkusa horrekin, sistema publikoa desarautzeko hainbat prozesu sortzen dira, eta, gobernuen sendotasun eta nahi politikoaren arabera, osasun-zerbitzuak liberalizatzeko prozesuak murriztu edo areagotzen dira.

Hala, jardunbide, joera eta ihesbide berriak egunero maskara gisa aritzen dira, eta, sofistikazioaren, modernitatearen eta mugarik gabeko aurrerapenaren erakargarritasunaren pean, paradigma berri bat marrazten dute. Horren helburua da, egia esateko, pertsonen, herrien eta ekosistemen osasunaren kontura negozio handi bat finkatzea.

Dokumentu honek Erdialdeko Amerikako zenbait gobernuak (Guatemalاک, Hondurasek eta El Salvadorrek) emandako erantzunak eta Euskal Autonomia Erkidegoko egoera aztertzen ditu. Beraz, osasunaren sektoreak dituen mehatxuen eta hura pribatizatzeak arriskuen aurrean, aztertutako sistemen osasunerako eskubidea babesteko gaitasunen eta nahi politikoaren gradiente bat ezar dezakegu, handienetik txikienera.

Osasun-sistema publikoez hitz egitean, ez gara ari *pobreentzako osasun-sistemez*. El Salvadorreko Osasun Politika Publikoetako ministroordeak, Eduardo Espinozak, adierazi duenez, hori pentsatzeak *osasun-sistema pobreak* eragin besterik ez du egiten.

Ondorioz, pertsona guztientzako irisgarritasun eta kalitate handiagoak bermatzen dituen osasun-sistema publikoen alde apustu egitea da erronka. Horrekin lotuta, gobernuen nahi politikoa funtsezkoa da, hainbat datuk –OMEk onartutakoek– agerian utzi dutenez. Datu horietako bat aipatuko dugu: amen eta haurren hilkortasuna txikitu egin da El Salvadorren, osasun-sistema publikoa sendoago bihurtzeko erreforma baten aldeko apustu irmoari esker.

Kontrako egoeran dago Guatemala. Azterketaren emaitzen arabera, *poltsiko gastu handienetako bat du Latinoamerika osoan. Jadanik pobrea den populazioak bere osasun-gastuak ordaindu behar baditu, gastu katastrofikoak izan ditzake, edo ezin izango du tratamendurik jaso, eta, kasu askotan, ondorioz, hil egingo da.*

Datu horiek agerian uzten dute osasun-sistema publikoa sendotzeko nahi politikorik eta estrategiarik ez dagoela. Eta egoera horrek osasunaren arloko desberdintasunak txartzten ditu.

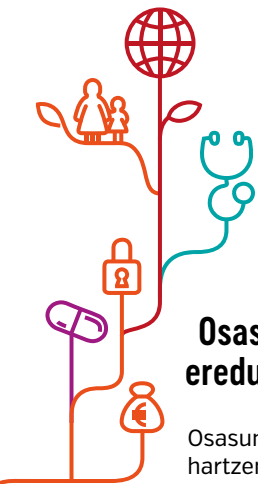
Ez dugu ahaztu behar Euskal Autonomia Erkidegoaren kasua. Euskadiko eta Erdialdeko Amerikako errealtateak oso ezberdinak dira. Euskadiko osasun-sistemak *osasun* ona dela esan dezakegu, baina ezin dugu alde batera utzi osasunerako eskubidearen mehatxuek mundu osoan dutela eragina. Beraz, ez gaude mehatxu horietatik salbuetsita.

Euskal Autonomia Erkidegoan desberdintasunak daude ere bai osasunari dagokionez, eta osasun-zerbitzuen tertziarizazio-arriskuak horien kalitateari eragiten dio, eta, gainera, osasuna negoziotzat hartzen duen ikuspegia hedatzen du.

Era horretako ondorio negatiboak saihestu nahi baditugu, osasunaren inguruko enpresen hazkundeari laguntzen dioten jardunbideei beste norabide bat eman beharko litzaieke. Osasunaren interes ekonomikoen aurrean, pertsona guztiei osasunerako eskubidea bermatzen dieten osasun-politikak egin beharko lituzkete gobernuek.

Azkenik, **medicus**mundi bizkaiak aldarrikatu nahi du herritarrek parte hartu behar dutela erabakiak hartzean, eta parte-hartze hori erabakigarria izan behar dela osasunerako esku-biderako, interes ekonomikoen gainetik. Osasunaren eredu soziala sakontzea herritarrak aintzat harturik eta beren alde eginez gobernuek eta sozietate zibilak jarraitu behar duten premisa ukaezina da.

Medicusmundi bizkaiak pertsona, elkarte eta erakunde guztiak animatzen ditu osasun publiko eta unibertzala hemen eta gainerako gizarteetan defendatzera.



SARRERA

Osasun kontzeptua eta haren mugatzaileak: eredu biomedikotik gizarte-ereduetara

Osasuna hainbat faktore konplexuk xedatzen dute, eta eredu biomedikoak aintzat hartzen dituzenez haratago doaz. Eredu horrek adierazten duenez, karga genetikoa, pertsonen beren ingurunearekin interaktuatuz dituzten ezaugarri biologikoak eta osasun-zerbitzuen jardutea dira biztanleen osasunaren mugatzaile nagusiak.

Paradigma hori izan da nagusi mendebaldeko zientzia medikoan XIX. mendetik, eta, azken hamarkadetan haren nagusitasuna ahuldu bada ere, biztanleek osasunaren inguruan dituzten sinesmen eta kontzeptualizazio gehienak eredu horren eraginpean daude oraindik ere, osasuna mugatzen dituzten faktoreei eta hura tratatzeko erari dagokienez.

XX. mendean zehar, eredu biomedikoak kritika ugari jaso ditu hainbat diziplinatik, medikuntzatik ere bai. Gaixotasunen eta beren mugatzaileen etiologia deskribatzerako orduan izan den gehiegizko erredukzionismoa eta gaixotasun kronikoen agerpena ulertzeko erabilera urria adierazteaz gain, *gaixotasun* kontzeptua bera zalantzan jarri ohi da. Kritikak oinarritu dituen ideia izan da gaixotasunen definizioa desberdina dela kulturen arabera eta definizio medikoa aldatu egiten dela denborarekin. Beraz, une eta toki zehatz batean gaixotasuntzat jo den hori gizartearen arauen eta balioen zein bertan nagusi diren botere-harremanen araberakoa da. Gainera, praktika medikoa, beste edozein ezagutza-erki-dego bezala, hura osatzen duen balio-sistemen barnean ulertu behar da. Hortaz, ez da neutroa; izan ere, indar sozialek, politikoez edo ekonomikoek xedatzen dute gaixotasun bat zer den edo zer ez den, bai eta hari aurre nola egin behar zaion ere. Kritika hori haratago joan da zenbait autoreren kasuan, baieztatu baitute ezagutza medikoa sistema kapitalistaren tresna bat dela eta sistema laguntzeko funtzioak betetzen dituela. Adibidez, alde ideologikoari dagokionez, *status quo*a mantentzen dela edo osasun-egoera pribatizatzen eta despolitizatzen direla bermatzen saiatzen da. Bestalde, alde ekonomikoari dagokionez, etekinak sortzeko eta klase-desberdintasuneko harremanak eragiteko funtzioak betetzen ditu [Navarro, 1986; Doyal eta Pennell, 1979; Hyde et al.; 2004].

Praktika medikoak biztanleen osasuna hobetzean duen inpaktuaren inguruan, eredu biomedikoaren ikuspegi kritikoez zalantzan jarri dute biomedikuntzaren aurrerapen handiak izan direla gaur egungo gizartean heriotza-tasa murriztearen eta bizi-itxaropena handitzearen arduradunak [Mckeown, 1976]. Azken urteetan, gaixotasunen agerpenean eta aurrerapenean gizarte-faktoreak aintzat hartu dira eta uste hori asko garatu da, zenbait diziplinek egindako ekarpenei esker; hala nola soziologiak, psikologiak, epidemiologiak, ekonomiak, historiak edo antropologiak. Ekarpen horiek *osasunaren eredu sozialak* izenekoaren barruan sartzen dira. Eredu horiek ekarpen teoriko eta enpiriko sorta bat barne

hartzen dute; eta horiek, bestalde, osasuna produktu sozial bat dela dioen ideia dute oinarri. Hortaz, osasunak zenbait mugatzaile sozialen eragina du.

Osasunaren mugatzaile sozial nagusiak deskribatzen dituen kontzeptu-eredurik onartue- na Dahlgrenen eta Whiteheaden proposatu zuten [1993] [1. irudia].

1. IRUDIA. Osasunaren mugatzaileen eredua Dahlgrenen eta Whiteheaden arabera



Iturria: Dahlgren eta Whitehead, 1993

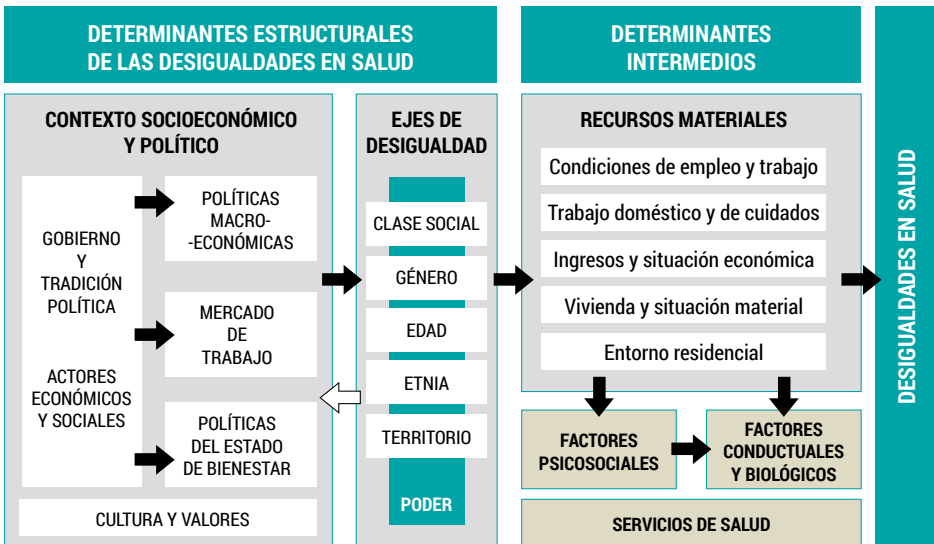
Eredu horrek osasunaren mugatzaile ezberdinak eragin-maila edo -geruza ezberdin gisa irudikatzen ditu. Erdigunean faktore aldazkinak daude, esaterako, adina, sexua edo herentzia-faktoreak. Horien inguruan, politika ezberdinen eraginez aldagarriak diren faktoreak daude, mikroenetik makroenera. Hortaz, osasunarekin lotutako jokabideekin [adibidez, erretzea, edatea edo ariketa fisikoa egitea] lotutako faktoreak daude. Hirugarren geruzan, faktore sozialak eta komunitatekoak daude, hau da, pertsonen arteko harremanak gizartearen eta komunitatearen laguntza gisa. Laugarren geruzan faktore lotuak daude, hala nola laneko eta bizitzako baldintzak, elikadura-sistema edo oinarritzako ondasunak eta zerbitzuak [adibidez, osasun-sistema] eskuratzea. Faktore horiek osasuna mantentzeko aukera baldintzatzen diete pertsoneri. Azken geruza baldintza sozioekonomiko, kultural eta politiko orokorrenak irudikatzen dute, bai eta ingurumen-baldintza orokorrenak ere. Horien artean gizarteak daude, eta mugatzaile sozialek pertsonen eta komunitateen osasunaren duten efektua baldintzatzen dute.

Zenbait azterketak agerian utzi dute osasunaren mugatzaileak era desberdinean banatzen direla gizarte-talde ezberdinen artean, eta, horren ondorioz, desberdintasun sozial handiak sortzen dira osasunari dagokionez. Hala, azken hamarkadetan populazio-mailan osasunaren arloan izan diren lorpenak, hala nola bizi-itxaropena handitzea edo desgaitasuna txikitzea, ez dira neurri berean iritsi gizarte-talde guztietara; izan ere, klase sozial,

sexu, etnia edo bizitoki ezberdinetako pertsonak ez dituzte osasunarekin lotutako aukera eta baliabide berak. Beraz, beste faktore batzuen artean, horren eraginez, sistematikoki kolektibo ahulenek dute osasun-egoerarik txarrena. Osasunaren arloko desberdintasun sozialen agerpena azaltzen duten faktoreak sailkatzen saiatu diren ereduaren artean dago Osasun Arloko Gizarte Desberdintasunak Txikitzeko Espainiako Batzordearena [2. irudia]. Bertan ikus daitekeenez, osasunaren arloan egiturazko eta bitarteko mugatzaileek baldintzatzen dute ekitatea. Lehenengoen testuinguru sozioekonomikoarekin eta politikoarekin lotutako alderdiak barne hartzen dituzte, gizarte baten egitura sozialaren ezaugarriak aipatzen dituztenak. Gobernuen tradizio politikoa da, beren politika makroekonomikoekin eta sozialekin; lan-merkatuarekin, etxebizitzarekin, hezkuntzarekin eta gizarte-ongizatearekin lotuta daudenak. Testuinguru sozioekonomikoaren faktore horien artean daude, halaber, gobernamentua, balio sozial eta arau kultural nagusiak zein osasunari eman zaion balio kolektiboa. Testuinguru-faktore horiek guztiek eragin handia dute estratifikazio sozialaren ereduaren, eta horiek finkatzen dute pertsonen duten posizio soziala, beren maila sozioekonomikoaren, generoaren, ikasketa-mailaren, jaioterriaren eta beste dimentsio batzuen arabera. Posizio sozial desberdin horrek, halaber, desberdintasunak eragiten ditu bitarteko mugatzaileen banaketan. Horiek barne hartzen dituzte bizitzako eta laneko baldintzak, faktore psikosozialak (hala nola sare sozialen hedatzea eta kalitatea), estresa, bizitza propioaren gaineko kontrolaren pertzepzioa eta osasunarekin lotutako jokabideak (alkohola eta tabakoa kontsumitzea, dieta edo ariketa fisikoa egitea).

2. IRUDIA. Osasunaren arloko desberdintasunen mugatzaileei buruzko kontzeptu-markoa, Osasun Arloko Gizarte Desberdintasunak Txikitzeko Espainiako Batzordearena

Iturria: Osasun Arloko Gizarte Desberdintasunak Txikitzeko Espainiako Batzordea, 2010



Osasun-sistema osasunaren eta osasun-arloko desberdintasunen mugatzaile

Osasunak hainbat mugatzaile dituzenez, osasuna ulertzeko, osasun-sistema mugatuta dago osasunaren gizarte-ereduen ikuspegitik. Hala ere, osasun-sistemek desberdintasunak indartu ditzakete beren antolakuntzaren zein estalduraren eta estalitako zerbitzuen hedaduraren arabera. Bestela, eragin orekatzailea eta arintzailea sortu eta desberdintasunak murriztu ditzakete.

Osasunaren arloko desberdintasunak txikitzeko, osasun-sistemak erabil ditzakeen bide nagusien oinarria da egiturazko mugatzaileek eta bizitzako eta laneko baldintzek pertsonen osasunean dituzten inpaktuak arintzea. Biztanle guztiei osasun-zerbitzuak era unibertsalean eta dohainik eskuratzea bermatzen bazaie, talde sozial jakin batzuen ahulezia murriztuko da, hain zuzen ere, arrisku-faktoreen eragin berezia duten talde sozialena. Halaber, gaixotasunak edo desgaitasunak pertsonen bizitzan eta gizarteratzean duten ondorioak murrizten lagunduko du, eta, ondorioz, hierarkia sozialean mugitzeko pertsona horien gaitasunaren gaineko ondorioak ere bai. Gainera, rol garrantzitsua izan dezake pertsonen ahalduz, rol aktiboa emango baitie beren ongizateari eta osasunari dago-kienez [Solar eta Irwin, 2007].

Osasun-sistemak ahalmena du ere bai osasun-arloko desberdintasun sozialak handitzeko. “Alderantzizko arretaren legea” deiturikoak, Tudor Hartek 70eko hamarkadan eratuak azaltzen duenez, osasun-zerbitzuen eskuragarritasunak joera du tratatutako biztanleen beharren proportzionala izateko alderantziz. Osasun-arretak gero eta merkatuaren indarren eragin handiagoa izan, orduan eta handiagoa izango da haren efektua [Hart, 1971]. Alderantzizko arretaren legea sortu zen osasun-sistemak bere arreta osoa biztanleei bideratzen baitie, aintzat hartu gabe osasun-beharren gizarte-banaketa. Hortaz, baliabide gehiago zuzentzen dizkiete beharrik txikiena duenari [Watt, 2002]. Osasun-arretaren bidez ez ezik, osasun-sistemek osasunaren arloko desberdintasunak eragiten edo mantentzen lagun dezakete osasun publikoko politikak eta programak biztanle guztiei era berean bideratuz, kontuan hartu gabe biztanle-programek gizarte-talde guztiak zuzen barne hartzerako orduan dauden oztokoak [Chivu eta Reidpath, 2010]. Azkenik, osasun-sistemak ez badu ezagutzera ematen osasun biologistaren inguruan duen ikuspegia, eta biztanleen osasunaren gain rol protagonista eta paternalista bere gain hartzen jarraitzen badu, oso zaila izango da eraginezko posizioa izatea desberdintasunak murrizteko, ez berriz, desberdintasunak handitzeko.

Ideologia neoliberalaren oinordetza eta osasunaren mugatzaile politikoak eta merkataritzakoak XXI. mendean

Neoliberalismo izeneko mugimendu ideologikoa Estatu Batuetan sortu zen 1950eko hamarkadan indarrean zen liberalismo klasikoari edo liberalismo keynesiarrari erantzuna emateko. Joera horrek babesten zuen estatuak gastu publikoan esku hartzea, eskariari laguntzeko. Neoliberalismoak, berriz, zalantzan jartzen zuen enpresen etekinen eta harremanen gaineko estatuaren interbentzionismoa, askatasun indibiduala eta ekitatea batera-

garriak ez zirela arrazoituz. Milton Friedmanek ideia horiek bere egin eta hedatzera eman zituen Chicagoko Eskolaren bitartez, oinarrizko hiru arau aintzat hartuta: desarauketa, gastu publiko sozialak minimora murriztea eta zerbitzu publikoak pribatizatzea, besteak beste, osasun-sistema [Minué, 2017]. Bultzada ideologiko eta politiko horren eskutik, Reaganen agintaldian, Amerikako Estatu Batuetako aseguruaren merkaturua asko hedatu zen, saturatu arte. Une horretan, merkaturua hedatzeko ideiak Latinoamerikara eraman zituzten 1980ko hamarkadaren amaieran, eta Europara 1990eko hamarkadaren hasieran. Osasunari dagokionez, hedapen bakoitzak agerpen ezberdinak izan zituen. Hori gertatu zen testuinguru bakoitzean abiapuntuak ezberdinak zirelako: Latinoamerikan ez zen biztanle-ikuspegidun politikarik aplikatzen gizartea babesteari eta osasunari zegokienez; Europan, ordea, ongizate-estatuak ezarrita zeuden, osasunaren aldeko hitzarmen baten inguruan, eta estatua zen eskubide horren bermatzailea.

Duela hamarkada bat OMEk esan zuenetik politika makroekonomikoek eta ongizate-estatuak funtsezko rola dutela osasun-arloko gizarte-desberdintasunen inguruan, desberdintasun horiek ez dira txikitu, osasun globalaren aurrerapenerako oztopo nagusietako bat izaten jarraitzen dute. Bestalde, gizarteak gaixotasun ez-transmitigarrien pandemiari aurre egin behar dio [Allen, 2017]. Gaixotasun horiek bizitzaren modernizazioak, bizimodu berriek eta harremanak izateko modu berriek finkatu dituzte. Bereziki, agente ekonomikoen interesetan, eta ez denon ongizatean, oinarritutako hazkunde ekonomikoa funts duen globalizazioak. Interes horien alde, osasuna merkaturatu daitekeen ondasun bihurtzen da, eta hautazko eta askatasun indibidualerako kontutzat hartzen da. Ikuspegi horretatik, agente politikoez ez dute jardun nahi osasunarekin lotutako zenbait arlotan; izan ere, osasunaren hautaketarekin eta askatasun indibidualarekin gatazkan sartuko lirateke [Kickbusch, 2012], bai eta, ondorioz, osasunari, edo zehatzago esateko, gaixotasunari etekin ekonomikoa ateratzen dietenen merkataritza-interesekin ere. Horregatik, osasunaren ikuspegi horretatik zaila da jardutea osasunaren eredu soziala kontuan hartuta eta biztanleen osasunari laguntzera bideratutako ikuspegi batetik.

Kickbuschek adierazten duenez, osasuna politikoa da, eta bertan inplikaturik dauden agenteen konpromisoa behar du. Hortaz, esan daiteke gaur egungo osasun-krisi globala gobernamentu-krisi global batek sortu duela [Kickbursch, 2005]: alde batetik, osasun-sistemen gobernamentua ez da osasun-arreta eskubide gisa indartzen ari, ondorioz, pertsona txiroenek mugatuta dute hori; beste alde batetik, osasunaren arloan inplikaturik dauden agente ezberdinen –osasun-sektorea eta esparru publikoko gainerakoak (ekonomia, enplegua, hezkuntza, etxebizitza, etab.), sektore pribatua eta herritarrak– elkarlana ez da beharko lukeen intentsitate izaten ari.

Testuinguru globalak gero eta eragin handiagoko rola badu ere, estatuak edo pertsona guztientzako osasun-eskubidearen bermatzaileek erantzukizun nagusia mantentzen dute osasunaren gobernamentu egokiari dagokionez. Horrek agerian uzten du gobernuek fenomeno globalei erantzuna emateko eta pertsonen egunerokoan izan dezaketan inpaktua asko aldatzeko gaitasuna dutela. Horren eredu dira azken krisi ekonomikoa eta estatuak hari emandako erantzunak, gizartea babesteko gastuari aplikatu zaizkion austeritate-neurriak, alegia [Stuckler et al., 2017].

Pertsonen osasunerako eskubidea izateak esan nahi du hainbat erraztasun, ondasun, zerbitzu eta baldintza eskuragarri izan behar dituztela ahalik eta osasun-maila handiena

lortzeko. Beraz, ongizate fisikoaren, mentalaren eta sozialaren mailarik handiena lortzeko pertsonen baldintza egokiak izateari buruz ari da, alde batera utzita beren adina, etnia, erlijioa, dibertsitate funtzionala, sexu-orientazioa, genero-identitatea, migrazio-estatusa edo osasun-egoera, [Adhanom, 2017]. Baldintza horiek lotura dute kalitatezko osasun-zerbitzuak erabili ahal izatearekin eta pertsonen araberakoak dira, beren maila sozioekonomikoa edozein dela. Gainera, aipatzen du garrantzitsua dela osasun-arreta pertsona bakoitzari zuzentzea, hau da, pertsona bakoitzak bere osasunaren eta gorputzaren jabe izateko duen eskubideari helden dio, bai eta intimitatea izateko eta errespetuzko eta duintasunezko tratua jasotzeko eskubideei ere. Horrez gain, osasunerako eskubideak baztertzeko du pertsonekin esperientziazio medikoa egitea beren borondatearen kontra, bai eta jakinarazitako baimenik gabe tratamendurik egitea ere. Halaber, pertsonen eskubidea dute sexu- eta ugaltze-osasunari buruzko informazioa eta zerbitzuak izateko, indarkeriarik eta diskriminaziorik jasan gabe [Adhanom, 2017]. Hala ere, osasunaren zatirik handiena osasun-sistematik at gertatzen denez, osasunerako eskubidea ezin da ulertu osasunerako bizi-baldintza bikainak eskuratzea aintzat hartu gabe. Baldintza horiek barne hartzen dituzte hezkuntza, nahikoa diru-sarrera, etxebizitza duina, ingurumen-baldintza osasuntsuak, enplegu- eta lan-baldintza duinak, seguruak eta mesedegarriak eta nahikoa zein kalitatezko oinarritzko ondasun eta zerbitzuak eskura izatea.

Lan honen abiapuntua da osasun-zerbitzuak merkaturatzeko eta pribatizatzekeo prozesuek, edozein testuingurutan, osasunerako eskubidea mehatxatzen dutela baieztatzen duen hipotesia. Testuinguru horretan, txosten honen helburu nagusia da estatuak osasunaren bermatzaile gisa egiten duen lana deskribatzea. Horretarako, eredu hartu dira Guatemalako, Honduraseko eta El Salvadorrek¹ osatutako Erdialdeko Amerikako eskualdeko zein Europako Euskal Autonomia Erkidegoko eskualdeko osasun-sistemen erretozetza-, finantzazio-, aholkularitza-dimentsioak nahiz bertako osasun-zerbitzuen hornidura. Ondoren, testuinguru bietan osasunerako eskubideak dituen erronkak eta mehatxuak eta osasunaren desberdintasun sozialetan dituen ondorioak aztertu dira.

¹ Ikerketa honetan, medicusmundi Bizkaia erakundearen laguntza logistikoa eta kontzeptuala jaso zen. Erakundeak esperientzia handia du eskualdeko osasun-sistema publikoak indartzeko esku hartzeari dagokionez.



1. KAPITULUA

LATINOAMERIKAKO ETA KARIBEKO OSASUN-SISTEMEN OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN ERRONKAK ETA MEHATXUAK: GUATEMALAKO, HONDURASEKO ETA EL SALVADORREKO KASUAK

Latinoamerikako eta Karibeko osasun-sistemen historia hertsiki lotuta dago gizartea babesteko erregimenen eboluzioarekin ongizate-estatuaren testuinguruan. Horiek XX. mendearen hasieran sortu ziren Mendebaldean, eta hedapenik handiena lortu zuten Bigarren Mundu Gerra amaitu bezain pronto [Cotlear, et al, 2015]. Lehen aro horretan jada, Latinoamerikako eta Karibeko gizarteak ez ziren batere ekitatiboak. Aro horretan sortu ziren osasunaren arloko lehen erakundeak [Osasuneko edo Osasun Publikoko Ministerioak, herrialdearen arabera]. Erakunde horien zerbitzuek segmentazioaren eragina zuten. Biztanleriaren talde espezifiko batzuei bakarrik zuzentzen zitzaizkien, klase sozialaren, diru-sarreraren, lan-merkatuan egotearen, jatorri etnikoaren eta hiri- edo landa-eremu geografikoaren arabera [OPS - Osasunaren Erakunde Panamerikarra, 2007]. Antolakuntzari zegokionez, sistema horiek erakunde publiko bat edo batzuk zituzten, bai eta gizarte-segurantza eta zenbait finantzatzaille edo aseguratzaile zein zerbitzu-emaile pribatu ere. Alde handiak agertzen zituzten osasuna babesteko eskubideak bermatzeari, per capita gastu-mailari eta biztanle-talde ezberdinen zerbitzuak eskuratzeko mailari zegokienez. Gainera, errektoretza ahula zuten, marko arautzailea ez zen nahikoa eta fiskalizazioa desegokia zen eta transakzio-kostu handiak zituen. Horrez gain, finantzazioa ez zen nahikoa eta ordainketa handi bat zuzenean edo “poltsikotik” egiten zen. Hori horrela definitu zen: pertsonen ekarpen pribatua osasun-arretaren kostuetarako, etxeen segurtasun finantzarioari arrisku katastrofikoak dakartzkiona. Azpisis-tema bakoitzak ezarri zituen zerbitzuak emateko sareak, eta asistentzia-unitateen artean integrazioa eta komunikazioa urria izan zen, bai eta azpisisistemen artean ere. Zerbitzuak hirigune aberatsenei eta soldatapeko biztanleriari eman zitzaizkien. Ondorioz, pertsonarik txiroenak, ekonomiaren sektore informala eta, herrialde askotan, talde indigenak eta afrikarren ondorengoak babesik gabe geratu ziren, baita landa-eremuetako eta hirigune marjinaletako biztanleak ere. Osasun-zerbitzuek asistentzia-sareak bikoiztu zituzten zaintzen jarraitasunik gabe. Beraz, osasuna babesteko sistema ezberdinek estalitako biztanleriei ez zitzaien asistentzia sanitarioa maila berean ziurtatu. Zenbait erakunde autonomotan [herrialdearen arabera] osasun-sistema publikoa zatitu denez, baliabiderik gabeko biztanleei arreta ematen zaie Osasun Ministerioetan, eta sektore formaleko langileei gizarte-segurantzaren kliniketan eta ospitaleetan, Osasun Ministerioak baino funts handiagoak dituztenetan [Cotlear et al., 2015]. Zatiketa operatibo hori gertatu zen egitura-zatiketaren, gobernagarritasun-zaitasunen, plangintza integraturik ezaren eta erreferentziatzko eta kontraerreferentziatzko mekanismoen ahuleziaren ondorioz [CEPAL –Latinoamerikarako eta Kariberako Batzorde Ekonomia-, 2006; OPS, 2003].

Latinoamerikako eta Karibeko osasun-sistemen historiaren bigarren fasea 1980ko hamarkadaren amaieran egindako erreforma makroekonomiko neoliberaletatik abiatu zen. Horiek Washingtoneko hitzarmena deiturikoan egin ziren, eta, haren bidez, gobernauk osasun-sistemetan egin beharreko gastuen gaineko zerga-murriztapenak ezarri ziren. Erreformen helburua zen irisgarritasunaren eta eraginkortasunaren ekitatea hobetzea. Agenda neoliberallean oinarrituta zeuden, eta finantza-erakunde aldean zitasunek, hala nola Nazioarteko Diru Funtsak (NDF) eta Munduko Bankuak (MB) burututako egitura-egokitzapeneko programen barruan egin ziren (Homedes eta Ugalde, 2005; Atun et al., 2015). Erreformaren ereduak ardazten ziren aldaketa finantzarioetan eta kudeaketa-aldaketetan, lan-merkatuaren desarauketan nahiz aseguramenduaren eta osasun-horniduraren kudeaketaren deszentralizazioan eta pribatizazioan (Homedes eta Ugalde, 2005b; Almeida, 2002). Finantzazioan gastuaren fokalizazioa nabarmendu zen, bereziki, baliabide urriko eta marjinatutako biztanle-taldean gastuak ordaintzeko (OME, 2000). Logika horri jarraikiz, baliabide osagarriak mobilizatzen ziren osasun-arretako instalazio publikoetarako, osasun-zerbitzuen, sendagaien eta beste sargai mediko batzuen trukeko ordainketa zuzena sartuz, bereziki, ospitaleko arretari zegokionez. Erreforma horien ondorioz, ikusi zen gizarte-egoera ahuleko taldeek gero eta oztopo gehiago zituztela osasun-zerbitzuak erabili ahal izateko. Osasunaren arloko gastu katastrofikoaren arriskua handitu zen ere bai (Heredia et al., 2015; Cotlear et al., 2015). Biztanle gehienek sarbide mugatua zuteneg zerbitzuetara, zerbitzuek okerrera egin zuteneg, talde ahulentzako bakarrik ziren programak sartu zirenez, eta osasun-arloan funtsik ez zegoenez, hurrengo erreforma iritsi zen.

Latinoamerikako eta Karibeko osasun-sistemen historiaren hirugarren fasea mende hone-tako lehen hamarkadan hasi zen, ekitate handiagoa bilatuz. Erreformen fase berri horren garapena ekarri zuten zenbait testuinguru-arrazoik, hala nola trantsizio epidemiologikoak, trantsizio demokratikoak, hazkunde ekonomikoaren tasek eta balio demokratikoen zein giza eskubideen hedapenak. Horien bereizgarria izan zen biztanle-talde ezberdinek jasotako osasun-onurak berdintzeko eta osasunaren arloan gastu katastrofikoak saihesteko saiakera egin zutela. Eskualdeko herrialdeek bide ezberdinak jarraitu zituzte helburu hori lortzeko, Osasun Estaldura Unibertsala (OEU) eta Osasun Sistema Bakarra (OSB). Gaur egun, OEU da sistema hegemonikoa, eta osasun-sistema unibertsalen oso ezberdina da; izan ere, osasun-zerbitzuen estalduraren eta sarbidearen arteko disoziazioa ezartzen du. OEU lortzeko, osasun-sistemaren barruan babes pribatua onartzen da mekanismo publikoekin eratzen den aseguru-merkatuen bitartez. Hortaz, osasun-arreta merkaturatzen da eta merkatu gisa irekitzen da interes pribatuetarako. Orduan, finantzazioa baliabide fiskalen, koordinketen eta koaseguruen bidez egiten da (López-Arellano, 2013). Posizio horrek esan nahi du osasuna ez dela Estatuaren funtsezko erantzukizun bat eta Estatuaren finantzazioa bakarrik izango dela muturreko pobrezian edo arrisku-egoeran dauden taldeentzat. Ondorioz, biztanleriaren segmentazioa mantentzen da beren erosteko ahalmenaren arabera (Muntaner et al. 2016). Aseguru sozial publikoaren forman eredu hori ezarri duten herrialdeek, esaterako, Kolonbiak, Mexikok eta Txilek, ez dute estaldura unibertsalik lortu, eta oraindik ere desberdintasunak daude osasun-zerbitzuen sarbideari eta erabilerari dagokienez. Horrek zalantzan jartzen du osasun-eskubidea bermatzeko eredu hori, behar berdina dela medio, zerbitzuetarako sarbide berdin gisa ulertzen dena (Atun et al., 2015). Eskualdean erreformei ekiteko beste bidea OSBren bidezkoa izan da. Horrek osasunerako eskubidearen alde egiten du, eta finantzazioaren eta administrazioaren bermatzailea Estatua da. Eredu horren adibide nagusiak dira Kuba eta Brasil (Almeida, 2002). Berriki, zenbait herrialdek, hala nola Venezuelak, Boliviak, Ekuadorrek eta El Salvadorrek

[Atun et al., 2015; Muntaner et al., 2016; Bowser eta Mahal, 2011] marko zabalagoak erabili dituzte. Adibidez, “Buen Vivir” [“bizitza ona”] edo “Sumac Kawsay” direlakoak. Horrela, eredu hori hartu dute osasunaren arloan urte askoz politika neoliberala izan eta gero. Ondorioz, sarbidea era masiboan handitu da herrialde horietan guztietan, eta Brasilen ia estaldura unibertsala dago, eta arreta medikoa bilatzen duten pertsona gehienek arreta hori jasotzen dute [Unger et. al, 2006].

Jarraian, Estatuak osasunaren bermatzaile gisa duen rola deskribatuko da Guatemalako, Honduraseko eta El Salvadorreko osasun-sistemen osasun-zerbitzuen erretoretza-, finantzazio-, aseguramendu- eta hornidura-dimentsioen deskribapenetik abiatuta. Geroago, osasunerako sarbideak dituen oztopoak aztertuko dira osasun-eskubidearen mehatxu gisa, eta, azkenik, osasun-sistemen erreformen osasun-eskubideak dituen erronkei helduko zaie.

OSASUNERAKO ESKUBIDEA GUATEMALAN: ERRONKAK ETA MEHATXUAK



Guatemalako Errepublika Erdialdeko Amerikako ipar-mendebaldeko muturrean dago. Iparraldean eta mendebaldean Mexikorekin egiten du muga. Hegoaldean, Ozeano Barearekin, eta ekialdean, berriz, El Salvadorrekin eta Ozeano Atlantikoarekin. Guatemala da Erdialdeko Amerikako herrialderik eta ekonomiarik handiena. 108.889 kilometro karratu ditu. 15 milioi biztanle baino gehiago bizi dira bertan. Horien ia % 50 landa-eremuetan bizi dira eta gainerakoak hiri-eremuetan. Bertako populazioa gaztea da, 20 urteko batezbestekoarekin. Barruti txiroenak (biztanleriaren % 70 baino gehiago pobrezia-ata-lasearen azpitik bizi da) dira mendebaldeko, erdialdeko eta iparraldeko goi-lautadako eskualdeak. Barruti horietan daude biztanle indigena gehienak.

Biztanleen banaketa geografikoa heterogeneoa da kantitateari eta talde etnikoei dago-kienez. Erdialdeko, iparraldeko, ipar-mendebaldeko eta hego-mendebaldeko eskualdeetan dago biztanle indigenen ehunekorik handiena. Gehienek maien hizkuntza hitz egiten dute. Herrialdeko ekialdean eta eskualde metropolitarran, ostera, biztanle mestizoak daude.

Alde handiak daude adierazle ekonomikoei, osasun-zerbitzuak eskuratzeari eta osasun-arloko emaitzei dagokienez. Landa-eremuetan, nagusiki indigenak direnetan, askoz arazo ghiago daude hiri-eremuetan baino [Bowser, Mahal, 2011].

1. TAULA. Guatemalako oinarriko adierazleak ²

Adierazle demografikoak eta sozioekonomikoak

Azalera km ² -tan	108.889
Populazioa (milioiak) ²⁰¹⁶	16.673
Batez besteko adina (urteak) ²⁰¹⁶	21
15 urtetik beherako populazioa (biztanleen %) ²⁰¹⁶	36
65 urtetik gorako populazioa (biztanleen %) ²⁰¹⁶	5,0
Landa-eremuetako populazioa (guztizkoaren %) ²⁰¹⁶	48
Jaiotzak (milaka) ²⁰¹⁶	440,3
Ugalkortasunaren tasa globala (haurrak/emakumeak) ²⁰¹⁶	3,1
Emakumeen bizi-itxaropena jaiotzean ²⁰¹⁶	75,8
Gizonen bizi-itxaropena jaiotzean ²⁰¹⁶	68,8
Urteko biztanleriaren hazkundera (%) ²⁰¹⁶	2,0
Emakumeek batez beste eskolan ematen dituzten urteak ²⁰¹⁴	7,0
Gizonek batez beste eskolan ematen dituzten urteak ²⁰¹⁴	7,1
Gizonen alfabetatze-tasa (%)	87,4
Emakumeen alfabetatze-tasa (%)	76,3
Giniren indizea ²⁰¹¹	52,4
Giza garapenaren indizea ²⁰¹⁵	0.640
Ur-iturri (hirigunean) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵	98
Ur-iturri (landa-eremuan) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵	87
Saneamendu-instalazio (hirigunean) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵ ..	78
Saneamendu-instalazio (landa-eremuan) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵ ..	49

Osasun-adierazleak

Amen heriotza-tasa (jaiotako 100.000ko) ²⁰¹³	113,4
Haurren heriotza-tasa (bizirik jaiotako 1000ko) ²⁰¹³	19,0
5 urtetik beherakoen heriotza-tasa (bizirik jaiotako 1000ko) ²⁰¹³	25,3
Jaioberrien heriotza-tasa (bizirik jaiotako 1000ko) ²⁰¹³	8,9
Emakumeen heriotza-tasa orokorra (kausa guztiak) (1000 biztanleko) ²⁰¹⁴	6,2
Gizonen heriotza-tasa orokorra (kausa guztiak) (1000 biztanleko) ²⁰¹⁴	8,9
Pisu txikia jaiotzerakoan (<2.500 g) (%) ²⁰¹⁴	12,4
5 urtetik beherako haurren desnutrizio kronikoa (%) ²⁰¹⁴	46,5

Osasun-baliabideen, -sarbidearen eta -estalduraren adierazleak

Langile medikoak (10.000 biztanleko) ²⁰¹⁴	7,5
Erizainak (10.000 biztanleko) ²⁰¹⁴	6,0
Dentistak (10.000 biztanleko) ²⁰¹⁴	1,4
Ospitaleko oheak (1000 biztanleko) sektore publikoan ²⁰¹⁴	0,6

² OME, 2016

Langile prestatuek emandako jaio aurreko arreta, 4 + bisita (%) ²⁰¹⁴	43.0
Ospitaleko erditzeen proportzioa ²⁰¹⁴	66.0
Medikuek landa-eremuetan artatutako erditzeen proportzioa ²⁰¹⁴	50.2
Gastua osasunean, guztira (BPGdren %) ²⁰¹⁴	6.2
Gastu nazional publikoa osasunean (BPGdren %) ²⁰¹⁴	2.3
Gastu nazional pribatua osasunean (BPGdren %) ²⁰¹⁴	3.9
Osasunaren gastu publikoa (osasunaren gastu osoaren %) ²⁰¹⁴	37.6
Osasunaren gastu nazional pribatua (osasunaren gastu osoaren %) ²⁰¹⁴	62.4
Osasunaren per capita gastua guztira (US\$) ²⁰¹⁴	233
Etheen ordainketa zuzenak (gastu pribatuaren %) ²⁰¹³	83,3
Etheen ordainketa zuzenak (osasunaren gastu osoaren %) ²⁰¹³	52,6
Osasun-arrazioak direla medio gastu katastrofikoak dituzten etheen ehunekoa ²⁰⁰⁶	11,6

Iturria: eraketa propioak kontsultatutako iturriak oinarri harturik

Eskualdeko beste herrialde batzuetan bezala, Guatemala epidemiologia-trantsizio osteko fase goiztiar batean dago. Fase horretan gaixotasun infekziosoak dira heriotzaren kausa, eta oraindik ere biztanleen ehunek handi bat kaltetzen ari badira ere, gaixotasun ez-transmitigarriek baztertu dituzte. Patologia horietarako arrisku-faktoreek, hala nola tabako- eta alkohol-kontsumoak, ariketa fisikorik ez egiteak eta dieta desegokiak biztanle guztiei eragiten badiete ere, tratamenduen kostuaren ondorioz, biztanle kalteberenek dituzte gaixotasun horiengatiko heriotza-tasarik handienak.

Guatemala Latinoamerikako nazio txiroenetako bat da, eta desberdintasun sozial sakonak ditu, bai eta errentaren banaketan ere. 0,52ko Giniren koefizientea du. Desberdintasun sozialek osasunari eragiten diote; izan ere, klase sozialaren, jatorri etnikoaren, jaioterriaren edo generoaren arabera, baliabideak era desberdinean banatzen direnez, gizarte-egoera ahuleko taldeek osasun-egoera txarrean dute sistematikoki. Osasunaren arloko desberdintasun horiek ez dira bidezkoak eta saihesteko modukoak dira; eta biztanle guztientzako osasun-ekitatea lortze aldera, kontuan hartu behar dira.

Guatemalan, diru-sarreraren % 57,3 biztanle aberatsenen % 20an kontzentratuta dago [ENCOVI, 2015]. Horiek hiriguneetan bizi dira. Horrek esan nahi du pobrezia-aren atalasearen azpitik bizi den landa-eremuetako biztanleria bi aldiz handiagoa dela hiriguneetako biztanleria baino, eta lau aldiz handiagoa muturreko pobrezia-ri buruz ari bagara. Hezkuntzari dagokionez, gizonek baino ia emakume bikoitzek ez dakite irakurtzen [% 23,7 eta % 12,64 - OME, 2016], are handiagoa biztanle indigenen artean [% 46 emakumei dagokien eta % 26 gizonei dagokienez].

Osasuneko emaitzei dagokien, biztanle indigenen bizi-itxaropena biztanle ez-indigenena baino 13 urte txikiagoa da. Hori bizitzako eta laneko baldintzekin lotzen da. Talde bietan magnitude handiko osasun-arloko desberdintasunek finkatzen dute. Bost urtetik beharera haurren heriotza-tasari dagokionez, tasa 2,6 aldiz handiagoa da barruti pobree-
nean pobrezia gutxienean baino; eta amen heriotza-tasa 2,5 aldiz handiagoa da. Amen eta haurren heriotza-tasaren banaketa desberdina lotzen da landa-eremuetan [indigenak gehienbat eta pobrezia-maila handiagokoak] jaio aurreko arretarako eta erakunde batean erditzeko aukera gutxiago izatearekin. Arrazoi berdinek azaltzen dituzte desnutrizio kroni-

koan dauden desberdintasunak, landa-eremuetan hiriguneetan baino 1,7 aldiz handiagoak direnak, eta barruti pobreenan pobrezia gutxienean baino 2,3. Antzeko emaitzak ateratzen dira bost urtetik beherakoan arteko gaixotasun infekzioen banaketaren azterketatik; izan ere, horiek maiztasun handiagoarekin gertatzen dira landa-eremutasun eta pobrezia handieneko biztanleei eta biztanle indigena gehien dituzten barrutietako biztanleei dagokienez. Gaixotasun kronikoak eta GIB birusaren infekzioa, berriz, garapen ekonomiko handietako barrutietan edo ekonomiaren eta merkataritzaren garapen-bideekin lotuta-koetan daude. (USAID, 2015)

1. OSASUN-SISTEMA GUATEMALAN

Guatemalak osasun-sistema erreformatu zuen 1997an, 1996ko bake-hitzarmenen ondoren. Erreforma horiek Guatemalako Kongresuak ezarritako Osasun Kode berrian jaso ziren. Kodeak barne hartu zuen osasun-estaldura unibertsalaren xedea (Martínez Francozi, 2013). Nazio-mailan osasunaren arloko ekintzen estatu-erakunde erantzulea Osasun Publikoko eta Asistentzia Sozialeko Ministerioa (MSPAS) zela ezarri zen, eta horrek errektoretza-jarduna bete zuen osasunaren sektorean. Gainera, Errepublikaren Konstituzio Politikoak aitortzen du osasunaz gozatzea gizakiaren funtsezko eskubide bat dela, eta diskriminaziorik gabe egin behar duela. Horrez gain, Estatu derrigortzen du eskubide hori babestera. Horretarako, erakundeen bitartez, prebentzioko, sustapeneko, berreskurapeneko eta errehabilitazioko ekintzak egin behar ditu.

Gaur egun, Guatemalako osasun-sistema sektore publiko batez eta pribatu batez osatuta dago. Sektore publikoa zatituta dago eta hiru osagai ditu: Osasun Publikoko eta Asistentzia Sozialeko Ministerioak (MSPAS) egiten ditu osasun-sistemaren errektoretza-lanak, doako osasun-zerbitzuak ematen dizkie Guatemalako biztanleei, biztanleen oinarrizko osasun-arazoak konpondu behar ditu eta estaldura unibertsalaren xedea bete behar du (biztanleen ia % 67 estaltzen du gutxi gorabehera); Gizarte Segurantzaren Guatemalako Institutuak (IGSS) osasun-zerbitzuak ematen dizkie soldatapeko langileei eta mendeko enplegatuei eta beren familiei (gutxi gorabehera, biztanleen % 18) bere instalazioetan, ospitaleetan, osasun-zentroetan eta osasun-postuetan; hori ez du MSPASekin koordinatuta egiten, ez eta Osasun Militararekin ere. Azken horrek asistentzia sanitarioa eskaintzen die armadako soldaduei eta beren familiei. Halaber, gainerako biztanleei osasun-zerbitzu pribatuak eskaintzen dizkie. Gainera, osasun-zerbitzuen hornitzaileak direnez, sektore pribatuan aritzen dira ere bai. Biztanleek maiz jotzen dute zerbitzu horiengana zuzeneko ordainketen bitartez (biztanleen % 5 eta 7 artean estaltzen du gutxi gorabehera). Sektore komunitarioan ere aritzen dira. Sektore komunitarioak barne hartzen du medikuntza tradizionala, hain zuzen ere, sortzain tradizionalak edo emaginek, terapeuta maiek eta osasunaren sustatzaileek eskaintzen dutena, eta osasun-sistemaren elementu formalenak osatzen ditu. Medikuntza tradizionalak, egitura komunitarioen markoan jarduten badu ere, poltsikoetako ordainketekin funtzionatzen du ere bai (Maupin, 2009; Ávila et al., 2015; Becerril-Montekio, 2011). Beren prestakuntzak aukera ematen die oinarrizko arreta emateko, arrisku-egoerak identifikatzeko eta gainerako asistentzia-mailekin elkarlanean aritzeko. Garrantzia berezikoa da MSPASek erregistratutako 23.320 emaginek betetzen duten funtzioa, hertsiki lotuta dagoena amatasun osasuntsuaren sustapenarekin. Amen heriotza-tasaren inguruan eskuragarri dauden azken datuen arabera (INE, 2013), emaginek herrialde osoko erditzeen % 32,2 artatu zituzten. Arretaren lehen mailan erditze-arretarako

instalaziorik ez dagoenez, emaginek zeregin garrantzitsua dute ama- eta jaioberri-arretan, bereziki, iristeko zailak diren landa-eremuetako komunitateetan. Horregatik, 2017an emaginen ama- eta jaioberri-arretako jardunbideak aitortu ziren arretako lehen mailetan (MSPAS, 2017).

1. TAULA. Guatemalako osasun-sistemaren mapa

SEKTORE PUBLIKOA				
ZERBITZU-EMAILEA	Osasun eta Asistentzia Sozialeko Ministerioa (MSPAS)	Armadaren eta poliziaren ospitaleak	Gizarte Segurantzaren Institutua Nagusia (IGSS)	Udaltasunak
FINANTZAZIOA	Zergak, maileguak, dohaintzak.	Egokitutako aurrekontua, kotizazioak.	Kotizazioak, langileenak eta enpresariarenak. Estatua.	Udal-aurrekontua.
ASEGURAMENDUA	Estalduarrik gabeko biztanleria.	Armada eta familia onuradunak.	Afiliatuak eta onuradunak.	Estalduarrik gabeko biztanleria.
HORNIDURA	MSPASaren osasun-zentroak, klinikak eta ospitaleak.	Armadaren eta poliziaren klinikak eta ospitaleak.	IGSSaren osasun-zentroak, klinikak eta ospitaleak.	Osasun-zentroak (udal-klinikak).
BIZTANLE ERABILTZAILAK	Estalduarrik gabeko biztanleria.	Armadako kideak eta familia onuradunak eta ordaintzeko gaitasuna duten biztanleak.	Biztanle afiliatuak eta onuradunak.	Estalduarrik gabeko biztanleria.

SEKTORE PRIVATUA		KOMUNITATE-SEKTOREA	
ZERBITZU-EMAILEA	Emale pribatuak	ZERBITZU-EMAILEA	Medikuntza tradizionala
FINANTZAZIOA	Poltsikoko ordaintetarako, primak.	FINANTZAZIOA	Poltsikoko gastua, gauzatan ordaintzea, ordaintetarik gabe.
ASEGURAMENDUA		ASEGURAMENDUA	Estalduarrik gabeko biztanleria.
HORNIDURA	Klinika eta ospitale pribatuak.	HORNIDURA	
BIZTANLE ERABILTZAILAK	Ordaintzeko gaitasuna duten biztanleak.	BIZTANLE ERABILTZAILAK	Estalduarrik gabeko biztanleria.

Iturria: eraketa propioak kontsultatutako iturriak oinarri harturik

MSPASen zerbitzu-hornikuntza konplexutasuneko hiru arreta-mailatan egiten da, erreferentziako eta kontraerreferentziako irizpideetatik abiatuta. Halere, praktikan biztanleek hiru mailetak edozeinera jotzen dute zuzenean. Arretako lehen maila osatzen dute osasun-postuek eta oinarrizko osasun-zerbitzuak eskaintzen dituzten unitate minimoek; bigarren maila, berriz, lehen mailako arretako zentroek, arreta 24 orduz ematen dutenek; eta, hirugarrena ospitaleko arretak.

Lehen eta bigarren mailetak zerbitzu gehienak pobrezia-indize txikieneko hiriguneetan daude. % 27,6 eta % 65 arteko pobrezia-indizea duten udalerrietan, osasun-zerbitzuen eskasia handia dago, eta, gainera, udalerrri horiek dira sarbide geografikorik zailena, landa-eremutasunik handiena eta biztanle indigenen kopururik handiena dutenak (OPS, 2015; PNUD, 2016). Pobrezia-indizerik txikiena duten udalerrietan dago azpiegitura fisikoaren kantitatearik handiena hiru asistentzia-mailei dagokienez. Horiek MSPASenak eta IGSSrenak dira.

MSPASen programa nagusiak amentzako eta haurrentzako arretarako eta gaixotasun transmitigarrietarako dira, eta barne hartzen dute zerbitzuen oinarrizko pakete bat eta sendagaien zerrenda mugatu bat. MSPASen giza baliabideek 12,5 osasun-langile dituzte 100.000 biztanleko, Erdialdeko Amerikako txikiena, osasun-sistema egoki aritzeko OMEK gomendatzen duen gutxieneko zifra [22,8/100.000] baino ia erdia. MPASen langileen % 14 medikuak eta erizainak dira; % 31, aldiz, erizaintzako laguntzaileak dira. Azken horiek dute lehen mailako osasun-arreta emateko arduraren zati handi bat. Gainera, aintzat hartu behar da osasun-langileen banaketa oso desberdina dela landa-eremuetan eta hiriguneetan. Hiriguneetan 25,5 osasun-langile daude 100.000 biztanleko, landa-eremuetan, berriz, 3,0 100.000 biztanleko. Hain zuzen ere, Guatemalako Barrutian, osasun-langileen ia % 80 metropolialdean dago (Ávila et al., 2015).

Osasun-arloko gastuari dagokionez, 2014an, Guatemalako gastua guztira barne-produktu gordinaren (BPGd) % 6,2 izan zen, hain zuzen ere, Ameriketako eskualdeko txikiena eta txikienetako bat mundu-mailan. Ehuneko horretatik, osasun-arloko gastu publikoa % 2 inguru mantendu da azken hamar urteetan. Ondorioz, Latinoamerikan osasun-arloko gastu publikorik txikiena duen herrialdea da. 2013an, Guatemalako osasun-sistemaren finantzazioaren guztizkoaren erdia baino gehiago etxeetako gastutik zetorren (% 52,6), eta osasun-arloko gastu pribatuaren guztikoaren % 83,3 etxeek finantzatzen zuten zuzeneko ordainketen bidez, batez ere, sendagaien bidez. 2006an, etxeen % 11,6k gastu katastrofikoak izan zituen osasun-arrazoia zirela medio. Jadanik pobrea den biztanle batek poltsiko gastua egin behar izateak desberdintasuna iraunarazten du, eta, horren eraginez, kolektibo kalteberek ezin dute osasunerako eskubideaz gozatu.

Osasun-sistemak behar beste finantzaziorik ez jasotzearen ondorioz, gainera, sargaien eta teknologia medikoen etengabeko hornidurarik eza eragiten du, bai eta etengabeko osasun-langilerik eza ere. Gauza bera gertatzen da osasun-azpiegiturarekin. Osasun-zentroyen sarea ez da nahikoa eta zaharkitua dago. Hortaz, zaila da biztanleen beharrak betezea. Hornidurarik eta azpiegiturarik eza hori askoz nabarmenagoa da landa-eremuetan, osasun-arretara sarbiderik ez duten biztanle-talde handiak daudenetan.

2. OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN MEHATXUAK GUATEMALAN: OSASUN-ZERBITZUETARAKO SARBIDEA

Osasun-sistema osasunaren mugatzaile bat da. Mugatzaile sozialei eragiten die eta horiek alda ditzake; izan ere, osasun-mailari eragiten dioten gizarte-baldintzen gain funtzio aktiboa izateko ardua du arreta-zerbitzuetarako sarbide ekitatiboen bidez. Biztanle guztiei osasun-zerbitzuak era unibertsalean eta dohainik eskuratzea bermatzen bazaie, talde sozial jakin batzuen ahulezia murriztuko da, hain zuzen ere, arrisku-faktoreek eragiten duten ahulezia. Gainera, osasun-sistema gai izango da gaixotasunak edo desgaitasunak pertsoneri eta beren gizarteratzeari dakarzkieten ondorioak murrizteko. Hortaz, nolabaiteko eragina izango du hierarkia sozialean mugitzeko pertsonen gaitasunean. Azkenik, rol garrantzitsua izan dezake pertsonen ahalduntzean, rol aktiboa emango baitie beren ongizateari eta osasunari dagokienez. Hain zuzen ere, osasun-sistema publikoen zerbitzuak erabiltzea eta haren mugatzaileak funtsezkoak dira sarbidea ebaluatzeko eta horien erabilerari dagokionez desberdintasun sozialak identifikatzeko [Da Silva, Ribeiro, Barata, 2011].

Jarraian, osasunerako eskubideak dituen mehatxuen emaitzak aurkeztuko dira osasun-arretarako sarbiderako oztopo gisa, eragile sozialen ikuspegitik, osasunerako eskubidearen mehatxuak ordezkatzeko dituztenak. Sarbiderako oztopoak eta osasunari eragiten dizkieten ondorioak jaso dira osasun-zerbitzuen egiturazko, antolakuntzako eta kalitatezko faktoreekin eta biztanleen ezaugarriekin lotuta³.

MMPASen asistentzia-zerbitzuetan, **osasun-sistemaren ezaugarriekin** lotutako bilaketen eta sarreraren oztopoei eragiten dizkieten faktoreek barne hartzen dute giza baliabideen eta arreta emateko materialen erabilgarritasuna. Arreta medikoa jaso aurretik gainditu beharreko oztopoak dira irisgarritasun geografikoa, zentroetaraino dagoen distantzia, itxarote-denborak, garraioaren eta sendagaien ordainketa eta arreta-ordutegiak. Gainera, adierazi denez, arreta medikoa jasotzeko gainditu beharreko oztopoak dira ere bai asistentzia-mailen arteko *erreferentziatzko* eta *kontraerreferentziatzko* prozesuekin lotutako alderdiak.

Landa-eremuetan, asistentzia-baliabideen urritasunaren ondorioz, azpiegiturei zein osasun-arloko langileei dagokienez, osasun-zentroetara iristeko distantzia luzea ibili behar da. Talde kalteberen kasuan, hala nola emakume haurdunen eta haur gaixoen kasuan, distantzia hori garrantzia bereziko oztopotzat jotzen da.

Distantzia luzeen, orografia zailaren, sarbide urrien, garraio publikoko azpiegitura eskasen, bidaiatzeko kostuen, eta, sarritan, klimaren gogortasunak eragindako bideak igartzeko zailtasunaren ondorioz, gertuko osasun-zentroetaraino dagoen distantzia sarbide-oztopo gisa adierazten da, bereziki garraio publikorik ez duten urrutiko eremuetan bizi diren biztanle indigenentzat. Hala, garraioa erabiltzeko zailtasunak, bidaiaren kostuak eta mugitzeko denborak osasun-arreta jasotzea atzeratzen dute. Atzerapen horren ondorioz, sintomak eta harekin lotutako gaixotasuna gaizkiagotu daitezke, eta hori bereziki larria da haurdun dauden emakumeen kasuan. Kasu horretan, osasun-zentroaraino dagoen distan-

³ Ikus eranskin metodologikoa

tziaren eta egoeraren premiaren ondorioz, erditzeak etxean egiten dira osasun-arretarik gabe. Beste batzuetan, asistentzia-baliabidea iristen denerako egoera konponezina da dagoeneko. Larrizat jotzen diren egoeretan, osasun-zentrorra joateko ambulantiak erabiltzen dira, baina orokorrean ezin dira erabili. Bestela, komunitatean erabilgarri dauden ibilgailuak erabiltzen dira larrialdiko garraioa antolatzeko. Beste zenbaitetan, zuzenean erosten dira sendagaiak edo sektore pribatura jotzen da osasun-zerbitzuak jasotzeko. Osasun-zerbitzuak jasotzeko oztopo horiek, osasun-egoera zailtzeaz gain, poltsikoko gastuak eragiten dituzte, eta horrek oso ondorio latzak dakarzikie jadanik pobreak diren biztanleei.

Sendagai eta sargai mediko batzuk osasun-arretako maila bakoitzean (lehen, bigarren eta hirugarren mailak) barne hartutako gobernuaren osasun-programetara zuzentzen dira (GIB, txertoak, familia-plangintza, mikroelikagaiak) eta doakoak dira. Hala ere, oso sarritan horiek ez daude osasun-instalazioetan, erakunde hornitzaileen aldetik ez baitira nahikoak jasotzen. Sendagaien hornikuntzarik eza tratamendurako oztopo gisa identifikatzen da baliabide gutxi dituzten pertsonentzat. Gainera, gero eta ohikoagoa da osasun-zerbitzuak jasotzeko oztopoen artean; izan ere, medikuaren kontsultan zerbitzu publikoan dohainik jasoko ez duten tratamendu farmakologiko bat errezetatuko zaiela aurreikusita, osasun-zentrorra joan beharrean sektore pribatura jotzea erabaki ohi da, edo, bestela, sendagaia zuzenean erostea farmazietan.

Osasun-zerbitzuen antolakuntzari dagokionez, osasun-zerbitzuak jasotzeko hainbat oztopo identifikatu dira, hala nola osasun-arreta jasotzeko itxarote-denbora luzeak (maila guztietan) eta arretaren kalitate txarra.

Bigarren mailako lehen mailako arretako zentroetako arretaren atzeratzea zerbitzuen eskaintza urriarekin eta garraio publikoan edo pribatuan (autobusak, *tuc-tuca* eta auto partikularrak) egin beharreko distantziekin lotzen da, ez hainbeste, ordea, arreta-ordutegiekin, eguneko 24 orduz ematen baita arreta asteko egun guztietan. Hala ere, landa-eremuetako biztanleek garraio publikoa astean behin edo birritan bakarrik dute, merkatu egunetan, hain zuzen ere. Horren ondorioz, egun horietan pertsona ugari doaz CAPera, eta itxarote-denbora luzeak sortzen dira. Batzuetan batzuek ezin dute behar duten arreta jaso, etxera itzuli behar dutelako azken autobusean, edo, bestela, garraio pribatua ordainduta. Itxarote-denbora horiek ondorio zuzenak dituzte osasunean eta osasun-zerbitzuen erabileran. Lehenik eta behin, gaixotasunak gaizkiagotzea eragin dezakete. Bigarrenik, osasun-ara-zoa konpondu behar dutenez, itxaron behar ez izateko, biztanleek sektore pribatura edo hurrengo asistentzia-mailetara jotzen dute. Bestela, beren osasun-arazorako egokitzat jotzen dituzten sendagaiak era pribatuan erosten dituzte. Zerbitzu espezializatuen atzerapena oso lotuta dago MSPASen zerbitzuen egitura-hutsuneekin, adibidez, asistentzia-baliabideen (materialak eta gizakiak) erabilgarritasun urriarekin, arreta-ordutegiekin eta asistentzia-mailen arteko funtzio-erreferentziazko sistema baten gabeziarekin. Arretako lehen mailak sisteman sartzeko atea izan beharko balu ere, MSPASen erreferentziazko eta kontraerreferentziazko sistemarik ez egoteak edo horiek ahulak izateak aukera ematen dute maila hori saltatzeko, bai eta bigarren maila ere, pertsonak beharrezkotzat jotzen dituen arreta-zerbitzuak bilatzeko. Horren eraginez, pertsonak beren kabuz doaz zerbitzu espezializatuera eta beren poltsikotik ordaintzen dituzte kostuak. Halere, itxaron behar dute eta arreta emango dieten bermerik ez dute; izan ere, arreta-maila horrek ezarrita dauka egunero egiteko kontsulta-kopuru jakin bat.

Arretaren kalitatearen inguruan, langileen, baliabide teknikoaren eta sendagaien erabilgarritasun-urritasunaren zein osasuneko profesionalen aldetik tratu desegokiak eta diskriminatzaileak jasotzearen ondorioz, osasun-zerbitzuak kalitate txarrekoetat hartzen dira. Gainera, emakume emaginek adierazi dute osasun-sistemako langileek tratu desegokiak eta diskriminatzaileak ematen dizkietela emakume haurdun, erdiurren eta erdiberri indigenei. Ondorioz, deribazioak zailtasuneko kasuetara bakarrik mugatzen dira, erditzean zein erditu ondoren. Horren eraginez, amen eta jaioberrien morbiditatea eta heriotza-tasa handitzen dira. Gainera, osasun-zerbitzuetako langileen aldetik emakume emaginenganako jarrera negatiboek eta diskriminatzaileek oztopo garrantzitsu bat osatzen dute osasun-zerbitzuen sarbiderako; izan ere, haurdunaren erreferentzia mugatzen du erditu aurreko arretan zehar, erditzeko arretarako eta gerta daitezkeen zailtasunak aurreikusteko horrek dakarren arriskuarekin.

Pertsona erabiltzaileen ezaugarrien inguruan, oztopoak dira baliabide ekonomikoaren gabezia, landa-eremuetako biztanleen dispersio geografikoa, osasunaren inguruko sinesmenak eta jarrerak, indigena izateagatiko diskriminazioa eta gaztelaniaz ez hitz egitea edo oso gutxi hitz egitea. Osasun-zerbitzuetarako sarbideari **laguntzen dioten elementu** gisa identifikatzen dira ere bai osasunaren sustatzaileak eta emakume emaginak.

Landa-eremuetako komunitateen baliabide ekonomikoaren gabezia, dispersioa eta isolamendu geografikoa dira osasun-zerbitzuen sarbiderako oztopoak. Alde batetik, komunitateen isolamendu geografikoak ez du aukera ematen ibilgailuak bertara iristeko, arazoak dituzten pertsonak asistentzia-baliabideen tokira eramateko. Beste alde batetik, pertsonen baliabide ekonomikorik ez dutenez, ezin dute joan-etorrien kostu ekonomikoa ordaindu. Baliabiderik eza arazo arrunta da landa-eremuetako komunitateetan, eta maileguen edo laguntzen bidez ezin bada konpondu, ezinezko bihurtzen du osasun-zerbitzuak jasotzea. Mailegurik eskatzekotan, familiek gastu katastrofikoak izateko arriskua dute.

Osasunaren inguruko sinesmenei eta jarrerei dagokienez, Guatemalako osasun-sisteman hegemonikoa den mendebaldeko medikuntzak duen osasunaren ikuskera biologizistak (ez du bat egiten medikuntza tradizionalaren ikuskerarekin, espiritualagoa denarekin) kontraesan handiak eragiten ditu biztanle indigenengan, eta horiek osasun-zerbitzuen sarbiderako oztopo bihurtzen dira. Hala, proba diagnostikoek eta, bereziki, sendagaiak ordezkatzeko mendebaldeko medikuntzak osasun-zerbitzuak erabiltzeko beharra xedatzen du. Sendagaien hornidurarik eza ohiko arazo bat da; izan ere, osasun-zentroetara joatean, gehienetan tratamenduaren zati bat bakarrik ematen zaie, eta gainerakoa farmazietan erosi behar dute. Horregatik, osasun-arretaren ordezko aukerak bilatzen dituzte. Adibidez, sendagaiak farmazian edo salmenta askeko edozein dandatan erostea edo zerbitzu pribatuetara joatea. Azken horren ondorioz, hainbatetan maileguen bitartez ordaintzen dituzten gastuak eragiten zaizkie. Osasun-arazoak zein produktu farmazeutikoaren urritasunaren eta kostu altuaren arazoa konpontzeko erabiltzen duten beste aukera bat sendagai naturalek osatzen dute.

Osasun-zerbitzu publikoaren sarbiderako beste oztopo garrantzitsuenetako bat eragiten dute **diskriminazioak, generoarekin** lotutako alderdiek, oztopo linguistikoek eta osasun-sistemako zenbait profesionalen biztanle indigenekiko duten sentsibilitaterik ezak. Osasun-sistemaren androzentrismoak talka egiten du komunitateetako emakume haurdunen, erdiurrenen eta erdiberrien mundu-ikuskerarekin, beraz, ez dute nahi osasun-zentroetan

artatuak izatea. Hala, haiek diotenez, ez dute kalitaterik eta adeitasunik jasotzen arretan, ez eta beren kulturarekiko errespeturik ere, eta horrek osasun-zerbitzuen sarbiderako oztopo bat osatzen du. Sistema biomedikoaren sentsibilitate-gabeziak beste jardunbide mota batzuekiko emakume horien deribazio egokien erreferentzia mugatzen du zailtasunen kasuan. Horren eraginez, amen eta jaioberrien morbiditatea, zailtasunak eta heriotza-tasa handitzen dira. Osasun-langileek zuzenean edo zeharka emaginek daramatzaten edo bidaltzen dituzten pazienteei egiten dieten gaitzespenak, gainera, haurdunaren erreferentzia egokia mugatzen du erditu aurreko arretan zehar edo erditzearen eta haren zailtasunen arretan, kritikak jasotzearen, haiei buruz txarto hitz egingo dutenaren eta diskriminatuak izatearen beldur dira eta.

Osasun-zerbitzuetarako sarbidea **erazten duten elementuak** dira sare sozial komunitarioa, honako hauek barne hartzen dituena: osasunaren sustatzaileak, hezurretako fisioterapeutak edo beste terapeuta maia batzuk eta emakume emaginak. Osasun-zerbitzuetarako sarbideari laguntzen dioten figura garrantzitsuak dira, bidaietan laguntzen baitute, informazioa ematen baitute eta garraiorako funtsak ematen baitituzte. Komunitateetan, bereziki, urrutikoetan eta tradizionalenetan, emakumeek emaginak bilatzen dituzte osasun-zaintzarako erreferentzia nagusi gisa. Adin ugalkorreko emakumearentzako, emakume haurdunarentzako, erdiurrenarentzako, erdiberriarentzako eta jaioberriarentzako erreferente nagusia dira, eta, gainera, osasun-zerbitzuekiko lotura ordezkatzen dute.

3. OSASUN-SISTEMAREN ERREFORMAK GUATEMALAN: OSASUN-ESKUBIDERAKO ERRONKAK

Gerra zibilaren ostean, gobernuak eta gerrillak sinatutako 1996ko Bake Hitzarmenaren bidez, ezarri zen gobernuak Konstituzioaren erreforma bat sustatuko zuela, indigenen eskubide kulturalak bermatzeko eta Guatemalako nazioa etnia anitzeko, hainbat kulturako unitate nazional eleaniztasun gisa aitortzeko. Bake Hitzarmenetan, halaber, osasun-sistamarako xede espezifikoak eta zehatzak gehitu ziren, hala nola gastu publikoa handitzea, estaldura unibertsal bihurtzea, osasun-zerbitzuak deskonektatzea eta deszentralizatzea eta osasun-emaile ezberdinen arteko koordinazioa.

Bake Hitzarmenek lortutako aurrerapen urriak lehengoratzuz joan ziren eredu neoliberalak sakondu ahala. Horien eraginez, erakundeak ahuldu ziren, trantsizio demokratikoa bertan behera geratu zen eta gobernuaren zein Guatemalako kapitalaren eta enpresa transnaziionalen artean aliantza bat egin eta Bake Hitzarmenaren edukiak eta printzipioak utzi zituzten. Guatemalan birkonfigurazio neoliberal bat egin zuten, eta haren desarauketa ekonomikoaren eta merkatuaren liberalizazioaren eraginez, bizi-kalitateak txarrera egin zuen eta pobrezia-baldintzan bizi diren biztanleen kopurua eta desberdintasuna handitu zen.

Estatuaren erreforma-prozesuek eta beren finantzazioak osasunaren nozioarekin eta haren arreta-ereduarekin amaitu dute, eta osasun-sistema publikoaren azpiegiturak, ekipamenduak eta giza balia bideak nahiz balia bide materialak murriztu dira, sektore pribatukoak handitu diren bitartean. Osasun-sektoreko lehen erreformak Osasun Arretako Sistema Integrala (SIAS) eta Estaldura Hedatzeko Programa (PEC) ezarri zituen arretako lehen mailarako. Horretarako, MSPASek GKEak kontratatu zituen zerbitzuak emateko eta

osasu-zerbitzuak administratzeko. Garapenerako Amerikarteko Bankuak (BID) eta Munduko Bankuak (BM) finantzatu zituzten programak. Programa azkar hazi zen, eta, 2008. urtean, aurretik osasun-estaldurarik ez zuten ia 4.5 milioi biztanlek oinarritzko osasun-zerbitzuen paketeak eskuratu zituzten. Hala ere, jatorriz zituen helburuak gorabehera, PECak ez zuen arreta integralik egin. Horren ordez, lau programatan ardaztuta garatu zen: haurtzarora, emakumeak, larrialdiak eta gaixotasunak. Haren bidez, esku-hartze jakinak egin ziren hilero komunitateetan, estimatutako kostu-etekinaren arabera. SIASak porrot egin zuen, eta PEC gutxika-gutxika desagertu zen trantsizio-prozesurik gabe. Milioika pertsona utzi zituen osasun-estaldurarik gabe, gehienbat jatorri indigenakoak, landa-eremuetakoa eta baliabide urrikoak. Hortaz, egindako erreformek biztanle-taldean arabera segmentatutako osasun-sistema bat osatu zuten, erosteko ahalmenaren eta lan-estatusaren araberrakoa, halaber. Sistema horretako azpisistema bakoitzak era autonomoan funtzionatzen du, eta finantzazio-modalitate eta helburu ezberdinak ditu, bai eta bere osasun-zerbitzu propioak ere. Era horretan, osasun-merkatua eta erakunde pribatuak indartu ziren, zerbitzu-sare publikoa ahuldu zen bitartean. Biztanleek nahi zuten aktore pribatuek artatu ziezailetela. Horiek hazten ari ziren azpiegituran zein zerbitzuen eskaintzan, eta desberdintasun handiak sortzen ari ziren osasunaren finantzazioan eta gastuan. Haren iturri nagusia etxeek osatzen zuten (Hernández, 2011).

Osasunaren Mundu Erakundeak Guatemalan bultzatutako estaldura unibertsalaren markoan, osasun-sistemaren hurrengo erreformari ekin zitzaion (USAID, 2015). Haren bitartez, biztanleen osasun-arazoei eta sendatze-ikuspegi indibidualen eta mendebaldeko medikuntzan ardaztzen zen ereduak eragindako arazoei erantzuna eman nahi zitzaion. Horrela, Osasun Eredu Barneratzailea (MIS) proposatu zen, Osasun Publikoko Ministerioak bideratuta, osasun-estaldura behingoz unibertsal bihurtzeko politikekin. Erreforma horretan aintzat hartu ziren zenbait adierazpen sozial eta kultural zilegi, eskubidearen ikuspegia, genero-berdintasuna eta kulturartekotasuna, bai eta sistema deszentralizatua ere. Osasun-arretako lehen maila indartzearen alde egin zen, komunitateen osasun-baliabideak erabiliz, MSPAsen zerbitzuen barruan. Formalizatu zenetik, MIS arreta integraleko ordezko ikuspegi barneratzaile gisa hartu zen, desberdintasunak murriztuko zituen (Verdugo, JC et al, 2008), komunitateetako terapeuten ezagutzak eta jardunbideak ikusaraziz eta mendebaldeko medikuntzarekin koordinatuz. 2017ko urrian, MISaren ezarpena indargabetu zen, aurrekontu- eta eraginkortasun-arrazoiak zirela medio.

1985eko Konstituzioak Guatemalako biztanleei osasun-arreta unibertsala aitortzen badie ere, gaur egun Guatemala helburu horretatik oso urruti dago. Konpromisorik eta finantzazio publiko egokirik bermatuta ez zegoenez, osasun-arretarako eskubidea arrazionalizatu da iraupen ezezaguneko arreta-zerrenden eta oso gardenak ez ziren patologiak hierarkizatzeke irizpideen bidez. Ondorioz, Guatemalan biztanleei osasun-zerbitzuen estaldura eta sarbidea hobetze aldera osasun-sektorea erreformatzeko egindako saiakerak azkenenik ez dira lortu. Osasun-sektorearen krisiak PEC bertan behera uztea ekarri zuen, eta, geroago, 2017ko urrian, MIS ere bai. Ondorioz, milioika biztanle osasun-zerbitzuren estaldurarik gabe geratu dira.

Guatemalan, osasuna unibertsal bihurtzea lortzeko erronkak, osasunerako zerbitzuaren bermatzailea Estatua izanik, gobernamentuaren hutsune sistematikoek eta finantzazio urriak eragin dituzte. Alderdi horien jatorria izan da herrialdea eredu ekonomiko neoliberealean sartzea. Gaur egun, Guatemalako osasun-sistemak ez du biztanleei arreta emateko

nahikoa azpiegiturarik eta baliabiderik. Gainera, zatitu denez eta azpistema politikoak eta gizarte-segurantzak iraun dutenez [zergen bidezko finantzazioa eta finantzazio publikoa ez bateratzeagatik], gastuak bikoiztu dira eta osasun-arloko gizarte-desberdintasunak handiagoak dira. Herrialdea urruti dago biztanle-talde ezberdinek jasotzen dituzten osasun-onurak berdintzeko, gastu katastrofikoak saihesteko eta osasun-arretan segregazioa gainditzeko helburuetatik.

Munduko Bankuaren arabera, *gobernamenduak* ematen du boterea herrialde bateko baliabide ekonomikoak eta sozialak kudeatzeko eta herrialdea garatzeko, eta hura araudi-tresna gisa erabiltzen da zer eragile politikok eta sozialek laguntzen duten edo ez biztanleen ongizatea hobetzen duten politika publikoak ezartzeko. Guatemalaren kasuan, gobernandurik [egokirik] ezak agerian uzten du nazio-mailan osasun-sektorea unibertsal bihurtzearen alde egiten ez duen eta indar politiko eta sozial ezberdinek sustatzen ez duten estrategiarik ez daudela. Hala, USAIDek egindako txostenaren [2015] gomendio nagusietako bat da “Errepublikaren Presidentetzak hasiera ematea eta zuzentzea osasun-sektorerako plangintza estrategikoko prozesu bat, osasun-sistemaren oinarriko elementuek barne hartzen dituzten desberdintasunei eta eraginkortasun-gabeziei heltzeko”. Gainera, adierazten du prozesu horretan osasunarekin eta finantza publikoekin lotutako ministerio guztiek, alderdi politiko nagusiek eta sozietate zibilaren erakunde garrantzitsuek parte hartu behar dutela [USAID, 2015]. Halere, Guatemalaren ezegonkortasun politikoaren eta ustelkeriaren eraginez, osasun-arloko erreformak ez dira osatzen, eta gobernu berri bakoitzarekin aldatzen dira, betiere ekonomia neoliberalaren logikak markatuta. Logika horren arabera, estatuaren finantzazioa muturreko pobrezian edo arrisku egoeran daudenentzat izan behar da soilik. Beraz, biztanleriaren segmentazioa mantentzen da haren ordaintzeko gaitasunaren arabera.

Nahikoa finantzazio ez egotea funtsezko arazo bat izan da beti osasun-arloan erreformak egiteko. Guatemalako arazo larriak ditu osasun-sistema publikoaren finantzazioari dagokionez. Bertako zerga-bilketa Latinoamerikako eta Karibeko azken postuetan dago, nagusiki, zerga-politikengatik eta enplegu informalaren maila altua delako. Baliabide-gabezia orokortu hori larriagotu dute gobernuak ia ezer ez inbertitzeak osasunean eta MSPASen eta IGSSren artean funtsak era desberdinean banatzeak. Aurrekontua nahikoa ez izateaz gain, ikusi da finantzazioaren kudeaketa ez dela eraginkorra, eta horrek are gehiago mugatzen ditu osasun-sistema publikoaren baliabideak. Baliabide-gabeziak arreta-maila guztiei eragiten die, eta agerian geratzen da azpiegituren, sargaien, ekipamendu medikoen eta osasun-langileen gabezia. Hortaz, biztanleen eskakizunak ezin dira bete. Guatemalako poltsiko gastu handienetako bat du Latinoamerika osoan. Jadanik pobrea den populazio batek bere osasun-gastuak ordaindu behar baditu, gastu katastrofikoak izan ditzake, edo ezin izango du tratamendurik jaso, eta, kasu askotan, ondorioz, hil egingo da. Eragile nagusiek aurrekonturik ez izatea oztupo nagusietako bat izan da Guatemalan osasun-sistemaren erreformak egiteko. Hortaz, bistakoa da estrategia berriak garatu behar direla osasun-sistema publikoan inbertsio handiagoa egiteko.

Guatemalako osasun-sektorea erreformatzeko saiakeren porrotak oraindik gehiago larriagotzen ditu osasun-arloko gizarte-desberdintasunak. Biztanleak era berdintsuan banatuta daude hiriguneetan eta landa-eremuetan. Hala ere, garapen ekonomikoaren eta osasun-zerbitzuertarako sarbidearen adierazleetan zein osasun-arloko emaitzetan desberdintasun handiak daude oraindik. Landa-eremuetako emaitzak hiriguneetakoak baino

askoz txarragoak dira. Estaldura Hedatzeko Programak zein Osasun Eredu Barneratzaileak helburu nagusitzat zuten Guatemalako biztanle-talde txiroenen osasunerako sarbidea hobetzea. Biztanle-talde horiek, funtsean, herrialdeko landa-eremuetan daude eta morbiditate- eta heriotza-tasarik txarrenak dituzte, bai eta osasunerako sarbide txarragoa eta osasun-gastu handiagoak ere.

Osasunerako eskubideak barne hartzen ditu mugatzaile sozialak (elikadura, ura, ingurumen osasuntsua, etxebizitza, lana, hezkuntza, bizi-maila) zein osasun-babeserako eskubidea. Horregatik, eskubide hori bermatzeko, biztanleen bizi-kalitatea handitzeko aukera ematen duten politika publikoak behar dira, baita osasun publikoaren erakundeak eta gizarte-segurantzaren hondatzea gelditzen duten eta horien zatiketa eta finantzaziorik eza konpontzen duten sektore- eta azpisektore-politikak ere. Osasun-sistema publiko, unibertsal, doako, ekitatibo, solidario eta kulturartekoa eraikitzea da Guatemalako egiteke duen erronka bat.

OSASUNERAKO ESKUBIDEA HONDURASEN: MEHATXUAK ETA ERRONKAK

Honduraseko Errepublika Erdialdeko Amerikako erdialde-iparraldean dago. Inguru horretako bigarren herrialde handiena da, eta hiru herrialderekin (Guatemala eta El Salvador mendebaldean eta Nikaragua ekialdean) eta Ozeano Barearekin eta Karibe itsasoarekin muga egiten badu ere, Erdialdeko Amerikako herrialde isolatuenetako bat izan da haren orografia konplexuagatik; izan ere,

Erdialdeko Amerikako herrialderik menditsuena da. Hondurasen lurralde-azalera, irla guztiak barne, 112.492 km² da, eta 2016an, 8.714.641 biztanle zituen. Honduraseko biztanleriaren % 27,6 Tegucigalpa eta Comayagüela hirietan bizi dira, Barruti Zentralean; eta, San Pedro Sula hirian, Cortes Barrutian, berriz, % 16,3. Bertako populazioa gaztea da, 24 urteko batezbestekoarekin.

Hondurasen bereizgarria da kultura, etnia eta hizkuntza anitzeko herrialdea dela: zazpi herri indigena eta afrikar-jatorriko bi ditu. Herri horiek landa-eremuetan daude gehienbat (% 80), hain zuzen



ere, pobreziarik handieneko barrutietan, eta iraupeneko ekonomian oinarritzen dira. Sarbide mugatua dute oinarritzko zerbitzuetara eta azpiegiturretara, eta, gainera, ingurumen-arazoak dituzte (OPS, 2009).

Garatzen ari diren beste herrialde batzuk bezala, Honduras trantsizio epidemiologikoko prozesu batean dago. Gaixotasun transmitigarrien, parasitarioen eta desnutrizioaren tasak altuak dira, batez ere, landa-eremuetako haurrengan. Halaber, indarkeriarekin, mendekotasunekin eta gaixotasun kronikoekin lotutako osasun-arazoak daude, eta, gainera, Latinoamerika osoan GIB/HIES intzidentzia handienetakoa du.

Honduraseko biztanleen ia erdia landa-eremuetan bizi da, eta eremu horietan daude herrialdeko pobrezia-indizeirik handienak. Hain zuzen ere, Hondurasen desberdintasun itzela dago, eta 0,52 Gini-koefizientea du, eskualdeko handienetako bat. Horrek adierazten du errentaren banaketa oso desberdina dela. Nazio-mailan, 2014an, biztanleriaren % 40 aberatsenak nazioaren diru-sarreraren % 80, 2 jasotzen zuen; % 40 pobreenak, berriz, haren % 8,6 soilik⁴. 2016an, Honduraseko etxeen % 61 pobreziaren atalasearen azpitik bizi zen⁵, eta, landa-eremuetan ehuneko handiagoa zen (% 63), are gehiago biztanleria indigenaren eta afrohondurastarraren artean (% 89). Horiek gehienak landa-eremuetan bizi dira. Gainera, muturreko pobrezia⁶ biztanleriaren % 42,5i eragiten dio, landa-eremuetako biztanleriaren % 56,1i eta biztanle indigenen eta afrohondurastarren % 78,3ri⁷. Muturreko pobrezia ehuneko horiek lotu izan dira lurralde horietako isolamendu geografikoarekin, bizirauteko hazkuntzekin eta bertako biztanleen diskriminazio historikoarekin. Hizkuntza ofiziala gaztelania da, gaztelaniaren eta hizkuntza indigenaren arteko elebitasun-maila ezberdina bada ere talde indigenen eskualde batetik bestera.

Herrialdeko hezkuntza-adierazlearen arabera (2016), 15 urtetik gorako pertsonen % 11k ez daki irakurtzen eta idazten. Analfabetismo-tasa hori handiagoa da landa-eremuetako biztanleei dagokienez, % 17,2koa da; hiriguneetan, berriz, % 6,3koa⁸. Gainera, desberdintasun handiak ohartzen dira landa-eremuetako eta hiriguneetako hezkuntza-estalduraren tasan, batez ere, 12 urteetatik aurrera. Adin horretan behera egiten du eskolatutako haurren ehunekoak. Hala, 15 urteetatik aurrera, hiriguneetako haurren % 43,1 dago eskolatuta, landa-eremuan, ostera, % 20,2 bakarrik (EPHPM, 2016). Biztanle indigenen artean, analfabetismoa % 47koa da emakumeen kasuan, eta % 26koa gizonen kasuan. Eskualdeko batezbestekoa baino askoz handiagoa (% 7,8).

⁴ http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc_HTML.asp

⁵ Pobrezia-lerroaren metodoa (LP), etxeetako diru-sarreretatik abiatuta, ondasunak eta zerbitzuak erositik elikatzen eta ez elikatzen oinarritzko beharren multzoa betetzeko etxeek duten gaitasuna ezartzean datzana.

⁶ Elikagaien oinarritzko saskiaren kostua baino per capita diru-sarrera txikiagoak dituzten etxeak.

⁷ http://www.ine.gob.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=91

⁸ http://www.ine.gob.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=90

2. TAULA. Honduraseko oinarriko adierazleak ⁹

Adierazle demografikoak eta sozioekonomikoak	
Azalera km ² -tan	112.492
Populazioa (milioiak) ²⁰¹⁶	8.190
Batez besteko adina (urteak) ²⁰¹⁶	21
15 urtetik beherako populazioa (biztanleen %) ²⁰¹⁶	36
65 urtetik gorako populazioa (biztanleen %) ²⁰¹⁶	5
Landa-eremuetako populazioa (gutzizkoaren %) ²⁰¹⁶	46,6
Jaiotzak (milaka) ²⁰¹⁶	440
Ugalkortasunaren tasa globala (haurrak/emakumeak) ²⁰¹⁶	3,1
Emakumeen bizi-itxaropena jaiotzean ²⁰¹⁵	76,1
Gizonen bizi-itxaropena jaiotzean ²⁰¹⁶	71,1
Urteko biztanleriaren hazkundea (%) ²⁰¹⁶	1,4
Emakumeek batez beste eskolan ematen dituzten urteak ²⁰¹⁶	6,2
Gizonek batez beste eskolan ematen dituzten urteak ²⁰¹⁶	6,1
Emakumeen alfabetatze-tasa (%)	88,6
Gizonen alfabetatze-tasa (%)	88,4
Giniren indizea ²⁰¹⁶	0,52
Giza garapenaren indizea ²⁰¹⁵	0,625
Ur-iturri (hirigunean) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵	97
Ur-iturri (landa-eremuan) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵	84
Saneamendu-instalazio (hirigunean) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵	87
Saneamendu-instalazio (landa-eremuan) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵	78
Osasun-adierazleak	
Amen heriotza-tasa (jaiotako 1000ko) ²⁰¹⁵ (IDH,2016 PNUD)	129
Haurren heriotza-tasa (bizirik jaiotako 1000ko) ²⁰¹⁵	24
5 urtetik beherakoen heriotza-tasa (bizirik jaiotako 1000ko) ²⁰¹⁵	29
Jaioberrien heriotza-tasa (bizirik jaiotako 1000ko) ²⁰¹³	18
Heriotza-tasa orokorra (kausa guztiak) (1000 biztanleko) ²⁰¹³	7,0
Pisu txikia jaiotzerakoan (<2.500g) (%) ²⁰¹⁵	8,9
5 urtetik beherako haurren desnutrizio kronikoa (%) ²⁰¹¹	22,7
Baliabideen, sarbidearen eta estalduraren osoaren adierazleak	
Langile medikoak (10.000 biztanleko) ²⁰¹⁴	10
Erizainak (10.000 biztanleko) ²⁰¹⁴	3,8
Dentistak (10.000 biztanleko) ²⁰¹⁴	0,3
Ospitaleko oheak (1000 biztanleko) sektore publikoan ²⁰¹⁴	0,7
Langile medikoek artatutako erditzeen proportzioa	83
Langile prestatuek emandako jaio aurreko arreta, 4 + bisita (%) ²⁰¹²	89
Ospitaleko erditzeen proportzioa ²⁰¹⁴	72
Medikuek baliabide urrietako etxeetan artatutako erditzeen proportzioa ²⁰¹¹⁻²⁰¹²	58
Ospitaleko oheak (1.000 biztanleko) sektore publikoan	0,7

⁹ OME, 2016

Gastua osasunean, guztira (BPGdren %) ²⁰¹⁰	8,7
Gastu nazional publikoa osasunean (BPGdren %) ²⁰¹⁴	4,4
Gastu nazional pribatua osasunean (BPGdren %) ²⁰¹⁴	4,3
Osasunaren gastu publikoa (osasunaren gastu osoaren %) ²⁰¹⁰	49,8
Osasunaren gastu nazional pribatua (osasunaren gastu osoaren %) ²⁰¹⁰	50,2
Osasunaren per capita gastua guztira (US\$) ²⁰¹⁴	212
Etheen ordainketa zuzenak (gastu pribatuaren %).....	94,3
Etheen ordainketa zuzenak (osasunaren gastu osoaren %) ²⁰¹⁴	43,5
Osasun-arrazoiak direla medio gastu katastrofikoak dituzten etheen ehunekoa ²⁰⁰⁴	8,7

Iturria: eraketa propioak kontsultatutako iturriak oinarri harturik

Osasun-adierazleen artean, amen heriotza-tasa estimatua 129 heriotzakoa da bizirik jaiotako 100.000 pertsonako [2015]. Erdialdeko Amerikako altuena da, eta Eskualdeko [87 100.000ko] laugarren altuena. 5 urtetik beherako haurrei dagokienez, heriotza-tasa 29koa da bizirik jaiotako 1.000ko [OME, OPS, 2016]. Haur indigenen eta afrikar-jatorrikoen artean, % 62,9 eta % 45,1 da hurrenez hurren, 2010eko indigenen heriotza-tasaren eroldaren arabera [UNICEF, 2012]. Tasa horiek Latinoamerikakoak baino handiagoak dira oro har [19,6 heriotza bizirik jaiotako 1.000ko] eta Latinoamerikako eta Karibeko laugarren handiena ere bai [OME, OPS, 2016]. Honduraseko haurren % 8,9 pisu gutxiarekin jaiotzen eta 5 urtetik beherako haurren artean % 22,7koa da desnutrizio kronikoa.

Biztanle-talde ezberdinen artean desberdintasun handiak daude osasun-arloan, ekitate-terminoetan. Osasun-adierazlerik txarrenak, haurren eta amen heriotza-tasei zein bost urtetik beherako desnutrizio kronikoari dagokienez, diru-sarreraren lehen hiru kintilen biztanleetan kontzentratzen dira, batez ere, landa-eremuetan bizi direnetan eta talde indigenetan.

1. OSASUN-SISTEMA HONDURASEN

Honduraseko Errepublikako 1982ko Konstituzioaren 145. artikulua jasotzen duenez, *osasunerako eskubidea aitortuta dago, eta denek sustatu eta zaindu behar dute osasun pertsonala eta komunitatearena. Estatuak ingurumen egokia zainduko du pertsonen osasuna babesteko*¹⁰. Osasun Kodearen 1. artikulua arabera, *osasuna ongizate integral, biologiko, psikologiko, sozial eta ekologikoaren egoera da, giza eskubide besterenezin bat da eta Estatuari zein pertsona natural edo juridiko guztiei dagokie hura babestea, berreskuratzea eta lehengoratzea.*

Gaur egun, Honduraseko osasun-sistema bi azpisisitemez, azpisektore publiko batez eta beste pribatu batez osatuta dago. Azpisektore publikoak barne hartzen ditu Osasun Idazkaritza [SESAL] eta Gizarte Segurantzaren Honduraseko Institutua [IHSS]. Lehenengoari dagokio osasun-zerbitzuen errektoretza- eta arauketa-lanak egitea eta osasun-zerbitzuak ematea Honduraseko biztanleei. Bigarrenak, berriz, zerga-baliabideak eta langileen, enple-

¹⁰ 1982ko Konstituzio Politikoa (1982) Batzar Nazional Konstituziogilea 131. Dekretua 23612 zenbakiko *La Gaceta*

gatuen eta armadaren ospitalearen derrigorrezko kotizazioetatik eratorritakoak biltzeko eta kudeatzeko ardura dauka. Orokorrean, SESALa eta IHSSa herrialdeko espazio geografiko beretan kontzentratzen dira, eta, gainera, artikulazio urria dute. Ondorioz, Honduraseko osasun-sistema segmentatuta dago eta zatiketa-maila altua du, bai eta erakundeen eta zerbitzu-unitateen arteko koordinazio- eta artikulazio-arazoak ere. Horren eraginez, jarduerak, ahaleginak eta baliabideak bikoizten dira. Azpisektore pribatua irabazi-asmoko eta irabazi-asmorik gabeko erakundeez eta aseguratzaile, klinika eta ospitale pribatuz osatuta dago. 2011-2012 ENDESAREN arabera, biztanleen % 10 afiliatuta dago IHSSra, eta % 2k aseguru pribaturen bat dauka. Gainerakoek [% 88k] SESALen estaldura izango lukete. Hala ere, landa-eremuetan proportzio hori biztanleen % 95ekoa da.

2. TAULA. Hondurasko osasun-sistemaren mapa

ZERBITZU-EMAILEA	SEKTORE PUBLIKOA		SEKTORE PRIBATUA
	Osasun Idazkaritza (SESAL)	Gizarte Segurantzaren Honduraseko Institutua (IHSS)	Emaille pribatuak
FINANTZAZIOA	Zergak, garapenerako nazioarteko asistentzia.	Kotizazioak. Langileak eta enpresariak. Zerga orokorrak.	Poltsikoko ordainketak, primak.
ASEGURAMENDUA	Estaldurarik gabeko biztanleria.	Afiliatuak eta onuradunak.	Osasun-aseguru pribatuak dituzten pertsonak. Ordainketa zuzenak egiten dituzten pertsonak.
HORNIDURA	SESALen osasun-zentroak, klinika eta ospitaleak.	IHSSaren osasun-zentroak, klinikak eta ospitaleak.	Klinika eta ospitale pribatuak.
BIZTANLE ERABILTZAILEAK	Estaldurarik gabeko biztanleria.	Sektore formal afiliatuaren langileak eta beren familiak Borondatez aseguratutako biztanleak.	Ordaintzeko gaitasuna duten biztanleak.

Iturria: eraketa propioak kontsultatutako iturriak oinarri harturik

SESALen zerbitzu-sarea konplexutasunaren arabera bi arreta-mailatan banatuta dago, erreferentziako eta kontraerreferentziako irizpideetatik abiatuta. Praktikan hori betetzen ez bada ere, biztanleek maila ezberdinetara jo dezakete era librean, eta horrek arreta-mailak gelditzea eragiten du, beste maila batzuetan konpon litezkeen kasuak artatzen dituzte eta. Arretako lehen mailak arreta ambulatorioa ematen du eta eskaririk handiena du. Arretako bigarren mailak ospitaleko arreta ematen du eta lau konplexutasun-maila ditu. Halaber, espezializazio-maila handiagoa behar duten pazienteei arreta ematen die.

Hondurasen zerbitzu-pakete definiturik ez badago ere, arretako lehen mailak barne hartzen du familiarentzako arreta integrala; bigarrenak, kontsulta eta kirurgia txikiak, gineko-

logia eta obstetrizia, kirurgia txikiak, pediatria eta neonatologia eta ospitaleetako larrialdiak.

2013ko irailaren 26an sortutako Osasun Eredu Nazional Berriaren arabera, arreta-unitate guztiak berrantolatua izaten ari dira. Arreta-mailak berrantolatzen ari badira ere, ospitaleen eta osasun-zentroyen azpiegiturak hutsuneak ditu gaur egun, eta inbertsio handiak egin behar dira azpiegituran eta ekipoetan, zerbitzuak arriskurik gabeko baldintzetan emateko [SESAL, 2005]. Gauza bera gertatzen da osasun-langileekin. Osasun-sistemak 10 mediku, 3,8 erizain eta 0,3 dentista ditu 10.000 biztanleko. Zifra horiek OMEak 2015ean gomendatutakoen [23 mediku, erizain eta emagin 10.000 biztanleko] oso azpitik daude, eta, erakundearen arabera, zifra horiek funtsezkoak dira biztanleen osasun-beharrak betetzeko.

3. TAULA. SESALek osasun-zerbitzuak ematea

ARRETA-MAILAK	KONPLEXUTASUN-MAILAK, MOTA ETA OSASUNA EZARTZEKO EZAUGARRIAK	
	EREFORMAREN AURRETIK	EREDU BERRIA
Lehen maila	Landa-eremuetako osasun-zentroak (CESAR)	1. konplexutasun-maila: 1. motako osasun-zentroa (1. motako OZ) Landa-eremuko anbulatorioa mediku orokorrarekin
	Osasun-zentroak medikuarekin eta odontologoarekin (CESAMO)	2. konplexutasun-maila: 2. motako osasun-zentroa (2. motako OZ) Landa-eremuko anbulatorioa mediku orokorrarekin, 1. motako OZren erreferentziak artatzen ditu
	Amentzako eta haurrentzako klinikak (CMI) Larrialdietarako periferiako klinikak (CLIPER)	3. konplexutasun-maila: 3. motako osasun-zentroa edo poliklinikak (3. motako OZ) Hiri-anbulatorioa barneratzerik gabeko espezialitate medikoekin, egonaldi laburrerako (12 ordu) oheak, 2. motako OZren erreferentziak artatzen ditu
Bigarren maila	Eremuko ospitalea	4. konplexutasun-maila: 1. motako ospitalea Oinarrizko espezialitateen ospitale orokorra Lehen mailaren erreferentziak artatzen ditu 5. konplexutasun-maila: 2. motako ospitalea Espezialitateen eta azpiespezialitateen ospitalea 1. motako ospitalearen erreferentziak artatzen ditu
	Eskualdeko ospitalea	6. konplexutasun-maila: 3. motako ospitalea Espezialitateen eta azpiespezialitateen irakaskuntza-ospitalea 1. eta 2. motako ospitalearen erreferentziak artatzen ditu
	Ospitale nazionala	7. konplexutasun-maila: 4. motako ospitalea Erreferentzia nazionalako espezializazio handiko unibertsitate-ospitalea

Iturria: eraketa propioak kontsultatutako iturriak oinarri harturik

Biztanleen osasuna lehengoratzeko, hobetzeko eta mantentzeko jarduerak finantzatzeko osasuneko gastu osoaren (GTS), publikoaren eta pribatuaren, gastu publikoa % 49,4 izan zen 2011n¹¹. Proporzio horrek behera egin du azken urteetan [2005ean, % 67,9 izan zen]. Osasun-sektorea aurrekontu nazionalaren gastuaren % 17 izan zen 2011n; 2017an, berriz, % 11. Gobernuak osasunaren arloan egiten duen gastua % 6 jaitsi da azken 6 urteetan, eta, aurreikusten denez, jaisten jarraituko du, gastuari eusteagatik eta herrialdeko beste erakunde batzuetara aurrekontua transferitzeagatik [batez ere, segurtasunekora] [Carmante-Millan, 2016]. Honduraseko osasun-sisteman zeharkako finantzazioak daude; izan ere, IHSSra edo osasun-aseguruko beste sistema batera atxikitako biztanleak sarbidea dute irabazi-asmorik gabeko establezimendu publiko edota pribatu ezberdinek eskainitako zerbitzuetara. Jardunbide hori oso ohikoa da herrialdean, bereziki, azpiespezialitateen kasuan. Gainera, azken urteetan, sektore publikoa funts publikoekin finantzatzen ari da sektore pribatua, zerbitzuak emateko. [OPS, 2009]. Izan ere, Honduraseko finantzazio-eredua kontinenteko inekitatiboetako bat da, eta kontuan hartutako 191 herrialdeetatik 178. posizioan dago. Hala, osasun-sistemaren finantzazioari ekarpenik handiena egiten diote pertsona pobreenek edo pobretzeko arriskuan daudenek, poltsiko ordainketa zuzenekin.

Osasun-arloko gastu pribatuak barne hartzen ditu familien ordainketak eta koordainketak [ospitaleko arretan eta lehen mailako arretan *berreskuratutako funtsak*], osasun-zerbitzu formalen eta informalen, sendagaien, protesien eta osasun-aseguru pribatuen truke. Etxeek osasun-arloan egiten duten guztizko gastutik, 2011ko datuen arabera, % 8 aseguruak ordaintzeko izan zen [pribatuak eta gizarte-segurantzakoak] eta gainerako % 92a zuzeneko ordainketek osatzen zuten. Poltsikoko gastu horiek finantzazio-iturririk erregresiboak dira, eta, gainera, gastu katastrofikoak eragiten dituzte [familien ordaintzeko gaitasuna gaudituta eta etxeak pobretzea eragiten duten gastuak] [Frenck et al., 2009].

Adierazi beharra dago osasun-arloko gastua oso desberdina dela etheen kintilaren arabera diru-sarrerei dagokienez. Kintil txikienaren etxeetako osasun-arloko batez besteko gastua beren diru-sarreraren % 23,6 den bitartean, kintil handiagoko etxeek beren diru-sarreraren % 4,6 gastatzen dute osasun-arloan. Horrek esan nahi du talde bien diru-sarreraren alderatuta, pobreek bost aldiz gehiago gastatzen dutela kintilik aberatsenekoek baino. Oso inekitatiboa da hori sozialki, eta ez da batere bidezkoa. Gainera, familiei aurretzeko, inbertitzeko eta beren bizitzako baldintzak hobetzeko aukerak kentzen dizkiete, eta, ondorioz, pobrezia zikloa indartzen du [ENDESA, 2012]. Bestalde, iturri beraren arabera, instalazio publikoetara joaten diren pertsonen % 24,5ek sendagaiak erosi behar izan zituzten. Hala ere, ehuneko hori handiagoa da kintil txikienaren biztanleei dagokienez, % 47, eta, kintil handieneko biztanleei dagokienez, % 19. Hori dela eta, osasun-arloko gastuek proportzionalki gehiago eragiten diete diru-sarrera eta hezkuntza-maila txikiagoko familiei zein adin nagusiagoko biztanleei, alegia, ahulezia-egoeran dauden biztanleei.

Sendagaien gastu espezifikoiari dagokionez, sektore pribatuko gastua soilik aintzat hartzen badugu, gastuaren % 97,24 etheen ordainketa zuzenen bitartez egiten da, eta % 2,68 aseguru pribatuen bitartez. Etxeek sendagaietan egiten duten gastu altu hori baldintzatu dago osasun-zentro publikoetako farmaziak hornituta ez daudelako, osasun-profesional pribatuek eta publikoek emandako errezetak farmazia pribatuetan bakarrik eskura daitezkeelako eta farmazietan errezetarik gabe eros daitezkeelako sendagaiak.

¹¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1

2. OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN MEHATXUAK HONDURASEN: OSASUN-ZERBITZUETARAKO SARBIDEA

Sartzeko desperekotasunekin lotutako osasun-sistemaren egiturazko ezaugarriek, hala nola segurtatzeko mota desberdinak egoteak, osasun-deszentralizazioarekin lotutako alderdiek edo estaldura mugatzeko neurriek, osasunaren mailari eragiten diote eta mehatxu nabarmenak dira osasunerako eskubidearentzat. Berdintasunean oinarritutako osasun-zerbitzuetarako sarbidea izatea funtsezkoa da biztanle ahulena babesteko; horregatik da garrantzitsua osasun-zerbitzu publikoen erabilera eta horren mugatzaileak aztertzea.

Jarraian, osasun-zerbitzuak erabiltzeko oztopoei buruzko ikerketa kualitatibotik lortutako emaitzak aurkezten dira. Prozesu horren barruan sartzen dira SESALen¹² osasun-zerbitzu publikoetan arreta bilatzea, sartzeta eta horiek erabiltzea. Emaitzen azalpenean, sartzeko oztupoak eta horiek osasunean dituzten ondorioak biltzen dira, osasun-zerbitzuen egiturazko ezaugarriekin lotutakoak, baita antolakuntza eta kalitatearekin zein biztanleriaren ezaugarriekin lotutakoak ere.

SESALek ematen dituen laguntza-zerbitzuetan, honako hauek dira osasun-sistema bilatzean eta erabiltzean dauden oztopoekin zerikusia duten faktoreak, **osasun-sistemaren ezaugarriekin** lotura dutenak: arreta emateko beharrezko baliabide *materialen* eta *giza* baliabideen *erabilgarritasuna*. Arreta hori erabilgarri dauden baliabideek eta horien *banaketa geografikoak* mugatzen dute.

SESALen baliabide *materialen* eta *giza* baliabideen erabilgarritasunari dagokionez, honako hauek identifikatu dira bai landa-eremuetan bai hiri-inguruko eremuetan: laguntzarako gailuen gabezia, mediku-horniduren gabezia (gizataldea, lehengaiak eta sendagaiak) eta baliabideen banaketa geografikoa. Horiek eragiten dute pertsonen distantzia handiak egin behar izatea baliabideak erabiltzeko.

Hiri-inguruko eremuetan, elkarrizketatutako pertsonen adierazitakoaren arabera, lehen mailako arretan sartzeko oztopo nagusia lotuta dago laguntza eman behar dien biztanleen osasun-arazoei aurre egiteko laguntza-baliabideen, giza baliabideen, lehengaien eta sendagaien gabeziarekin. Egoera berbera da osasun-arreta eredu berriarekin funtzionatzen ari den eremuetan ere. Landa-eremuetan, laguntza-baliabideen, giza baliabideen eta lehengaien gabeziaz gain, lehen mailako arretari dagokionez, aipatu den oztopo bat *distantzia* da, laguntzarako gailuen *banaketa geografikoagatik*. Distantzia horiek oinez, garraio publikoaren bidez (dagoen kasuetan) edo garraio pribatuaren bidez egin behar dira.

Gainera, herrialdean landako osasun-zentroak (CESARak edo 1. motako CSak edo UAPSak) nagusi diren arren, ez dute landa-eremuetan bizi diren biztanleen osasun-beharrei erantzuteko gaitasunik, bai baliabide materialei bai giza baliabideei dagokienez. Halaber, zentro horietan konpondu ezin diren egoeretan edo kasu larrietan, biztanleek hiri-inguruko eremuetako zentroetara jo behar dute (CESAMOak edo 2. motako CSak edo CISak), eta horrek gastuak handitzea eta beharrezko arreta beranduago jasotzea dakar, horrek dau-

¹² Ikusi eranskin metodologikoa

kan txarrera egiteko arriskuarekin. Era berean, oztopo nabarmenak dira garraio publikoarekin, ordutegiarekin, maiztasunarekin eta bidaien denborarekin lotutako zailtasunak. Izan ere, pertsonak arreta ematen den lekura heltzeko joan-etorriak ordaindu behar dituzte, horietan erabiltzen duten denboraz gain.

Eskaintzaren gabezia eta zerbitzu espezializatuen banaketa, Honduraseko bi metropoli-barrutietan bilduta daudenak, osasunerako sarbidearen oztopo nabarmenak jotzen dira. Oztopok horrek lotura du garraioa aurkitzeko zailtasunarekin, bidaiaren kostuarekin eta horretarako behar den denborarekin. Arreta jasotzeko kostu zuzen horiek oztopo gaindiezina dira biztanle pobreenentzat, eta zerbitzu espezializatuak erabili ezin izatea eragiten du.

Giza baliabideen gabezia, bai lehen mailako arretan bai espezialitateetan, osasun-zerbitzuak erabiltzeko oztopoa da, bereziki landa-eremuetan. Lehen mailako arretaren osasun-arazoak konpontzeko gaitasun txikiaren ondorioz (beste batzuen artean, giza baliabideen gabeziak eraginda), pertsonak osasun-arazoaren konponbidea bigarren mailan bilatu behar dute, baino horrek ere giza baliabideen gabezia dauka. Gabezia horrek osasunerako sarbidearen desparekotasunak areagotzen laguntzen du; izan ere, arreta jasotzeko zeharkako kostuak eragiten ditu garraioarekin, hiriko egonaldiarekin eta denborarekin lotuta. Hori zerbitzu espezializatuak erabiltzeko eragozpen gaindiezina izan daiteke, batez ere landa-eremuko biztanleentzat.

Sendagaiei eta lehengai medikoei dagokienez, horien eskuragarritasuna eta prezioa oztopoak dira osasun-arreta jasotzeko. SESALEk hornitutako oinarritzko paketearen sendagaiei dagokienez, ohikoa da hornidurarik eza, bereziki lehen mailako arretan. Hornidurarik eza oztopo nabarmena da osasun-zerbitzuak erabiltzeko; izan ere, sendagaia eskuragari egongo ez delako eta erabiltzaileak ordaindu beharko duelako aurreikuspenarekin, ez bertaratzea, sektore pribatura jotzea edo zuzenean farmazia batean erostea erabakitzen da. Beste kasu batzuetan, biztanleek zuzenean jotzen dute ospitaleetara, horietan oinarritzko paketearen sendagaien hornidurarik eza ez baita hain ohikoa.

Sendagaien hornidurarik ezaz gain, oinarritzko paketeak barne hartzen dituen sendagaien kopurua ere oztopo bat da. Murrizketa horiek osasun-zerbitzu publikoetarako sarbidea mugatzen dute, pertsonak zerbitzu pribatura jotzen baitute horien erruz. Horren ondorioz, osasunerako sarbidearen desparekotasunak areagotzen dira, ekonomikoki ahulenak diren gizataldeek izaten baitute zailtasun gehien tratamenduak jasotzeko.

Osasun-zerbitzuen antolaketari dagokienez, elkarriketatuek honako hauek adierazten dituzte osasun-zerbitzu publikoak erabiltzeko oztopoen artean: *zerbitzuak ordaintzea, arreta-ordutegiak*, osasun-arreta jasotzeko *itxarote-denbora luzeak* (maila guztietan), *erreferentziako sistema funtzional* baten gabezia eta arretaren *kalitate* eskasa.

SESALEk biztanleei eskainitako *osasun-zerbitzuak ordaindu behar izatea* oztopo nabarmena da erabiltzaileentzat. Ordainketa horiek SESALEn antolaketa-ereduaren “suspertze-kuotaren” parte dira. Honako hauek daude ordaindu beharreko zerbitzuen artean: mediku-kontsultak, oinarritzko paketeko sendagaiak, proba diagnostikoak, ospitaleko egonaldiak eta anbulantziako garraioa. Osasun-arazoek eragindako gastu horiek osasun-zerbitzuak erabiltzeko desparekotasunak areagotzen dituzte, eta lotuta daude pertsonen ordaintzeko gaitasunarekin. Era berean, pertsonak eta/edo familiak txirotzeko arriskua handitzen dute.

Arreta-ordutegiak eta arreta jasotzeko itxarote-denborak arreta jasotzeko oztopoak dira, bai lehen mailako bai bigarren mailako arretari dagokionez. Itxarote-denbora arretaren antolaketa eta laguntzarako gailuetan ezarritako ordutegien zuzeneko ondorioztat jotzen dira, baita laguntza-baliabideen gabeziaren ondorioztat ere. Laguntzarako gailuetako arreta astelehenetik ostiralera egiten da, goizez eta lanaldi jarraituan, eta honako hauek lehenesten dira: haurrak, gaixoak, haurdunak eta adinekoak. Halaber, familiako kide bakar bati baino ez zaio arreta ematen. Osasun-zerbitzuak erabiltzeko oztopo horrek ondorio nabarmenak ditu osasunean: diagnostikoaren atzerapena da nagusia. Gainera, horren ondorioz, jendeak zerbitzu publikora jotzeko motibazioa galtzen du, eta arreta zerbitzu pribatuetan bilatzen du edo zuzenean jotzen du farmazietara, osasun-arazoa sendatzeko gokiak direla uste duen sendagaiak erostera.

Zerbitzu espezializatueta itxarote-denbora eta arretaren atzerapena hertsiki lotuta daude SESALen osasun-zerbitzuen egiturazko gabeziekin, hau da, laguntza-baliabide gutxi egotearekin (baliabide materialak eta giza baliabideak), arreta-ordutegiarekin eta laguntza-mailen artean erreferentziako sistema funtzionalik ez egotearekin.

Arretaren atzerapena maila guztietan gertatzen den arren, larriagoa da larrialdi-zerbitzuetan eta, batez ere, pertsonak lekualdatu behar direnean. Anbulantziak osasun-zerbitzuen arreta-ordutegian bakarrik erabil daitezke. Orduetegi horretatik kanpo, suhiltzaileen zerbitzuari eskatu behar zaio ambulanzta, edo poliziaren bidez mugitu. Erabiltzaileek ambulanzta erregaiaren kostuak ordaindu behar dituzte, eta hori, biztanle pobreenentzat, oztopo nabarmena da osasun-zerbitzuak jaso ahal izateko. Horrek ondorio oso larriak ekartzen ditu kasu askotan.

Gainera, mailen arteko erreferentziako sistema funtzionalik ez egoteak eta zentroetako osasun-arloko langileen eta lehengaien gabeziak, kasu askotan, biztanleek zuzenean goragoko mailetara jotzea eragiten du. Lehen mailako arreta-sisteman sartzeko atea izan beharko litzateke, baina SESALen erreferentziako edo kontraerreferentziako sistemarik ez egoteak edo horien ahuleziak eragiten du goragoko mailetara zuzenean jotzea maila horretatik igaro gabe, beharrezko arreta-zerbitzuen bila. Horren ondorioz, pertsonak euren kabuz joaten dira zerbitzu espezializatueta eta haiek ordaintzen dituzte gastuak. Ilara egiten dute arreta jasotzeko, eta beti ez dute hori jasotzen.

Afiliazioa frogatzeko sistema formalik edo identifikatzeko osasun-txartelik ez egoteak eta laguntza-koordinazioaren gabeziak laguntzaren jarraitutasuna zaildu eta ezinezko ere egiten dute. Egiturazko hutsune horiek akatsak eragin ditzakete sendagaietako edo tratamenduei dagokionez. Arretaren kalitateari dagokionez, arreta-maila guztietako osasun-arloko langileen falta eta erabiltzaileek lehengai eta tresna medikoetan duten konfiantza falta oztopoa dira osasun-zerbitzuak erabiltzeko, eta erabiltzaileak zerbitzu pribatuak erabiltzera bultzatzen dituzte.

Hauexek dira erabiltzaileen ezaugarriekin lotutako oztopoak: osasun-zerbitzu publikora joateko gastuari edo tratamendua jasotzeko gastuari aurre egiteko *baliabide ekonomikoaren falta* eta *isolamendu geografikoa* laguntza-baliabideekiko. Landa-eremuko biztanleen zati handi batek dio medikuntza naturala erabiltzen duela osasun-zentro batera joateko gastuak edo tratamenduen eta proben gastuak ordaindu ezin dituztenean. Emakumeen kasuan, bereziki landa-eremuetan, haien zaintzaile-rolaren eraginez, osasun-zerbitzuetara

jotzen dutenean, seme-alabak artatzeko izaten da, eta haien zainketa bigarren mailan uzten dute. Zainketa hori automedikazioaren edo medikuntza naturalaren bidez egiten dute. Gainera, osasunaren eta osasun-zerbitzuen ikuspegi androzentrikoak emakumeen osasun-egoera jakinak ikusezin egiten laguntzen du, hala nola sexu- eta ugalketa-eskubi-deak. Horrek zerbitzuak hotzak izatea dakar, sexu- eta ugalketa-osasunak eskatzen duen berotasunik gabekoak.

Osasun-zerbitzuetarako sarbidea errazten duten elementutzat jotzen dira pazienteak lekualdatzeko eta medikuntza naturala erabiltzeko erkidegoko langileek antolatutako batzordeak.

Biztanleen osasun-zerbitzuak erabiltzeko *baliabide ekonomikoen gabezia* oztopo nagusietakoa da osasun-zerbitzuetarako sarbideari dagokionez. Garraioa, kontsultak, proba diagnostikoak edo sendagaiak ordaindu behar dituztenez, askotan ez dituzte zerbitzuak erabiltzen ordaintzeko dirurik ez dutelako. Horrela, farmazian sendagai bat erostea edo arreta atzeratzea erabakitzen dute, horrek osasun-arazoak eragin baditzake ere. Udalerri batzuek osasun-programa bat dute, eta, horren bidez, biztanle ahulenei etxex etxeko bisitak eskaintzen dizkiete eta analisisien eta sendagaien zati bat ordaintzen diete. Baina hori ez da udalerrri guztietan gertatzen, eta estaldura mugatua da. Baliabide gutxien duten erabiltzaileentzat, batez ere landa-eremuetakoentzat, medikuntza naturala aukera bat da arreta jasotzearen oztopo ekonomikoak gainditzeko eta osasun-arazoa konpontzeko.

Isolamendu geografikoa, komunikazio-bideen gabeziarekin edo egoera txarrarekin eta eguraldi txarrarekin batera, oztopo nabarmena da osasun-zerbitzuak jaso ahal izateko. Faktore horiek zeharkako kostua dakarte erabiltzaileentzat, eta, batzuetan, konplexutasun-maila handiagoa duten zerbitzuak erabiltzeko oztopo gaindiezinak dira.

Larrialdiko Garraioaren Erkidegoko Batzordeak osasun-zerbitzuetarako sarbidea errazten duten elementuak dira. Batzordeek erkidegoko langileek osatzen dituzte, Osasun Idazkaritzaren antolaketa-estrategia bati jarraikiz. Halaber, elementu garrantzitsuak dira osasun-zerbitzuetarako sarbidea errazteko, koordinazioarekin, laguntzarekin, eta informazioarekin lotutako lanak egiten baitituzte, baita garraiorako funtsez hornitu ere.

3. OSASUN-SISTEMAREN ERREFORMAK HONDURASEN: ERRONKAK ETA MEHATXUAK

Laurogeita hamarrek hamarkadaren hasieran, Estatu Modernizatzeko eta Erreformatzeko markoaren barruan, Hondurasek, Latinoamerikako beste herrialde batzuek legez, osasun-sektorea erreformatzeko prozesu bat bultzatu zuen. Testuinguru horretan, Osasun Arloa Modernizatzeko Batzorde Nazionalak sistema eraldatzeko proposamen bat definitu zuen, bost osagarri espezifiktan oinarrituta: Osasun Idazkaritzaren errektoretza-lana indartzea, IHSSrekin gutxika integratzea, osasun-zerbitzuen sarearen osotasuna, deszentralizazioa eta gizarte-ekitatea, -eraginkortasuna, -efikazia eta -partaidetza.

Osasun-sektorearen erreformak Osasun Idazkaritzaren errektoretza-funtzioa indartzea proposatzen du, bai eta finantzaketaren, aseguramenduaren eta zerbitzu-emakidaren

funtsezko funtzioak banatzea ere. Beraz, Osasun Idazkaritzak kudeatzeko arduraren hartuko du, eta zerbitzuak ematea erakunde publikoen edo pribatuen (irabazi-asmokoak edo irabazi-asmorik gabekoak) esku geratuko da, eta kudeaketa egokirako pizgarri-sistema bat ezarriko da, edo zigor-sistema bat helburuak eta xedeak ez betetzekotan. Gainera, hornitzaileek osasuneko arreta integraleko sare nazional batean antolatu beharko dituzte beren buruak, udal-sareez edo udalarteko sareez osatutakoa. Sare hori, bestalde, lehen eta bigarren mailako arretetako mikro sareetan antolatu beharko da, gaur egungo ereduak ordezkatzeko.

CEPALen Osasun Erreforma Hondurasen [2006] izeneko txostenaren arabera, erreforma hauek egin dira: 1) Osasun Idazkaritzaren garapen instituzionala; 2) Gizarte Segurantzaren Honduraseko garapen instituzionala; 3) ospitale-kudeaketaren hobekuntza eta 4) estalduraren hedapena. Osasun Idazkaritzaren garapen instituzionalari dagokionez, Munduko Bankuak Osasun Idazkaritza eraldatzea gomendatu zuen, biztanle pobreen osasun-zerbitzuen erakunde errektorea eta finantzatzailea bihurtu zedin, sektore pribatuari osasun-zerbitzuak erosiz. Horrez gain, finantzaio- eta hornidura-funtzioen bereizketa gogorarazi zuen. Xede horrekin, tokiko kudeatzaileek zerbitzuen emakida administratuko dute (SESALek finantzatuko ditu), pizgarrien edo sarien sistema baten bidez kudeaketa egokirako, edo zigor-sistema baten bidez helburuak edo xedeak betetzen ez diren kasuetarako. Biztanleriaren aseguramenduari dagokionez, Osasun Arloko Estaldura Unibertsal (CUS) baten ikuspegia planteatu zen. Horretan, errektoretza-funtzioaz gain, SESALek biztanle pobreen osasuneko aseguru publiko nazional bat izango luke (pakete espezifikoekin eta estaldura selektiboarekin), bai eta IHSS bat ere. Azken hori aseguratzailerik gisa baino ez zen arituko, bere afiliatuentzako zerbitzuak kontratatuko lituzkeelako hornitzaile publiko eta pribatuekin.

Eredu berria gauzatzeko, Garapenerako Amerikarteko Bankuaren (BID) laguntza tekniko itzulezinen bitartez, aurrekontu-egitura berri bat definitu zen Osasun Idazkaritzarako, eta horren emaitza izan ziren kudeaketa-eredu berriak. Eredu horiek oinarrizko paketeak eta horiek finantzatzeko eta emateko paketeak entregatzean oinarritzen dira, fundazioen, mankomunitateen, gobernu kanpoko erakundeen eta elkarte komunitarioen bidez. Hala ere, Garapenerako Nazioarteko Lankidetzaren Suediako Agentziaren azterketa baten ostean, agerian jarri zen eredu berri horiek, nazioarteko erakundeen (esaterako, Munduko Bankua) laguntza jasotzen dutenez, programa berezian parte izan direla eta ez direla Osasun Idazkaritzaren antolakuntza-estrategiaren parte izan. Hortaz, beren jasangarritasuna etorkizunerako kolokan geratu da.

Honduraseko osasun-erreformaren osasunerako eskubidearen mehatxu nagusia da sistema unibertsal eta doakoa lortzea helburu ez duela, baizik eta historikoki oinarrizko paketeen bidez baztertuta egon den biztanleriaren estaldura handitzea. Osasunerako eskubidea eskubide unibertsal eta doako gisa planteatzen ez bada, zaila izango da eskubidetzat hartzea.

Bigarren mehatxua da osasuna erreformatzeko egitura. SESAL erakunde errektorea bihurtzea lortu nahi da. Hala ere, historikoki SESAL ahula izan da errektoretza-funtzioari dagokionez, eta hori ez da aldatu oraindik. Gainera, erakundeak zatituta daude, eta horri gehitu behar zaio gastuen desoreka; biztanleei, eta, bereziki, talde txiroenei gehiegizko karga finantzarioa eragiten ari diena. IHSS eta SESAL bateratuta ez daudenez, soldatiko biztan-

leek gainerako biztanleek ez dituzten osasun-zerbitzuak dituzte. Aintzat hartzen badugu Harten Alderantzizko Arretaren Legea, ikusiko dugu biztanleei IHSSak aseguratu gabeko oinarrizko osasun-paketeak eskaintzeak lan formal bat duten biztanleen eta ez dutenen arteko aldea handitu besterik ez duela egingo. Ondorioz, biztanle pobreenek, osasun-zerbitzu publiko doakoak behar dituztenek ezingo dituzte oinarrizko paketeen gehituta ez dauden tratamenduak ordaindu, eta horrek, osasun-arrazoiengatik, gastu katastrofikoak izateko arriskua eragingo die.

Hirugarren mehatxua da finantzazio- eta hornidura-funtzioen bereizketa. Gaur egungo Honduraseko osasun-azpiegiturak biztanleria osoari osasunerako sarbidea bermatzeko gai ez direnez eta eraginkortasunik ez dutenez, bereizketa egitea beharrezkotzat jotzen da. Hala ere, deszentralizazio edo zuzeneko pribatizazio bidezko bereizketa hori gauzatu eta biztanleen osasunari eragin aurretik, errektoretza-erakunde bat egon behar da. Horrek nahikoa sendotasun izan behar du funtzioen bereizketak biztanleen osasunerako eskubidea ahulduko ez duela bermatzeko, eta aukera eman behar du osasun-zerbitzuak hedatzeko. Finantzazio- eta hornidura-funtzioak bereiztearen aldeko zenbait argudio dago. Arrakasta handienetako bat da zerbitzu pribatuak publikoak baino eraginkortasun eta efikazia handiagokoak dituela. Beraz, gastu txikiagoak eta zerbitzu hobekak izango ditu. Hala ere, Oxfam Internationalek argitaratutako azterketa [2009] batek -herrialde ezberdinetako osasun-sistema publikoan neurri pribatizatzaileen ezarpena aztertu zuen- agerian utzi zuen, lehenik eta behin, osasun-zerbitzuak kudeatzeko zerbitzu pribatuak kontratatzea ez zela efikazia eta eraginkorra; izan ere, zerbitzuen kostuak gora egiteko joera du eta behar handiena duten biztanleak baztertuta geratuko ziren. Bigarrenik, hornitzaile pribatuak arautzea erakunde errektore eta arautzaile sendo bat gabe oso zaila da eta ustelkeria-mailak handitu ohi ditu.

Nazioarteko erakunde gehienek legez, osasunerako eskubidea oinarrizko giza eskubidea dela eta oinarrizko osasun-zerbitzuetarako eskubidera mugatzen ez dela eta mugatzaile sozialak eta ekonomikoak barne hartzen dituela ulertzen badugu, konturatuko gara Honduras oso urruti dagoela helburu horretatik, ekitateko eta justizia sozialeko irizpideei jarraikiz unibertsaltasuna lortzeko osasun-politikarik ez baitu. Demokrazia desberdintasun sozialeko prozesu sakon batean ezarri da Hondurasen. Horren oinarriak dira ekonomiaren egitura-egokitzapenerako programak eta zerbitzu eta ondasun publikoen merkataritza-eta finantza-liberalizazioa. Osasun-zerbitzuak politika neoliberelekin kudeatzeak ez ditu osasun-zerbitzuen efikazia eta eraginkortasuna handituko; desberdintasuna eta biztanleriaren pobrezia handituko ditu. Horrez gain, adierazi behar da Honduraseko erreformak Kolonbian ezarritako ia eredu berdina duela. Gaur egun, eredu horrek porrot egin du osasun-arloa unibertsal bihurtzeari dagokionez eta sistemaren porrot ekonomikoa eragin du. Ustelkeriaren ebidentziak egon dira, ospitale publikoei ez zaizkie hainbat ordainketa egin eta aseguru-etxe pribatuek irabazi handiak izan dituzte.

Azkenik, agerian geratu da osasunerako eskubidearen bi elementu garrantzitsu ez daudela: Honduraseko gizartearen parte-hartzea eta ahalduntzea osasunaren inguruan eta osasuneko lehen mailako arretako eredia, paradigma biomedikoez haratago doana. Elementu horiek izan gabe, Honduraseko osasun-erreformak ezingo du Honduraseko medikuen elkargoak eman dion definizioaz haratago joan: erreforma horretan, osasun-sistemaren pribatizazioak banku-sistemak eta pribatizatzaileek gainbegiratutako pribilegio bihurtzen du osasunerako eskubidea [Carmenate-Millan, 2016].

OSASUNERAKO ESKUBIDEA EL SALVADORREN: MEHATXUAK ETA ERRONKAK

El Salvadorreko Errepublikak Erdialdeko Amerikako ipar-mendebaldean dago, Ozeano Barearen kostaldean. Iparraldean eta ekialdean Hondurasekin egiten du muga; hegoaldean, Ozeano Barearekin; mendebaldean, Guatemalarekin; eta, hego-ekialdean, Fonsecako golkoak Nikaraguarekin banantzen du. Erdialdeko Amerikako herrialderik txikiena da, eta 21.041 km²-ko azalera du. Populazio-dentsitatearik handiena du ere bai, kilometro karratu bakoitzeko 309,9 biztanlerekin. 2016an, 6.146.000ko biztanleria estimatua zuen, eta batez besteko adina 24 urte ziren. Beraz, biztanleria gaztea du. San Salvador da populazio-dentsitate handiena duen barrutia. Bertan dago herrialdeko hiriburua, eta bertako metropolialdean bizi da herrialde osoko biztanleen % 27,2 [EHPM,2016].



El Salvadorreko biztanle indigenak (funtsean, lencak, cacaoperak eta ahua/pipilak) landa-eremuetan bizi dira eta beren ekonomia iraupeneko nekazaritzan oinarritzen da. Haietako % 38,3 muturreko pobrezian bizi da, eta % 61,1 pobrezia-aren atalasearen azpitik [Munduko Bankua, Laguntza Teknikoko Eskualde Unitatea, Hezkuntza Ministerioa, 2002]. Azken hamarkadetan, El Salvadorreko kultura eta nortasuna Amerikako Estatu Batuetaranzko eta beste herrialde batzuetaranzko migrazioarekin lotuta egon da. Zehazki, Amerikako Estatu Batuetara emigratzen duten salvadortarrak gizarte-talde ezberdinen patroia eta kontzeptzio kulturalak zein generokoak aldatzen ari dira nazioan zein toki-mailan.

El Salvador trantsizio epidemiologikoko prozesu batean dago. Horretan gaixotasun transmitigarriak eta kronikoak zein kanpoko kausengatiko heriotza-tasa altuak daude. 2017an, bigarren heriotza-kausa pertsonen arteko indarkeria izan zen. Ondorioz, bigarren homizi-

dio-tasarik handiena duen herrialdea da mundu osoan [63,2 100.000 biztanleko], Hondurasen ostean [66,8 100.000 biztanleko].

Diru-sarrerren banaketa desberdinari dagokionez, El Salvadorrek 40,8ko Gini koefizientea zuen 2015ean¹³, Erdialdeko Amerikako txikiena eta Amerika osoko batez bestekoa baino txikiagoa [46,3]. Halere, desberdintasun handiak adierazten ditu errentaren banaketan. Izan ere, biztanleen % 20 aberatsenek diru-sarrera guztien % 47,4 jasotzen dute, % 20 pobreenek % 61 jasotzen duten bitartean¹⁴. El Salvadorreko biztanleen % 28,3 landa-eremuetan bizi da, eta hor dago pobrezia-indizerik handiena [% 58,5]. Hiriguneetan, berriz, indize hori % 22,5 da. Salvadortarren % 35,2 pobrezia multidimentsionaleko¹⁵ egoeran dago, baina landa-eremuetako biztanleen artean, ehunekoia 50 baino handiagoa da [STPP, MINEC-DIGESTYC, 2015].

Gizarte-ahulezia bat-batean agertu da dramatikoki, ahulezia ekonomikoaren eta ingurumen-ahuleziaren eskutik, eta nazioarteko laguntzarekin garapena finkatzeko beharrari buruzko eztabaidetan asko aipatu dute. Emigratzaile-taldekikiko [Amerikako Estatu Batuetan kontzentratuak] mendekotasunaren igoerak BPGdren % 16,4 osatzen du, eta, neurri handi batean, herrialdearen hazkunde ekonomikoa azaltzen du. Baina, aldi berean, kontsumoari oso lotua dagoen eta Amerikako Estatu Batuetako krisien eraginagatik oso ahula den ekonomia bat definitzen du. Azken urteetan aurrerapenak egon badira ere zenbait sektoretan, hala nola nekazaritza eta abeltzaintzakoan, merkataritzan eta zerbitzuen sektorean, sektoreak ez dira gai izan desenpleguaren igoera saihesteko eta ekonomia formala murrizteko.

3. TAULA. El Salvadorreko oinarrizko adierazleak ¹⁶

Adierazle demografikoak eta sozioekonomikoak

Azalera km ² -tan.....	21041
Biztanleak (milaka) ²⁰¹⁶	6.146
Batez besteko adina (urteak) ²⁰¹⁶	27
15 urtetik beherako populazioa (biztanleen %) ²⁰¹⁶	26
65 urtetik gorako populazioa (biztanleen %) ²⁰¹⁶	8
Landa-eremuetako populazioa (guztizkoaren %) ²⁰¹⁶	38.3
Jaiotzak (milaka) ²⁰¹⁶	104.8
Ugalkortasunaren tasa globala (haurrak/emakumeak) ²⁰¹⁶	1.9
Emakumeen bizi-itxaropena jaiotzean ²⁰¹⁵	77.9
Gizonen bizi-itxaropena jaiotzean ²⁰¹⁶	68.8
Urteko biztanleriaren hazkundera (%) ²⁰¹⁶	0.3

¹³ <http://www.worldbank.org/en/country/elsalvador>

¹⁴ <http://www.worldbank.org/en/country/elsalvador>

¹⁵ 2015ean, El Salvadorrek dimentsio anitzeko pobrezia-aren neurria hartu zuen, guztira, hogeai adierazle ongizatearen oinarrizko bost dimentsioetan oinarrituta: a) hezkuntza; b) etxebizitzaren baldintzak; c) lana eta gizarte-segurantza; d) osasuna, oinarrizko zerbitzuak eta elikadura-segurtasuna eta e) habitataren kalitatea.

¹⁶ OMS, 2016

Emakumeek batez beste eskolan ematen dituzten urteak ²⁰¹³	6.2
Gizonek batez beste eskolan ematen dituzten urteak ²⁰¹³	6.9
Emakumeen alfabetatze-tasa (%) ²⁰¹⁶	12.5
Gizonen alfabetatze-tasa (%) ²⁰¹⁶	8.8
Giniren indizea ²⁰¹⁵	40.8
Giza garapenaren indizea ²⁰¹⁵	0.680
Ur-iturri (hirigunean) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵	95.4
Ur-iturri (landa-eremuan) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵	76.2
Saneamendu-instalazio (hirigunean) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵ ..	99.5
Saneamendu-instalazio (landa-eremuan) hobetuetarako sarbidedun biztanleria (%) ²⁰¹⁵ ..	94.6

Osasun-adierazleak

Amen heriotza-tasa (jaiotako 1000ko) ²⁰¹⁶	27.4
Haurren heriotza-tasa (bizirik jaiotako 1000ko) ²⁰¹⁵	10.2
5 urtetik beherakoen heriotza-tasa (bizirik jaiotako 1000ko) ²⁰¹⁵	11.8
Jaioberrien heriotza-tasa (bizirik jaiotako 1000ko) ²⁰¹³	6.6
Heriotza-tasa orokorra (kausa guztiak) (1000 biztanleko) ²⁰¹³	7.3
Pisu txikia jaiotzerakoan (<2.500 g) (%) ²⁰¹⁵	9.4
5 urtetik beherako haurren desnutrizio kronikoa (%) ²⁰¹⁴	14.0

Baliabideen, sarbidearen eta estalduraren osoaren adierazleak

Langile medikoak (10.000 biztanleko) ²⁰¹⁴	15.5
Erizainak (10.000 biztanleko) ²⁰¹⁴	11.2
Dentistak (10.000 biztanleko) ²⁰¹⁴	5.3
Ospitaleko oheak (1.000 biztanleko) ²⁰¹²	11.0
Langile medikoek artatutako erditzeen proportzioa ²⁰¹⁴	98.0
Langile prestatuek emandako jaio aurreko arreta, 4 + bisita (%) ²⁰¹⁵	74.0
Ospitaleko erditzeen proportzioa ²⁰¹⁴	91.1
Gastua osasunean, gutzira (BPGdren %) ²⁰¹⁶	6.8
Gastu nazional publikoa osasunean (BPGdren %) ²⁰¹⁴	4.5
Gastu nazional pribatua osasunean (BPGdren %) ²⁰¹⁴	2.3
Osasunaren gastu publikoa (osasunaren gastu osoaren %) ²⁰¹⁶	66.0
Osasunaren gastu nazional pribatua (osasunaren gastu osoaren %) ²⁰¹⁶	34.0
Osasunaren per capita gastua gutzira (US\$) ²⁰¹⁴	280
Etxeen ordainketa zuzenak (gastu pribatuaren %) ²⁰¹⁶	82.0
Etxeen ordainketa zuzenak (osasunaren gastu osoaren %) ²⁰¹⁶	28.0

Iturria: eraketa propioak kontsultatutako iturriak oinarri harturik

Hezkuntza-adierazleen arabera [EHPM, 2016], 10 urtetik gorako pertsonen % 10,8k ez daki irakurtzen eta idazten. Landa-eremuetan % 17,3k ez daki, eta, hiriguneetan, berriz, % 6,9k. Halaber, desberdintasunak nabaritzen dira landa-eremuetako eta hiriguneetako hezkuntza-estaldurari dagokionez. Landa-eremuetan, txikiagoa da eskolatutako haurren ehunekoak, batez ere, 12 urtetatik aurrera, adin horretan amaitzen baita nahitaezko eskolatzeko. Hortaz, batez besteko eskolatzeko urteko kopurua 6,8 da. Nolanahi ere, San Salvadorreko metropolialdean 8,8 urte da, eta, landa-eremuetan, 5 urte. El Salvadorreko eskola-asistentzia garbiaren tasa % 28,1 da. Kintilen arabera aztertuz gero, ikusiko dugu aldea dagoela

diru-sarrera gutxiagoko kintalaren (% 20,7) eta diru-sarrera gehiagoko kintalaren (% 30,6) artean [EHPM, 2006].

Osasun-adierazleen arabera, 2016an amen heriotza-tasa estimatua 27,4 izan zen bizirik jaiotako 100.000 biztanleko. Erdialdeko Amerikako bigarren txikiena izan zen Costa Ricaren ostean [26,5]. 5 urtetik beherako haurrei dagokienez, heriotza-tasa 11,8 izan zen bizirik jaiotako 1.000ko [2015]. Tasa hori Erdialdeko Amerikako istmoko bigarren txikiena, Costa Ricaren ostean [8,9]. Heriotza-tasa hori Erdialdeko Amerikakoaren [22,2] oso azpitik dago, bai eta Latinoamerikako eta Karibeko batez bestekotik ere [19,6]. Hain zuzen ere, El Salvadorrek milurteko garapenerako 4. eta 5. helburuak bete ditu 5 urtetik beherako haurren heriotza-tasa murriztuz eta amen osasuna hobetuz [El Salvadorreko Errepublikaren Gobernuak, Nazio Batuen Sistema El Salvadorren, 2014]. Aurrerapen horiek gorabehera, ekitate-terminoetan desberdintasunak daude haurren eta amen heriotza-tasei eta desnutrizio kronikoari dagokienez. Izan ere, tasa horiek landa-eremuetako pertsoneri eragiten diete batez ere [Familia Osasuneko Inkesta, FESAL, 2009].

1. OSASUN-SISTEMA EL SALVADORREN

El Salvadorreko Errepublikaren 1983ko Konstituzioaren 1., 65. eta 66. artikuluek hauxe diote: *Estatuak bermatu behar du osasunaz gozatzeko eskubidea, ugazabek, langileek eta Estatuak berak finantzatzutako Gizarte Segurantzako sistema baten bidez. Halaber, doako osasun-zerbitzua eman behar die hartan Gizarte Segurantzaren osasun-eskubidea gehituta ez duten biztanleei, eta Estatuak eta pertsonak eskubide hori kontserbatu eta lehengoratu behar dute.* 2007an, Osasun Sistema Nazionala Sortzeko Legea onartu zen. Haren bitartez, zenbait aurrerapen xedatu ziren arreta-ereduari dagokionez. Eredu horren oinarria zen familia-osasunaren *ikuspegiaren ardatz nagusiak zirela osasunaren prebentzioa eta sustapena eta osasunaren tokiko mugatzaileak, alderdi ekonomikoekin, kulturalekin, demografikoekin eta ingurumenekoekin lotuta.* 3. artikuluan jasotzen denez, *Osasun Sistema Nazionalaren [SNS] xedea da osasun-zerbitzuetarako sarbidea lurralde horretako biztanle guztien gizarte-eskubidearen berme konstituzionala betetzea, eta haren bereizgarriak dira humanismoa, erabiltzailearekiko errespetua, etika, adeitasuna, unibertsaltasuna, ekitatea, elkartasuna, subsidiarotasuna, irisgarritasuna, kalitatea, osotasuna, efikazia, eraginkortasuna, aukera eta gizarte-partaidetza.* 4. artikuluan jasotzen dira estaldura handiagoko lortzeko, osasun-arloko desberdintasunak murrizteko eta osasunaren sustapenean oinarritutako arreta-eredu bat garatzeko beharrak. Gainera, Osasunaren Politika Nazionalaren arabera, Osasun Sistema Nazionalak, *osasun integraleko lehen mailako arretan oinarritua, gutxika osotasunera joko duen kopuru eta kalitateko prestazio-multzo bat emango du unibertsalki, zerbitzu publikoen sarearen bitartez.*

Osasun Sistema Nazionala Sortzeko Legea egin zenetik [2007], SNS osatzen dute Osasun Ministerioak [MINSAL], Gizarte Segurantzaren El Salvadorreko Institutuak [ISSS], Osasunerako Funts Solidarioak [FOSALUD], Osasun Militarreko Komandoak [COSAM], Irakaspen Ongizatearen El Salvadorreko Institutuak [ISBM], Errehabilitazio Integraleko El Salvadorreko Institutuak [ISRI], Osasun Publikoaren Batzorde Gorenak eta Osasun Arloko Giza Balia-bideen erakunde prestatzaileak [SNS sortzeko Legearen aurreproiektua, 2007]. Halaber, berariaz ezartzen da erakunde pribatuek Osasunaren Politika Nazionala bete behar dutela

osasu-zerbitzuak emateko, eta ezohiko izaerarekin eta denbora mugatua bakarrik eman ditzaketela. Edonola ere, ezin dituzte Estatuaren funtzio horiek ordeztu. 2007ko legearen bidez Osasunaren Sistema Nazional bakarra ofizialki sortu bazen ere, legea ezarri ez zen lortu eragile ezberdinen zatiketa saihestea, finantzazioari zein zerbitzuak emateari dagokienez [FUSADES, 2013]. 2017an, Osasun Sistema Nazionalaren parte diren erakundeek osasu-zerbitzu publiko guztiak bateratzea helburu duen Osasunaren Sistema Integratuaren Legearen proposamena aurkeztu zuten. El Salvadorreko osasu-sistema, sektore publikoaz gain, sektore pribatu batez osatuta dago. Horretan barne hartzen dira irabazi-asmoak dituzten erakunde pribatuak eta irabazi-asmorik gabekoak.

MINSALen zerbitzu-emakida Osasun Zerbitzuen Sare Integratuez eta Integralez antolatzen da, lurralde eta biztanleria zehatz bati zerbitzuak ematen dizkietenez. Osasu-zerbitzuak hiru konplexutasun-mailatan ematen dira. Lehen mailak sistemarako sarbidea osatzen du eta bigarren eta hirugarren mailako ospitale-sarean sartzen da erreferentziako eta kontraerreferentziako sistemen bitartez. Familia Osasuneko Unitate Komunitarioak lurralde-demarkazioak dira, eta, horien bitartez, oinarritzko arreta, bitarteko arreta edo arreta espezializatuak ematen zaie biztanleei. Oinarritzko *Ecoek* (Osasuneko Komunitate Taldeak) etxeko eta komunitateko arreta ematen diete 1.800 familiei hirigunean, eta 300 familiei landa-eremuan. Horrez gain, konplexutasun-maila txikiena ordezkatzeko dute. *Osasuneko Komunitate Talde Espezializatuek* (Eco espezializatuek) etxeko eta komunitateko arreta ematen diete 6.000 familiei hirigunean, eta 8.000 familiei landa-eremuan. Konplexutasun-maila handiagoa ordezkatu eta arretaren jarraitasuna bermatzen dute.

4. TAULA. El Salvadorreko osasun-sistemaren mapa

	SEKTORE PUBLIKOA				SEKTORE PRIBATUA
ZERBITZU-EMAILEA	Osasun Publikoaren Ministerioa (MINSAL)	Osasunerako Funts Solidarioa (FOSALUD)	Gizarte Segurantzaren El Salvadorreko Institutua (ISSS)	Osasun militarra, Irakaspen Ongizatea (ISBM) Errehabilitazio Integraleko El Salvadorreko Institutua (ISRI)	Emaille pribatuak
FINANTZAZIOA	Zergak, maileguak, dohaintzak.	Zergak (tabakoa, alkohola eta armak).	Kotizazioak, langileenak eta enpresarienenak. Estatua.	Egokitutako aurrekontua, kotizazioak.	Poltsikoko ordainketa, enpresaren primak eta indibidualak.
ASEGURAMENDUA	Estaldurarik gabeko bixtanleria.	Estaldurarik gabeko bixtanleria.	Afiliatuak eta onuradunak.	Armada, hezitzaileak eta familia onuradunak. Pertsona desgaituak.	Ordaintzeko gaitasuna duten bixtanleak.
HORNIDURA	MINSALen osasun-zentroak, klinikak eta ospitaleak.	MINSALen osasun-zentroak, klinikak eta ospitaleak eta propioak.	ISSSaren osasun-zentroak, klinikak eta ospitaleak.	Klinika eta ospitale propioak eta zerbitzu pribatuak.	Klinika eta ospitale pribatuak.
BIZTANLE ERABILITZAILEAK	Estaldurarik gabeko bixtanleria.	Estaldurarik gabeko bixtanleria.	Bixtanle afiliatuak eta onuradunak.	Armadako langileak, familiak, pertsona desgaituak ordaintzeko gaitasuna duten bixtanleak.	Ordaintzeko gaitasuna duten bixtanleak.

Iturria: eraketa propioak kontsultatutako iturriak oinarri harturik

Arretako bigarren mailak barne hartzen ditu larrialdietarako arreta-zentroak, oinarriko ospitaleak eta departamendukoak; eta hirugarren maila hiru ospitale nazional espezializatuek osatzen dute: Niños Benjamín Bloom ospitale nazionalak, Emakumearen ospitale nazionalak eta Rosales ospitale nazionalak. Horiek osatzen dute konplexutasun-mailarik handiena.

FOSALUDen zerbitzu-emakida, MINSALen egoitzetan antolatzen da, hari atxikitako erakunde da eta. Arretako lehen mailako zerbitzuak ematen ditu UCSFetan. Horietako % 40an

eguneko 24 orduz ematen ditu, eta gainerakoetan asteburuetan, asistentzia-jarraitasuna bermatzeko eta erreferentzia eta kontraerreferentzia errazteko.

5. TAULA. MINSALen osasun-establezimenduen sare nazionala, 2016

ARRETA-MAILA	ESTABLEZIMENDU MOTA	GAILU-KOPURUA	
		2009	2017
Lehen maila	Familia-osasunaren oinarrizko komunitate-unitateak		420
	Familia-osasunaren bitarteko komunitate-unitateak		293
	Familia-osasunaren komunitate-unitate espezializatuak		39
	Komunitate-unitateak GUZTIRA	377	752
	Amek itxoiteko etxeak	3	21
	Nazioarteko osasun-bulegoa (OSI)	6	10
	Haurren eta amen osasun- eta nutrizio-zentro integrala (CIAMIN)	1	1
	Nerabeentzako osasun integraleko arreta-zentroa (CAISA)	1	1
	Enplegatuen klinika	1	1
Bigarren maila	Larrialdietarako arreta-zentroa (CAE)	2	2
	Oinarrizko ospitaleak	11	11
	Departamentu-ospitaleak	14	14
	Eskualde-ospitaleak	2	2
Hirugarren maila	Eskualde-erreferentziako ospitaleak	3	3
	TOTAL	421	818

Zerbitzu-pakete definiturik ez badago ere, MINSAL eta FOSALUDen zerbitzu-zorroan barne hartzen dira larrialdietarako zerbitzua, adin-tarte guztietarako arreta, laborategiko proba arinak eta oinarrizko sendagaiak. Gainera, MINSALek programa espezifikoen sorta bat du, gaixotasun transmitigarriak saihesteko eta bektoreek transmititutako gaixotasun infekzioen heriotza-tasa murrizteko.

Osasun-baliabideen, osasun-sarbidearen eta -estalduraren adierazleen arabera, herrialdeak egiten duen inbertsioa Costa Ricak eta Panamak bakarrik gainditzen dute Erdialdeko Amerikan. Osasun-sistemak 15,5 mediku, 11,2 erizain eta 5,3 dentista ditu 10.000 biztanleko. Biztanleen osasun beharrak betetzeko eta Garapen Jasangarrirako Helburuak¹⁷ lortzeko OMEak 2015ean gomendatutako zifren gainetik daude horiek (OME, OPS, 2016). Hala ere, desberdintasun handiak daude oraindik landa-eremuen eta hiriguneeen arteko giza baliabideen banaketan. Hain zuzen ere, giza baliabideen dentsitatea 39,7 da 10.000 biztanleko San Salvadorren eta 17,6 10.000 biztanleko Morazánen. Osasun-langileen % 86,1 hiriguneean dago.

¹⁷ http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/

El Salvadorreko osasun-sistemak aurrerapen garrantzitsuak egin ditu, adibidez, bizi-itxaropena handitu da eta haurren heriotza-tasa txikitu da. Hobekuntza horiek, halere, ez diete onura berdina ekarri biztanle-talde guztiei. Hortaz, alde handia dago oraindik osasun-adierazle nagusietan. Osasun-sistemaren zatiketak eta segmentazioak, erakunde autonomo ezberdinek zerbitzuak emanik, desberdintasun handiak eragiten dizkiete biztanleriaren zati batzuei.

Osasunaren gastu osoa BPGdren % 6,8 izan zen 2016an, eta 2009tik, % 0,1eko igoerak eta jaitzierak izan ditu. % 6,8 horren % 66 gastu publikoa izan zen, eta % 34 pribatua. Azken horren % 82 poltsikoko gastua izan zen. El Salvadorren, BPGdren parte gisako gastu osoa eskualdeko herrialdeetakoa baino txikiagoa da, bai eta gastu pribatua ere. Osasun-arloko gastu pribatua, osasunaren gastu osoaren parte gisa, murriztu egin da 2007tik [urte horretan gastu osoaren % 41 zen]. Nolanahi ere, oraindik ehuneko handia da, eta adierazten du osasun-zerbitzuak eskuratzea pertsonen ordaintzeko gaitasunaren araberakoa dela.

Osasun-sistema publikoaren segmentazioa eta haren finantzazioaren desberdintasuna erakunde bakoitzaren per capita gastuan islatzen dira. MINSALek per capita baliabide urriagoak ditu beste osasun-aseguru batera afiliatuta ez dauden biztanleen (% 70 inguru) eskaeri arreta emateko, bai eta pertsona aseguratuei eta “pobreak ez direnei” ere. Bitartean, ISBMren onuradun diren biztanleek, % 2 baino gutxiagok, askoz per capita esleipen handiagoa dute. Halaber, COSAMera biztanleen % 1,5 baino biztanle gutxiago afiliatuta daude, eta horrek du per capita gasturik handiena. Egoera horrek finantzazio-desberdintasunak agerian uzten ditu, eta, horren eraginez, El Salvadorreko biztanleek ez dute osasunerako sarbide-aukera berdina [OPS, 2013].

Sendagaien gastuari dagokionez, El Salvadorrek Sendagaien Politika Nazionala izan zuen 2012ra arte. Funtsezko sendagaien erabilgarritasunari eta prezioari buruz 2006an egindako azterketa baten arabera, baliabide gutxiagoko biztanleek, landa-eremuetan bizi zirenek, oztopo gehiago zituzten sendagaiak eskuratzeko hiriguneetako biztanleek baino. Hiriguneetan, gainera, osasun-langile eta -establezimendu gehienak zeuden. Gainera, prezioak ia araututa ez zeudenez, Osasun Ministerioaren gastua zein poltsikoko gastua sendagaie-tan oso handia zen. 2005ean, marka orijinaleko sendagaien bitartez pilatutako tartekak % 5,2000 izan ziren batez beste, eta inportatutako sendagai generikoen bidezkoak, berriz, % 2,8000; erreferentziako nazioarteko prezioari zegokionez, [Espinoza, Guevara, 2006]. 2011n, etxeetako poltsikoko gastua sendagaie-tan poltsikoko gastu osoaren % 62 izan zen. 2012ko apirilaren 2an Sendagaien Legea indarrean sartu zenean¹⁸, Sendagaien Zuzendaritza Nazionala sortu zen. Horrek gaixotasun infekziosoak eta kronikoak tratatzeko funtsezko sendagaien eta analgesikoen gehieneko salmenta-prezioa arautu zuen, eta % 38 txikitu ere bai. Horri esker, biztanleen poltsikoko gastua % 41,3 jaitsi da, eta, errezeta medikorik gabeko sendagaien gastua, % 10,7 [Sendagaien Zuzendaritza Nazionala, 2017].

¹⁸ 1008 Legegintzako Dekretua, 43. zenbakiko Aldizkari Ofizialean argitaratua 2012ko martxoaren 2an, 394. liburukia

2. OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN MEHATXUAK EL SALVADORREN: OSASUN-ZERBITZUETARAKO SARBIDEA

El Salvadorren, osasun-sistemak estaldura unibertsala izateko erreformak eta horiek garatzeko testuingurua lotuta daude osasunerako eskubidearekin eta biztanleen osasun-zerbitzuetarako sarbidearekin. El Salvadorreko osasun-sistemaren ezaugarri espezifiko batzuk haren ibilbide historikoaren isla dira, esaterako, osasuneko gastu publikoa BPGdren ehuneko bat izatea, erreformarekin hazi dena baina nahikoa ez dena salvadortar guztien osasuna eta haren zatiketa babesteko. Zetiketa horrek enplegu formal eta ordaintzeko gaitasuna dutenei laguntzen die. Osasun-sistemari egindako erreformek zenbait osasun-adierazletan aldaketa nabariak egin badituzte ere (adibidez, haurren eta amen heriotza-tasa jaistea), horiek ez diete biztanle guztiei berdin eragiten. Hortaz, garrantzitsua da osasun-zerbitzuetarako sarbidea eta haren mugatzaileak identifikatzea.

Jarraian, MINSALek eskaintako osasun-zerbitzuetarako sarbidearen oztopoei buruzko emaitzak aurkeztuko dira, arreta bilatzeko prozesukoak zein horien erabilerakoak¹⁹. Emaitzen deskribapenean sarbide-oztopoak eta horiek osasunean dituzten ondorioak jasotzen dira, osasun-zerbitzuen egitura-ezaugarriekin lotutakoak, bai eta antolakuntzakoak eta arretaren kalitatekoak ere; eta, azkenik, biztanleen ezaugarriekin lotutakoak. Halaber, osasun-zerbitzuetarako sarbidea eta horien funtzionamendu egokia errazten dituzten faktoreak aztertuko dira.

Honako hauek erakundeen ahulezia eragiten dute, osasunerako sarbidearen desberdintasunei zuzenean eragiten diena: baliabide publikoen eskasiak, inbertsio sozialerako finantza-baliabideak lortzeko gai den antolakuntzako politikarik ezak, MINSALen erretoretza-ahulezia osasun-langileek erreformarekin sartutako aldaketak onartu nahi ez izateagatik, ebaluazio-prozesuen gabeziak eta MINSALeko eragile ezberdinen arteko zatiketak. Hala, MINSALek ematen dituen asistentzia-zerbitzuetan, **osasun-sistemaren ezaugarriekin** lotutako osasun-sistema bilatzeko eta bertan sartzeko oztopoen inguruko faktoreak dira baliabide materialen eta giza baliabideen zein arreta emateko behar diren sargai medikoen erabilgarritasuna, erabilgarri dauden baliabideen kopuruak zein banaketa geografikoak xedatua.

MINSALen baliabide materialen eta giza baliabideen inguruan, asistentzia-gailu, baliabide logistiko eta giza baliabide gehiago behar direla aipatzen da. Baliabideen urritasuna osasun-arloko gastu publiko nahikoa ez izatearekin lotzen da, eta biztanleen beharrei erantzuna emateko prestazio unibertsal eta berdinak emateko erdua mantentzea zailtzen du. Horrek oztopo bat osatzen du osasun-berdintasunerako. Elkarrizketatu gehienak ados daude erreforma ezarri den herrialdeko barrutietan edo inguruetan osasunerako sarbidea hobea dela. Hala ere, erreformaren ezarpen desberdina, aurrekontu-urritasunaren ondorioz, elementu diskriminatzailea da osasun-prestazioetarako sarbide berdina izateko. Horren ondorioz, pertsona guztiek ezin dituzte kostu berdinak ordaindu zaintza berdinak jasotzeko, beraz, ez dituzte osasun-aukera berdinak.

¹⁹ Ikus eranskin metodologikoa

Osasun-sistemaren zatiketa eta segmentazioa pertsona guztien osasunerako sarbiderako oztopo bat da; izan ere, gastuaren bikoiztasuna sortzen dute eta baliabideen erabilgarritasunari eragiten diote. Gastuaren bikoiztasuna askoz handiagoa da landa-eremuetan. Gainera, sistemaren segmentazioak era larriagoan eragiten die ahulagoak diren zenbait talderi, hala nola askatasunik gabeko pertsoneri (ez diete onurarik ateratzen MINSALen prestazioei, Justizia Ministerioaren ardurapean daude) edo desgaitasuna duten pertsoneri, batez ere, zerbitzuak egokituta ez daudelako eta biztanle horientzako programarik ez dagoelako.

Aurrekonturik eza oztopo bat da arreta-maila guztietako zerbitzuetarako sarbiderako, zehazki, medikuntza espezializatuko zerbitzuetarako eta zerbitzu-zorroan gehitutako prestazioetarako (hala nola, proba diagnostikoak edo ekipo mediko espezializatuak) sarbiderako. Egoera horrek osasun-arloan desberdintasuna handitzea dakar.

Biztanleen osasun-arazoak artatzeko behar diren osasun-langileen gabezia beste oztopo garrantzitsu bat da osasunerako sarbiderako. Sistemaren maila eta kategoria guztietan osasun-langile gutxi daudenez, alde handia sortzen da prest dauden langileen eta sistema publikoak estaldura unibertsal bihurtzeko eta osasun-zerbitzuetarako sarbide efektiboa emateko behar dituenen artean. Egitura-defizit horiek osasun-arloko desberdintasunak eragiten dituzte.

Landa-eremuetan, pertsonen bizitzako baldintza txarrak dituztenetan, giza baliabide gutxi dagoenez, desberdintasunak handitzen ditu osasun-arloan. Arretako lehen mailan, osasun-unitateek ez dute arretarik ematen egunero; izan ere, eguneko aste batzuetan komunitateetan edo etxeetan lan egiten dute osasun-taldeek. Horren eraginez, eskaria oso handia da osasun-unitateek kontsulta ematen duten egunetan. Sistemak ez du gaitasunik eskari horri erantzuteko eta horrek osasun-baliabideen erabilera efektiboa saihesten du. Erreforma egin zenetik, zenbait mekanismo ezarri dira sarbide efektiboa hobetzen saiatzeko. Adibidez, osasun-unitateak hornitu dira urte sozialeko langile medikoekin, baina ez dira nahikoak izan biztanleei zerbitzuetarako sarbidea bermatzeko.

Zerbitzu espezializatuen eskaintza urria denez eta gehienbat hiriguneetan bakarrik egiten denez, beste oztopo bat gehitu behar zaio landa-eremuetan bizi diren biztanleen osasunerako sarbideari, garraila behar dutelako, bidaiaren kostuagatik eta bidaiaren denboragatik. Erreformarekin espezialistaren kontsultak barne hartzen dituzten neurriak hartu dira, komunitate-talde espezializatuen (ECOS) bidez. Kontsulta horiek hileroko egiten dira landa-eremuetako udalerrietan. Hala ere, maiztasun hori ez da nahikoa, eta, gainera, erreforma erabat ezarri den udalerrietan bakarrik egiten dira kontsultak. Horrez gain, larrialdietarako sistema nazionalaren (SEM) ahulezia nabaria da. Sistema hori izan zen erreformaren ardatza eta aurrerapen asimetrikoa izan du lurralde nazionalan, ia bakarrik ezarri baita San Salvadorreko metropolialdean.

Landa-eremuetan ia giza baliabiderik ez egotea beste oztopo bat da sarbiderako. Beste bat distantzia da, asistentzia-gailuen banaketa geografikoa dela medio. Asistentzia-gailuen kopurua handitu bada ere, eta ECOSen ezarpenak osasun-zerbitzuetarako sarbidea errazten badu ere, erreforma erabat ezarri ez denez, hainbat udalerrietako biztanleek distantzia luzeak egin behar dituzte arreta medikoa jasotzeko. Distantzia horiek oinez, garraila publiko edo pribatuz egin behar dituzte. Beraz, bidaia finantzatzeko modua bilatu behar dute, arreta jasotzeko tokietara iristeko.

Sendagaiei dagokienez, El Salvadorreko osasun-sistemaren erreformak lorpen handiak izan ditu oinarrizko paketeen gehitutako sendagaiak eskuratzeko. Bereziki, 2012an Sendagaien Legea onartzeari esker, merkatuko produktuen kalitatea kontrolatzea lortu da, eta sarbide unibertsala bermatze aldera, salmenta-prezioak arautu dira. Halaber, osasun-sistema sareetan antolatzeari esker, sendagaien hornidurarik eza dagoenean, transferentziak egiten dira sareen artean. Ondorioz, sarbidea hobetzen da. Hala ere, oraindik zailtasunak daude generikoak ez diren sendagaietarako benetako sarbiderako, kostu handiagoak dituztenen sarbiderako edo MINSALek ezarritako oinarrizko zerrendan ez dauden sarbiderako, eta, bereziki, prekarietate ekonomikorik handiena duten gizarte-taldeen kasuan. Hainbatetan, sendagairik ez dagoenez, erabiltzaileari arreta-maila espezializatua go batera igortzen zaio, sendagaia eman diezaioten. Horrek mugitzeko denbora behar du eta garraioa ordaintzeko kostuak eragiten ditu.

Pertsona gaixoak garraiatzeko baliabide materialei dagokienez, anbulantzien bidez lekualdatzea oztupo bereziki larria da landa-eremuetako komunitate isolatuetan; izan ere, anbulantzia gutxi daudenez, eskari guztiak ezin dira bete. Urritasun hori asistentzia-maila guztietan dago, eta, horren eraginez, pertsonak garraiorako zerbitzu pribatu bat kontratatu edo anbulantzia bat erabilgarri egon arte itxaron behar dute. Egoera horiek arretaren zeharkako kostuak handitzen dituzte, garraioa dela medio. Horrez gain, osasun-prozesua larriagotzen dute. Erreformaren bidez Larrialdi Medikoen Sistema ezarri bazen ere, horrek San Salvadorreko metropolialdean jarduten du soilik. FOSALUDEk anbulantziak eta larrialdietarako unitate mugikorak ditu ere bai, hala ere, FOSALUD ez dago komunitate guztietan. Erreformarekin garraio-sistema bat ezarri zen 4 ECOs-ko (anbulantzia edo *pick-up*), baina garraio horren bidez lehentasuna ematen zaionez emakume haurdunak eta haurrak garraiatzeari, gainerako beharrak ez dira betetzen normalean.

Osasun-zerbitzuen antolakuntzari dagokionez, erabat funtzionala den erreferentziatzko sistema baten gabezia eta arretaren kalitatea osasun-sistemaren sarbiderako oztupoak dira, arreta-ordutegiaren eta arreta-maila guztietako itxaron-denbora luzeen (lehen mailan FOSALUDen eta MINSALen arteko koordinaziorik ezagatik eta espezialista-gabeziagatik) eraginez. Hala ere, osasun-sistema publikoetan zerbitzuengatik ordainketa kentzeak aukera eman du muga ekonomiko handiagoak dituzten biztanleei sarbidea hobetzeko.

Arreta-ordutegiak eta arreta jasotzeko itxaron-denborak oztupoak dira arretarako sarbidean, arretaren lehen mailan zein bigarrean. Bat-bateko kontsultan, kontsulta programatuan eta prozedura kirurgikoetan sartzeko itxaron-denborak gehiegizkotzat jotzen dira, baina profesionalari errugabetzen zaio, eta garrantzia ematen zaio baliabide medikoen eta materialen gabeziari zein osasun-sistemaren baliabide ekonomikoen urritasunari. Horrez gain, kontuan hartzen badugu patologia kronikoen tratamendu jarraitua behar dutela, pertsonak gaitz txiki gisa hartzen dute itxaron-denbora hori, tratamenduen kostu ekonomiko ezin bailukete ordaindu.

Erabat funtzionala den erreferentziatzko sistema bat ez egoteak tratamenduen eta protokoloen asistentziaren eta segimenduaren jarraipenari eragiten dio. Diziplina anitzeko taldeen arteko koordinazioa eta osaera nahikoa ez denez, eta osasun-zerbitzu publikoaren erreferentziatzko eta kontraerreferentziatzko sistemak ahulak direnez, erreformak haiei ekin die. Hala ere, arretaren bigarren mailara erreferentziarik gabe jotzeko aukera dago, beraz, arretak aldizkakoak dira eta ez dute jarraitasunik eta segimendurik. Ondorioz, per-

tsunaren osasun-arazoari ez zaio heltzen. Lehen mailako arreta-ordutegien nahiz baliabide materialen eta giza baliabideen urritasunaren ondorioz, biztanleek hurrengo arretamailak erabiltzen dituzte, egoeraren larritasunak hala eskatzen ez badu ere. Asistentziari jarraitasuna emateko zailtasuna zuzentzeko beharrezkotzat jotzen dira erreformarekin ezarritako zerbitzuak emateko sistemaren ahaleginak.

Arretaren kalitatea hobetu egin da erreformaren ostean. Hura hobetzeko elementu nagusiak izan dira Osasun Ministerioak emandako osasun-langileen humanizazio-programak eta gizartea equicustatzeko prozesuak. Hala ere, osasun-langilerik eta hornidurarik ez egoteak etengabe arreta emateko, asistentzia-prozesua garatzeko baldintzei eta kalitatea txarra dela usteari eragiten die.

Pertsona erabiltzaileen ezaugarriekin lotutako oztopoak dira asistentzia-zentroetara joateko garraioaren gastua ordaintzeko baliabide ekonomikoen gabezia, osasunaren eta osasun-sistemaren inguruko pertzepzioa eta indarkeria sozialeko klima. Oztopo horiei gehitu behar zaizkie osasun-zerbitzuetan nagusi den paradigma biomediko ikuspegi androzentrikoa eta helduzentrikoa. Hala, emakumeen zein nerabeen osasun-beharretarako ikuspegi espezifiko egokirik ezak zailtasun handiagoak eragiten dizkie talde horiei beren osasun-arazoak sistema publikoan konpontzeko, eta horrek desberdintasunak handitzen ditu osasunean. Horren inguruan, elementu laguntzaileak dira komunitatea eta Osasunaren Foro Nazionala.

Biztanleek baliabide ekonomikorik ez dutenez asistentzia-zentroetara joateko garraioa edo tratamendu espezializatuak ordaintzeko, beste oztopo bat gehitu behar zaio osasun-zerbitzuen sarbideari. Pertsona horiek, orduan, ahulak dira osasunaren arloan, eta horrek guztiak zail bihurtzen du pertsonak baldintza berdinetan sarbidea izatea osasun-sistema publikora. Oztopo geografikoa konpontzeko, pertsonak zerbitzuaren tokira iristeko joan-etorriak finantzatzeko moduak bilatu behar dituzte. Hala, ezagunen eta familiako kideen laguntza eskatzen dute. Horiek garraioa ematen diete, haraino laguntzen diete edo bidaiarako behar duten dirua uzten diete. Baliabide ekonomikoen gabeziak desberdintasunak handitzen ditu gaixotasun kronikoen kasuan, bereziki, prebalentzia handikoen kasuan. Giltzurrunetako gaixotasun kronikoa prebalentzia handikoa da El Salvadorreko nekazarien artean, eta dialisirako beste udalerrri batzuetara joan behar dira, eta horrek dakartzan garraio-kostua ordaindu behar dute.

El Salvadorreko gizartean, biztanle askok osasunerako eta osasun-arazoak [eduki sozial handia dutenak barne] medikalizatzeo sarbiderik ia izan ez izateak osasunaren inguruko pertzepzioak eta sinesmenak xedatzen ditu. Konpontzeko, sendagaiak ezinbestekotzat jo dira, argi eta garbi, dirua irabazteko asmoarekin, ez hainbeste osasun-eskubide gisa. Hori argi ikus daiteke sendagaietarako osasun-arloko gastu osoan. Horregatik, erabiltzaileen diskurtsoan sendagaiak toki nagusia hartzen du osasunaren pertzepzioan. Medikuen kontsulta baten ostean sendagairik ez eskuratzea osasunerako sarbidearen oztopo gisa hartzen da, eta osasun-zerbitzu pribatuetara jotzea edo sendagaiak farmazian erostea erabaki ohi da. Osasunaren Foro Nazionala sentsibilizazio-elementu garrantzitsua da gehiegizko medikalizazioaren aurrean, bai eta sendagaiak zentuz erabiltzeko ere, osasuna sustatzeko komunitateetako biztanleak prestatzen ditu eta. Foroaren ekintzek bat egiten dute, osasunari era osoagoan heltzeko, erreformaren politikek osasunaren prebentzio- eta sustapen-ikuspegi berriarekin.

El Salvadorreko biztanleen kopuru handi bat indarkeria sozialeko baldintzetan bizi da. Landa-eremuetan zein hiriguneetan marjinaltasun-tasa handiak daude, eta komunikabideek eta herrialdeko agenda politiko ezberdinek beldurraren kultura suspertzen dute. Horrek guztiak xedatzen ditu komunitateetan eta auzoetan pertsonak zer tokitatik mugitu daitezkeen, aldi berean, komunitate eta auzoak zatitzen ditu. Testuinguru horretan, osasunerako sarbidea izateko oztopoak areagotzen dira; hain zuzen ere, ahulezia ekonomiko handi batetik abiatzen diren biztanleek mugitzeko dituzten zailtasun horrengatik. Asistentziagailuetarako pertsonen sarbidea zein osasun-profesionalen sarbidea komunitateetara hobetzeko estrategiak egin badira ere, batzuetan oztopoak ezin dira gainditu eta zerbitzuak ematea ezinezko bihurtzen da.

Osasunaren Foro Nazionalaren arabera, biztanleen ezaugarrien artean, osasun-zerbitzuetarako sarbideari laguntzeko elementuak dira, alde batetik, komunitatea, osasun-langileekin elkarlanean aritu, garraioa eskaini eta osasun-zerbitzuei informazioa ematen diena; eta, bestetik, gizartearen parte-hartzea osasun-arloan. Osasunaren Foro Nazionalak garraioa, prestakuntza, laguntza eta kontrola ematen du, osasun-unitateetan eta ospitaleetan dauden herritarren iradokizunetarako postontziari dagokionez. Gainera, presio soziala eta politikoa egiten du osasuna eskubide bat izan dadin. Osasunaren Foro Nazionala El Salvadorreko udalerrietako heren batean dago gaur egun.

3. OSASUN-SISTEMAREN ERREFORMAK EL SALVADORREN: OSASUN-ESKUBIDERAKO ERRONKAK

1990eko hamarkadan, alde anitzeko finantza-erakundeek zenbait politika sustatu zituzten Latinoamerikako estatuak modernizatzeko. Politika horiek egitura-egokitzapenetan oinarritzen ziren nagusiki, eta ideia neoliberalen araberakoak ziren. 1993an, Amerikako Estatu Batuetako Nazioarteko Garapenerako Agentziaren (USAID), Munduko Bankuaren (BM) eta Garapenerako Amerikarteko Bankuaren (BID) babespean, *Osasun Sektorearen Analisia* eskualde-proiektua abiatu zen, eta horrek *Osasunaren Erreforma: ekitatearen eta eraginkortasunaren alde* dokumentua ekarri zuen. Dokumentu horretan, agerian utzi ziren biztanleriaren osasunerako sarbidearen desberdintasun handiak, eta osasun-sistemari aldaketa sakonak egiteko beharra planteatu zen. Xede horrekin, adituen batzorde bat (CONASAN) sortu zen ofizialki. Horrek funtsezko bi gomendio egiten zituen biztanleriari osasunerako sarbidearen eskubidea bermatzeko: osasun-sektorearen erreforma eta osasun-sistema nazionalaren modernizazioa.

Osasun-sektorea Modernizatzeko Planaren oinarri teorikoak izan ziren kudeaketa hobetzeko, baliabideak eraginkortasunez erabiltzeko, osasun-zerbitzuak deszentralizatzeko, gizartearen parte-hartzerako eta oinarritzko paketeen (esaterako, txertoak) bidezko es-taldurarako printzipioak. Modernizazioaren lehen fasean, osasunaren bost eskualde-aurialdiak berrantolatu ziren, eta horiek 18 departamendu-zuzendaritza bihurtu ziren. Era berean, Osasunaren Lehen Mailako Arretarako programak hasi ziren herrialdeko landa-eremuan; askotan GKEen azpikontratazioaren bidez, estatu-sarea eskasa eta jardun txiki-koa zen landa-eremuetako oinarritzko arretarako.

2000. urtean, Modernizazio Planari jarraitasuna emanez, Osasun Integraleko Oinarrizko Sistemen [SIBASI] administrazioa eta funtzioak antolatu ziren. Une horretatik, osasun-zerbitzuen unitate operatibo deszentralizatutzat jo ziren sistema horiek. Guztira, 28 SIBASI sortu ziren lurralde nazional osoan zehar. Horretarako, nazioarteko lankidetzarako organismoen laguntza zuzena jaso zen, bereziki, OPS/OMEarena, Alemaniako lankidetz ofizialarena [GTZ] eta azken garaietan Espainiakoarena [AECI], USAIDena eta Holandako eta Suediako gobernuena. SIBASiek osasun-zerbitzuen maila ezberdinak sareetan antolatzeko ahalegin berritzaile bat planteatu bazuten ere, zerbitzuen egitura eragiteko marko legalaren ahuleziaren eta horien funtzionalitatea bermatzeko finantzazio-marko baten gabeziaren ondorioz, sorreraren bidez lortu nahi ziren xedeak desegin ziren pixkanaka.

Herrialdeko landa-eremuetako biztanle pobre asko baztertzeko dituen osasun-sistema batekin paraleloan funtzionatzen duten osasuneko komunitate-ereduekin tokiko arreta-forma berriak eragitearen ondorioz, 2002an sozietate zibil antolatuak proposatutako erreformei aurre egin zitzairen, eta horrek aukera eman zuen hainbat erakunde sozialek parte hartu zuten osasunaren erreforma berri baterako testuingurua eraikitzeko.

2009an, osasunaren erreforma garatzeari ekin zioten El Salvadorren, *Itxaropena eraikiz* Osasun Nazionalaren Politika eratuz. Erreforma horrek hiru ikuspegi nagusi hartu zituen kontzeptu-oinarri gisa: osasunaren xedapen soziala, osasun-eskubidearen ikuspegia eta bizitza ona. Nabarmendu behar da ikuspegi horiek benetan ezarri zirela osasunaren programen eta politika publikoen bitartez. Osasunaren erreforma garapeneko 10 ardatz nagusitan kontzeptualizatu da estrategikoki: 1) Osasun Zerbitzuen Sare Integralak eta Integratuak [RIISS]; 2) Osasunaren Institutu Nazionala sortzea [INS]; 3) larrialdi medikorko sistema sortzea; 4) sendagaiak eta txertoak eskuratzea; 5) osasun-arloan gizartearen parte-hartzea garatzea; 6) sektorearteko eta sektore barruko lana; 7) giza baliabideak garatzea osasun-arloan; 8) osasun-arloko informazio-sistema bakarra eta plangintza estrategikoa; 9) ingurumena; 10) emakumea eta osasuna.

El Salvadorreko osasun-erreformaren sendotasun nagusi bat da osasuna eskubidetzat eta ondasun publikotzat hartzen duela, osasunaren mugatzaile sozialekin oinarrituta. Osasuna ez da gaixotasunik ez izatea bakarrik. Gainera, kontzepzio teoriko horrekin batera, politika, programa eta marko arautzaileak efektiboki ezarri ziren. Beraz, sarbide unibertsala eta ekitatea sustatzeko, osasun-arloko inbertsiorik handienak egin zituzten pobrezia- eta desnutrizio-indize handienetako barrutiek, nagusiki, landa-eremuetako biztanleez eta landa-kokagune pobreez osatutakoek. Osasuna unibertsala izateaz gain, doakoa izan behar dela ulertzen dute. Ondorioz, osasunaren merkantilizazioa baztertzeko dute, eta, horretarako, egin zuten lehen ekintzetako bat izan zen borondatezko kuota kentzea. Gainera, funtsezko printzipioen artean, gizartearen parte-hartzea eta komunitate-antolakuntza indartzea agertu ziren, osasun-arretarako zerbitzuak eraginkortasunez betetzeko.

El Salvadorren ezarritako erreforma biztanle guztien osasun-emaizak hobetzen eta desberdintasunak murrizten ari bada ere, zenbait elementu ez dira herrialde osoan finkatu; hala nola Osasun Sare Integralen eta Integratuen bidezko arreta-maila ezberdinen sektoreartekotasuna eta eraketa, informazio-sistema bakarra sortzea, Osasunaren Institutu Nazionalen ikerkuntza garatzea eta SNSren giza baliabideak eratzea.

Erreformak izango dituen mehatxu nagusiak dira ardatz estrategikoek nazio-mailan abiatzeko finantzazio-gabezia, osasun-sistema publikoaren zatiketa gainditzea, aldaketa politikoa erreformaren ardatz estrategikoak babesteko marko legalak sortzea eta kulturen artean egokiak diren ekintzak garatzea. Gainera, El Salvadorrek aurre egin beharko dio hiri-osasuneko eredu bat ezartzeko beharrari, besteak beste, etxebizitza duinerako sarbideari, oinarriko zerbitzuak hedatzeari eta modernizatzeari eta hirien hazkunderaren plangintzari ekiteko.

A. Eranskin metodologikoa. Osasun-zerbitzuetarako sarbidea Guatemalan, Hondurasen eta El Salvadorren

Osasun-sistema osasunaren mugatzaile bat da. Mugatzaile sozialei eragiten die eta horiek alda ditzake; izan ere, osasun-mailari eragiten dioten gizarte-baldintzen gain funtzio aktiboa izateko ardura du arreta-zerbitzuetarako sarbide ekitatiboen bidez. Horregatik, osasun-arretarako sarbidea osasun-politikaren kezka nagusietako bat da, eta hura ebaluatzea funtsezkoa da politika horiek diseinatzeko [Lévesque et al, 2013]. Hain zuzen ere, osasun-sistema publikoen zerbitzuak erabiltzea eta haren mugatzaileak funtsezkoak dira sarbidea ebaluatzeko eta horien erabilerari dagokionez desberdintasun sozialak identifikatzeko. Premisa horiek aintzat hartuta, diseinu kualitatibo fenomenologiko deskribatzaileko ikerkuntza bat egin zen, osasun-zerbitzuetarako sarbidearen inguruko esperientziak aztertzean oinarrituta, eragile sozial nagusien ikuspegitik. Aday eta Andersenren eredu teorikoa hartu da abiapuntu [Aday eta Andersen, 1974] osasun-zerbitzuetarako sarbidea aztertzeko. Azterketak ustezko sarbidea eta benetako sarbidea bereizi ditu. *Benetako sarbideak* zerbitzuen erabilera efektiboa eta asebetetzea islatzen ditu. *Ustezko sarbidea*, ordea, osasun-zerbitzuen erabilera ahalbidetzen duten faktoreen ingurukoa da [zerbitzuen erabilgarritasuna eta antolakuntza], erabilerarako aurreiritziak dituztenei [jarrerak, sinesmenak, etab.] eta pertsonen arreta-beharrei dagokienez. Ereduak osasun-zerbitzuetarako sarbiderako bost osagarri hartzen ditu kontuan: osasun-politikak, osasun-zerbitzuen ezaugarriak, biztanleen ezaugarriak, zerbitzuen erabilera eta pertsonen asebetetzea.

Osasun-politikak sarbidearen abiapuntua dira. Beraz, zerbitzuen sarbidea eta erabilera testuinguru politikoaren arabera dira. Ustezko sarbidearen azterketan zerbitzuen eta biztanleen ezaugarriak hartu dira kontuan. Azkenik, ereduaren emaitza gisa gehitzen dituzte osasun-zerbitzuen erabilera [benetako sarbidea] eta erabiltzailearen asebetetzea. Aintzat hartu da pertsonen zerbitzuekin izandako kontaktua asistentzia-jarraitasunean zehar eta sarbidearen bitarteko eremua, barne hartzen duena pertsonaren aldeko arreta-bilaketa, hasierako kontaktua eta arretaren jarraipena. Hau da, eskaintzaren ezaugarriak biztanleen beharretara egokitzen ote diren.

Lagina. Lagin teoriko bat diseinatu zen. Hori hautatzeko, kontuan hartu ziren osasun-zerbitzuen erabiltzaile aseguratuek, asistentzia-mailetako (lehen mailako arreta, arreta es-

pezializatua eta premiazko arreta) osasun-profesionalak eta administrazio- eta kudeaketa-langileak. Lagina hautatzeko irizpide hauek aplikatu ziren: (a) erabiltzaileentzat: azken urtean, gutxienez, asistentzia-maila bateko zerbitzuak erabili izana eta 18 urte baino gehiago izatea; (b) osasun-profesionalentzat: gutxienez, urtebeteko antzintasuna izatea zentroan; (c) administrazio-langileentzat: aseguratzaileei edo osasun-zerbitzuei laguntzeko zerbitzuetan lan egitea: onarpenak, erabiltzaileentzako arreta, gizarte-lana, etab., eta, gutxienez, urtebeteko antzintasuna izatea zentroan; (d) kudeaketa-langileentzat: zuzendaritzako lanpostu bat izatea osasun-zentro batean, aseguratzaile batean edo osasun-emaille batean. Informatzaile batzuk harremanetan jarri ziren parte-hartzaileekin. Azken lagina 157 pertsonen osatu zen, eta hauxe izan zen haren banaketa herrialdearen arabera:

Guatemala: 57 pertsona horrela antolatuta:

- Landa-eremuetan bizi diren osasun-zerbitzu publikoen erabiltzailez osatutako 4 talde fokal: 33 pertsona (13 gizon eta 20 emakume)
- 6 elkarrizketa sakon hiriguneetako eta hiriguneetako periferiako osasun-zerbitzu publikoen erabiltzaileei
- 4 elkarrizketa osasun-kudeaketako eta -administrazioko langileei
- 8 elkarrizketa osasun-langileei eta langile klinikoei
- 2 elkarrizketa emagin maiei (3 pertsona)

Honduras: 62 pertsona horrela antolatuta:

- Landa-eremuetan eta hiriguneetako periferian bizi diren osasun-zerbitzu publikoen erabiltzailez osatutako 6 talde fokal: Landa-eremuetako erabiltzaileen kasuan, taldeak sexuaren arabera banatu ziren (2 talde fokal: bata 5 gizonkoa eta bestea 6 emakumekoa). Hiriguneetako periferiako erabiltzaileen kasuan, taldeak mistoak izan ziren (2 talde fokal: bata 9 gizonkoa eta bestea 6 emakumekoa). Gainera, hiriguneetako periferiako emakumez osatutako talde fokal bat egon zen (9 emakume) eta landa-eremuetako emakume antolatuez osatutako beste bat (14 emakume). Guztira, 49 pertsonak parte hartu zuten talde fokaletan.
- 6 elkarrizketa osasun-kudeaketako eta -administrazioko langileei (7 pertsona)
- 2 elkarrizketa informatzaile nagusiei (6 pertsona)

El Salvador: 38 pertsona horrela antolatuta:

- Landa-eremuetan bizi diren osasun-zerbitzu publikoen erabiltzailez osatutako 4 talde fokal: Taldeak sexuaren arabera banatu ziren. Santa Anako barrutian bi talde fokal egin ziren, bata gizonekoena eta bestea emakumezkoena. 6 gizonen eta 8 emakumek parte hartu zuten. Usulutánek barrutian beste bi talde egin ziren, eta 7 emakumek eta 6 gizonen parte hartu zuten.
- 4 elkarrizketa osasun-kudeaketako eta -administrazioko langileei (4 pertsona)
- 7 elkarrizketa informatzaile nagusiei (7 pertsona)

Datuak biltzeko teknika eta prozesua. Datuak biltzeko teknikak izan ziren erdiegituratutako elkarrizketa indibiduala eta talde fokala. Lau gidalero osatu ziren, bakoitza informatzaile mota, erabiltzaile, osasun-profesional eta administrazioko eta kudeaketa langile bakoitzera. Elkarrizketa sakonen iraupena ordubete izan zen gutxi gorabehera kasu gehienetan. Talde fokalek ordu eta erdiko iraupena izan zuten. Elkarrizketa sakonak zein talde fokalak audio- eta bideo-formatuetan grabatu ziren, parte-hartzaileek baimena eman eta gero. Hautatutako pertsona batek ere ez zion ukorik egin parte hartzeari. Elkarrizketak eta talde

fokalak 2017ko urtarrilean eta otsailean egin ziren Guatemalaren kasuan, eta 2017ko irailan Hondurasen eta El Salvadorren kasuan.

Datuen analisia. Elkarrizketen corpusaren analisi induktibo deskribatzaile-interpretatzaile egin zen. Hauek izan ziren analisiaren faseak: [a] grabazioen analisia, testuak kodetzea eta diskurtsoen kategoriak definitzea; [b] informazioaren desagregazioa osatutako kategorien arabera eta diskurtsoaren edukiaren analisia eta [c] interpretazioak egitea ezarritako markoan. Ikerkuntza-taldeko bi pertsonak kodatu zituzten testuak eta kategoriak definitu zituzten. Azalpen-markoa eztabaidatu zuten taldekideek eta edukiak berriz egiaztatu ziren.

Ikerkuntzan arau etikoei eta konfidentzialtasun-arauei jarraitu zitzaizkien, elkarrizketak zein talde fokalak grabatzeko zein emaitzak argitara emateko parte-hartzaileen nortasuna ezagutzera eman gabe. Elkarrizketatuen konfidentzialtasuna bermatze aldera, adibideetan horien taldea bakarrik identifikatzen da: erabiltzaileak, asistentzia-mailetako osasun-profesionalak, emakume emaginak, komunitateko buruzagiak, administrazioako langileak eta kudeaketako langileak.



2. KAPITULUA

EUROPAKO OSASUN-SISTEMAN OSASUNERAKO ESKUBIDEARI LOTUTAKO MEHATXUAK ETA ERRONKAK: EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAREN KASUA

Europako osasun-sistemen kontua oso lotuta dago ongizate-estatuaren kontzeptuarekin. Ongizate-estatu honela definitu da: pertsona guztien bizi-baldintzak eta bizi-kalitatea hobetzera zuzendutako esku-hartze publikoen multzo bat. Esku-hartze horiek, hain zuzen ere, honako lau oinarri hauetan oinarritzen dira: zerbitzu publikoak (osasuna, hezkuntza edo familientzako laguntza-zerbitzuak); transferentzia sozialak (pentsioak); araugintzako esku-hartzeak (langileak, kontsumitzaileak eta ingurunea babesten dutenak); eta kalitatezko enplegua suspertzeko eta bermatzeko esku-hartzeak (Navarro, 2004).

XIX. mendean garatu zen akordio sozial eta politiko bati esker (lehenago, ongintzako erakundeek eta erakunde erlijiosoek erdietsi zutena), esku-hartze horiek aplikatu ziren, estatuak zerbitzu sozialak lehen aldiz legalki onartu zituenean. Esate baterako, Alemaniak 1883an inauguratu zuen aurreikuspen sozialaren sistema. Langileen kontribuzioez egon behar zuen finantzatuta, hala, gaixotasun-kasuan porrotetik babesteko (Navarro, 2006). Hori izan zen Bismarcken osasun-sistema ereduaren hasiera. Kotizazioez finantzatuta zegoen, eta aurrerago, zenbait herrialdek ere onartu zuten, hala nola Frantziak, Belgikak, Herbehereak, Luxenburgok, Austriak eta Greziak. XIX. mende amaierako industria-iraultzak iraun bitartean eta enpresaren hedapenaren aurrean, langile produktiboa izatea eskakizun gako bat izan zen. Langileen familiei lan-merkatua mantentzeko eta segurtasun-koltxoi bat eskaintzeko helburuarekin, enpresen artean gizarte-segurantzako sareak zabaldu ziren, askotan gaixotasun- eta baliogabetasun-aseguru sozialekin, bai eta langile-erretiro aseguru sozialekin ere. Gainera, lan-merkatuari langile produktiboak mantentzeko bermea emateaz gain, sare horiek industriako langilieriaren aldarrikapenak baretzea lortzen zuten.

Gerrartean garaian, Erresuma Batuan 1941. urtean *Informe Beveridge* publikatu zen, eta haren bitartez, herritar guztientzako gizarte-segurantzaren estaldura unibertsalaren printzipioa aldarrikatu zen, zergadunek finantzatutako estatuko aurrekontu orokorren karguarekin (Navarro, 2006). Beveridgeren proposamenpean egindako politika sozialen unibertsalizazio-prozesua langilieriaren eta gaitutako langileen erdi mailako klaseetako sektoreen arteko itunen bitartez gertatu zen, eta osasun-sistema nazionalak, hala nola National Health Service ingelesa (NHS) -finantzazio publikoa duena eta herritar guztien zergetatik abiatuta dagoena), finkatzean isla izan zuen gizarte-babes eredu bat sortu zen. Eredu hori honako herrialde hauek onartu zuten: Danimarkak, Irlandak, Suediak, Finlandiak, Espainiak, Italiak eta Portugalek.

Bigarren Mundu Gerrako hurrengo hamarkadetan, ongizate-estatuak indartu egin zen gizarte-babesaren bermatzailea izango zen estatu-eredu gisa, mendebaldeko demokrazia industrialen etengabeko hazkunde ekonomikoaren babesean (Navarro, 2007). Ongizate-estatuta honakoetan oinarritu zen: barneko eskaerari eta hazkunde produktibo nazionalari orientatutako politika ekonomikoetan; klase sozialen arteko errentaren banaketan eta izaera unibertsaleko zerbitzuak sortzean (adibidez, osasun-sistema eta hezkuntza-politikak) oinarritutako politika sozialetan; eta nazioarteko merkatu askearen esku geratzen den lan-merkatuan egindako esku-hartze minimoetan. Europa hegoaldeko herrialdeak gainerako Europako herrialdeetatik aldentzea lagundu zuten gobernu autoritarioen eta diktaduren ondorioa izan ziren garapen sozialaren eboluzioan. Hala eta guztiz ere, Espainiak XX. mendearen lehen erdialdean bismarckiar eraginpean gizarte-segurantzako sistema bat ezarri zuen, eta haren garapenak jarraitu egin zuen diktadura frankistaren ostean, eta osasun-sistema nazional baten eredia hartu zuen, nahiz eta kotizazio sozialaren eredu ezaugarriak mantentzen zituen.

70. hamarkada amaieran, ongizate-estatuak etengabeko desegite bati ekin zion, gaur egunera arte hedatu dena, eta egindako ikerketen arabera, arrazoi ekonomikoek, politikoei eta sozialei erantzuten die. 70. hamarkadan, arrazoi ekonomikoak langabeziarekin eta inflazioarekin erlazionatu ziren, eta 80. hamarkadatik aurrera, aldiz, herrialde ezberdinetan, hala nola erdigune ekonomikoan, eskandinaviarrean edo periferikoetan (Espainiaren kasua 90. hamarkada hasieran), suertatutako askotariko krisi ekonomikoekin eta ezegonkortasun-aldiekin. Arrazoi politiko eta sozialen artean, neoliberalismoaren aldi gorenak eta sozialdemokraziaren krisiak politika sozialen inguruko adostasun ideologikoaren gainbehera katalizatu zuten. Sektore liberalaren edo kontserbatzailearen bidezko arrazoiei, eta krisi ekonomikoaren aurrean haien sostengaezintasunagatik ongizate-estatuak argaltzeari bideratutako erreformak justifikatu zituztenei dagokienez, analisisiek diote arrazoi ekonomikoek ez zutela halabeharrez horien desegitea ekarriko. Gainera, erakutsi da krisi ekonomikoaren inaktuak aldatu egin direla ongizate-estatuaren sendotze-mailaren arabera. Gehien finkatutako ongizate-estatuetako herrialdeetan inertzia instituzionalak mugatu du aldaketen sakontasuna, eta gutxiago finkatutako herrialdeetan, berriz, aldaketak boterean aukera politikoaren menpe egon dira (Gómez eta Buendía, 2014).

Ustezko neoliberalen sakonera, haien intentsitatea eta erritmoa ez dira izan homogeneoak europar kontinentean zehar. Minuék (2017) eredu-aldaketa modulatu duten elementu batzuk deskribatu ditu. Alde batetik, babes-ereduaren onarpen-maila sozialak sarbide hori geldiarazi du, estatuetan existitu den heinean. Beste aldetik, estaturen botere- eta eragin-aukerak beharakada handia izan du, nazioz gaindiko indarren boterearen nagusitasuna dela eta, eta indar haien interesak guztien ongizatearen gainetik egon direlako. Merkatu askearen akordioak sinatzearen alde gertatutako aurrerapenak (adibidez, CETA -Ekonomia eta Merkataritza Akordio Globala- edo TTIP -Merkataritza eta Inbertsio Lankidetzatza Transatlantikoa-) dira horien froga, eta aurrerapen horiek, hain zuzen, Atlantikoko bi aldetan enpresa multinazionalen arteko transakzioak erraztea bideratuta daude. Horrez gain, lantze-prozesua eta horiek onartzea karakterizatzen ari diren opakotasunak eta kalitate demokratiko eskasak osasunerako eskubideak dituen ondorioen eta mehatxuen kezka handitu dute (Dempeus per a la salut pública, 2014). Azkenik, krisi ekonomikoek neoliberalismoaren katalizatzailetzat funtzio garrantzitsu bat izan dute.

Eszenatoki ekonomiko berriak erronkak bihurtu dira babes-sistemen finantzaketarako, hazkuntza ekonomikorako eta enpleguaren eta diru-bilketa fiskalerako. Hala, azken hamarkadetan, XX. eta XXI. hamarkaden hasieran, Europako ongizate-estatu ereduak izatera murriztaileko erreformak izan dituzte. Horien artean, 2008. urtea izan da erreformarik handiena pairatu duena, bai eta aurreko erreformek deskribatutako norabide neoliberalak bermatu duena ere [Gómez eta Buendía, 2014].

Kapitulu honetan, neoliberalismoaren aldetik Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) osasunerako eskubideak dituen mehatxuak eta erronkak analizatu eta deskribatuko dira. Lehenik eta behin, euskal osasun-sistemaren ezaugarriak deskribatuko dira, eta ondoren, osasunerako eskubidearentzako osasun-sistemaren pribatizazioak, interes ekonomikoek eta osasunean dauden desberdintasun sozialek osasunerako eskubideari suposatzen dieten mehatxuak analizatuko dira. Azkenik, EAEen osasunerako eskubidea lortzeko erronkei buruz hitz egingo da.

OSASUNERAKO ESKUBIDEA EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN: MEHATXUAK ETA ERRONKAK

Euskal Autonomia Erkidegoa (EAE) Espainiako estatua osatzen duten 17 autonomia erkidegoetako bat da. Hiru probintzian edo lurralde historikotan banatzen da, eta guztira 2.175.819 biztanle ditu. Demografikoki, 65 urte baino gehiagokoa da biztanleria-ehunekoa, EB-28ko gainerako herrialdeekin alderatuta handia (% 20,1 vs % 18,5 2014an). Jaiotza-tasa, berriz, baxua da [8,9 vs 10,1, 1.000 jaiotzeko 2015ean] [Eustat, 2015]. 2016an etorkintasa 6,5ekoa izan zen mila biztanleko, estatuaren batez bestekoa baino txikiagoa [8,9]. Alor sozioekonomikoari dagokionez, Espainiako estatuaren gainerako erkidegoekin alderatuta, adierazle onuragarri samarrak ditu. Estatuan BPG altuenetako bat du, baita langabezia-tasa txikiena eta estatuko batez bestekoa baino eskolatze-maila handiagoa ere. Hala, EB-28ko gainerako herrialdeei dagokionez, erdiko mailan kokatzen da [Eustat, 2015]. Horrez gain, gizarte-babesaren alorrean, gastu altu bat du biztanleko, eta estatuaren biztanle bakoitzeko gastu publiko handiena inbertitzen du osasunari dagokionez [BPGren % 8,8], nahiz eta aurkako egoera batean kokatzen den inguruko Europako herrialdeekin alderatzen badugu [Martín et al., 2016]. Jaiotzean bizi-itxaropen altuenetako bat izan zuen EBean 2011an [85,4 vs 83,3 emakumeen kasuan, eta 78,9 vs 77,8 gizonezkoen kasuan].

1. EUSKAL OSASUN-SISTEMA PUBLIKOA

Euskal osasun-sistema publikoa da EAEko osasun-arretaren finantzaketaren, kudeaketaren eta zerbitzuaren erakunde arduraduna, eta Osasun Sistema Nazionalaren (OSN) parte da. Azken horrek ia mundu-mailako estaldura du eta zergen bitartez finantzatzen da publikoki, nahiz eta Gizarte Segurantzaren barnean mantentzen den kotizazioen bitartez sustatuta. Osasun Sistema Nazionala deszentralizatutako sistema-eredu bat da, eta bertan autonomia erkidegoek burutzen dituzte osasun arloko eskumenak. Osasun-zerbitzuetarako sarbide-eskubidea estatuan egotearekin uztartu da, 16/2012 Errege Lege Dekretua

txertatu zen arte. Orduan, berriz ere onuradun edo asegurdun pertsona-baldintzarekin lotzen da. Hala, egoera irregularrean edo egoitza-baimenik gabe dauden etorkinek ez dute osasun-zerbitzu osorako eskubiderik.

Euskal osasun-sisteman, gobernu autonomikoaren osasun sailak du finantzaketaren eta arauketaren ardura. Horrez gain, sail horrek, neurri handi batean, euskal osasun-zerbitzuari (Osakidetza) kontratatzen dizkio hornikuntza-zerbitzuak, edo bestela, sektore pribatuarekin hitzartzen ditu. Euskal osasun-eredua mugapen geografikoetan oinarritzen da, Erakunde Sanitario Integratuak, lehen mailako arreta (LM), arreta espezializatua (AE), osasun publikoa eta komunitateko agenteak biltzen dituen erreferentziazko ospitale bat dituztenak eta, agente horien bitartez, erreferentziazko haien herriko osasunaren ardurarik partekatzen dutenak. LMren eta osasun-zerbitzu publikoen praktika guztia publikoa da. Halaber, AE ere sistema publikoaren bitartez hornitzen da, hornikuntza-sare pribatu bat baitu. Bestalde, Osakidetza osasun mentaleko sareak titulartasun pribatuko ospitaleak barne hartzen ditu. Baina osasun-zerbitzuen eta -prestazioen zati handi bat publikoki finantzatuta egon arren, badira partzialki finantzatuta dauden zerbitzu batzuk [errehabilitazio- edo dentista-zerbitzuak biztanleria helduaren kasuan, eta haurren kasuan, aho-hortzetako arreta] edo estalita ez dauden beste batzuk (podologia, optika- edo entzumen-estaldura).

Beste aldetik, EAEn edo estatu mailako OSNeen, aseguramendu publikoarekin batera aseguramendu pribatuko erregimen historiko bereziak daude. Azken horiek publikoki daude finantzatuta eta estatuko mutualistak barne hartzen dituzte, esfera politikoko pertsonak, funtzionarioak, kazetariak eta abokatuak.

2. OSASUNERAKO ESKUBIDEAK DITUEN MEHATXUAK EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN

Honako atal honetan, Europa mendebaldeko herrialdean, osasunerako eskubideak dituen mehatxuen adierazpen batzuk analizatu eta deskribatuko dira. Horretarako, erreferentzia nagusitzat hartuko da EAEko ondorioen adierazpena. Hiru adierazpenek oinarrian komunean dute printzipio neoliberalen hedapena, betiere adostasun soziala eta politikoa ahultzearen aurka, Europako herrialdeen testuinguruan osasuna eskubidetzat eta eskubide horretarako estatuak bermatzailetzat jotzeari dagokienez. Zehazki, osasun-sistema publikoaren pribatizazio-prozesu nagusiak deskribatuko dira; ondoren, osasun-politikan interes ekonomikoek izan dituzten eraginak eta inpaktuak; eta, azkenik, osasunean eta osasun-zerbitzuetarako sarbidean dauden desberdintasun sozialak.

Lehen mehatxua osasun-sistemen pribatizazioarekin lotuta dago eta Europako ongizate-estatuaren desegite-prozesuen parte da. Hala, 80. hamarkadatik, European osasun-sistema publikoaren kudeaketa merkantilizatu ahal izan da edo merkatu-logika batzuk sartu ahal izan dira, eta horiek, zeharka, baldintza ekonomikoak, ideologikoak eta harreman sozialekoak sortzea lortu dute, zerbitzu horien tamaina, gaitasunak eta legitimitatea txikiagotzen dutenak, alegia (Whitfield, 2001). Baldintza horien artean, osasun-sistemen pribatizazioa pauso natural bat bihurtu da, eta honela definitu da: “sektore pribatura eginiko aktibo baten edo gaitasun publikoaren transferentzia edo desplazamendu partziala edo totala,

esfera publikoari zegokion edozein funtziori edo baliabideri erreferentzia egin ahal izanez” [Camprubí et al., 2010]. Modu horretan, gaur egun eta Europako herrialde gehiengotan, osasunaren sektorean merkatu pribatuak daude, eta zerbitzu klinikoak emateaz gain, zerbitzu osagarriak eta zerbitzu pribatuak ere ematen dituzte. Azken horiek, normalean, prezioaren eta kontratatutako kopuruaren gobernu-arauketa zorrotz batean kokatzen dira [Fidler, 2009].

Merkantilizazio-prozesuak finkatzeko indartzailatzat jo daitezke zenbait elementu. Alde batetik, krisi ekonomikoak azken hamarkadetan gertatzen ari zen neurri-blindajearen katalizatzailetzat jardun du, eta erreformak garatu dira, osasun-sistemen jasangarritasuna bermatzeko argumentua kontuan hartuta. Honako hauek izan dira aipatutako neurri horietako batzuk: sektore publikoan egindako murrizketa ekonomikoak, merkatuaren rola zabaltzea eta estatuaren konpetentzia eta haren esku-hartzea txikiagotzea [Giovannella eta Stegmüller, 2014]. Merkataritza askeko itunek, eta bereziki TTIPak (haien negoziazioak geldirik daude gaur egun), ondasunen eta zerbitzuen elkartrukeari muga-zergako oztopoak txikiagotzea lortuko lukete, eta, gainera, Europar Batasuneko herrialdeentzako ondasun eta zerbitzu horien irizpide arautzaileak baretu egingo liriteke osasun-sistemarekin erlacionatutako esparru askotan. Modu horretan, estatuak haien kudeaketa-funtzioek behera egiten dutela ikusiko lukete osasun-sistemen barnean, eta, hala, herriko osasuna baino gehiago nabarmenduko liriteke interes pribatuak [Padilla, 2014].

Spainia OSN inertzia pribatizatzailearekin mugitu zen. 90. hamarkadan, finantzaketa- eta hornidura-funtzioen banaketak ekarri zuen autonomia erkidegoak enpresa-kudeaketa eredu ezberdinak txertatzen hastea, merkatu-irizpideekin eta osasun-horniduraren barnean [Sánchez-Bayle, 2014]. Osasun-sistema publikoan garatutako pribatizazio-estrategiak honako funtzio hauetara bideratu dira: enpresa pribatuaren kudeaketa-teknikak txertatzea; finantzaketa- eta erosketa-funtzioak kudeaketa-funtzioetatik bereiztea; eta langile-kontratazioaren eta ondasun- eta zerbitzu-kontratazioaren erregimen juridikoa eskubide pribatuari ematera. EAEn kasuan, Osasuna Zainduz izenez ezagutzen den plan estrategikoak 1993an finantzaketa- eta hornidura-funtzioen banaketa burutu zuen euskal osasun-sisteman, eta bertan merkatu-eredu batetik gertuago zeuden kudeaketa-moduak txertatu zituen. Krisi ekonomikoak eta OSNren erantzunak, 16/2012 ELDan gauzatua, osasun-sistema publikoaren degradazio-prozesuan aurrerapen garrantzitsu bat ekarri zuten. EAE izan zen erantzuna eman zuen erkidego horietako bat, osasun-laguntza bermatzen jarraitze aldera, eta 114/2012 Dekretua igorri zuen. Haren bitartez, estatuko oinarriko prestazio-estatusa osatu nahi zen, erkidegoan ELDren aurreko babes-neurriak mantenduz [EHAA, 2012]. Dekretu hori Auzitegi Konstituzionalak ezetsi zuen, “eskumen-banaketaren ordena konstituzionalaren aurkakotzat” jotzeagatik²⁰.

Jarraian, EAEn prozesu pribatizatzaileek izan dituzten aurrerapenak deskribatuko dira. Horretarako, osasunaren arloko finantzaketaren eta aseguramenduaren dimentsioei helduko zaie, baita zerbitzu-probisioari eta osasunaren esparruan profesionalen prestakuntzari eta ikerketa biomedikoari ere.

²⁰ <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-constitucional-anula-norma-vasca-garantizaba-acceso-atencion-sanitaria-papeles-20171214184341.html>

Osasun-sistemaren *finantzaketari* lotutako pribatizazioak esan nahi du osasunean modu pribatuaren egiten den gastu totalaren frakzioa, eta, oro har, zerbitzuak erabiltzen direnean etxean zuzeneko ekarpenari edo osasun-aseguru pribatuaren enpresen ekarpenari dagozkie. Finantzaketaren pribatizazioak 2012. urtea baino lehen egin zuen goraka. Urte horretan bertan, osasunean egindako gastua 2.578,3 eurokoa izan zen biztanleko (BPGren % 8,8). Gastu horretatik, % 26,8a finantzaketa pribatukoa izan zen, eta horri dagokionez, aipagarria da etxeek zuzenean egin zuten finantzaketa, gastu pribatuaren % 77,1 eta osasunean egindako gastu totalaren % 20,7. Gizarte-aseguru pribatuek eta aseguru-enpresa pribatuek egindako gastua 289.412.000 eurora igo zen, hau da, finantzaketa pribatuaren gastuaren % 19 eta osasunean egindako gastu totalaren % 5,1 (Martín et al., 2016). EAEn osasun-gastu pribatuaren funtzio nagusia da osasun-produktuekin lotzen dena. Horri dagokionez, osasun-gastuak % 30 lortu zuen, eta nabarmentzekoa da etxean zuzeneko ordaintzaren ekarpena.

Laguntza-mailaren arabera finantzaketa pribatuari dagokionez, LMn (familia-medikuntza, pediatria eta enfermeritza) publikoki finantzatutako kontsultak % 95 dira, eta dentista-zerbitzuarenak, berriz, % 10. Azken hori etxeek zuzenean finantzatutako bisiten gehiengoa da, % 85, alegia. Aseguru mediko baten bitartez egindako finantzaketa nabarmenagoa da medizina espezializatuan; kontsulten % 11,2 finantzatzen du, baita ospitalizazioak (% 7,8) eta larrialdiak (% 5,6) ere. Nahiz eta ospitaleko arretaren eta arreta espezializatuen finantzaketa publikoa 2002. eta 2014. urteen artean handitu zen, LMko finantzaketa 2012. urtera arte antzeko mantendu zen, eta ordutik beheraka egin du.

2015ean EAEn aseguramendu pribatuak % 33,3an egin zuen gora 2003. urtearekin alderatuta, eta % 6,4an 2011tik 2015era arte. Hazkunde hori, batez ere, enpresek langileentzako hitzartutako asegurua igotzearen ondorio izan da. Funtzionarioen mutualitateei dagokionez, 2014an EAEn 44.455 pertsona zeuden funtzionarioen hiru mutualitate nagusietako batean, eta horietatik % 75ek osasun-aseguramendu pribatu bat aukeratu zuten.

Osasun-horniduraren pribatizazioak erreferentzia egiten dio osasun-zerbitzuak erakunde pribatuekin edo Osakidetza ez direnekin hitzartzeari, bai eta Osakidetza osasunaz kanpoko zerbitzuak kanpotik hartzeari ere. Hala, alde batera geratzen dira protesien erosteketa, gastuen ordaintzeta eta foru-aldundiekin izenpetzen diren hitzarmen soziosanitarioak. EAeko kontzertazio-ehunekoa Espainiako Estatuko batez bestekoa baino handiagoa da. 2014an, Osasun Sailaren % 6,5 izan zen, eta asistentzia sanitarioaren gastuaren % 7,8, errezetak alde batera utzita. Handienak izan ziren akutuetak ospitaleenak eta egonaldi ertainekoak zein luzekoak (% 34,3), osasun-garraiokoak (% 23,7) eta osasun mentalekoak (% 16,6). Osakidetza egindako esternalizazioak aurrekontuaren % 3,2 inguru izan ziren. Aurrekontu horren % 64,7 garbiketa-zerbitzuei egokitu zitzaion, eta % 21,8 eraikinak eta instalazioak mantentzeari.

Osasunaren arloko unibertsitateko prestakuntza eta ikerkuntza EAEn publikoak badira ere, pribatizazio-mehatxu ugari daude. Hala, zenbait enpresa pribatu unibertsitate-pretakuntza aritzen dira, eta ikasleek ekarpenak egiten dizkiete. Adibidez, bi enpresa pribatuak, Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ) enpresak eta Athletic Clubek, hitzarmen bat egin dute Euskal Herriko Unibertsitatearekin (UPV/EHU). Haren bitartez, IMQk osasun-estaldura bermatzen die aipatutako erakundeko taldeei eta San Mamesen jolasten diren partidatan arreta ematen die ikusleei.

Halaber, hurrengo urteetan osasun publikoaren belaunaldi-erreleboa estaltzeko beharren justifikazioarekin, kolaborazio publiko eta pribaturako fronte irekiak daude, bai osasun-zientzien unibertsitateko prestakuntzaren arloan, bai osasun-kudeaketaren graduondoko prestakuntzan ere [Irekia-Eusko Jaurlaritz, 2014]. Antzera, osasunaren I+G+b-ri dagokionez, sektore pribatuaren finantzazio-ehunekoa Estatuaren Administrazio Orokorren ekarpena baino txikiagoa da, eta 2009tik [% 6,9] 2013ra [% 4,7] bitartean behera egin zuen. Hala ere, maila estrategikoan, I+G+b-rako finantzazio pribatuaren bolumena handitzea da xedea. [Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2016].

Hala ere, osasun-sistema ez da interes ekonomikoetarako negozio-hobi bat izan daitekeen bakarra. Osasun-publikoaren politikak edo osasunarekin hertsiki lotutako arloak arautzen dituztenek eragin handiak jasotzen dituzte interes ekonomikoak dituzten hobietako eragileen aldetik. Denon ongizateari gailentzen zaizkion eragin ekonomikoek osasun-eskubiderako bigarren mehatxua osatzen dute, eta jarraian aztertuko dugu.

Osasun-politiken gain interes ekonomikoak dituzte hainbat eragilek. Osasun-arretaren esparruan, sektore farmazeutikoa, osasun-teknologiaren sektorea eta aseguruaren sektorea nagusi dira. Bestalde, osasunari kalte egin diezaieketen produktuak merkaturatuz etekin ekonomikoa ateratzen duten beste sektore batzuk daude [adibidez, tabakoarekin, alkoholarekin eta elikagaiekin lotutakoak], eta, ondorioz, osasun publikoaren politikak arautu ditzakete. Jarraian, espezifikoki deskribatuko dira osasun-politiketan eragin handia duten interes ekonomikoek erabilitako estrategia nagusiak, esparru arautzailean, politikoan eta ideologikoan arauak kontrolatzeko [Mindell, 2012].

Lehen estrategia aldeko baldintza ideologikoak sortzearekin lotzen da, eraginak gehiago onar daitezen politikoki eta sozialki. Interes-eragileek etekina ateratzen diete osasunaren eredu biologizistari. Eredu horrek esfera indibidualen kokatzen du osasunaren inguruan erabakiak hartzeko azken erantzukizuna, eta, aldi berean, osasunaren mugatzaile sozialak, politikoak eta merkataritzakoak ikusezinarazten ditu. [Hernández-Aguado, 2016]. Industria farmazeutikoak eta osasun-teknologiaren zein osasun-aseguruaren merkatuak onura hartzen dute osasun-eredu hori sozialki eta politikoki onartuta egoteari; izan ere, beren produktuen eta zerbitzuen beharren pertzepzioa handitzen du. Gainera, zenbait gaixotasuni, teknologiari eta tratamenduri emandako arreta eta baliabideak zilegi bihurtzen ditu, ikerkuntzaren arloan zein osasun-plangintzarenean.

Bizitzaren medikalizazioaren fenomenoak edo saihestu, detektatu eta tratatu behar diren gaixotasun berriak sortzeko lotura estua dute aurreko strategiarekin, interes-eragileei ziurtatzen baitie etekin ekonomikoak izaten jarraituko dutela. Horregatik, patologikotzat jo dira bizitzako zenbait etapa edo prozesu [hala nola nerabegaroa, menopausia edo zahar-kitze-prozesua], zenbait prozesu fisiologiko [menstruazioa, haurduntza edo erditzea], zenbait alderdi emozional eta osasun mentalaren zenbait alderdi [antsietatea, tristetasuna edo atsekabea], jatorri soziala duten osasun-islapen batzuk [lan-prekarietatea eta zaintza-lanen prekarietatea, pobrezia edo bakardadea], arrisku-faktore batzuk [osteoporosia, hipertentsioa edo dislipemia] zein oso ohikoak ez diren edo arinak diren arazo batzuk, prebalente edo larri gisa adierazten direnak [Orueta et al., 2011]. Fenomeno horrek ez die berdin eragiten genero biei; emakumei kaltetzen zaie gehien bizi-zikloan zehar [Valls, 2008]. Fenomeno horrekin lotuta dagoen eta eztabaida zientifiko eta etiko handi bat sortzen ari den gai bat da bigarren mailako prebentzioko esku-hartzeak, hala nola zenbait

biztanle-behaketa eta -txertaketa. Ziurgabetasun-tarte garbia dago prozedura horien erabilgarritasunaren inguruan –bularreko minbiziaren behaketarekin gertatzen den moduan–, heriotza-tasa murrizteari dagokionez, aintzat hartuta onuren eta ondorio kaltegarrien balantzea [Prieto, 2012; Gervás eta Pérez Fernández, 2013]. Horren eraginez, prozedura horien inguruko gomendioak berriz hausnartu beharko lirake, eta osasun-esferak murriztu beharko luke biztanleen artean hedatzen ari den ziurtasun okerra, jarduketa horiek egokiak direla dioena eta eztabaida publikoa zailtzen duena [Padilla, 2014].

Interes ekonomikoek erabilitako bigarren estrategia da mekanismoak, marketina eta publizitate-kanpainak erabiltzea irudi bat sortzeko. Haren bitartez, korporazioak konponbidearen parte direla ematen dute aditzera, ez berriz, arazoaren kausa. Horretarako, adibidez, gizarte-erantzukizun korporatiboaren markoan bultzatutako ekimenak erabiltzen dituzte, eta, horiei esker, beren irudi soziala eta politikoa hobetu ditzakete eta araudiek beren jarduketa-tartea mugatzea saihestu dezakete [Mindell et al., 2012]. Hala, markak jokabide osasuntsuak eta ingurumen-jasangarritasunaren balioak sustatzen dituzten mezuekin eta ekimenekin lotzen dira [Minué, 2014]. Aldi berean, ustez azterketa zientifikoek emandako argudioak erabiltzen dituzte, baina horiek ez dira independenteak. Enpresek finantzatzen dituzte azterketak eta komunikabideen gainean duten eragina erabiltzen dute hedatzeko.

Sektore farmazeutikoaren kasuan, “ebidentzian oinarritutako medikuntza” erabili dute sendagaien eta osasun-produktuen eraginkortasunari eta segurtasunari buruzko emaitzen marketinerako eta hedapenerako. Sendagai eta produktu horiek, alabaina, ez dute zorrotzasun zientifikorik eta enpresen interes ekonomikoen aldeko sinesmenak eta erabaki politikoak eragiten dituzte [Erviti et al. 2016]. Elikaduraren industriak, bestalde, hainbat ikerkuntza finantzatu ditu azukredun edariek osasunean dituzten ondorio negatiboen inguruko azterketa independenteen aurkikuntzak estaltzeko [Ortún et al., 2016], eta AEBetan osasunaren sustapenarekin lotutako erakundeei ordainketak egin dizkie edari azukredunen eta obesitatearen arteko loturaren inguruko sentsibilizazioa txikitzeko [eldirio, 2016]. Esaterako, alkoholarekin industriak erabiltzen duen beste mekanismo bat da ustez ikerkuntza-xedeak dituzten organismoak erabiltzea. Haiek finantzatzen dituzte, eta zientziaren arloko pertsonak eta profesionalak erakartzen dituzte produktuen kaltegarritasuna zalantzan jartzen dituzten mezuek eman ditzaten. Horrek leku onean jartzen die beren jardura ekonomikoak mugatzen dituzten araudiak edo neurriak saihesteko eta haiek bultzatutako autokontrolako eta autoerregulazioko akordioak onartzeko [Hernández-Aguado, 2016].

Gainera, sektore horiek merkataritza-eragina dute osasun-arloko profesionalen kolektiboan, unibertsiteko prestakuntza-garaian [González-Rubio et al., 2017] zein medikuntza-profesionalen azken etapan, alegia, egoitza-etapan. Osasun-prestakuntza jarraituari dagokionez, haren zati handi bat sozietate zientifikoek eta profesionalak ematen dute, eta industria farmazeutikoarenganako eta elikagaien industriarenganako mendekotasun handia dute. Beraz, prestakuntza-eragile zati handi batek interes-gatazkaren eragina du [Ruano, 2011]. Interes ekonomikoetarako eraginkorra den beste eragin-bide bat da korporazio farmazeutikoaren ordezkariek osasun-profesionalei egiten dizkieten bisitak, beren produktuak sustatzeko [Novoa, 2016]. Osasunaren Euskal Foroak osasun-zentro publikoetatik bisita medikoak kentzeko eskatu du, bai eta, horren ordez, osasun-profesionalei emandako prestakuntza indartzeko ere [Azumendi, 2017].

Bukatzeke, azken estrategiak barne hartzen ditu produktuen salmentaren, publizitatearen eta kontsumoaren araudiarekin lotuta lobbyak egiten dituen ekintzak, bai eta agenda politikoaren eragile ekonomikoaren aldeko manipulazioa ere. Lobby gisa industria farmazeutikoaren lorpenen artean, garrantzitsuetako bat izan da sendagaiak baimentzeko baldintzak desarautzea edo arintzea [Erviti et al., 2016]. Horretarako, zorrozetasun metodologiko txiki-ko entsegu klinikoan ezagutza eta jarduera zientifikoa erabili ditu. Estatu-mailan Industria Farmazeutikoaren Enpresa Elkarte Nazionala (Farmaindustria) izan da sendagaien prezioak finkatu dituen protagonista nagusia, bai eta entsegu klinikoan jarduera eta produktuen kalitatea eta segurtasuna arautzeari dagokionez ere [Chaqués-Bonafont eta Flores, 2016]. Farmaindustriak eragin izugarri handiak ditu farmazia-politikan, sektore publikoarekin harremanetan dago eta, ate birakarien kasuak direla medio (oso ohikoak dira sektore bietako zuzendarien eta kudeatzaileen artean). Harreman horiez gain, erakundeen arteko lotura formalak daude gobernu-batzordeen bitartez, eta horietan oso ondo ordezkatura daude beren interes ekonomikoak [Chaqués-Bonafont eta Flores, 2016].

Tabakoaren eta alkoholaren industriaren kasuan, araudien gaineko eraginak ikaragarriak dira, eta zabal aztertu dira. Zehazki, tabakoaren lobbya da industria batek bere interesak araudiaren kontrako disuasio-estrategien bidez babesteko eraginkortasunaren eredu paradigmaticoa, eta beste industria batzuetarako adibide izan da, esaterako, alkoholaren industriarako. Hala ere, zenbait hamarkadaz interes ekonomiko biztanleen osasunaren gainetik egon eta gero, azken urteetan tabakismoaren prebentziorako eta kontrolerako politika integralen sorta bat egin da Espainian, eta 2005ean zein 2010ean haren kontsumoa arautzeko legeak egin dira. Neurri horiek, krisi ekonomikoaren eraginez, kontsumoaren nagusitasuna asko murriztu dute. Beraz, zigarro gutxiago kontsumitzen dira, eta jende gehiagok utzi dio tabakoa kontsumitzeari [SEEren Tabakismo Lantaldea, 2017]. Alkoholaren industriaren lobbya, tabakoarena ez bezala, erabat eraginkorra izan da unera arte eta estatu-mailan alkohola arautzeko saiakera guztiak indargabetu ditu. 2002ko eta 2006ko lege-aurreproiektu bidezko araudiak zalanztan jarri zituzten komunikabideek, eta, azkenik, atzera bota zituzten. Edari azukredunen industriaren lobbyak ere eragin izugarria du arautzailearen gain, eta horren adibide da gobernuak uko egin diola edari azukredunen kontsumoaren gaineko zerga ezartzeari. Uko egin dio elikagaien eta edarien ugazaberiak, nekazaritza-sektoreak eta Espainiako Freskagarrien Elkarteak egindako presioengatik. Argudioak alkoholaren arauketan erabilitako berdinak izan ziren [Villalbí et al., 2014], kontsumoaren, ekonomiaren eta enpleguaren susperraldiaren gaineko ondorio kaltegarriak aipatzen zituztenak [eldiario.es, 2017].

EBaren esparruan eragin handia dute ere bai, kide diren estatuak murgilduta daude eta. Merkataritza askeko itunek interes ekonomikoaren aldeko etorkizuna dakarte. Osasun-arloan azaldutako kezka nagusia da EBean sendagaiak edo elikagaiak sartzeko baimena ematen duten kalitate- eta segurtasun-irizpideek zorrozetasuna galduko dutela [Padilla, 2014]. Halaber, estatuak gero eta tarte txikiagoa dute jarduteko eta gero eta korporazioen eragin handiagoa dute. Maila horretan aritzeak izan dezakeen etekina ezagututa, korporazioen lobby-jarduera oso bizia da merkataritza-itunak egiteko [Corporate Europe Observatory, 2016].

Osasunerako eskubiderako hirugarren mehatxua da osasun-arloan desberdintasunek jarraitzen dutela, eta Europan ere gertatzen da hori. Horren arrazoia da ideia neoliberalak nagusitzen zaizkiola justizia sozialari.

Osasun-sistemaren aurrerapenak rol garrantzitsua izan dute osasuna hobetzeko, eta azken hamarkadetan asko handitu da bizi-itxaropena mundu osoan. 2000 eta 2005 urteen artean, 5 urtez handitu zen. Europako herrialdeen kasuan, 6 urtez handitu da 1990etik 2014ra bitartean (OECD, 2016). Hala ere, bizi-itxaropenari dagokionez, desberdintasunak daude Europako herrialdeetan, eta osasun-sistemek (estaldura unibertsalekoak gehienak) ezin dute hori azaldu. Hala, OECDren (Ekonomiaren Garapenerako eta Lankidetzarako Elkartea) herrialdeen eta harekin muga egiten dutenen arteko bizi-itxaropenaren aldea 8,2 urte da emakumeen kasuan eta 11,6 gizonen kasuan. Desberdintasun horiek ere badaude kalitate onarekin bitzitako urteak alderatzen direnean. Txikitu beharrean, desberdintasun horiek handitu egin dira azken hamarkadetan. Europako herrialde gehienetan heriotza-tasarik eta osasun txarreko tasarik handienak hezkuntza-maila txikiagoko biztanleei eragiten dizkie. Talde horiek, halaber, gaixotasun kronikoen (diabetesa edo BGBK), obesitatearen, tabakismoaren eta gehiegizko alkohol kontsumoaren prebalentzia handiagoa dute. Frutaren eta barazkien kontsumoa zein ariketa fisikoa egitea, berriz, ohikoagoak dira hezkuntza-maila handiagoa dutenen artean (OECD, 2016).

Halere, talde ez-ahulen eta talde ahulen arteko aldeak ezberdinak dira herrialdearen arabera. Desberdintasun horiek gizarte-epidemiologiatik aztertu dira ongizatearen estatuaren ereduaren eragina edo estatuaren gizarte-babesaren maila xedatzeko. Hala, ebidentziak iradokitzen duenez, Eskandinaviako herrialdeetako ongizate sozial-demokratikoaren estatuaren ereduak garrantzitsuagoa da osasunaren arloan desberdintasun sozialak murrizteko eredu liberal anglosaxoian eta Europako hegoaldekoan baino (Muntaner et al., 2017). Azken horietan, gainera, krisi ekonomikoak desberdintasunak handitu ditu; izan ere, murrizketa-politikak bortitzagoak izan dira, eta, bereziki, sektore publikoari eragin diote (Giovannella eta Stegmüller, 2014).

EAEn ere desberdintasun handiak daude osasunaren arloan. Horiek islatzen dira bizi-itxaropenean, heriotza-tasan eta osasun-egoerarekin lotutako adierazleetan, helduei zehar haurrei dagokienez. Bizi-itxaropenari dagokionez, oinarritzko osasun-eremuen (OOE) arteko aldea 10,5 urte da gizonen kasuan eta 7 urte emakumeen kasuan. Azken 30 urteetan, hain zuzen ere, kopuru horretan hazi da bizi-itxaropena batez beste EAEn. Sexu bien kasuan, bizi-itxaropena txikiagoa izan zen Bilbo Zaharra OOEan (71,5 gizonen kasuan eta 81 emakumeen kasuan) eta handiagoa Gasteizko hegoaldean (82 urte gizonen kasuan) eta Santa Luzian -Araba- (88 urte emakumeen kasuan). Desberdintasun horiek pertsonen hezkuntza-mailaren arabera gradiente argi bat agerian uzten dute. Hala, 2001-2006 bosturtekoan, ikasketarik gabeko gizonen eta emakumeen bizi-itxaropena 73 eta 81 urte izan zen hurrenez hurren. Unibertsitateko ikasketak zituztena, berriz, 81 eta 87 izan zen, hurrenez hurren. Halaber, nabarmendu behar da gizonen eta emakumeen artean bizi-itxaropenaren aldea handiagoa izan zela hezkuntza-maila txikiagoko biztanleengan (Esnaola et al., 2014). Maila sozioekonomikoa kontuan hartuta, heriotza-tasa orokorren desberdintasunak deskribatu dira ere bai errolda-sekzioen arteko kausa espezifikoaren arabera, 1996-2001 eta 2002-2007 denbora-tarteetan. Lehen denbora-tarteetan, gizonen kasuan, 5.278 heriotza desberdintasunei egotzi zitzaizkien, eta, bigarren tarteetan, 4.475. Hori gizonen heriotza guztien % 10 da gutxi gorabehera. Ia heriotza-kausa guztietan, lotura bat aurkitu zen bi denbora-tarteetan mugapen sozioekonomikoaren eta heriotza-tasaren artean, gizonen zehar. Emakumeen kasuan, lehen denbora-tarteetan soilik (Montoya, 2015).

Osasun-adierazleen arabera, adibidez, hautemandako osasunaren arabera, arazo kronikoek prebalentzia, osasunarekin lotutako bizi-kalitatea, osasun mentala edo jardueraren mugapen kronikoa txarragoak dira kasu guztietan klase sozialak edo hezkuntza-mailak behera egin ahala, helduei dagokienez. Generoari dagokionez, emakumeek emaitza txarragoak dituzte osasun-adierazleetan.

Haurren eta nerabeen osasunak etxeetako ezaugarri sozioekonomikoen eragina du ere bai. Horrek ikustera ematen du osasunaren arloko desberdintasun sozialak belaunaldiz belaunaldi igarotzen direla. EAEn, 0 urtetik 17 urtera bitarteko biztanleei dagokienez, osasun ona txartzten da familiaren klase soziala txarragoa izan ahala, neskatoen zein mutikoen kasuan. Hala ere, gradiente soziala handiagoa da bigarrenen kasuan, antza denez. Gurasoen ikasketa-mailarekin ere gauza bera da. Osasun txarraren prebalentziak gora egiten du gurasoen ikasketa-mailak behera egin ahala. Familiaren klase sozialaren arabera, haurrek gaixotasun kronikoak izateak aditzera ematen ditu osasunaren arloko desberdintasun handiak. Klase sozial txikiagoko haurrek gaixotasun kroniko gehiago jasaten dituzte, bereziki, mutikoez (% 39,3). Neskatoen kasuan ehunekoa 22,6 da [Martín et al., 2006].

Desberdintasun sozialak osasun-zerbitzuak erabiltzeko patroian islatzen dira ere bai, estaldura unibertsaleko sistemetan barne. Maila sozioekonomikoak xedatutako patroik horrek eragina du aseguramendu motan; izan ere, hezkuntza-maila eta errenta handiagoko pertsonak osasun-estaldura bikoitza dute proportzio handiagoan, Espainiako testuinguruan ikusi denez [Ordaz et al., 2005]. Beste alde batetik, maila horrek laguntzen dio diru gehiagoko pertsonak osasun-sisteman mugitzeari. Europako herrialde gehienetan maizago jotzen dute arreta espezializatuko zerbitzuetara [Fjaer et al., 2017]. Hala ere, maila sozioekonomiko txikiagoko pertsonak, estaldura publikoa bakarrik dutenek, LMren zerbitzuetara jotzen dute maizago [Fjaer et al., 2017], ez hainbeste arreta espezializaturara; Espainiako testuinguruan ikusi denez [Urbanos, 2016]. Maila sozioekonomiko txikiagoko biztanleek, halaber, aukera gutxiago dituzte prebentzio-probak egiteko [Dryden et al., 2012; Ayala et al., 2015; Hurtado et al., 2015]. Desberdintasun horiek nabarmendu egiten dira sistema publikoak estaltzen ez dituen zerbitzuen eta prestazioen kasuan, horiek erabiltzeko, erabiltzaileak ordainketa zuzena egin behar du eta, adibidez, ahoaren osasunean [Palència et al., 2014]. Gainera, saio bakoitzean ordaindu behar izateak eta hornidura pribatuak oztupo bat osatzen dute zenbait zerbitzu erabiltzeko, hala nola errehabilitazioa eta fisioterapia [Snozzi et al., 2014; Schröder et al., 2016].

Beste herrialde batzuetan gertatzen den moduan, nahiz eta barne hartutako zerbitzuak doan diren eta haren estalduraren izaera a priori unibertsala den, EAEn osasun-sistemarako sarbidea ez da homogeneouski egiten gizarte-talde ezberdinen artean. Lehen mailako arretari dagokionez, emakumeak eta egoera kaltegarriagoetan dauden pertsonak joaten dira maizago, baita lehen mailako ikasketak edo baxuagoak dituztenak ere, egoera nabarmenago batean dauden herriekin alderatuta. Egoera hori ere ikusten da lehen mailako enfermeritza-konsultetan; izan ere, klase behartsuenetako emakumeek klase mesedetuetakoenak baino ia % 35ko probabilitate gehiago izan zuten kontsulta egiteko. Era berean, LMko bisitak ohikoagoak izan ziren errenta baxuko herrialdetan jaiotako etorkinen artean. Bestalde, arreta espezializatuak lehen mailako arreta baino erabiler txikiagoa izan zuten, eta sarbidea ere ez zen izan hain sarria klase behartsuenen eta hezkuntza-mailen artean, eta bereziki, emakumeen artean. Jaiotze-lekuari dagokionez, existitzen zen ereduak ez ziren eztabaida ezina, gizonen kasuan behintzat [Martín et al., 2016].

EAEn nagusiki estalita edo bide publikorik gabe dauden osasun-zerbitzuek erabileran desberdintasun handiak dituzte. Dentisten kasuan, desberdintasun nabariak topatu ziren; izan ere, kontsultak ohikoagoak izan ziren egoera sozioekonomiko mesedetuago batean zeuden pertsonen artean, emakume zein gizon. Zehazki, klase sozial behartsueneko pertsonen % 35eko probabilitate gutxiago izan zuten zerbitzu horretara joateko, klase mesedetuagoekin alderatuta. Hezkuntza-maila ezberdinak konparatu ostean, klase sozial bakoitzeko deskribatu dugunaren antzeko zerbait gertatzen da. Horrez gain, haurren arretari dagokionez, EAEn Haurren Hortzak Zaintzeko Programa (PADI) dago, eta haren bitartez, 7 eta 15 urte bitarteko euskal herritar guztiei hortzetako arreta finantzatzen eta ematen die. Nahiz eta EAEn osasunaren arloan emaitza garrantzitsuak lortu diren, eta haurren hortzetako osasunean desberdintasunak gutxitu diren [Salazar eta Aguirre, 2015], EAEn kasuan % 66ko estaldura du, baina aurrerapausoak ematen jarraitu beharra dago programaren estaldura zabaltzeko [% 66an finkatuta dago], eta zerbitzu horretan dauden ezberdintasun sozialak gutxiagotzeko [Pinilla et al., 2015].

Fisioterapia-zerbitzuen erabilerari erreferentzia eginez, klase sozial bakoitzean berriz ere desberdintasun argiak nabari dira. Kasu honetan ere, kontsultak ohikoagoak dira egoera mesedetuago batean dauden pertsonen artean, hain zuzen ere, haien klase sozialaren, hezkuntza-mailaren edo jaioterriaren arabera. Adibidez, klase sozial behartsueneko emakume eta gizonek fisioterapia-zerbitzuetara jotzeko, hurrenez hurren, % 40 eta % 50eko probabilitate gutxiago izan zuten klase mesedetueneko emakume eta gizonekin alderatuta. Fisioterapia-zerbitzua erabiltzeko maiztasunean, jaioterri bakoitzeko distantzia askoz handiagoa izan zen; izan ere, errenta baxuko herrialde bateko etorkinek % 70eko probabilitate gutxiago izan zuten, nahiz eta, herritar autoktonoen moduan, behar berdina duten. Azkenik, podologiako zerbitzuen erabilerari dagokionez, deskribatutako egoera aurrez estali gabeko zerbitzuen egoeraren antzekoa da [Martín et al., 2016].

3. OSASUNERAKO ESKUBIDEAREN ERRONKAK EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN

EEAEn osasunerako eskubidearen erronka nagusia da estatuek erantzun beharrezkoa eta egokia ematea osasun-sistema publikoaren pribatizazioari. Izan ere, pribatizazioa aurrera egiten ari da, osasun-politikan interes ekonomikoak eragiten ari dira eta desberdintasun sozialek irauten dute osasunaren arloan.

Osasunerako eskubiderako arrisku nagusia, **osasun-sistemaren pribatizazioarekin** lotuta, haren finantzazioaren pribatizazioa da; izan ere, osasuna negozio gisa hartzea eta tratatzeari laguntzen dio eta osasun-zerbitzuetarako sarbiderako oztopoak handitzen ditu. Horrenbestez, desberdintasunak areagotzen ditu osasunaren arloan. Osasun-sistema publikoaren ezaugarriek asko mugatzen dute aseguramendu pribatuaren bilakaera. Horregatik, estatuek ahalegina egin behar dute osasun-sistema publikoaren finantzazioa sendotzeko eta sektore pribatuaren presentzia eta tamaina txikitzeko [Martín et al., 2017]. Horretarako, estatuek [osasun-sistema publikoak dituztenek barne] lehen mailako arretarako eta osasun publikorako gutxieneko gastua bermatu behar dute, sistemak gailu horietara berriz orienta daitezten. Halaber, estaldura publikoak osasun-zerbitzu guztiak barne hartu beharko litzuzke. Eraginkortasuna eta jasangarritasuna aitzaki hartzen dituzten eskume-

neko aurrekontu-murrizketak saihestu behar dira, eta aurrekontu horiek indartu behar dira krisi ekonomikoen garaietan, osasun-arloko desberdintasunak handitu daitezke eta. Horrez gain, osasun-profesionalen prekarizazioa saihestu behar da, eta langile-paziente oreka egokia bermatu behar da. Gainera, pertsona horien enplegu- eta lan-baldintzak ezin dira txartu.

Betalde, sektore pribatuari laguntzen dioten zerga-neurririk ez litzateke egin beharko; izan ere, diru-bilketa publikoaren modu nagusia murrizten dute, eta, aldi berean, aukera ematen dute gizartean posizio ona duten eta osasun-arreta pribaturako sareranzko prezio sozialerako gaitasun handiagoa duten sektoreek ihes egiteko. Hortaz, sistema publikoak zilegitasuna galduko luke. Arrazoi horretaz gain, publikoki finantzatzeko diren aseguramendu pribatuen araubideak desegin beharko lirateke, Osasun Sistema Nazionalaren printzipioekin bat egiten ez dute eta.

Horniduraren pribatizazioari dagokionez, osasun-sistemen bidez jarduketa hori murriztu beharko litzateke. Izan ere, enpresa pribatuen existentziari eta hazkundeari laguntzen dio, eta, ondorioz, osasun pribatuari era parasitarioan. Beraz, sektore publikoa ahultzten da. Hornidura pribatuaren aurrean, gobernuek osasunerako eskubidea bermatu behar dute. Horretarako, zerbitzuen kalitatea, gardentasuna eta kontuen emakida bermatu behar dute. Gainera, kontzertazioek eta esternalizazioek sortzen dituzten jardunbide ustelak saihestu behar dituzte.

Osasun-ikerikuntzari eta -prestakuntzari dagokionez, gobernuek izan behar dira agendaren eta horien garapenaren finantzazailerak eta arautzailerak nagusiak, eta horiek garatzen direla eta biztanleen eta osasun-sistemaren behar nagusietara egokitzen direla bermatu behar dute. Halaber, prestakuntza-jardueran eta jarduera zientifikoan interes-gatazka arautu beharko lirateke. Hala, eremu zientifikoan eta profesionalean gardentasuna bermatu beharko litzateke eta kontuak eman beharko lirateke.

Interes ekonomikoak kudeatzeari dagokionez, gobernuek osasunaren eredu biomedikoaren nagusitasunarekin amaitu beharko lukete. Eredu horrek osasun-politiken gaineko interes ekonomikoak hedatzen ditu; izan ere, osasunaren inguruko erantzukizunik handiena pertsonari ematen die, eta eragile ekonomikoena baztertzen du. Eredu horrek aukera ematen dio industriari adierazteko bera ez dela arazoaren parte, bai eta osasunaren lagunen eragilearen rola hartzeko ere. Gainera, bitartean bere negozio-hobiak elikatzen ditu, adibidez, arlo biomedikoa.

Pertsona guztien osasunerako eskubidea bermatzeko, gobernuek lehenetsua eman behar diete ongizateari, osasunari eta osasun-berdintasunari, zenbait sektore-ekonomikoren interes bano. Horretarako, gobernuek buru izan behar dute eta gobernamentu egokiaren irizpideak aplikatu behar dituzte osasunaren arloan. Horretarako, sektoreak batera aritu behar dira, eta osasunaren mugatzaile sozialei, politikoei eta komertzialei eragiten dieten politikoei osasunean dituzten inpaktuak ebaluatu behar dituzte, bai eta horien eragina ere osasun-desberdintasunean. Hori garrantzia handikoa da eragin ekonomikoei dagokionez, inpaktu negatiboek sozioekonomikoki ahulenak diren biztanle-taldeei eragiten dietela adierazten duenez, ebidentzia zientifikoa sendoa da eta. Talde horiek eragin handiagoa jasotzen dute jokabide desegokiak sustatzen dituzten testuinguruen aldetik, eta ahulagoak dira horien eragin negatiboen aurrean. Horrek osasun-desberdintasunak

handitzen ditu. Hain zuzen ere, tabakismoaren eta gehiegizko alkohol-kontsumoaren inguruko desberdintasunak, pobreziaarekin batera, Europako herrialdeen arteko heriotzatasen desberdintasunak azaltzeko erabili diren faktoreak dira [Mackenbach et al., 2017]. Gobernuen jarduketak ere osasun-sistemari aplikatu behar zaizkio; izan ere, osasun-asis-tentziako eredu ospitalezentrikoek (oso teknologizatuak eta interbentzionistak) ez dituzte aintzat hartzen gaixotasunen kausak eta osasun-arloko desberdintasunak, eta, ondorioz, desberdintasuna handitzeari laguntzen diote [Baum et al.2009].

Bestalde, osasunaren gobernamendu egokiak eskatzen duen jarduketak demokrazian, gardentasunean eta kontuak ematean oinarritu behar dira, eta denon ongizatea bilatu behar dute. Interes ekonomikoek eragin efektiboa dutenez politika eta arauketa publikoetan, argi geratzen da gobernuak urrun daudela balio horietatik, eta horrek biztanleen eta beren ordezkarien osasunerako eskubidea urratzen du. Horren harira, multinazional handien arteko harreman eta truke ekonomikoak ahalbidetzen dituzten merkataritza askeko itunak ezkutuan egiten dira, balio demokratikoei jarraitu gabe eta aintzat hartu gabe biztanleen osasunean izan ditzaketen inpaktu negatiboak. Oraindik horren inguruko ebidentzia handirik ez badago ere, egindako azterketen arabera, biztanleen osasunean eragin negatibo gehiago izango dituzte positibo baino [Barlow et al., 2017a, 2017b]. Kontsiderazio horiek direla medio, osasun publikoaren sektoreak parte hartu behar du nazioarteko negoziazioetan, pertsonen oinarritzko osasun-paketeetarako sarbide berdina izatea bermatzeko eta biztanleen osasunerako kaltegarriak izango diren mugatzaile sozialak kontrolatzeko [Osasun, Gizarte Zerbitzuak eta Berdintasun Ministerioa, 2010].

Azkenik, adierazi behar da herritarrek erabakietan parte hartzeko erronkari ekin behar zaiola, eta gizartea eragile erabakigarri bat izan behar dela balio demokratikoak eta osasunerako eskubidea aldarrikatzeko, interes ekonomikoen aurrean. Horretarako, osasunaren eredu soziala hedatu behar zaie biztanleei, eta gobernuen eta sozietate zibilaren arteko borroka partekaturako bermeak eskaini behar dira, denon ongizaterako. Eraginkorragoak diren komunikazio-kanal eta gizartearen parte-hartzerako kanal berriak sortu behar dira, eta irakastea eragin eta jardunbide egokiak sistematizatu behar dira. Beharrezkoa da hori erronka horretan aurrera egiteko. Zentzu horretan, auditoria soziala sartzea egokia izan daiteke, herritarren ekimen zilegitzat hartuta. Horrela, gai publikoen zaintza eta monitorea sustatuko litzateke, informaziorako sarbidea, kalitatea, eraginkortasuna, efikazia eta etika hobetzeko kudeaketa publikoan.

Osasunaren arloko desberdintasun sozialen iraupenagatik gobernuek dituzten erronkak garatu dira jarraian. Horretarako, erreferentziatzat hartuko da Osasun Arloan Desberdintasunak Murrizteko Espainiako Batzordearen [Osasun, Gizarte Zerbitzuak eta Berdintasun Ministerioa, 2010] txostena, OMEaren Europako Eskualdeak proposatzen dituen "Osasuna 2020"ren helburuekin bat eginez.

Lehen erronka da botereen, aberastasunaren eta baliabideen banaketa bidezkoa egitea, biztanleen osasuna hobetzeko. Hori ezinezkoa da osasunaren estrategiak aurrera egiten ez badu politika guztietan. Horretarako, gobernuaren sektoreak sentsibilizatu eta erantzunkide egin behar dira osasunaren desberdintasun sozialei dagokienez, mugatzaile sozialen ganean elkarrekin aritzeko. Horretarako, aliantza finkoak behar dira gobernuan, sektoreen arteko ekintza efektiboa gauzatzen laguntzeko eta horretarako tresnak emateko. Bestalde, gobernuek politika fiskal progresiboak eta gastu publikoko politikak hartu

behar dituzte, kalitatezko osasun-, hezkuntza-, gizarte- eta ingurumen-zerbitzuak sustatzeko eta mantentzeko. Halaber, gastu soziala nahikoa eta egokia dela bermatu behar dute, errentaren eta pobreziaaren desberdintasunak murrizteko eta osasunaren mugatzaile sozialei ekiteko inbertsioa sustatzeko.

Bigarren erronka da bermatzea pertsona guztiek laneko eta bizitzeko baldintza duinak dituztela bizi-zikloan zehar, bai eta osasuna sustatzen dituzten inguruak dituztela ere. Horretarako, kalitatezko hezkuntza publikoa eman eta indartu behar da, eta 0 urtetik 3 urtera bitarteko haur-eskolen estaldura eta irisgarritasun ekonomikoa hedatu ere bai. Neurri horiek ekitatearen ikuspegia txertatu behar dute, egoera ahula duten eremuetan edo familiengan indartu daitezen gailuak. Halaber, etxeetako zailtasun ekonomikoak murrizteko aukera ematen duten enplegu-baldintzak bermatu behar dira, eta lan-baldintza egokiak eman behar dira gurasoek nahikoa denbora izan dezaten beren seme-alabak zaintzeko.

Bestalde, zaintzei laguntzeko xedez, estatuek bizi-kalitate ona izateko moduko pentsio nahikoak eta egokiak bermatu behar dituzte; eta egoitza-gailuak eta etxeko asistentziako gailuak areagotu behar dira, bai eta errehabilitazio-zerbitzuak, zerbitzu soziosanitarioak eta etxeko arretakoak ere.

Osasun-sistemak, SNSren kasuan bermatzaile unibertsala bada ere, osasun-arloko desberdintasun sozialak areagotu ditzake zenbait neurri indartzen ez badira eta beste batzuk berriz orientatzen ez badira. 16/2012 LEDak eragindako biztanle-taldeei asistentzia sanitarioaren eskubidea berriz emateko, EAEk egindako 114/2012 Dekretua indargabetuenez, euskal erakundeek konpromisoa hartu behar dute bermatzeko osasun-arreta erabat unibertsal bihurtuko dutela EAEn bizi diren pertsona guztientzat, % 100eko estaldura izango duela eta eskubidea ez dela loturik egongo pertsona onuradun edo aseguratua izatearekin. Halaber, osasun-prestazioen eta -zerbitzuen % 100 finantzatu behar dira. Horrela ez bada, baliabide urriak dituzten biztanleei erabat estali ez diren osasun-prestazioen kostua murriztu behar zaie.

Sistema LMra orientatu behar da berriz, sistemaren ardatz gisa. Horretarako, asistentzia-maila horretarako baliabideak handitu behar dira, eta haren komunitate-berrorientazioan aurrera egin behar da. Eremu ahulagoetan bermatu eta indartu behar da zerbitzuen eta prestazioen nahikotasuna eta kalitatea. Hala, zailtasun berezia duten kolektiboen oztupo fisikoak eta garraiokoak kendu behar dira osasun-zentroetara eta -zerbitzuetara sartzeko, eta bermatu behar da zerbitzuak biztanleen beharretara egokitzen direla. Horrez gain, arreta berezia eman behar zaie ahulezia-egoeran dauden taldeei.



BIBLIOGRAFIA

- Adhanom, T. 2017. *La salud es un derecho humano fundamental*. Giza Eskubideen Egunaren adierazpena (2017 abenduak 10). Osasunaren Mundu Erakundea. Hemen eskuragarri: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Aday L, Andersen R. 1974. *A framework for the study of access to medical care*. Health Services Research, 9:208-220.
- Administrazio Nagusia [Honduras]. 2014. *Informe de ejecución del presupuesto general de ingresos y egresos de la República. Tercer trimestre 2014*. Finantza Idazkaritza. Hemen eskuragarri: <http://www.sefin.gob.hn/>
- Almeida C. 2002. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Cad Saúde Pública, 18(4):905-925.
- Allen, L. 2017. *Are we facing a noncommunicable disease pandemic?* Journal of Epidemiology and Global Health, 7 (1),5-9. doi: 10.1016/j.jegh.2016.11.001.
- Armada F, Muntaner C, Navarro V. 2001. *Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations*. Int J Health Serv, 31:729-768.
- Osasun Ekonomiarren Elkarte. 2012. *Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012*. Bartzelona. Hemendik hartuta: http://www.aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento.pdf
- Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, García P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C et al. 2015. *Health-system reform and universal health coverage in Latin America*. The Lancet, 385(9974):1230-1247.
- Ávila C, Bright R, Gutiérrez J, Hoadley K, Coite M, Romero N, MP R. 2015. *Guatemala, Análisis del Sistema de Salud*. Bethesda, MD: Proyecto Health Finance and Governance, Abt Associates Inc. Eskuragarri hemen: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KW5C.pdf. 2015.
- Ayala, L., Calero, J., Díaz de Sarralde, S., Freire, J.M., García, M.A., Gimeno J.A., González, B., Granada, O., López, J.M., Onrubia, J., Rico, A., Ruiz-Huerta, J., Tiana, A., Trilla, C., & Urbanos, R.M. 2015. *2º Informe sobre la desigualdad en España 2015*. Madril: Alternativas Fundazioa Hemen eskuratuta: <http://www.fundacionalternativas.org/las-publicaciones/informes/2o-informe-sobre-la-desigualdad-en-espana-2015>
- Azumendi, E. (2017ko ekainaren 17a). "La sanidad no se debe ver como un gasto, sino como una inversión". *Eldiariorte*. Eskuragarri hemen: http://www.eldiario.es/norte/euskadi/sanidad-debe-ver-gasto-inversion_0_655134629.html
- Honduraseko Banku Zentrala. 2017. *Honduras en cifras 2014-2016*. Eskuragarri hemen: http://www.bch.hn/download/honduras_en_cifras/hencifras2014_2016.pdf
- Munduko Bankua, Laguntza Teknikoaren Eskualde Unitatea (RUTA), Hezkuntza, Konkultura eta Herri Indigenen Ministerioa. 2003. *Perfil de los Pueblos Indígenas en El Salvador*. San Salvador, El Salvador.
- Barlow, P, McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. 2017a. *Impact of the North American Free Trade Agreement on high-fructose corn syrup supply in Canada: a natural experiment using synthetic control methods*. CMAJ, 4, 189:E881-7. doi:10.1503/cmaj.161152
- Barlow, P, McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. 2017b. *The health impact of trade and investment*

- agreements: a quantitative systematic review and network co-citation analysis.* Globalization and Health, 13:13. doi:10.1186/s12992-017-0240-x
- Baum, F.E., Bégin, M., Houweling, T.A., & Taylor, S. 2009. *Changes not for the fainthearted: reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health.* American Journal of Public Health, 99(11), 1967-74.
- Becerril-Montekio V, López-Dávila L. 2011. *Sistema de salud de Guatemala.* Mexicoko Osasun Publikoa;53: s197-s197.
- Bermúdez-Madriz JL, Sáenz MR, Muiser J, Acosta M. 2011. *Sistema de salud de Honduras.* Mexicoko Osasun Publikoa;53 supl 2:S209-S219.
- Bowser DM, Mahal A. 2011. *Guatemala: the economic burden of illness and health system implications.* Health Policy; 100(2-3):159-166.
- Camprubí, L. 2010. *Caracterización e indicadores de la privatización de los sistemas sanitarios: una aproximación al sistema sanitario de Cataluña.* Argitaratu gabeko master-tesina. Pompeu Fabra Unibertsitatea / Bartzelonako Unibertsitate Autonomoa, Bartzelona.
- Carmenate-Milián L, Herrera-Ramos A, Ramos-Cáceres D. 2016. *Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto.* Medikuntza-fitxategiak. 12. lib. 4. zen.: 10. doi: 10.3823/1333
- CEPAL. 2006. *La Reforma de Salud en Honduras.* Azterketa Berezieta Unitateak. ISBN 9213229186
- Censos Nacionales VI de Población y V de Vivienda 2007. Características generales de la población.* El Salvadorreko Ekonomia Ministerioa. Estatistikako eta Erroldetako Zuzendaritza Nagusia. 2009. San Salvador, El Salvador.
- Chaqués-Bonafont, L., & Flores, L. 2016. *Farmaindustria como organización de intereses.* In: Molins, J.M., Muñoz-Márquez, L., Medina, I. (Dir.). (2016). Los grupos de interés en España. Madril: Tecnos argitaletxea, 244-66.
- Chávez Borjas, M. 2003. *Trayectoria del sector salud.* Giza Garapen Jasangarriaren Liburu Sorta (22); Nazio Batuen Garapenerako Programak editutatu (PNUD). Tegucigalpa, Honduras.
- Chivu, M.C., & Reidpath, D.D. 2010. *Social deprivation and exposure to health promotion. A study of the distribution of health promotion resources to schools in England.* BMC Public Health 10, 473.
- Coca-Cola y Pepsi pagaron para tapar sus vínculos con la obesidad en EEUU* (2016ko urriaren 10a). Eldiario.es Hemendik eskuratuta: http://www.eldiario.es/sociedad/Coca-Cola-Pepsi-vinculos-obesidad-EEUU_0_567993967.html
- Corporate Europe Observatory. 2016. *A spoonful of sugar. How the food lobby fights sugar regulation in the EU.* Hemendik hartuta: https://corporateeurope.org/sites/.../a_spoonful_of_sugar_final.pdf
- Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Atun R, Barreto I, Cetrángolo O. 2015. *MEDICC Rev La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina*, 17 S40-52.
- Latinoamerikarako eta Kariberako Batzorde Ekonomikoa. 2006. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe.* Santiago (Txile): CEPAL, Estatistika eta Proiekzio ekonomikoen Dibisioa. Hemen eskuragarri: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProdasp?xml=/deype/agrupadores_xml/aes250xml
- Latinoamerikarako eta Kariberako Batzorde Ekonomikoa (CEPAL). 2015. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2015* (LC/G.2656-P), Santiago, Chile.
- Osasun Integralerako Erreforma Proposamenaren Jarraipen Batzorde Nazionala. 2007. *Anteproyecto Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud.* San Salvador, El Salvador. Eskuragarri hemen: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1023-anteproyecto-de-ley-creacion-sns&category_slug=refor

ma-del-sector-salud&Itemid=364

- Giza Baliabideen Batzorde Nazionala (CONADEH). 2014. *Primer informe especial sobre aspectos del servicio público de salud en Honduras. El derecho humano a la salud y el servicio público de salud*. Tegucigalpa, Honduras. Eskuragarri hemen: http://app.conadeh.hn/descargas/InformesEspeciales/Informe_Especial_sobre_Aspectos_del_Servicio_Publico_de_Salud.pdf
- Da Silva Z, Ribeiro M, Barata R. 2011. *Socio-demographic profile and utilization patterns of the public healthcare system (SUS), 2003-2008*. Cien Saude Colet, 16:3807-3816.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire. Londres: King's Fund. Hemendik hartuta: <https://www.kingsfund.org.uk/>
442. Dekretua *Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud*. 2007ko azaroaren 16a Egunkari Ofiziala; 314. 377. liburukia. San Salvador. El Salvador.
- Ekonomia Saila UCA. (2016). *Análisis Socioeconómico de El Salvador, segundo semestre de 2015*. San Salvador, Universidad Centroamericana –José Simeón Cañas–. Eskuragarri hemen: http://www.uca.edu.sv/deptos/economia/media/archivo/674911_versionwebanalisis-socioeconomicodeelsalvador.pdf
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila (1993). *Plan Estratégico del Sistema Vasco de Salud* Ekonomia: Ekonomiairen euskal aldizkaria, 25, 118-143. Hemendik hartuta: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1319683>
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. 2016. *Estrategia de investigación e innovación en salud 2020*. Vitoria-Gasteiz. Hemendik hartuta: http://www.osakidetza.euskadi.eus/docs/estrategias_salud_2020_es.pdf.
- Dinarte M et al. 2015. *Estudio del gasto Público en Salud en Honduras en el Marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015*. Eskuragarri hemen: <http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/Honduras%20SM2015%20-%20Estudio%20Gasto%20P%C3%ABlico%20en%20Salud.pdf>
- Sendagaien Zuzendaritza Nazionala. 2016. *Informe de labores 2015-16*. San Salvador. El Salvador.
- Sendagaien Zuzendaritza Nazionala. 2017. *Informe de labores 2016-17*. San Salvador. El Salvador.
- Doyal, L., & Pennell, I. 1979. *The Political Economy of Health*. Londres: Pluto Press.
- Dryden, R., Williams, B., McCowan, C., & Themessl-Huber, M. 2012. *What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review*. BMC Public Health, 12, 723. doi: 10.1186/1471-2458-12-723
- El Consejero de Salud abre el nuevo Master de Gestión Sanitaria impulsado por el Departamento en Deusto* (2014ko apirilaren 7a). Irekia. Eusko Jaurlaritza. Hemendik hartuta: <http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/18792-consejero-salud-abre-nuevo-master-gestion-sanitaria-impulsado-por-departamento-deusto>
- El lobby del azúcar consigue su objetivo al frenar el impuesto sobre los refrescos* (2017ko martxoaren 31). Eldiario.es Hemendik eskuratuta: http://www.eldiario.es/economia/consigue-objetivo-impuesto-bebidas-azucaradas_0_628187485.html
- Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 (ENCOVI 2014)*. 2016. Estatistikako Institutu Nazionala. Guatemalako Hiria. Guatemala.
- Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos 2016 (ENEI 2016)*. 2016. Estatistikako Institutu Nazionala. Guatemalako Hiria. Guatemala.
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 (ENSMI 2016)*. 2016. Osasun Publikoaren eta Asistentzia Sozialaren Ministerioa (MSPAS) Guatemalako Hiria. Guatemala.

- Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012 (ENSD 2013)*. 2013. Osasun Idazkaritza [Honduras], Estatistikako Institutu Nazionala (INE) eta ICF International. Tegucigalpa, Honduras.
- LIV Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM 2016)*. Estatistikako Institutu Nazionala (INE). Tegucigalpa, Honduras
- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2016 (EHPM 2016)*. 2017. El Salvadorreko Ekonomia Ministerioa. Estatistikako eta Erroldetako Zuzendaritza Nagusia. San Salvador, El Salvador.
- Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2008)*. 2009. USAID, CDC, El Salvadorreko Elkartea Demografikoa. San Salvador, El Salvador.
- Erviti, J., Saiz, L.C., & Garjón, J. 2016. *Fiabilidad de los ensayos clínicos. El peligroso camino de la desregulación de los medicamentos*. Medicina Clínica, 47, 554-7. doi: 10.1016/j.medcli.2016.10.003
- Esnaola, S., Martín, U., & Bacigalupe, A. 2014. *Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi. Magnitud y cambio 1996-2006*. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila. Osasun Ikasketako eta Ikerkuntzako Zerbitzua.
- Espinoza E., Guevara G. 2006. *Disponibilidad y precio de los medicamentos en El Salvador durante el segundo semestre de 2006*. El Salvadorreko Unibertsitatea, San Salvador, El Salvador.
- Eustat-Euskal Estatistika Erakundea (2015). *28 indicadores básicos para conocer la situación de nuestro país en la Unión Europea*. Argitalpen digitala. Hemendik hartuta: http://www.eustat.eus/document/epubs/publicaciones/euskadiUE28_2015_cas-eus/index.html
- Fidler, A.H. 2009. *The role of the private sector in health financing and service delivery*. European Journal of Public Health 19(5), 450-1.
- Fjær, E.L., Balaj, M., Stornes, P., Todd, A., McNamara, C.L. & Eikemo, T.A. (2017). *Exploring the differences in general practitioner and health care specialist utilization according to education, occupation, income and social networks across Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health*. European Journal of Public Health, 27(1), 73–81. doi:10.1093/eurpub/ckw255
- Nekazaritzaren Garapenerako Nazioarteko Funtza (FIDA). 2011. *Dar a la población rural pobre de Honduras la oportunidad de salir de la pobreza*. Hemen eskuragarri: <https://www.ifad.org/documents/10180/ef03ee63-3c7c-4e26-8b4e-c5e6608907aa>
- Osasunerako Funtz Solidarioa (FOSALUD). 2017. *Memoria de Labores 2016-2017*. Eskuragarri hemen: <http://www.fosalud.gob.sv/inicio/informes-y-documentos-fosalud/>
- Ekonomiaren eta Gizartearen Garapenerako El Salvadorreko Fundazioa (FUSADES). 2013. *Análisis de la política pública de salud en El Salvador*. San Salvador. El Salvador. ISBN 978-9923-962-8-5
- MAPFRE Fundazioa, Aseguruaren Zientzien Institutua. 2010. *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Madril. Espainia
- Gervás, J., & Pérez Fernández, M. 2013. *Cribados: una propuesta de racionalización*. Gaceta Sanitaria 27(4). doi: 10.1016/j.gaceta.2013.03.007
- Giovanella, L. & Stegmüller, K. 2014. *The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain*. Osasun Publikoaren Liburuak, 30(11), 2263–81. doi: 10.1590/0102-311X00021314
- El Salvadorreko Errepublikaren Gobernuak, Nazio Batuen Sistema El Salvadorren. 2014. *Tercer Informe de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de El Salvador*. San Salvador, El Salvador.
- González-Rubio, R., Escortell-Mayor, E., & Del Cura-González, I. 2017. *Industria farmacéutica y*

formación sanitaria especializada: percepciones de los MIR en Madrid. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.07.015

- Epidemiologiaren Espainiako Sozietatearen Tabakismoari buruzko Lantaldea 2017. *Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010). Revisión de la evidencia.* Hemen eskuratuta: <http://www.cnpt.es/documentacion/publicaciones/d3f3e176c9027414b85cb36c857bd81f991d3d7aa167095cd69d5d498a8e52b6.pdf>
- Munduko Bankuaren taldea. 2015. *El Salvador. Estudios del gasto público social y sus instituciones.* Hemen eskuratuta <http://documents.worldbank.org/curated/en/991301467999733851/pdf/95649-SPANISH-PER-P133348-PUBLIC-Box393197B-SSEIR-El-Salvador-Espanol.pdf>
- Hart, J.T. 1971. *The inverse care law.* Lancet, 1(7696), 405-412.
- Heredia N, Laurell A, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. 2015. *El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina?* MEDICC Rev, 17(Suppl):S16-18.
- Hernández-Aguado, I. 2016. *El buen gobierno de la sanidad: las influencias debidas e indebidas en la formulación de políticas de salud.* Doktorego-tesia. Zientzia Politikoaren eta Soziologiaren fakultatea. Madrilgo Complutense Unibertsitatea.
- Hernández L. 2011. *Las políticas de salud en Guatemala 1985-2010.* Garapenerako Nazio Batuen Programa.
- Hernández AR, Hurtig AK, Dahlblom K, San Sebastian M. 2014. *More than a checklist: a realist evaluation of supervision of mid-level health workers in rural Guatemala.* BMC Health Serv Res, 14:112.
- Homedes N, Ugalde A. 2005. *Why neoliberal health reforms have failed in Latin America.* Health Policy, 71:83-96.
- Homedes N, Ugalde A. 2005. *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso.* Rev Panam Salud Publica, 17:210-220.
- Hurtado, J.L., Bacigalupe, A., Calvo, M., Esnaola, S., Mendizabal, N., Portillo, I., Idigoras, I., Millán, E., & Arana-Arri, E. 2015. *Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country.* BMC Public Health, 15, 1021.
- Hyde, A., Lohan, M., & McDonnell, O. (2004). *Sociology for health professionals in Ireland.* Dublin: Institute of Public Administration.
- Gizarte Segurantzaren Honduraseko Institutua (IHSS). 2015. *IHSS en cifras 2015.* Eskuragarri hemen: http://ihss.hn/?page_id=3298
- Irakaspen Ongizatearen El Salvadorreko Institutua (ISBM) 2017. *Memoria de Labores 2016.* Eskuragarri hemen: <http://www.transparencia.gob.sv/instituciones/isbm/documents/memorias-de-labores>
- Errehabilitazio Integraleko El Salvadorreko Institutua (ISRI). 2015. *Resumen ejecutivo Memoria de Labores 2013-2014.* Eskuragarri hemen: <http://www.isri.gob.sv/inicio/institucion/marco-institucional/informes/memorias/>
- Kickbusch, I. 2005. *Tackling the political determinants of global health. Is essential if we want to abolish poverty.* British Medical Journal, 331, 246-7
- Kickbusch, I. (2012). *Addressing the interface of the political and commercial determinants of health.* Health Promotion International, 27 (4). doi:10.1093/heapro/das057
- Levesque JF, Harris M, Russell G. 2013. *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.* Int J Equity Health;12:18
- López-Arellano O. 2013. *La salud colectiva y los derechos.* In: Osasunaren Erakunde Panamerikarra (OPS). Cobertura Universal en Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México. OPS/OMS, México:265-275.
- Mackenbach JP, Bopp M, Deboosere P, Kovacs, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G.,

- Regidor, E. & De Gelder, R. 2017. *Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries*. Health Place, 47:44–53. doi: 10.1016/j.healthplace.2017.07.005
- McKeown, T. 1976. *The modern rise of population*. Londres: Edward Arnold.
- Martín, J.J. 2003. *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de trabajo 14/2003*. Alternativas Fundazioa, Madril. Hemendik hartuta: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-kUK-dUu.pdf
- Martín, U., Bacigalupe, A., Morteruel, M., Rodríguez, E. Font, R., Gonzalez, E., Gonzalez-Rabago, Y., & Mosquera, I. 2016. *Amenazas al derecho a la salud en Euskadi. Desigualdades sociales en salud y procesos de privatización en el sistema sanitario. Medicus Mundi*. Hemendik hartuta: <https://www.ehu.eus/es/web/opik/privatizacion-desigualdad>
- Martínez Francozi J. 2013. *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe. Guatemala*. In: Latinoamerikarako eta Kariberako Batzorde Ekonomikoa (CEPAL). Hemen esku-ragarri: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4051/S2013088_es.pdf?sequence=1
- Maupin JN. 2009. *'Fruit of the accords': healthcare reform and civil participation in Highland Guatemala*. Soc Sci Med, 68(8):1456-1463.
- MEDICUS MUNDI NAM. 2017. *Sistematización de los Avances de La Horizontalización Programática en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Perú*
- Mindell, J.S.; Reynolds, L.; Cohen, D.L.; & McKee, M. 2012 *All in this together: the corporate capture of public health*. BMJ (Clinical research ed), 345. e8082. doi: 10.1136/bmj. e8082
- Osasun Ministerioa (MINSAL).2016. *La Salud es un derecho y un MINSAL fuerte, su mejor garantía. Informe de Labores 2015-2016*. San Salvador. El Salvador.
- Osasun Ministerioa (MINSAL).2017. *La Salud es un derecho. Estamos para garantizarlo. Informe de Labores 2016-2017*. San Salvador. El Salvador.
- Osasun eta Asistentzia Sozialeko Ministerioa (MSPAS). 2015. *Política Nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025*. Guatemalako Hiria. Guatemala.
- Osasun Publikoaren eta Asistentzia Sozialaren Ministerioa (MSPAS), Osasunaren Kudeaketa Informazioaren Sistema (SIGSA). 2015. *Cuentas Nacionales y Economía de la Salud*. Guatemala Hiria, Guatemala.
- Osasun eta Asistentzia Sozialeko Ministerioa (MSPAS). 2012. *Diagnóstico Nacional de Salud*. Guatemalako Hiria, Guatemala.
- Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioa. Espainian osasun-desberdintasunak murrizteko batzordea. 2010. *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madril.
- Minué, S. 2017. *Lo público y lo privado en salud*. In: Ruiz, V., Padilla, J. (coords). (2017). *Salubrismo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. Atrapasueños* argitaletxea
- Minué, S. (14 de enero de 2013). *Manipulando las reglas del juego. El Gerente de Mediado*. Hemendik hartuta: <http://gerentedemediado.blogspot.com.es/2013/01/manipulando-las-reglas-del-juego.html>
- Montoya, I. 2015. *Evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Doktorego-tesia. Ekonomia eta Enpresa Fakultatea. Euskal Herriko Unibertsitatea
- Muntaner, C., Davis, O., McIsaac, K., Kokkinen, L., Shankardass, K., & O'Campo, P. 2017. *Retrenched Welfare Regimes Still Lessen Social Class Inequalities in Health: A Longitudinal Analysis of the 2003–2010 EU-SILC in 23 European Countries*. International Journal of Health Servi-

- ces. 47(3) 410–431. doi: 10.1177/0020731417712509
- Muntaner C, Guerra Salazar R, Benach J, Armada F. 2006. *Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care*. Int J HealthServ, 36:803 -811.
- Navarro, M.A. (2006). Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos*, 21, 109-134
- Navarro, V. (1986). *Crisis, Health and Medicine: a social critique*. Londres: Tavistock.
- Navarro, V., (2007). El Estado de bienestar en España y sus déficits sociales. In: *La situación social en España II*. Madrid: Liburutegi Berria, p.p:25-34.
- Novoa, A. (2016ko apirilaren 13a). *¿Por qué los médicos siguen recibiendo a los representantes?* NoGracias bloga. Hemen eskuragarri: <http://www.nogracias.eu/2016/04/13/por-que-los-medicos-siguen-recibiendo-a-los-representantes-por-abel-novoa/>
- OECD/EU. 2016. *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. Hemendik hartuta: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- Ordaz, J.A., Murillo, C., & Guerrero, F.M. 2005. *Análisis empírico de la demanda de seguros privados de enfermedad en España*. *Estudios de Economía Aplicada*, 23, 161-171. Hemendik hartuta: <http://www.redalyc.org/pdf/301/30123115.pdf>
- Osasunaren Mundu Erakundea. 2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suitza. ISBN: 92 4 356198 7. Eskuragarri hemen: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
- Osasunaren Mundu Erakundea (OMS), Osasunaren Erakunde Panamerikarra (OPS). 2015. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2015*. Eskuragarri hemen: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260
- Osasunaren Mundu Erakundea (OMS), Osasunaren Erakunde Panamerikarra (OPS). 2016. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2016*. Eskuragarri hemen: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288>
- Osasunaren Mundu Erakundea (OMS), Osasunaren Erakunde Panamerikarra (OPS). 2003. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. Amerikako Estatu Batuak.
- Osasunaren Mundu Erakundea (OMS), Osasunaren Erakunde Panamerikarra (OPS). 2007. *Salud en Las Américas*. Washington, D.C. Amerikako Estatu Batuak. ISBN 978-92-75-31622-8.
- Osasunaren Erakunde Panamerikarra (OPS). *Perfil del Sistema Nacional de Salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Washington, D.C, Amerikako Estatu Batuak. ISBN: 978-92-75-33292-4 (Elektronikoa)
- Osasunaren Mundu Erakundea (OMS), Osasunaren Erakunde Panamerikarra (OPS). 2014. *El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: Logros y desafíos*. San Salvador. El Salvador.
- Osasunaren Erakunde Panamerikarra (OPS), Osasunaren Mundu Erakundea (OMS), Osasun Publikoaren eta Asistentzia Sozialaren Ministerioa. 2016. *Desigualdades en salud en Guatemala*. Guatemalako Hiria, Guatemala. ISBN: 978-9929-598-23-2.
- Osasunaren Erakunde Panamerikarra (OPS), Osasunaren Mundu Erakundea (OMS), Osasun Publikoaren eta Asistentzia Sozialaren Ministerioa. *Estrategia de cooperación de país de la OMS-OPS. Honduras 2017-2021*. http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=379-brochures-ecp-honduras-2017-2021-9&Itemid=211
- Ortún, V., G López-Valcárcel, B., & Pinilla, J. 2016. *El impuesto sobre bebidas azucaradas en España*. *Osasun Publikoaren Espainiako Aldizkaria*, 90, e1-e13
- Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E.M., Alejandre, G., Carmona, J., Rodríguez, J., Del

- Campo, J.M., Díez, M.L., Vallés, N., & Butrón, T. 2011. *Medicalización de la vida*. Familia Medikuntzaren Aldizkari Klinikoa 4(2)
- Oxfam International. 2009. *Optimismo ciego: Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en países pobres*. Hemen eskuragarri: https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp125-blind-optimism-spanish_3.pdf
- Padilla, J. (2014ko otsailak 12). *Mamografía y cáncer de mama: toma 90210*. Médico Crítico bloga. Hemenetik hartuta: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/02/mamografia-y-cancer-de-mama-toma-90210.html>
- Padilla, J. (2014ko uztailak 20). *El TTIP: ¿una amenaza para los sistemas sanitarios públicos?* eldiario.es. Hemenetik hartuta: http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/TTIP-amenaza-sistemas-sanitarios-publicos_0_283471927.html
- Palència, L., Espelt, A., Cornejo-Ovalle, M., & Borrell, C. 2014. *Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage?* Community Dentistry and Oral Epidemiology, 42(2), 97–105. Doi: 10.1111/cdoe.12056
- Pinilla, A., Negrín-Hernández, M.A., & Abásolo, I. (2015). *Time trends in socio-economic inequalities in the lack of access to dental services among children in Spain 1987-2011*. International Journal for Equity in Health, 14, 9.
- Prieto, M. (2012). *Beneficio y riesgo en el cribado de cáncer de mama mediante mamografía*. Komunitate Osasunaren bloga. Hemen eskuragarri: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/11/20/cribadocancermama>
- Garapenerako Nazio Batuen Programa (PNUD). 2015. *Más allá del conflicto: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016*. Guatemalako Hiria, Guatemala.
- Garapenerako Nazio Batuen Programa (PNUD). 2016. *Más allá del conflicto: luchas por el bienestar*. Guatemalako Hiria, Guatemala.
- Garapenerako Nazio Batuen Programa (PNUD). 2016. *Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo humano para todas las personas*. New York, Amerikako Estatu Batuak. ISBN: 978-92-1-060038-5 (Elektronikoa).
- Ruano, A. 2011. *El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Informe monográfico SESPAS*. Bartzelona. Hemenetik hartuta: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Conflicto_de_Intereses.pdf
- Salazar S. Aguirre JM. (2015). *25 años del PADI en el País Vasco (1990-2014)* RCOE. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 20(3):165-180.
- Sánchez-Bayle, M. 2014. *La privatización de la asistencia sanitaria en España. Documento de trabajo 182/2014*. Alternativas Fundazioa, Madril. Hemenetik hartuta: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/24bb33c2b5a6aca0f1ea50a199da5de7.pdf
- Osasun Bulegoaren Estatu Idazkaritza [Honduras]. 2005. *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa, Honduras. Eskuragarri hemen: https://www.unicef.org/honduras/Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf
- Osasun Idazkaritza [Honduras]. 2005. *Manual General de Organización y Funciones*. Tegucigalpa, Honduras. Eskuragarri hemen: <http://www.salud.gob.hn/transparencia/archivos/organizacionyfunciones.pdf>
- Osasun Idazkaritza [Honduras]. 2013. *Modelo Nacional de Salud*. Tegucigalpa, Honduras. Eskuragarri hemen: http://www.salud.gob.hn/documentos/Modelo_Nacional_de_Salud.pdf
- Osasun Idazkaritza [Honduras]. 2014. *Gastos y Financiamiento en Salud*. Tegucigalpa, Honduras. ISBN: 978-99926-758-4-7.
- Osasun Idazkaritza [Honduras]. 2015. *Memoria Anual 2014*. Tegucigalpa, Honduras. Eskuraga-

- rri hemen: <http://www.salud.gob.hn/doc/upeg/memoriaannual2014.pdf>
- Osasun Idazkaritza [Honduras]. 2016. *Memoria Institucional 2016. Resultados y Logros*. Tegucigalpa, Honduras. Eskuragarri hemen: <http://salud.gob.hn/web/edocman/memoria2016.pdf>
- Presidentetzaren Idazkaritza Teknikoa eta Plangintzarena, eta Ekonomia Ministerioa eta Estatistikaren eta Erroldaren Zuzendaritza Nagusia. 2015. *Medición multidimensional de la pobreza*. San Salvador, El Salvador.
- Schröder, S.L., Richter, M., Schröder, J., Frantz, S., & Fink, A. 2016. Socioeconomic inequalities in access to treatment for coronary heart disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology* 219, 70–78. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.05.06
- Snozzi, P., Blank, P.R., & Szucs, T.D. 2014. *Stroke in Switzerland: Social Determinants of Treatment Access and Cost of Illness*. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23 (5), 926-932. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.07.042
- Solar, O., & Irwin, A. 2007. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. (Discussion paper). Hemendik hartuta: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Stuckler, D., Reeves A., Loopstra, R., Karanikolos, M., & McKee, M. 2017. *Austerity and health: the impact in the UK and Europe*. *European Journal of Public Health*, 27(4), 18–21. doi:10.1093/eurpub/ckx167
- Urbanos, R. 2016. *La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS 2016*. *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 25-30. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.01.012
- Unger J, D'Alessandro U, De Paepe P, Green A. 2006. *Can malaria be controlled where basic health services are not used?* *Trop Med Int Health*, 11:314-322.
- UNICEF Honduras, Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia, Observatorio de Derechos de la Niñez. 2012. *Niñez indígena y afrohondureña en la República de Honduras 2012*. Tegucigalpa, Honduras. ISBN: 978-99926-644-3-8.
- USAID. 2009. *El Salvador: Health sector needs assessment*. Washington, D.C. AEB
- USAID. 2015. *Guatemala. Osasun-sektorearen analisia 2015*. Washington, D.C. AEB
- Valls, C. 2008. *La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. Congreso Internacional SARE de Emakunde "Innovación para la igualdad"*. Donostia- San Sebastián, 2008. Hemendik hartuta: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3212133.pdf>
- Verdugo, JC et al. 2008. *Del dicho al hecho: los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente*. *Guatemalako Hiria, Guatemala*.
- Villalbí, J.R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A., & Brugal, M.T. 2014. *Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol*. *Osasun Publikoaren Espainiako aldizkaria*, 88, 515-528
- Watt, G. (2002). The inverse care law today. *Lancet*, 360(9328), 252-254.
- Whitfield, D. 2001. *Private finance initiative and public private partnerships: what future for public services?* *European Services Strategy Unit*. Hemendik hartuta: <http://www.european-services-strategy.org.uk/publications/public-bodies/pfi/pfi-and-ppp/>
- World Bank. 2016. *Annual Report*. 2016. Eskuragarri hemen: <http://pubdocs.worldbank.org/en/581741488429033637/zimref-annual-report-2016.pdf>
- World Health Organization (WHO). 2015. Honduras: WHO statistical profile. Eskuragarri hemen: <http://www.who.int/gho/en/>

THE STATE AS HEALTH DUTY BEARER

Challenges and threats
on the health systems of
Guatemala, Honduras, El
Salvador and the Basque
Country

EXECUTIVE SUMMARY
JANUARY 2018


medicusmundi
bizkaia







INDEX

	PAGE
INTRODUCTION	181
> The concept of health and its determinants: from the biomedical model to social models	181
> The health system as a determinant of health and health inequalities	184
> The inheritance of neoliberal ideology and political and commercial determinants of health in the 21st century	184
CHAPTER 1	187
CHALLENGES AND THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN THE HEALTH SYSTEMS OF LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN: GUATEMALA, HONDURAS AND EL SALVADOR	187
THE RIGHT TO HEALTH IN GUATEMALA: CHALLENGES AND THREATS	189
1. THE HEALTH SYSTEM IN GUATEMALA	192
2. THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN GUATEMALA: ACCESS TO HEALTH SERVICES	195
3. REFORMS TO THE GUATEMALAN HEALTH SYSTEM: CHALLENGES FOR THE RIGHT TO HEALTH	198
THE RIGHT TO HEALTH IN HONDURAS: THREATS AND CHALLENGES	201
1. THE HEALTH SYSTEM IN HONDURAS	204
2. THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN HONDURAS: ACCESS TO HEALTH SERVICES	208
3. REFORMS TO THE HONDURAN HEALTH SYSTEM: CHALLENGES AND THREATS	211
THE RIGHT TO HEALTH IN EL SALVADOR: THREATS AND CHALLENGES	214
1. THE HEALTH SYSTEM IN EL SALVADOR	217
2. THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN EL SALVADOR: ACCESS TO HEALTH SERVICES	222
3. REFORMS TO THE SALVADORAN HEALTH SYSTEM: CHALLENGES FOR THE RIGHT TO HEALTH	226
A. Methodological Appendix - Access to health services in Guatemala, Honduras and El Salvador	228
CHAPTER 2	231
CHALLENGES AND THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN EUROPEAN HEALTH SYSTEMS: THE BASQUE COUNTRY	231
THE RIGHT TO HEALTH IN THE BASQUE COUNTRY: THREATS AND CHALLENGES	233
1. THE BASQUE PUBLIC HEALTH SYSTEM	233
2. THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN THE BASQUE COUNTRY	234
3. CHALLENGES FOR THE RIGHT TO HEALTH IN THE BASQUE COUNTRY	242
BIBLIOGRAPHY	245

Market. A place where the price of people and other goods is fixed.

Eduardo Galeano

Driven by the need to offload the unlimited production of goods and services, the market travels the world, selling the merits of its products. It is in this context that healthcare becomes a kind of great bazaar, where new customers or rather, of course, customers with sufficient purchasing power, are sought and pursued.

The globalisation of the capitalist system operates in all social spheres and dimensions and as expected, healthcare is just another market niche.

This predatory view of healthcare threatens the very basis of this universal and inalienable right. At **medicumsmundi bizkaia**, we believe that in the face of global and local threats to healthcare, the role of a development and solidarity organisation is to identify and analyse these risks and threats and place value on public healthcare as a guarantee for universal and quality access to this right.

Neo-liberal logic questions the effectiveness and efficiency of public healthcare. Under this pretext, a world of complex processes to deregulate the public system opens up and, depending on the strength and political will of governments, healthcare liberalisation processes are minimalised or increased.

Consequently, new practices, trends and subterfuges masquerade every day under the attractive guise of sophistication, modernity and unlimited progress. A new paradigm that actually aims to consolidate a great business at the expense of the health of individuals, peoples and ecosystems is created.

This document analyses the various responses of different governments in Central America [the cases of Guatemala, Honduras and El Salvador] and the situation in the Basque Autonomous Community. In this way, we can establish, to a higher or lesser degree, the capacities and political will needed to defend the right to healthcare against the threats and risks of privatisation to the healthcare sector within the systems analysed.

By public healthcare systems, we do not mean 'healthcare systems for the poor'. If we made this mistake, as the Vice-Minister for Public Healthcare Policies in El Salvador points out, it would lead instead to 'poor healthcare systems'.

The challenge is to opt for public healthcare systems that guarantee greater accessibility and quality for everyone. In this regard, the political will of governments is fundamental and is demonstrated by data [recognised by WHO], such as the reduction of infant mortality rates in El Salvador, on account of the firm commitment to a reform aimed at strengthening its public healthcare system.

At the opposite extreme is the situation in Guatemala, which according to data obtained in the research is 'one of the countries with the highest out-of-pocket expenditure on healthcare in all Latin America. For an already impoverished population, taking charge of their health can mean incurring catastrophic expenses or not being treated, and in many cases, dying'.

These data highlight a lack of political will and a strategy to strengthen public healthcare; this situation contributes to worsening healthcare inequalities even further.

Nor can we forget the situation in the Basque Autonomous Community. Although a comparison between the Basque reality and the Central American reality provides us with a very different panorama, in which we can fortunately say that the Basque public system is in good health, we cannot ignore that the threats to the right to healthcare are global and we are not a foreign reality and free of any risk.

There are also inequalities in healthcare in the Basque Autonomous Community and the risk of outsourcing healthcare services affects their quality and, at the same time, promotes the notion that healthcare is a business.

If we want to avoid drifts of this nature, practices that favour the growth of companies working in healthcare should be realigned. In the face of economic interests in healthcare, governments should always ensure healthcare policies that guarantee this right for everyone.

Finally, at **medicusmundi bizkaia**, we demand the right of citizens to participate in decision-making and that this be a decisive factor in the right to healthcare in the face of economic interests. Further progress on a social healthcare model by and for citizens is an essential premise of governments and civil society.

Medicusmundi bizkaia encourages all individuals, organisations and institutions to globalise the fight for the right to public and universal healthcare here and in other communities.



INTRODUCTION

The concept of health and its determinants: from the biomedical model to social models

Health is determined by a number of complex factors that go beyond those considered by the biomedical model, which highlights genetic heritage, the biological features of people in combination with their surroundings and the activity of healthcare services as the primary conditioning factors behind the health of the population. This paradigm has dominated Western medical science since the 19th century and, although its hegemony has weakened in recent decades, the majority of the population's beliefs and concepts about health, the factors that determine it and the ways it should be handled continue to be influenced by this model.

Throughout the 20th century, a variety of criticisms regarding the biomedical model have emerged from an array of disciplines, including medicine itself. In addition to pointing out the excessive reductionism when describing the aetiology of ailments and their determinants, along with the limited usefulness in understanding the emergence of chronic diseases, the actual concept of disease has been questioned. The criticisms are based on the idea that diseases are defined differently in each culture and their medical definition varies with the passage of time. As a result, what is classified as a disease at a specific place and time depends on social values and rules, as well as on the power relationships in place at the time. In addition, medical practice, just like any other body of knowledge, must be understood in the core of the system of values that builds it. This means it is not neutral since there are strong social, political and economic forces that determine what is and is not a disease and how it should be faced. Certain authors have taken this criticism further by stating that medical knowledge is an instrument of the capitalist system that exercises supportive and ideological functions—by attempting to maintain the status quo or to guarantee the privatisation and depoliticisation of health status—as well as economic functions aimed at creating benefits and reproducing unequal class relationships [Navarro, 1986; Doyal and Pennell, 1979; Hyde et al., 2004].

In terms of the impact of medical practice on improving the health of the population, perspectives that are critical of the biomedical model have questioned whether major biomedical advances are responsible for the drop in mortality and increased life expectancy of today's societies [Mckeown, 1976]. In recent years, the role of social factors in the appearance and advancement of diseases has been developed significantly thanks to contributions from various fields, including sociology, psychology, epidemiology, economics, history and anthropology. These contributions are classified within *social health models*, which combine a set of theoretical and empirical contributions and are based on the shared concept that health is a social product and is therefore influenced by multiple social determinants.

The most accepted conceptual model that describes the main social determinants of health is the one proposed by Dahlgren and Whitehead (1993) [Figure 1].

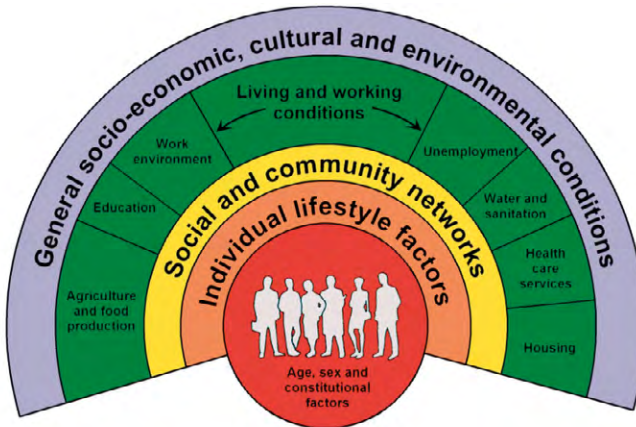


FIGURE 1. The determinants of health model by Dahlgren and Whitehead

Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

This model represents the determinants of health as strata or layers of influence. The central portion contains non-modifiable factors, such as age, gender and hereditary factors. This area is surrounded by factors that can be modified through the intervention of policies that range from micro to macro. These factors are related to behaviours linked to health, such as smoking, drinking and physical exercise. The third layer contains social and community factors, which refer to interpersonal relationships in the form of social and community support. The fourth layer contains factors linked to living and working conditions, the food system and access to basic goods and services (like the health system) that affect people's ability to stay healthy. The last layer represents the more general socio-economic, cultural, political and environmental conditions of societies, which modify the effects of social determinants in the health of people and communities.

A number of studies have shown that the determinants of health are distributed unequally in social groups due to major social inequalities in health. Therefore, the health advances that have taken place in recent decades on a population level, such as increased life expectancy or lower disability rates, have not reached all social groups equally due to differences in health-related opportunities and resources for people of a different social class, gender, ethnic group or place of residence, among other factors, resulting in a systematically worse health status for underprivileged groups. One of the models that attempts to organise the factors that explain the emergence of social inequalities in health was created by the Spanish Commission for the Reduction of Social Inequalities in Health

[Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud] (Figure 2). According to this model, health equity is conditioned by structural and intermediate determinants. The first category includes the aspects related to the socio-economic and political context, referring to the characteristics of the social structure of a society. This refers to the political traditions of governments with their macroeconomic and social policies regarding the job market, housing, education and social welfare. These socio-economic factors also include governance, social values, prevailing cultural norms and the collective value given to health. All of these contextual factors have a strong influence on the patterns of social stratification that determine the social position of people in society according to their socio-economic level, gender, level of education, place of birth and other aspects. This unbalanced social position generates inequalities in the distribution of intermediate determinants, which include living and working conditions, psychosocial factors, the availability and quality of social networks, stress, people's perceived control over their life, and health-related behaviours, such as alcohol consumption, tobacco, diet and physical exercise.

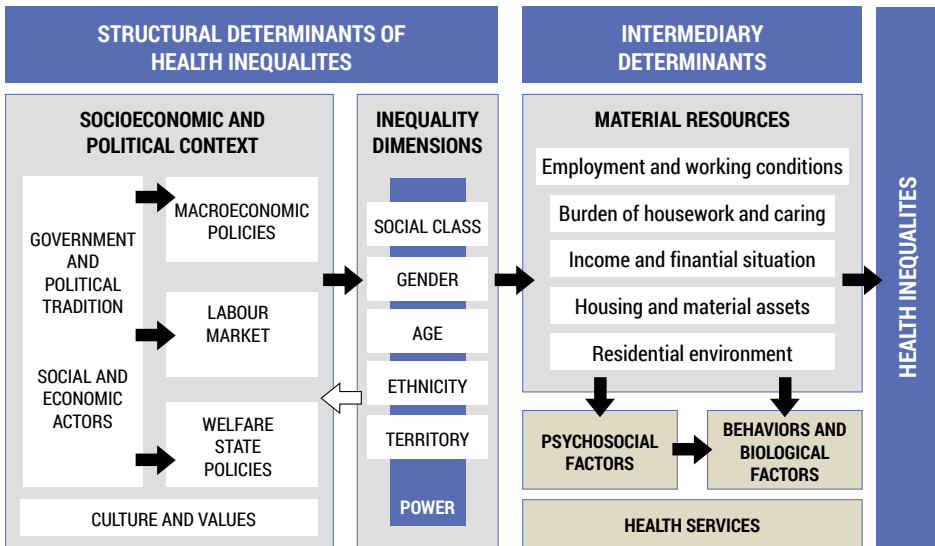


FIGURE 2. Conceptual framework for the determinants of health inequalities by the Spanish Commission to Reduce Social Inequalities in Health

Source: Spanish Commission to Reduce Social Inequalities in Health, 2010

The health system as a determinant of health and health inequalities

Because there are many determinants of health, the role of the health system in understanding the population's health is limited from the perspective of social health models. However, health systems, depending on their organisation, range of coverage and services covered, can either promote existing health inequalities or have a compensating or mitigating effect to reduce them.

The primary methods through which the health system can reduce health inequalities are based on their ability to lessen the impact of structural determinants and living and working conditions on people's health. If access to healthcare services is universally guaranteed to the entire population, free of charge, the vulnerability of certain social groups exposed to various risk factors will be lowered. It will also help reduce the consequences that an illness or disability has on the lives and social integration of people, and in turn on their ability to move through social hierarchies. It can also play an important role in empowering people by giving them an active role in their well-being and health (Solar and Irwin, 2007).

The health system also has the potential to exacerbate social inequalities in health. The inverse care law proposed by Tudor Hart in the 1970s explains that the availability of healthcare services tends to vary inversely with the need for those services in the population. It operates more completely where medical care is most exposed to market forces (Hart, 1971). The inverse care law occurs because the health system focuses its attention on the entire population, regardless of the social distribution of health needs, in such a way that most resources are allocated where they are needed the least (Watt, 2002). Additionally, health systems can help create or maintain health inequalities by focusing their public health programmes and policies on the entire population in an identical manner and without considering the barriers that exist for population programmes to reach all social groups equally (Chivu and Reidpath, 2010). Finally, if the health system does not go beyond its vision of biological health and continues to play a key and paternalistic role in the population's health, it is unlikely to help reduce inequality but probably increase it instead.

The inheritance of neoliberal ideology and political and commercial determinants of health in the 21st century.

Neoliberalism is the ideological and capitalist political movement that emerged in the United States in response to the classic liberalism or Keynesian trends of the 1950s. In light of this trend that defended state involvement in public spending to address demand, neoliberalism questioned state interventionism on benefits and business relationships, alluding to the incompatibility between individual freedom and equity. Milton Friedman inherited these ideas and spread them through the Chicago School of Economics under three basic precepts: deregulation, maximum reduction of public spending on social matters and the privatisation of public services, which include the health system (Minué, 2017). Due to this ideological and political drive under the Reagan era, the United States insurance market

experienced strong growth until reaching saturation. At this point, market expansion ideas emigrated to other contexts, such as Latin America in the late 1980s and Europe in the early 1990s, with different manifestations in each area in terms of the right to health. This was due to the different starting points in each context: Latin America lacked population-focused social protection and health policies, whilst Europe had already implemented welfare states based on a consensus for health and the state as duty bearer of that right.

For more than a decade, the WHO has played a key role in macroeconomic policies and in the welfare state regarding social inequalities in health, which have not decreased but instead continue to represent one of the biggest obstacles to the advancement of global health. Meanwhile, society is facing the pandemic of non-communicable diseases (Allen, 2017), which are determined by modern lifestyles and new ways of living and relaxing, in particular, globalisation founded on economic growth and based on the interests of economic agents instead of on the common good. Governed by these interests, health becomes a good that is susceptible to commercialisation and considered a matter of individual liberty and choice. From this perspective, political agents are reluctant to take action in certain health-related areas because they would conflict with individual liberty and choice of health (Kickbusch, 2012), and therefore with the commercial interests of those who profit economically from health or, more precisely, from illness. Based on this concept of health, taking action according to a social model of health and from a perspective aimed at improving the population's health is complicated.

As Kickbusch points out, health is political and requires the commitment of its stakeholders. From this perspective, the current global health crisis is a crisis of governance (Kickbusch, 2005). On the one hand, the administration of health systems is not strengthening access to medical care as a right, which is limited for the most impoverished. On the other hand, joint health initiatives taken by the various stakeholders—the healthcare sector and the various public health sectors (economy, employment, education, housing, etc.), the private sector and citizens—are not being undertaken with the appropriate intensity.

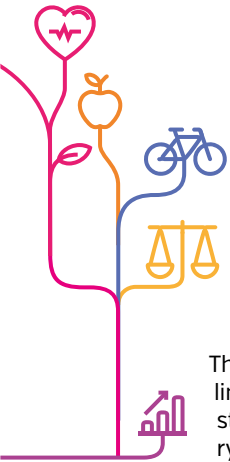
Despite the increasingly influential role of the global scenario, the good governance of health is primarily the responsibility of states or of duty bearers of the right to health for everyone. Proof of this is the ability of governments to respond to global phenomena and to significantly shape their impact on the everyday lives of people. An example is the recent economic crisis and the various government responses in the form of applying austerity measures to social protection spending (Stuckler et al., 2017).

People's right to health refers to the possibility of benefiting from a range of facilities, goods, services and conditions that are necessary for the highest level of health available. This means that people, regardless of their gender, age, ethnic group, religion, functional diversity, sexual orientation, gender identity, migratory or health status, must have access to optimal conditions for reaching their highest level of physical, mental and social well-being (Adhanom, 2017). These conditions mean access to quality health services that address the needs of people, regardless of their socio-economic level. They also make reference to the importance of receiving medical care that is focused on individuals, which means that it must be subject to everyone's right to be in control of their health, body and privacy, and to be treated with respect and dignity. The right to health also rejects the concept of exposing people to medical experiments against their will or to treatments

without informed consent. In addition, people have the right to access information and services for sexual and reproductive health without being subject to violence or discrimination (Adhanom, 2017). However, given that most factors that affect health occur outside of the health system, the right to health cannot be understood without considering access to optimal living conditions for health that include education; sufficient income; decent housing; healthy environmental conditions; decent, safe and healthy working conditions; and sufficient access to quality basic goods and services.

This work is based on the hypothesis that the commercialisation and privatisation processes of health services threaten the right to health in any context. In this context, the overall goal of this report is to describe the role of the state as health duty bearer based on a description of governance, funding, insurance and the healthcare services provided by the health systems in the Central American region of Guatemala, Honduras and El Salvador¹, and in the Basque Country in Europe. The challenges and threats to the right to health are then analysed in both contexts, along with their implications for social inequalities in health.

¹ As part of this research, logistical and conceptual support was provided by **medicmundi bizkaia**, which has extensive experience in helping to strengthen the public healthcare systems in the region



CHAPTER 1

CHALLENGES AND THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN THE HEALTH SYSTEMS OF LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN: GUATEMALA, HONDURAS AND EL SALVADOR

The history of health systems in Latin America and the Caribbean is closely linked to the evolution of social protection regimes in the context of the welfare state that emerged in the Western world at the beginning of the 20th century and reached its maximum expansion in the period immediately after World War II [Cotlear, et al., 2015]. In this first period where Latin America and Caribbean societies were highly inequitable, the first health institutions were created (health or public health ministries, depending on the country). These were characterised by segmentation in the provision of healthcare services aimed at specific population strata, grouped by social class, income, formal labour market participation, ethnic origin and urban or rural geographic area [Pan American Health Organization – PAHO, 2007]. In organisational terms, these systems involved one or more public entities, social security and various financiers/insurers, and private service providers. There were marked differences in terms of guaranteeing health protection rights, *per capita* spending levels and the degree of access to services by various population groups. They also had weak governance, insufficient regulatory frameworks and inadequate oversight with high transaction costs. They were also marred by insufficient funding and a significant direct or out-of-pocket payment, defined as the private contribution from patients to the costs of healthcare, which entails catastrophic risks to the financial security of households. Service provision networks were established for each sub-system, with poor integration and communication between healthcare units both within each sub-system and between the various sub-systems. Service provision was concentrated in the wealthiest urban areas and among the salaried population, which left unprotected the poorest people, the informal sector of the economy and, in many countries, indigenous and/or Afro-descendant groups and rural and outer urban populations. Healthcare services duplicated healthcare networks, with no continuity of care, which meant different levels of healthcare for populations covered by different health protection systems. As a result of the fragmentation of the public health system in several autonomous entities (depending on the country), the least well-off were treated in health ministry facilities, while those working in the formal sector were attended to in clinics and hospitals funded by social security, which are better funded than those covered by health ministries [Cotlear et al., 2015]. This operational fragmentation was the result of structural segmentation, governance difficulties, a lack of integrated planning and weak referral and counter-referral mechanisms [United Nations Economic Commission for Latin America – ECLAC, 2006; PAHO, 2003].

A second phase in the history of health systems in Latin America and the Caribbean resulted from neoliberal macroeconomic reforms at the end of the 1980s, in the so-called Wash-

ington Consensus, which imposed government spending restrictions on health systems. The reforms were carried out with the aim of improving equity of access and efficiency, and inspired by the neoliberal agenda, under structural adjustment programmes guided by multilateral financial organisations such as the International Monetary Fund (IMF) and the World Bank (WB) [Homedes and Ugalde, 2005; Atun et al., 2015]. The reform models focused on financial and management changes, labour market deregulation, and decentralisation and privatisation of insurance management and the provision of healthcare services [Homedes and Ugalde, 2005b; Almeida, 2002]. Financing emphasised targeted spending, especially to cover low-income and marginalised population groups (WHO, 2000). Under this logic, additional resources were directed towards public healthcare facilities via the introduction of direct payments for healthcare services, medications and other medical supplies, especially in hospital care. The effect of these reforms was to increase barriers to the access of healthcare services and the risk of catastrophic healthcare costs for the most disadvantaged [Heredia et al., 2015; Cotlear et al., 2015]. Restricted access to services for the majority of the population, the deterioration of services, the introduction of programs strictly focused on vulnerable groups and the lack of health funds led to the following reform.

The third phase in the history of health systems in Latin America and the Caribbean commenced in the first decade of this century, with an increased search for equity. Contextual reasons such as the epidemiological transition, the democratic transition, rates of economic growth and the spread of democratic values and human rights drove the development of this new phase of reforms. These reforms were characterised by an attempt to even out the health benefits received by the different population groups and to prevent catastrophic health spending. The countries in the region have taken two different paths to achieve this objective – Universal Health Coverage (UHC) and the Unified Health System (UHS). UHC is currently the hegemonic model, clearly different from universal health systems, since it dissociates coverage from access to healthcare services. In order to achieve UHC, private coverage is accepted as part of the health system through an insurance market that interacts with public mechanisms. Healthcare is thereby commercialised and opened as a market for private interests, funded with fiscal resources, co-payments and coinsurance [Lopez-Arellano, 2013]. This position assumes that health is not a primary responsibility of the state and that state funding is only for groups in extreme poverty or at risk, thereby maintaining the segmentation of the population based on its payment capacity [Muntaner et al., 2016]. The countries that have implemented this model using public social security, such as Colombia, Mexico and Chile, have not achieved universal coverage. Inequality of access and use of healthcare services remains, casting doubt on this model as a guarantee of the right to health, understood as equal access to services for equal needs [Atun et al., 2015]. The UHS, the other reform path taken in the region, advocates for the right to health, with the state as a duty bearer of funding and administration. The two most significant examples are Cuba and Brazil [Almeida 2002]. Recently, countries such as Venezuela, Bolivia, Ecuador and El Salvador [Atun et al., 2015; Muntaner et al., 2016; Bowser and Mahal, 2011] have used broader frameworks such as “Buen Vivir” (Living Well) or “Sumak Kawsay” (the Andean term for the concept), adopting this model after years of neoliberal healthcare policies. Access has increased massively in all of these countries and there is almost universal coverage in Brazil, where the majority of those seeking medical attention receive it [Unger et al., 2006].

Below we detail the role of the state as a health duty bearer by describing the dimensions of stewardship, funding, insurance and the provision of healthcare services in the health systems of Guatemala, Honduras and El Salvador. We then analyse the way that access barriers to health threaten to the right to health. Lastly, we look at the challenges to the right to health from reforms to their health systems.

THE RIGHT TO HEALTH IN GUATEMALA: CHALLENGES AND THREATS

The republic of Guatemala is located in the far northwest of Central America. It is bordered to the north and west by Mexico, to the south by the Pacific Ocean and to the east by Belize, Honduras, El Salvador and the Atlantic Ocean. Guatemala is considered the largest country and economy in Central America, covering 108,889 square kilometres and containing more than 15 million people distributed almost evenly between rural and urban areas. Its population is considered young, with an average age of 20. The most impoverished departments (more than 70 % live below the poverty line) are in the western, central and northern highlands, departments containing the majority of the indigenous population.

The population is distributed heterogeneously in number and ethnicity. The largest percentage of the indigenous population is concentrated in the central, northern, northwestern and southwestern regions. These people primarily speak a Mayan language, while the mestizo population is concentrated in the east and metropolitan regions of the country. There are large disparities in economic indicators, access to healthcare services and health results, where the primarily indigenous rural areas perform much worse than the urban areas (Bowser, Mahal, 2011).



TABLE 1. Basic indicators for Guatemala ²

Demographic and socio-economic indicators	
Area km ²	108,889
Population (thousands) ²⁰¹⁶	16,673
Median age (years) ²⁰¹⁶	21
Population under 15 (% inhabitants) ²⁰¹⁶	36
Population over 65 (% inhabitants) ²⁰¹⁶	5.0
Rural population (% of total) ²⁰¹⁶	48
Births (thousands) ²⁰¹⁶	440.3
Global fertility rate (children/woman) ²⁰¹⁶	3.1
Life expectancy for females at birth ²⁰¹⁶	75.8
Life expectancy for males at birth ²⁰¹⁶	68.8
Annual population growth (%) ²⁰¹⁶	2.0
Average years of schooling for females ²⁰¹⁴	7.0
Average years of schooling for males ²⁰¹⁴	7.1
Male literacy rate (%)	87.4
Female literacy rate (%)	76.3
Gini coefficient ²⁰¹¹	52.4
Human Development Index ²⁰¹⁵	0,640
Population with access to improved water sources (urban) (%) ²⁰¹⁵	98
Population with access to improved water sources (rural) (%) ²⁰¹⁵	87
Population with access to improved sanitation facilities (urban) (%) ²⁰¹⁵	78
Population with access to improved sanitation facilities (rural) (%) ²⁰¹⁵	49
Health indicators	
Maternal mortality rate (per 100,000 births) ²⁰¹³	113.4
Infant mortality rate (per 1,000 live births) ²⁰¹³	19.0
Under-five mortality rate (per 1,000 live births) ²⁰¹³	25.3
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births) ²⁰¹³	8.9
Total mortality rate (all causes) (per 1,000 inhabitants) females ²⁰¹⁴	6.2
Total mortality rate (all causes) (per 1,000 inhabitants) males ²⁰¹⁴	8.9
Low birth weight (< 2,500 g) (%) ²⁰¹⁴	12.4
Chronic malnutrition in children < 5 years (%) ²⁰¹⁴	46.5
Health resources, access and coverage	
Medical staff (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹⁴	7.5
Nurses (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹⁴	6.0
Dentists (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹⁴	1.4
Hospital beds (per 1,000 inhabitants) in the public sector ²⁰¹⁴	0.6
Prenatal care by trained personnel 4+ visits (%) ²⁰¹⁴	43.0
Hospital birth rate ²⁰¹⁴	66.0
Proportion of births attended by medical personnel in rural areas ²⁰¹⁴	50.2
Health spending, total (%GDP) ²⁰¹⁴	6.2

² WHO, 2016

National public health spending (% GDP) ²⁰¹⁴	2.3
National private health spending (% GDP) ²⁰¹⁴	3.9
Public health spending (% of total health spending) ²⁰¹⁴	37.6
National private health spending (% of total health spending) ²⁰¹⁴	62.4
Total health spending per capita (USD) ²⁰¹⁴	233
Direct household payment (% of private spending) ²⁰¹³	83.3
Direct household payment (% of total health spending) ²⁰¹³	52.6
Percentage of households with catastrophic health costs ²⁰⁰⁶	11.6

Source: compiled by the authors from the sources consulted

As with other countries in the region, Guatemala is in an early phase of epidemiological post-transition in which communicable diseases, although affecting a significant proportion of the population, have been replaced as a cause of death by non-communicable diseases. Although the risk factors for these pathologies, such as alcohol and tobacco consumption, lack of physical exercise and inadequate diet, affect the entire population, the cost of treatment leaves the most vulnerable populations with the highest mortality from these diseases.

Guatemala is one of the poorest nations in Latin America and is characterised by profound social and income distribution inequality, with a Gini coefficient of 0.52. Social inequalities affect health to the extent that the unequal distribution of resources based on social class, ethnic origin, place of birth or gender mean that the most disadvantaged population groups systematically have worse health outcomes. These health inequalities are unjust and avoidable and should be taken into consideration to achieve health equity for the entire population.

In Guatemala, 57.3 % of income is concentrated within 20 % of the wealthiest population [National Survey of Conditions of Life – ENCOVI, 2015], who also live in urban areas. This means that the percentage of the rural population that lives below the poverty line is twice as large as that for the urban population and four times greater when we talk about extreme poverty. In terms of education, the percentage of females that do not know how to read or write is almost double that of males [23.7 % compared to 12.64 % – WHO, 2016] and greater among the indigenous population [47 % in females and 26 % in males].

For health outcomes, life expectancy for the indigenous population is 13 years less than for the non-indigenous population and is related to living and working conditions in both groups, which involve large-scale health inequalities. The mortality rate for children under age five is 2.6 times greater in the poorest department compared to that in the wealthiest and 2.5 times greater for maternal mortality. The unequal distribution of maternal and infant mortality is related to the reduced opportunities for prenatal care and for giving birth in a medical facility that exists in rural areas, primarily for the indigenous and poorest sectors of society. The same reasons explain the inequalities in chronic malnutrition, which is 1.7 times higher in rural areas than urban and 2.3 times higher in the poorest department compared to the wealthiest. An analysis of the distribution of communicable diseases in children under age five gives similar results. Such diseases occur more frequently in more rural, poorer populations and in departments with a majority indigenous population. How-

ever, chronic diseases and HIV are concentrated in departments with greater economic development or associated with economic development and trade routes. (USAID, 2015)

1. THE HEALTH SYSTEM IN GUATEMALA

Guatemala reformed its health system in 1997 after the 1996 peace accords. These reforms were collected in the new Health Code established by the Guatemalan Congress, which included the goal of universal health coverage (Martínez Francozi, 2013). The Ministry of Public Health and Social Assistance (MSPAS in Spanish) was established as the state institution responsible for health at the national level, exercising its stewardship over the health sector. In addition, the Political Constitution of the Republic recognises that the enjoyment of health without discrimination is a fundamental human right and obliges the state to safeguard this enjoyment, developing prevention, promotion, and recovery and rehabilitation actions through its institutions.

The Guatemalan health system currently comprises both a public and a private sector. The public sector is fragmented and includes three components. The MSPAS takes the leading role in the health system and is the provider of free healthcare services to the Guatemalan population. It is responsible for the population's basic health problems and for the goal of universal coverage [it covers approximately 67 % of the population]. The Guatemalan Social Security Institute (Instituto Guatemalteco del Seguro Social - IGSS) provides healthcare services to salaried workers and dependent employees and their families [approximately 18 % of the population] in its own facilities, hospitals, health centres and health points, without coordinating with the MSPAS. Lastly, the Military Health Command (Comando de Sanidad Militar - COSAM) offers healthcare to the armed forces and their families, along with private healthcare services to the rest of the population. The other providers of healthcare services are the private sector, which the population regularly accesses through direct payments [it covers approximately 5-7 % of the population], and the community sector. The community sector includes the traditional medicine offered by traditional midwives, Mayan therapies and health promoters and complements the more formal elements of the health system. Although it operates within the framework of community structures, traditional medicine also works with out-of-pocket payments (Maupin, 2009; Ávila et al., 2015; Becerril-Montekio, 2011). The training of those within the system enables them to offer basic care, to identify risk situations and to collaborate with other levels of care. Especially relevant is the role of the 23,320 midwives registered by the MSPAS, closely linked to the Healthy Maternity promotion. According to the latest available maternal mortality date (National Statistics Institute - INE, 2013), midwives attended 32.2 % of all births in the country. Given that there are no birthing facilities at the primary care level, midwives play an important role in maternal and neonatal care, especially in hard-to-access rural communities. Hence, in 2017 midwives' maternal and neonatal care practices were recognised as being part of the primary care level (MSPAS, 2017).

TABLE 1. Map of the Guatemalan health system

PUBLIC SECTOR				
PROVIDER OF SERVICES	Ministry of Public Health and Social Assistance (MSPAS)	Police and military hospitals	Guatemalan Social Security Institute (IGSS)	Municipalities
FUNDING	Taxes, loans, donations.	Allocated budget, contributions.	Contributions from worker and business population, the State.	Municipal budget.
INSURANCE	Population without coverage.	Armed forces and families.	Affiliated persons and beneficiaries.	Population without coverage.
PROVISION	MSPAS health centres, clinics and hospitals.	Military and police clinics and hospitals.	IGSS health centres, clinics and hospitals.	Health centres (municipal clinics).
USER POPULATION	Population without coverage.	Members of the armed forces and beneficiaries and population with payment capacity.	Affiliate and beneficiary population.	Population without coverage.

PRIVATE SECTOR		COMMUNITY SECTOR	
PROVIDER OF SERVICES	Private providers	PROVIDER OF SERVICES	Traditional medicine
FUNDING	Out-of-pocket payment, premiums.	FUNDING	Out-of-pocket payment, payment in kind, no payment.
INSURANCE		INSURANCE	Population without coverage.
PROVISION	Clinics and private hospitals.	PROVISION	
USER POPULATION	Population with payment capacity.	USER POPULATION	Population without coverage.

Source: compiled by the authors from the sources consulted

The provision of MSPAS services is available at three levels of complexity of care based on referral and counter-referral criteria. However, in practice the population directly accesses any of the three levels. The primary care level is made up of health points and minimum units that offer basic healthcare services. The secondary level comprises 24-hour primary care centres and the tertiary level hospital care.

Most primary- and secondary-level services are concentrated in urban areas with the lowest poverty indices. There is a serious shortage of healthcare services in municipalities with a poverty index of between 27.6 % and 65 %. Furthermore, these are the most rural municipalities that are the most difficult to access geographically and contain the highest indigenous populations (WHO, 2015; UNDP, 2016). The greatest amount of physical infrastructure of the three levels of care belonging to the MSPAS and the IGSS is concentrated in the municipalities with the lowest poverty indices.

The principal programmes of the MSPAS are aimed at maternal-infant care and communicable diseases and include a basic services package and a limited list of medications. The human resources of the MSPAS include 12.5 healthcare workers per 100,000 inhabitants, the lowest in Central America. This is almost half of the 22.8/100,000 recommended by the WHO as the minimum figure for a health system to run properly. Of MSPAS personnel, 14 % are medical staff and nurses, while 31 % are nursing aids, upon whom a large part of the responsibility for providing primary level healthcare falls. We also need to take into account the large inequities in the distribution of healthcare workers between rural and urban areas. Urban areas have 25.5 healthcare workers per 100,000 inhabitants, compared to 3/100,000 in rural areas. In fact, in the Department of Guatemala, around 80 % of healthcare workers are concentrated in the metropolitan area (Ávila et al., 2015).

In 2014, total health spending in Guatemala –represented 6.2 % of gross domestic product (GDP), the lowest figure in the Americas and one of the lowest in the world. Of this percentage, public health spending has remained at around 2 % for the last ten years, making Guatemala the lowest public health spender in Latin America. In 2013, more than half of total health system funding in Guatemala came from household spending (52.6 %). In addition, households funded 83.3 % of the private system through direct payments, especially on medicines. In 2006, 11.6 % of households incurred catastrophic health spending. Out-of-pocket spending in an already impoverished population perpetuates inequality and means that the most vulnerable groups cannot enjoy their right to health.

Underfunding of the health system also results in a continuous shortage of supplies, medical technologies and healthcare workers. The same applies to health infrastructure. The health centre network is insufficient and antiquated making it difficult to cope with the needs of the people. These shortages and lack of infrastructure are much more noticeable in rural areas where large population groups have no access to healthcare.

2. THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN GUATEMALA: ACCESS TO HEALTH SERVICES

The health system is considered a health determinant in itself. It interacts with and can modify the effects of other social determinants, as it is responsible for playing an active role in the social conditions that affect health levels through equitable access to care services. If access to healthcare services is guaranteed universally and free of charge to the entire population, the vulnerability of certain social groups exposed to various risk factors is reduced. In addition, it can reduce the consequences of illness or disability on people's lives and social integration so it influences how people move through the social hierarchy. Lastly, it can play an important role in empowering people, giving them an active role in their health and well-being. In fact, analysis of the use of healthcare services in public systems and their determinants is key to evaluating access and identifying social inequalities in their use [Da Silva, Ribeiro, Barata, 2011].

Below, we present the results on the threats to the right to health, such as barriers to healthcare access, from the perspective of the social actors. We discuss access barriers and their health consequences related to structural and organisational factors, the quality of healthcare services and the characteristics of the population³.

Within the care services of the MSPAS, the factors related to the **characteristics of the health system** that influence barriers to seeking and entering the system include the availability of human resources and materials to provide the care. Barriers to be overcome before receiving medical care include *geographical accessibility*, the *distance* to the centres, *waiting times*, *the cost of transport and medicines* and the *service hours*. Further barriers include aspects related to the processes of *referral* and *counter-referral* between levels of care.

In rural areas, the *scarcity of healthcare resources*, both in infrastructure and in healthcare workers, results in long distances to reach health centres. These distances are a particularly relevant barrier for the most vulnerable groups, such as pregnant women and sick children.

These long distances added to the *rugged terrain*, poor access roads, deficient public transport infrastructure, travel costs and often impassable roads due to the harsh climate mean that distance to the closest health centre is an important access barrier, especially for indigenous populations who live in remote areas without access to public transport. Thus, difficulties in accessing transport, travel costs and travel times cause healthcare delays. These delays can exacerbate symptoms and the underlying illness, which is especially serious in pregnant women. In these cases, the distance to the health centre and the urgency of the situation results in home births without medical care. On other occasions, by the time the healthcare resource is reached, the situation is already irresolvable. In situations that are deemed serious enough for transfer to the health centre, ambulances are required, which are usually not operational, or emergency transport is organised using

³ See Methodological Appendix

vehicles available in the community. On other occasions, a decision is made to purchase medications directly or to use the private sector to obtain healthcare services. These access barriers to healthcare services not only complicate the person's state of health but also generate out-of-pocket costs, with disastrous consequences for an already impoverished population.

Certain quantities of *medicines and medical supplies* are allocated to government health programmes (HIV, vaccines, family planning, micronutrients) included in each level of healthcare (primary, secondary and tertiary), which are free of charge. However, these frequently and constantly fail in health facilities because they are not received in sufficient quantities from the suppliers. The shortage of medicines is a barrier to treatment for those with few resources. It also becomes an access barrier to healthcare services because decisions are made to use the private sector or to buy medicines directly from pharmacies. This is in anticipation of medical consults prescribing pharmacological treatments that are not covered free of charge by the public service.

In relation to the **organisation of healthcare services**, access barriers to healthcare services include long *waiting times* to access healthcare (at all levels) and the poor *quality of care*.

The *delay in care* in primary care centres of the secondary care level is identified with the scarce offering of services and the distances that must be travelled via public or private transport (buses, tuk-tuks and private cars) and not so much with service hours, which run 24 hours a day, seven days a week. However, public transport is only available in rural areas once or twice a week coinciding with market days. This means that a large concentration of people attend primary care centres on those days, resulting in long waiting times and people potentially missing out on the required care because of the need to return home on the last bus or pay for private transport. These waiting times have direct consequences for health and the use of healthcare services. Firstly, they can exacerbate the illness. Secondly, needing to resolve their health problems, people choose to avoid these waiting times by using the private sector or secondary levels of care or privately purchasing the medications they consider appropriate for their health problem. The delay in care from specialist services is closely related to structural deficiencies in MSPAS services, such as the scarce availability of healthcare resources (human and material), opening hours and the lack of a functional referral service between levels of care. Although the primary care level should be the gateway to the system, the absence or weakness of referral and counter-referral systems in the MSPAS allows this level, and even the secondary level, to be skipped in the search for healthcare services that people think they need. This means that people use their own resources to access specialist services, bearing the out-of-pocket costs, to wait to be seen to with no guarantee of this occurring because this level of care operates according to a certain number of daily consults.

In terms of **quality of care**, elements such as the scarce availability of staff, technical and medication resources, along with inadequate and discriminatory treatment by health professionals, create the perception of low quality healthcare services. Female midwives also point to inadequate, discriminatory treatment by health system personnel towards indigenous women who are pregnant, in labour or in the post-partum periods, which means that referrals are limited to cases involving complications in pregnancy, childbirth and

post-partum. This increases maternal and neonatal morbidity and mortality. Furthermore, negative, discriminatory attitudes towards female midwives by healthcare services personnel create a significant access barrier to healthcare services, which limits the referral of pregnant women during prenatal care and creates risks for childbirth and the anticipation of potential complications.

The factors that emerge as barriers in relation to **the characteristics of those using the system** are a lack of *economic resources*, the *geographical dispersal* of the population living in rural areas, *beliefs and attitudes about health*, discrimination against the indigenous population and difficulties communicating in Spanish. **Elements that favour** access to healthcare services include *health promoters* and *female midwives*.

A *lack of economic resources*, dispersal and the geographic isolation of communities in rural areas emerge as access barriers to healthcare services. On one hand, the geographic isolation of communities does not enable vehicular access to transfer people with health problems to healthcare resources. On the other, the population's lack of economic resources does not allow it to bear the financial cost of such travel. A lack of resources is a very common problem in rural communities, which, if unable to be resolved with loans or grants, makes attending healthcare services impossible. By applying for loans, families run the risk of incurring catastrophic costs.

As for *beliefs and attitudes about health*, the biologic conception of health used by Western medicine and prevalent in the Guatemalan health system contrasts with the more spiritual conceptions of traditional medicine and generates strong contradictions among the indigenous population, which translates into access barriers to healthcare services. Thus, Western medicine, represented by diagnostic testing and especially by medicines, determines the need to access healthcare services. Medicine shortage is a recurring problem since health centres usually provide only part of the treatment and the rest must be purchased at the pharmacy. Hence, people seek healthcare alternatives, such as buying medicines at the pharmacy or at over-the-counter establishments, or using private services and generating costs that they often use loans to cover. Natural medicines are another alternative used to resolve health and scarcity problems and the high cost of pharmaceutical products.

Other significant access barriers to public healthcare services include **discrimination, gender-related** factors, linguistic barriers and a lack of sensitivity by some health system professionals towards the indigenous population. The male-focused health system clashes with the world view of women in the communities who are pregnant, in labour or post-partum, leaving them unwilling to attend healthcare centres. Therefore, they report finding neither quality nor warmth in the care they receive, nor respect for their cultural practices, which becomes an access barrier to healthcare services. The lack of sensitivity of the biomedical system towards other practices limits adequate referrals for these women in the event of complications. This increases maternal and neonatal morbidity, complications and mortality. The direct or indirect rejection by healthcare personnel of the patients that midwives bring or refer limits timely referrals of pregnant women during prenatal care and care during childbirth and its complications because they fear being criticised, singled out and discriminated against.

Community social networks are **facilitators** for access to healthcare services, and include health promoters, bone-setters and other Mayan therapies, and female midwives. They are important figures that promote access to healthcare services because they accompany, inform and provide funds for transport. In the communities, especially the most remote and the most traditional, women seek out midwives as their primary healthcare reference. They represent the primary reference for women of childbearing age, pregnant women, women in labour, post-partum women and newborns and represent a nexus of union with healthcare services.

3. REFORMS TO THE GUATEMALAN HEALTH SYSTEM: CHALLENGES FOR THE RIGHT TO HEALTH

After the civil war and the signing of the peace accords in 1996, a governing commitment was signed between the government and the guerrillas to promote a reform to the constitution guaranteeing indigenous cultural rights and recognising the Guatemalan nation as a national, multi-ethnic, pluricultural and multilingual unity. The peace accords also included specific goals for the health system, such as increased public spending, universal coverage, the need to deconcentrate and decentralise healthcare services and coordination between the various healthcare providers.

The small advances achieved in the peace accords started to be reversed with a deepening of neoliberal models, which gave rise to a fragile institutional framework, a truncated democratic transition and an alliance of the Guatemalan government and capital and transnational corporations that abandoned the contents and principles of the peace accords. Guatemala underwent a neoliberal reconfiguration with economic deregulation and trade liberalisation that worsened the deterioration in quality of life and increased poverty and inequality.

The process of state reform and its funding have determined the notion of health and its care model, reducing infrastructure, equipment, human resources and materials from the public health system compared to those in the private sector. Thus, the first reform in the healthcare sector implemented the Comprehensive Health System (Sistema Integral de Atención en Salud – SIAS) and the Coverage Extension Program (Programa de Extensión de Cobertura – PEC) for the primary care level, where the MSPAS hired NGOs as service providers and healthcare service administrators. The programmes were financed by the Inter-American Development Bank (IDB) and the World Bank. The programme grew rapidly and in 2008 nearly 4.5 million people previously without health coverage accessed basic healthcare service packages. However, despite its objectives, the PEC did not provide comprehensive care. Instead, it was implemented in a focused way through four programmes: children, women, emergencies and diseases, with specific interventions each month in communities based on the estimated cost-benefit. The SIAS failed and the PEC gradually disappeared without a transition process, leaving millions of people without health coverage, mainly those of indigenous origin, those living in rural areas and the poor. Ultimately, the reforms resulted in a health system segmented according to populations groups, based on their purchasing power and employment status. Each subsystem works autonomously, with different funding modalities and objectives and with its own healthcare ser-

vices. This strengthened the healthcare market and private entities while the public network weakened. The population seeks care from private actors, whose infrastructure and service offerings grow, generating inequities in funding and health spending, the majority of which comes from households [Hernández, 2011].

The following health system reform [USAID, 2015] is being addressed within the framework of the universal coverage promoted by the World Health Organisation in Guatemala. This attempts to respond to the population's health problems, to problems caused by a model focused on individual cures and Western medicine, and to the limited access to services. Thus, the Inclusive Health Model [Modelo Incluyente en Salud – MIS] was born, guided by the Ministry of Public Health and with policies to achieve universal health coverage. This reform considered various, legitimate social and cultural expressions, the focus on rights, gender equality and interculturalism within a decentralised system. The model was supported by strengthening the primary care level, using community healthcare resources within the services of the MSPAS. From the outset, the MIS was conceived with an alternative vision of comprehensive, inclusive care aimed at reducing inequality [Verdugo, JC et al., 2008]. It sought to make visible the knowledge and practices of community therapies, coordinating them with Western medicine. In October 2017, implementation of the MIS was cancelled, citing budgetary and efficiency reasons.

Although universal healthcare for the Guatemalan people is included in the 1985 Constitution, Guatemala is currently a long way from achieving this objective. In the absence of guaranteed commitments and adequate public funding, the right to healthcare has been rationalised through care lists of uncertain duration and hierarchical criteria for barely transparent pathologies. Thus, attempts in Guatemala to reform the health sector to improve coverage and access to health services have failed. The health sector crisis that led to the cancellation of PEC and the subsequent cancellation of the MIS in October 2017 has left millions of people without healthcare service coverage.

In Guatemala, the challenges to achieve universal health coverage, with the state as duty bearer of the right to health, lie mainly in systemic governance deficiencies and insufficient funding, a product of the country's immersion in the neoliberal economic model. Currently, the Guatemalan health system has neither the infrastructure nor the resources necessary to care for the population. Furthermore, due to its fragmentation from a persistence with the public subsystem and social security – due to a lack of coordination between contributory and public funding – costs are duplicated and profound social inequalities in health increase even further. The country is a long way from achieving equality in the health benefits received by all population groups, from preventing catastrophic costs and from overcoming healthcare segregation.

According to the World Bank, *governance* is the way to exercise power in the management of social and economic resources to develop a country and is used as a regulatory tool to ascertain the degree to which political and social actors contribute to the implementation of public policies that favour the well-being of the population. In the case of Guatemala, the lack of [good] governance is evident in the lack of a national strategy that advocates for universality of the health sector and is supported by the various political and social forces. Thus, one of the main recommendations of the report drafted by USAID [2015] is that “the President of the Republic should initiate and direct a process of strategic plan-

ning for the health sector dedicated to addressing the inequalities and inefficiencies that comprise the basic elements of the health system". It also points out that this process should involve the participation of all ministries related to health and public finance, the main political parties and relevant civil society organisations (USAID, 2015). However, the political instability and corruption that characterises Guatemala means that the health reforms have not been completed, changing with each new government, although always in accordance with the logic of the neoliberal economy. The latter believes that state funding should only be for groups in extreme poverty or in risk situations, thereby maintaining the segmentation of the population according to its capacity to pay.

Insufficient *funding* has always been a fundamental problem for the implementation of health reforms. Guatemala has serious problems funding its public health system, with one of the lowest tax collections in the Americas and the Caribbean, due primarily to tax policy and the high level of informal employment. This generalised lack of resources has been made worse by the low level of government investment in health and by the unequal distribution of funds between the MSPAS and the IGSS. In addition to the insufficient budget, the management of funding has been inefficient and ineffective, which limits even further the resources available to the public health system. The lack of resources affects all levels of care and translates into a lack of infrastructure, a lack of medical supplies and equipment and a lack of healthcare workers to meet the demands of the population. Guatemala has one of the highest out-of-pocket spending in Latin America. For an already impoverished population, taking care of its health can mean incurring catastrophic costs or an absence of treatment and, in many cases, dying. According to its main actors, the lack of budget has been one of the main obstacles to the implementation of health system reforms in Guatemala, highlighting the need to implement new strategies that enable greater investment in the public health system.

The failure of attempts to reform the health sector in Guatemala further exacerbates social inequalities in health. The population is divided equally between the country's urban and rural areas. However, there remain large disparities in economic development indicators, access to health services and health outcomes, in which the rural areas perform much worse than urban. Both the PEC and the MIS are primarily intended to improve access to health for Guatemala's poorest populations, which are concentrated mostly in rural areas and consistently experience worse morbidity and mortality rates, worse access to health services and higher health costs.

The right to health involves both social determinants (food, water, a healthy environment, housing, employment, education, standard of living) and the right to health protection. Guaranteeing this right requires public policies that enable improvements in quality of life, as well as sectoral and intersectoral policies that slow the deterioration of public health institutions and social security and reverse their fragmentation and underfunding. The construction of a universal, free, comprehensive, equitable, humane and intercultural public health system is an ongoing challenge in Guatemala.

THE RIGHT TO HEALTH IN HONDURAS: THREATS AND CHALLENGES

The Republic of Honduras is located in the north-central Central America. It is the second largest country in the area and although it borders three countries (Guatemala and El Salvador to the west and Nicaragua to the east) and lies on the Pacific Ocean and the Caribbean Sea, it has been one of the most isolated Central American countries due to its complex orography as the most mountainous country in Central America. Including all its islands, Honduras covers 112,492 km² with a population in 2016 of 8,714,641. The cities of Tegucigalpa and Comayagüela in the Central District have 27.6 % of the Honduran population and San Pedro Sula in the Department of Cortes has 16.3 %. It is considered a young population with a median age of 24 years.



Honduras is characterised as a pluricultural, multi-ethnic and multi-lingual country with seven indigenous peoples and two that are Afro-descendant. These people live mostly in rural areas (80 %), coinciding with the poorest departments, and live from the subsistence economy, with limited access to basic services and infrastructure and with environmental problems (PAHO, 2009).

Like other developing countries, Honduras is undergoing a process of epidemiological transition, in which high rates of communicable diseases, parasitic diseases and malnutrition coexist, especially among children in rural areas, with health problems linked to violence, addiction and chronic diseases. It has one of the highest incidences of HIV/AIDS in Latin America.

Nearly half of the Honduran population lives in rural areas where the highest poverty rates in the country are found. Indeed, Honduras is a profoundly unequal country with a Gini coefficient of 0.52, one of the highest in the region, which indicates considerable inequalities in the distribution of income. At national level, the richest 40 % of the population received 80.2 % of national income in 2013, while the poorest 40 % received only 8.6 %⁴. In 2016, 61 % of Honduran households lived below the poverty line⁵, reaching 63 % in rural areas and 89 % in indigenous and Afro-Honduran populations, who mostly live in rural areas. In addition, extreme poverty⁶ affects 42.5 % of the population, 56.1 % of the rural population and 78.3 % of the indigenous and Afro-Honduran population⁷. These high percentages of extreme poverty have been caused by the geographical isolation of the territories they inhabit, with the predominance of subsistence crops and historical discrimination against their inhabitants. The official language is Spanish, although the level of Spanish-indigenous language bilingualism varies between regions depending on the indigenous groups.

In terms of the country's education indicators [2016], 11 % of people over 15 years of age cannot read or write. This illiteracy rate is higher in the rural population where it is 17.2 %, compared with 6.3 % in urban areas⁸. In addition, there are large differences in the rate of educational coverage between rural and urban areas, especially after age 12, where the percentage of children enrolled in school begins to fall. Thus, after 15 years, 43.1 % of children in urban areas are enrolled in school compared to 20.2 % of children in rural areas [Multi-Purpose Permanent Household Survey - EPHPM, 2016]. Among the indigenous population, illiteracy in women is 47 % and in men 26 %, well above the regional average [7.8 %].

TABLE 2. Basic indicators of Honduras ⁹

Demographic and socio-economic indicators	
Area km ²	112,492
Population (thousands) ²⁰¹⁶	8,190
Median age (years) ²⁰¹⁶	21
Population under 15 (% inhabitants) ²⁰¹⁶	36
Population over 65 (% inhabitants) ²⁰¹⁶	5
Rural population (% of total) ²⁰¹⁶	46.6
Births (thousands) ²⁰¹⁶	440
Global fertility rate (children/woman) ²⁰¹⁶	3.1
Life expectancy at birth women ²⁰¹⁵	76.1

⁴ http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc_HTML.asp

⁵ Line of Poverty (LP) method, which involves establishing, based on household income, the capacity they have to meet, through the purchase of goods and services, a series of food and non-food needs considered as basic.

⁶ Households that have a per capita income lower than the cost of the Basic Food Basket.

⁷ http://www.ine.gob.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=91

⁸ http://www.ine.gob.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=90

⁹ WHO, 2016

Life expectancy for males at birth ²⁰¹⁶	71.1
Annual population growth (%) ²⁰¹⁶	1.4
Average years of schooling for females ²⁰¹⁶	6.2
Average of years of school men ²⁰¹⁶	6.1
Female literacy rate (%)	88.6
Male literacy rate (%)	88.4
Gini Index ²⁰¹⁶	0.52
Human Development Index ²⁰¹⁵	0.625
Population with access to improved water sources (urban) (%) ²⁰¹⁵	97
Population with access to improved water sources (rural) (%) ²⁰¹⁵	84
Population with access to improved sanitation facilities (urban) (%) ²⁰¹⁵	87
Population with access to improved sanitation facilities (rural) (%) ²⁰¹⁵	78

Health indicators

Maternal mortality rate (per 1,000 births) ²⁰¹⁵ (HDI, 2016 UNDP)	129
Infant mortality rate (per 1,000 live births) ²⁰¹⁵	24
Mortality rate under 5 years (per 1,000 live births) ²⁰¹⁵	29
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births) ²⁰¹³	18
General mortality rate (all causes) (per 1,000 inhabitants) ²⁰¹³	7.0
Low birth weight (< 2,500 g) (%) ²⁰¹⁵	8.9
Chronic malnutrition in children < 5 years (%) ²⁰¹¹	22.7

Indicators of resources, access and total coverage

Medical staff (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹⁴	10
Nursing staff (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹⁴	3.8
Dentists (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹⁴	0.3
Hospital beds (per 1,000 inhabitants) in the public sector ²⁰¹⁴	0.7
Proportion of deliveries that were attended by medical personnel	83
Prenatal care by trained personnel 4+ visits (%) ²⁰¹²	89
Hospital birth rate ²⁰¹⁴	72
Proportion of deliveries attended by medical staff in homes with few resources ²⁰¹¹⁻²⁰¹²	58
Hospital beds (per 1,000 inhabitants) (public sector)	0.7
Health spending, total (% GDP) ^{** 2010}	8.7
National public spending on health (% GDP) ²⁰¹⁴	4.4
National private spending on health (% GDP) ²⁰¹⁴	4.3
Public spending on health (% of total health spending) ²⁰¹⁰	49.8
National private health spending (% of total health spending) ²⁰¹⁰	50.2
Total health spending per capita (USD) ²⁰¹⁴	212
Direct household payment (% of private spending)	94.3
Direct household payment (% of total health spending) ²⁰¹⁴	43.5
Percentage of households with catastrophic health costs ²⁰⁰⁴	8.7

Source: compiled by the authors from the sources consulted

Among the health indicators, the estimated maternal mortality rate is 129 deaths per 100,000 live births [2015], the highest in Central America and the fourth highest in the region, which stands at 87 per 100,000. In children under 5 years of age, the mortality rate is 29 per 1,000 live births [WHO, PAHO, 2016], reaching 62.9 % and 45.1 % in indigenous and Afro-descendant children respectively, according to the last census of indigenous mortality from 2010 [UNICEF, 2012]. These rates are higher than those of Latin America in general [19.6 deaths per 1,000 live births] and the fourth highest in Latin America and the Caribbean [WHO, PAHO, 2016]. Low birth weight affected 8.9 % of children in Honduras and chronic malnutrition in children under 5 years of age affected 22.7 %.

There are marked health inequalities in terms of equity between different population groups. The worst health indicators, in terms of infant mortality, maternal mortality and chronic malnutrition in children under five, are concentrated in the population of the first three income quintiles, above all in those who live in rural areas and in indigenous groups.

1. THE HEALTH SYSTEM IN HONDURAS

Article 145 of the 1982 Constitution of the Republic of Honduras states that it *recognises the right to health protection, the duty of all to participate in the promotion and preservation of personal and community health. The State will preserve the right environment to protect the health of the people*¹⁰. According to Article 1 of the Health Code, health is considered as *a state of comprehensive, biological, psychological, social and ecological well-being, it is an inalienable human right and it is the responsibility of the State, as well as all individuals or legal entities, to promote its protection, recovery and rehabilitation.*

At present, the health system of Honduras comprises two subsectors: a public subsector and a private subsector. The public subsector includes the Ministry of Health [SESAL in Spanish], which is the regulator and provider of health services to the Honduran population; the Honduran Institute of Social Security [Instituto Hondureño de Seguridad Social - IHSS], responsible for collecting and administering fiscal resources and those deriving from the compulsory contributions of workers and employers; and the Army Hospital. Generally, the SESAL and the IHSS are located in the same geographic areas of the country but are not well coordinated, which leads the Honduran health system to be characterised by its segmentation and high degree of fragmentation, with problems of coordination and interaction between institutions and service units. This leads to the duplication of activities, efforts and resources. The private subsector is made up of for-profit and non-profit institutions and private insurers, clinics and hospitals. According to ENDESA 2011-2012, 10 % of the population is affiliated with the IHSS, 2 % have some private insurance and the rest [88 %] would be covered by the SESAL. In rural areas, this proportion reaches 95 % of the population.

¹⁰ Political Constitution of 1982 (1982) National Constituent Assembly. Decree No. 131 Gazette No. 23612.

TABLE 2. Map of the health system in Honduras

	PUBLIC SECTOR		PRIVATE SECTOR
PROVIDER OF SERVICES	Secretary of Health (SESAL)	Honduran Institute of Social Security (IHSS)	Private Providers
FUNDING	Taxes, International assistance for development.	Contributions. Working and business population. General taxes.	Pocket payments, premiums.
INSURANCE	Population without coverage.	Affiliated persons and beneficiaries.	People with private health insurance. People direct payments.
PROVISION	Health Centres, clinics and hospitals of SESAL.	Health Centres, clinics and hospitals of the IHSS.	Clinics and private hospitals.
USER POPULATION	Population without coverage.	Affiliated formal sector working population and their families. Volunteer insured population.	Population with payment capacity.

Source: compiled by the authors from the sources consulted

The SESAL service network is divided into two levels of complexity of care based on referral and counter-referral criteria, although in practice this is not fulfilled and the population can freely access the different levels with the consequent collapse of the levels of care since they deal with cases that should be resolved at other levels. The primary care level provides outpatient care and has the highest demand. The secondary care level includes hospital care with four levels of complexity and provides care to patients who require a higher level of specialisation.

Although Honduras has no defined package of services, the primary care level includes comprehensive family care, while the secondary level includes consultations and minor surgeries, gynaecology and obstetrics, major surgeries, paediatrics and neonatology, and emergency hospital care.

According to the New National Health Model launched on 26 September 2013, all health-care units are being reorganised. Despite the reorganisation of care levels, the current hospital and health centre infrastructure is deficient and requires heavy investment in infrastructure and equipment to provide services in risk-free conditions (SESAL, 2005). The same occurs with healthcare workers. The health system has 10 doctors, 3.8 nurses and 0.3 dentists per 10,000 inhabitants, figures well below the 23 doctors, nurses and midwives per 10,000 inhabitants recommended in 2015 by WHO as essential to meet the health needs of the population.

TABLE 3. Provision of health services by the SESAL

LEVELS OF CARE	LEVELS OF COMPLEXITY, TYPE AND CHARACTERISTICS OF HEALTH ESTABLISHMENT	
	PRIOR TO THE REFORM	IN THE NEW MODEL
Primary level	Rural Health Centres (CESAR)	Level of complexity 1: Type 1 Health Centre (HC Type 1) Rural outpatient clinic with general practitioner
	Health Centres with doctor and dentist (CESAMO)	Level of complexity 2: Type 2 Health Centre (HC Type 2) Urban outpatient clinic with general practitioner, attends HC Type1 referrals
	Maternal and Child Clinics (CMI) Emergency Peripheral Clinics (CLIPER)	Level of complexity 3: Type 3 Health Centre or polyclinics (HC Type3) Urban outpatient centre with medical specialties without internment, although with short-stay beds (12 hours) it serves the HC Type2 referrals
Secondary level	Area Hospital	Level of complexity 4: Hospital type 1 General hospital of basic specialties. Address referrals from the primary level
		Level of complexity 5: Hospital type 2 Hospital of specialties and subspecialties. Address referrals from type 1 hospitals
	Regional Hospital	Level of complexity 6: Hospital type 3 Teaching hospital of specialties and subspecialties. Address referrals from type 1 and 2 hospitals
	National Hospital	Level of complexity 7: Hospital type 4 Highly specialised university hospital at national level

Source: compiled by the authors from the sources consulted

Of total public and private health spending, understood as expenditure on finance activities aimed at restoring, improving and maintaining the health of the population, public spending was 49.4 % in 2011¹¹. This proportion has been decreasing in recent years (in 2005 it was 67.9 %). The health sector represented 17 % of national budget spending in 2011, while in 2017 it represented 11 % of the national budget. Government spending on health has decreased by almost 6 % in the last six years and is expected to keep declining, due to the containment of spending and the transfer of the budget to other institutions in the country [especially security] [Carmenate-Millan, 2016]. Cross funding occurs in the Honduran health system, since the population affiliated with the IHSS or with other health insurance systems can access the services offered in the various public and/or private non-profit establishments, which is a common practice in the country, particularly when dealing with sub-specialties. Moreover, in recent years, the public sector has been funding

¹¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1

public funds to the private sector for the provision of services. (PAHO, 2009). In fact, the Honduran funding model is considered one of the most inequitable in the world, ranked 178 out of the 191 countries considered. Thus, poor people or those in danger of impoverishment contribute most to the funding of the health system through direct out-of-pocket payments.

Private spending on health includes payments and co-payments (*recovered funds* in hospital care and primary care) from families' household finances for formal and informal health services, medicines, prosthetics and private health insurance. Of the total spending on health by households, according to 2011 data, 8 % went to the payment of insurance (private and social security) and the remaining 92 % was incurred through direct payments. These out-of-pocket expenses are the most regressive source of funding and cause catastrophic expenses [expenses that exceed the capacity of families to pay and thereby contribute to the impoverishment of households] (Frenck et al., 2009).

It is important to point out that health spending with respect to household income by quintile is very unequal. While households in the bottom quintile spend on average 23.6 % of their income on health, households in the top quintile spend 4.6 % of their income on health. This means that in proportion to the income level of both groups, the poorest are spending five times more than those in the richest quintile do. This is very inequitable and socially unjust and reduces the few opportunities for families to save, invest and improve their living conditions, deepening the poverty cycle (ENDESA, 2012). Also, according to the same source, 24.5 % of people who attended public facilities had to buy medicines. However, this percentage increases to 47 % in the population of the lower quintile and falls to 19 % among the population of the fifth quintile. Accordingly, health spending proportionally affects low-income families with lower educational levels and the elderly to a greater degree, populations that are in a situation of vulnerability.

With regard to the specific cost medicines, 97.24 % of spending is made through direct household payments and 2.68 % by private insurance if we take into account only private sector spending. Such high spending by households on medicines is caused by the shortage of pharmacies belonging to public health centres, by prescriptions issued by private and public health professionals that are only available in private pharmacies and by the opportunity to buy drugs directly from pharmacies without a prescription.

2. THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN HONDURAS: ACCESS TO HEALTH SERVICES

The structural characteristics of the health system in producing inequities of access, such as the coexistence of different types of insurance, health decentralisation and measures to restrict coverage, affect health levels and pose important threats to the right to health. Fair access to health services is fundamental to protecting the most vulnerable populations, hence the importance of analysing the use of public health services and their determinants.

The results obtained from the qualitative research carried out on the barriers to access to health services (that is, in the search for care, in the entry into and during the use of public health services offered by the SESAL) are presented below¹². The description of the results considers access barriers and their consequences for health in relation to the structural characteristics of the health services, as well as organisational and quality characteristics, and, finally, those related to the characteristics of the population.

In the health services provided by SESAL, the factors related to the barriers in the search and entry into the health system in light of the **characteristics of the health system** are the *availability* of the *material* and *human* resources necessary to provide the care, determined both by the amount of resources available, and by their *geographical distribution*.

In relation to the *availability of material and human resources* of SESAL, both rural and peri-urban areas have a shortage of healthcare facilities, medical supplies (human resources, supplies and medicines) and poor geographical distribution of resources, which means that people must travel long distances to reach them.

In peri-urban areas, the main barrier to accessing the primary care level according to the people interviewed is related to the shortage of healthcare resources, human resources, supplies and medication to address the health problems of the population to which they are supposed to give coverage. This situation also occurs in the areas where healthcare is working with the new health model. At the primary care level in rural areas, respondents mention *distance*, due to the *geographical distribution* of the healthcare facilities, as a barrier to access, in addition to the shortage of healthcare resources, human resources and supplies. These distances must be crossed by foot, by public transport if it exists or by private transport.

In addition, the rural healthcare centres (CESAR, HC Type 1 or UAPS), although they are the most numerous in the country, do not have the capacity to respond, either materially or in terms of human resources, to meet the health needs of the population living in rural areas. Faced with situations that cannot be resolved at these centres or which are assessed as serious cases, patients must be transferred to healthcare centres located in peri-urban areas (CESAMO, HC Type 2 or CIS). This leads to an increase in the cost and time to receive the necessary care to resolve the health problem and the problem can deteriorate. Diffi-

¹² See Methodological Appendix

culties with public transport, timetables, frequency and travel times and cost emerge as an important barrier to access, since people have to find a way to finance travel to reach the place where the service is provided, in addition to the time they invest in travel.

The short supply and the distribution of specialist services, concentrated in the two metropolitan districts of Honduras, are an important barrier to access to health. Difficulty finding transportation, the cost of the trip and the journey time are all related barriers. These indirect healthcare costs represent an insurmountable barrier that prevents the most impoverished of the population from using specialist services.

Insufficient *human resources*, both in primary care and in specialties, are important access to health barriers, especially in rural areas. The low responsiveness of the primary care level because of the scarcity of human resources means that people have to seek resolution of their health problem at the secondary level, which also has a shortage of human resources. This shortage contributes to increasing inequalities in access to health, since it involves indirect costs in the healthcare arising from transportation, city stay and time, which can be an insurmountable barrier to the use of specialist services, especially for the population of rural areas.

The availability and price of *medicines and medical supplies* are referred to as barriers to access to health. The medicines included in the basic package provided by SESAL are frequently in short supply, especially at the primary care level. This shortage emerges as an important barrier to access to health services, as users decide not to attend health centres, to use the private sector or to purchase drugs directly from pharmacies in anticipation that certain drugs will be unavailable and require out-of-pocket payment. On other occasions, the population attends hospitals directly, as shortages of basic package medicines are less frequent at these facilities.

In addition to the shortage of medicines, the limited number of drugs included in the basic package also emerges as a barrier. These restrictions limit access to public health services because they lead people to use private services. As a result, greater inequalities of access occur, given that the most economically vulnerable populations have the greatest difficulties in accessing treatments.

Regarding the **organisation of health services**, respondents identified barriers to access to health services including *payment of services*, *service hours*, long *waiting times* for access to healthcare (at all levels), the lack of a *functional referral system* and the *poor quality* of the care.

The payment for healthcare services that SESAL provides to the population emerges as an important barrier for users. These payments are part of the “recovery fees” of the SESAL’s organisational model. The payments to be made include medical and dental consultations, the basic package of medicines, diagnostic tests, hospital stays and ambulance transportation. These health expenses increase inequalities in access linked to people’s payment capacity and increase the risk of impoverishment of people and/or their families.

Opening hours and waiting times to be seen emerge as barriers of access to care, both at the primary and secondary levels. Waiting times are seen as an immediate consequence of

the organisation of healthcare and of the schedules established at healthcare facilities, as well as the shortage of healthcare resources. Healthcare provided at healthcare facilities takes place from Monday to Friday in the morning on a continuous schedule. Priority is given to the care of children, sick people, pregnant women and the elderly, and only one member of the family is seen. This access barrier has important consequences for health, where diagnostic delays are the main issue. Although there is also a lack of motivation to use the public service and an incentive emerges to seek care through private services or to buy medicines directly that are considered appropriate for the resolution of the health problem.

Waiting times and the delay in care of specialised services are closely related to the structural deficiencies of SESAL health services, such as the scarce availability of healthcare resources (material and human), opening hours and the lack of a functional referral system between levels of care.

Although the delay in care emerges in all types of care, it is more serious in relation to emergencies and, above all, when they require the transfer of persons. Ambulances are operational only during health service hours. Outside these hours, a fire brigade ambulance or police transfer must be requested. Users must pay fuel costs for ambulances. For the most impoverished of the population, this constitutes an important barrier to access that often has dramatic results.

In addition, *the lack of a functional referral system* between levels and the shortage of health personnel and supplies at health centres means that the population often directly opts to use levels of higher complexity. Although the primary care level should be the gateway to the system, the absence or weakness of SESAL referral and counter-referral systems makes it possible to skip this level in search of the necessary care services. This means that people visit specialist services of their own accord, assuming the costs out of their own pocket, queuing to be seen with no guarantees that this will eventually happen.

The lack of a system of formal accreditation of affiliation or health identification cards, and the lack of healthcare coordination makes it difficult and even impossible for care to continue. These structural deficiencies can lead to medication or treatment errors. With regard to *quality* of care, the lack of health personnel throughout the continuum of care, together with the lack of confidence of users in the quality of supplies and medical devices, emerges as a barrier to access and leads to the use of private services.

Barriers related to the characteristics of users include the *lack of economic resources* to meet the expense of attending the public health service, or to follow through with the treatment, and the *geographic isolation* of the population from healthcare resources. A large part of the rural population claims to use natural medicine when it cannot afford to go to a health centre or pay for the treatments and tests performed there. Especially in rural areas, women's role as caregivers means that they access health services for the care of their children, relegating their own healthcare to the background. This care is administered through self-medication or natural medicine. In addition, the male-centric vision of health and healthcare services contributes to making the specific health situations of women invisible, such as sexual and reproductive rights. This leads to a distant provision of services, lacking the human touch that sexual and reproductive health requires.

Committees organised with community members for the transfer of patients and the use of natural medicine are identified as elements that promote access to health services.

The lack of economic resources of the population is one of the most important barriers to accessing healthcare services. Their out-of-pocket expenses for transportation, consultations, diagnostic tests and medications often means that they do not use the services because they cannot afford to. Instead, they choose to buy a drug at the pharmacy or delay the search for care, with consequences for their health. Some municipalities have a health programme that offers home visits and finances part of the cost of the analysis and medicines for the most vulnerable population groups, although this does not happen in all cases and coverage is limited. The use of natural medicine emerges in the experience of users with fewer resources, especially in rural areas, as an alternative to overcome the economic barriers of access to care and resolve health issues.

Geographical isolation, non-existent or poorly functioning communication channels and inclement weather are significant barriers to access to health. These factors entail an indirect cost of care for users and sometimes constitute an insurmountable barrier that prevents the use of services of higher levels of complexity.

Factors that facilitate access to health services include the *Emergency Transport Community Committees* formed by community members following a SESAL organisational strategy. These committees act as important figures that promoter access to health services, by coordinating, accompanying, informing and providing funds for transportation.

3. REFORMS TO THE HONDURAN HEALTH SYSTEM: CHALLENGES AND THREATS

At the beginning of the 1990s, within the framework of State Modernisation and Reform, Honduras, like other Latin American countries, promoted a process of health sector reform. In this framework, the National Health Modernisation Commission (Comisión Nacional de Modernización de Salud) worked to define a proposal to transform the system, based on five specific components: the strengthening of the governing role of SESAL, progressive integration with the IHSS, the integrity of the health services network, decentralisation and the definition of equity, efficiency, effectiveness and social participation.

Health sector reform proposed the strengthening of the governing role of SESAL and the separation of the essential functions of funding, insurance and provision of services. Thus, SESAL would be responsible for management, and the provision of services will be in the hands of for-profit or non-profit public or private entities, implementing a system of incentives or premiums for good management, or penalties for non-compliance with targets and objectives. In addition, providers were to organise themselves into a comprehensive national healthcare network composed of municipal or inter-municipal networks, which in turn would be organised into micro-networks of primary-level care and secondary-level care, replacing the current model.

According to the report *La Reforma de Salud en Honduras* (Health Reform in Honduras) published by ECLAC [2006], the reforms implemented have been: 1) The institutional development of SESAL; 2) The institutional development of the IHSS; 3) The improvement of hospital management; and 4) The extension of coverage. With respect to the institutional development of SESAL, the World Bank recommended transforming it into the governing and funding entity for health services for the poor through the purchase of health services from the private sector. It also recommended the separation of funding and provision. For this purpose, local managers will shift to administering the provision of services (which will be financed by SESAL), through a system of incentives or premiums for good management, or with penalties for non-compliance with targets and objectives. With regard to the insurance of the population, a Universal Health Coverage approach is proposed in which SESAL, in addition to its governing role, would provide national public health insurance for the poor (with specific packages and selective coverage) and the IHSS would function exclusively as an insurer when contracting services for its affiliates with public and private providers.

To implement the new model, through the non-reimbursable technical aid of the Inter-American Development Bank (IDB), a new budget structure was defined for SESAL that culminated in the so-called new management models. These new models are based on the delivery of basic packages and the funding and provision thereof through foundations, associations, non-governmental organisations and community associations. However, following a study by the Swedish Agency for International Development Cooperation it became clear that these new models, when supported by international organisations such as the World Bank, have been part of special programmes and not part of the organisational strategy of SESAL, meaning that its future sustainability is in question.

The main threat to the right to health of the Honduran Health Reform arises from the fact that the aim is not a universal and free system but rather to use basic packages to increase coverage for the population that has historically been excluded. Without an approach that aims for a right to universal and free health, health can hardly be understood as a right.

The second threat is determined by the structure of the Health Reform. SESAL is to become the governing body, however, historically, SESAL has been characterised by its weakness in its governing role and this has not yet changed. Furthermore, the existing institutional fragmentation, together with the imbalance in spending, is putting an excessive financial burden on the entire population and especially on the poorest groups. The fact that the IHSS and SESAL are not integrated with one another means that the employed population have health services that the rest of the population does not have. If we consider Hart's Inverse Care Law, it is clear that offering basic health packages to the population not insured by the IHSS will only increase the gap between the population that is not in formal employment, which is causing the most impoverished population and those most in need of public and free health services to be unable to afford the treatments that are not included in the basic package, with the consequent risk of incurring catastrophic health expenses.

The third threat arises from the separation of funding and provision functions. The current situation of incompetence and inefficiency of the health structures in Honduras in guaranteeing access to health for the entire population make this separation necessary. However, a prior step to ensuring that this separation of roles is effective, either through decentral-

isation or direct privatisation, and results in the improved health of the entire population, is that there be a governing body strong enough to guarantee that the separation of roles does not harm the right to health of the population, allowing the expansion of healthcare services. There are several arguments used in favour of the separation of funding and provision. One of the most popular is the effectiveness and efficiency of private services compared to public services, with the consequent reduction of expenses and improvement of services. However, a study published by Oxfam International (2009) that examined the implementation of various privatisation measures within the public health system of different countries showed that, firstly, the purported efficiency and effectiveness of contracting private services for the management of the health service is a fallacy because the cost of the services tends to increase. This increases the exclusion of the neediest population. Secondly, regulating private providers without a strong governing and regulatory institution is very difficult and tends to increase levels of corruption.

Considering how most international institutions provide these services, i.e. the right to health is a basic human right not limited to the right to basic health services but rather involves social and economic determinants, it becomes clear that Honduras is very far from achieving this objective with an absence of health policy aimed at achieving universality based on equity and social justice. Democracy in Honduras has been established within the framework of a deep process of social inequality that has its basis in the programmes of structural adjustment of the economy and in the commercial and financial liberalisation of public services and goods. Far from increasing the effectiveness and efficiency of health services, the management of health services under neoliberal policies contributes to increasing inequality and poverty within the population. It should be noted, moreover, that the reform in Honduras has almost the same model that has been implemented in Colombia, which has demonstrated its failure to provide universal health coverage and has led to the economic bankruptcy of the system, with evidence of corruption, breaches of payments to public hospitals and high profits for private insurance companies.

The absence of two key elements for the right to health is evident: the lack of social participation and empowerment of Honduran society in terms of health and the lack of a primary healthcare model that goes beyond the biomedical paradigms. Without these two elements, the Honduran Health Reform can hardly go beyond the definition provided by the Honduran medical school: a reform in which the privatisation of the health system converts the right to health into a privilege supervised under the guidelines of the banking and privatisation systems (Carmenate-Millan, 2016).

THE RIGHT TO HEALTH IN EL SALVADOR: THREATS AND CHALLENGES

The Republic of El Salvador is located in the northwest of Central America on the Pacific Ocean coast. It borders Honduras to the north and east, the Pacific Ocean to the south and Guatemala to the west. To the southeast, the Gulf of Fonseca separates it from Nicaragua. It is the smallest country in Central America, covering 21,041 km², and is the most densely populated with a rate of 309.9 inhabitants per square kilometre. In 2016, it had an estimated population of 6,146,000 inhabitants with a median age of 24, which is why it is considered a young population. The most densely populated department is San Salvador, which is the capital of the country. Its metropolitan area accounts for 27.2 % of the country's total population [Multi-Purpose Household Survey – EHPM in Spanish, 2016].



The indigenous population of El Salvador (mainly Lenca, Cacaopera and Nahua/Pipil) lives in rural areas and its economy is based on subsistence agriculture, with 38.3 % living in extreme poverty and 61.1 % under the poverty line [World Bank, Regional Unit for Technical Assistance, Ministry of Education, 2002]. In recent decades, the cultural diversity and identity of the Salvadoran people has been linked to migrations to the United States and other countries. Specifically, Salvadorans who immigrate to the United States are modifying, both nationally and locally, cultural and gender patterns and conceptions in different social groups.

El Salvador is in a process of epidemiological transition, in which communicable diseases coexist together with chronic diseases and high mortality rates due to external causes. In 2017, the second leading cause of death was interpersonal violence, which makes it the country with the second highest homicide rate in the world [63.2 per 100,000 inhabitants] only behind Honduras [66.8 per 100,000].

With respect to the unequal distribution of income, El Salvador had a Gini coefficient of 40.8 in 2015¹³, the lowest in the entire Central American region and lower than the average for the entire American continent [46.3], but even so, it displays considerable inequalities in the distribution of income. In fact, the richest 20 % of the population accounts for 47.4 % of total income while the poorest 20 % account for 6.1 %¹⁴. Of the Salvadoran population, 38.3 % lives in rural areas, which also have the highest poverty rates with 58.5 % compared to 22.5 % in urban areas. Across the entire Salvadoran population, 35.2 % of people are in a situation of multidimensional poverty¹⁵, although in rural areas it exceeds 50 % (STPP, MINEC-DIGESTYC, 2015).

The high social vulnerability, which had been so strongly highlighted in the debates on the need to consolidate development through international aid, has found expression in a dramatic and sudden economic and environmental vulnerability. The increase in the dependence on remittances from emigrants, concentrated in the United States, represents 16.4 % of GDP and explains largely the economic growth of the country. However, at the same time it defines an economy that is heavily based on consumption and very vulnerable to American crises. Although in recent years there has been progress in productive sectors such as agriculture, trade and services, these have not been able to prevent the increase of unemployment and the reduction of the formal economy.

TABLE 3. Basic indicators of El Salvador ¹⁶

Demographic and socio-economic indicators	
Area km ²	21041
Population (thousands) ²⁰¹⁶	6,146
Median age (years) ²⁰¹⁶	27
Population under 15 (% inhabitants) ²⁰¹⁶	26
Population over 65 (% inhabitants) ²⁰¹⁶	8
Rural population (% of total) ²⁰¹⁶	38.3
Births (thousands) ²⁰¹⁶	104.8
Global fertility rate (children/woman) ²⁰¹⁶	1.9
Life expectancy at birth women ²⁰¹⁵	77.9
Life expectancy for males at birth ²⁰¹⁶	68.8
Annual population growth (%) ²⁰¹⁶	0.3
Average years of schooling for females ²⁰¹³	6.2
Average of years of school men ²⁰¹³	6.9
Women's literacy rate (%) ²⁰¹⁶	12.5
Literacy rate men (%) ²⁰¹⁶	8.8
Gini Index ²⁰¹⁵	40.8

¹³ <http://www.worldbank.org/en/country/elsalvador>

¹⁴ <http://www.worldbank.org/en/country/elsalvador>

¹⁵ In 2015 El Salvador adopted the measure of multidimensional poverty that includes a total of twenty indicators relating to five essential dimensions of well-being: a) education; b) housing conditions; c) work and social security; d) health, basic services and food security; and e) habitat quality

¹⁶ OMS, 2016

Human Development Index ²⁰¹⁵	0.680
Population with access to improved water sources (urban) (%) ²⁰¹⁵	95.4
Population with access to improved water sources (rural) (%) ²⁰¹⁵	76.2
Population with access to improved sanitation facilities (urban) (%) ²⁰¹⁵	99.5
Population with access to improved sanitation facilities (rural) (%) ²⁰¹⁵	94.6

Health indicators

Maternal mortality rate (per 100,000 births) ²⁰¹⁶	27.4
Infant mortality rate (per 1,000 live births) ²⁰¹⁵	10.2
Mortality rate under 5 years (per 1,000 live births) ²⁰¹⁵	11.8
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births) ²⁰¹³	6.6
General mortality rate (all causes) (per 1,000 inhabitants) ²⁰¹³	7.3
Low birth weight (< 2,500 g) (%) ²⁰¹⁵	9.4
Chronic malnutrition in children < 5 years (%) ²⁰¹⁴	14.0

Indicators of resources, access and total coverage

Medical staff (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹⁴	15.5
Nursing staff (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹⁴	11.2
Dentists (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹⁴	5.3
Hospital beds (per 10,000 inhabitants) ²⁰¹²	11.0
Proportion of deliveries that were attended by medical personnel ²⁰¹⁴	98.0
Prenatal care by trained personnel 4+ visits (%) ²⁰¹⁵	74.0
Hospital birth rate ²⁰¹⁴	91.1
Health spending, total (%GDP) ²⁰¹⁶	6.8
National public spending on health (% GDP) ²⁰¹⁴	4.5
National private spending on health (% GDP) ²⁰¹⁴	2.3
Public spending on health (% of total health spending) ²⁰¹⁶	66.0
National private health spending (% of total health spending) ²⁰¹⁶	34.0
Total health spending per capita (USD) ²⁰¹⁴	280
Direct household payment (% of private spending) ²⁰¹⁶	82.0
Direct household payment (% of total health spending) ²⁰¹⁶	28.0

Source: compiled by the authors from the sources consulted

For education indicators [EHPM, 2016], 10.8 % of people over 10 years of age cannot read or write, although in rural areas this percentage increases to 17.3 % and in urban areas it decreases to 6.9 %. There are also differences in the rate of educational coverage between urban and rural areas, where the percentage of children enrolled in school falls, especially after the age of 12, the age at which compulsory schooling ends. Thus, the average years of schooling is 6.8 years; however, in the metropolitan area of San Salvador it is 8.8 years and 5 years in rural areas. The net attendance rate for El Salvador is 28.1 %. If we analyse it by quintile, we see that there are differences between the quintile with the lowest income [20.7 %] and the highest income [30.6 %] [EHPM, 2016].

Among the health indicators, the estimated maternal mortality rate in 2016 was 27.4 per 100,000 live births, the second lowest in Central America after Costa Rica [26.5]. In children under 5 years of age, the mortality rate was 11.8 per 1,000 live births [2015], the sec-

and lowest rate on the Central American isthmus, behind Costa Rica [8.9]. This mortality rate is well below the Central American average [22.2] and the average for the entire Latin American and Caribbean region [19.6]. In fact, El Salvador has been able to achieve Millennium Development Goals 4 and 5 on reducing the mortality of children under 5 years of age and improving maternal health [Government of the Republic of El Salvador, United Nations system in El Salvador, 2014]. Despite these advances, there are inequalities in infant mortality, maternal mortality and chronic malnutrition, which are mainly concentrated among people living in rural areas [Family Health Survey, FESAL in Spanish, 2009].

1. THE HEALTH SYSTEM IN EL SALVADOR

The 1983 Constitution of the Republic of El Salvador recognises the following in its Article 1 and Articles 65 and 66: *It is the duty of the State to guarantee the enjoyment of health, through a Social Security system financed by employers, workers and the State itself, as well as to provide a free health service to those who do not participate in it. The health of the inhabitants is a public good and it is the responsibility of the State and the people to oversee its conservation and restoration.* In 2007, the Law for the Creation of the National Health System was approved, which provides advances related to the care model based on a family health approach that focuses on the prevention and promotion of health and the local determinants of health, in its economic, cultural, demographic, social and environmental aspects. Article 3 includes the National Health System (SNS in Spanish), whose goal is to comply with the constitutional guarantee of access to health services as a social right of all inhabitants of the territory and has as its distinctive features humanism, respect for the user, ethics, warmth, universality, equity, solidarity, subsidiarity, accessibility, quality, comprehensiveness, effectiveness, efficiency, opportunity and social participation. Article 4 includes the need to achieve greater coverage, reduce inequalities in health and develop a model of care based on health promotion. In addition, the National Health Policy states that the National Health System based on Comprehensive Primary Healthcare, will universally provide, through the public network, a set of services whose number and quality will progressively tend towards being comprehensive.

Since the enactment of the Law on the Creation of the National Health System [2007], the SNS has comprised the Ministry of Health (MINSAL), the Salvadoran Social Security Institute (Instituto Salvadoreño del Seguro Social - ISSS), the Solidarity Fund for Health (Fondo Solidario para la Salud - FOSALUD), the Military Health Command (Comando de Sanidad Militar - COSAM), the Salvadoran Institute of Teacher Welfare (Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial - ISBM), the Salvadoran Institute for Integral Rehabilitation (Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral - ISRI), the Higher Council of Public Health and the entities that train Human Resources in Health [Draft Law for the Creation of the SNS, 2007]. It is also specifically established that the provision of health services by private entities must comply with the National Health Policy and must always be exceptional and limited in time and in no case may the State replace these functions. Although the 2007 law officially creates a single National Health System, the implementation of the law does not overcome the fragmentation of the different actors both in their funding and in the provision of services [Salvadoran Foundation for Economic and Social Development - FUSADES in Spanish, 2013]. In 2017, the institutions that are part of the SNS presented the

proposed Integrated Health System Law that aims to integrate all public health services. In addition to its public sector, the Salvadoran health system has a private sector that includes private for-profit and non-profit entities.

The provision of MINSAL services is organised into Integrated and Comprehensive Health Service Networks that provide services within a defined territory and population. Health services are provided at three levels of complexity of care. The primary level is the gateway to the system and is integrated into the secondary and tertiary level hospital network through referral and counter-referral systems. Community Family Health Units are territorial areas in which basic, intermediate or specialised healthcare is provided to the population. Basic community health teams (ECOs in Spanish) provide home and community care to 1,800 families in the urban area and 300 families in the rural area and represent the lowest level of complexity. *Specialised ECOs* provide home and community care to 6,000 families in the urban area and 8,000 families in the rural area. They represent a higher level of complexity and guarantee continuity in care.

TABLE 4. Map of the health system in El Salvador

PROVIDER OF SERVICES	PUBLIC SECTOR				PRIVATE SECTOR
	Ministry of Public Health (MINSAL)	Solidarity Fund for Health (FOSALUD)	Salvadoran Social Security Institute (ISSS)	Military Health; Teacher Welfare (ISBM); Salvadoran Institute for Comprehensive Rehabilitation (ISRI)	Private Providers
FUNDING	Taxes, loans, donations.	Taxes (tobacco, alcohol and arms).	Contributions from worker and business population, the State.	Allocated budget, contributions.	Out-of-pocket payment, business and individual premiums.
INSURANCE	Population without coverage.	Population without coverage.	Affiliated persons and beneficiaries.	Army, teachers and beneficiary families people with disabilities.	Population with payment capacity.
PROVISION	Health Centres, clinics and hospitals, MINSAL.	Health Centres, clinics and hospitals, MINSAL and own.	Health Centres, clinics and hospitals, of the ISSS.	Clinics and own hospitals and private services.	Clinics and private hospitals.
USER POPULATION	Population without coverage.	Population without coverage.	Affiliate and beneficiary population.	Army personnel, families, people with disabilities, population with payment capacity.	Population with payment capacity.

Source: compiled by the authors from the sources consulted

The secondary care level includes the Emergency Care Centres and the basic and departmental hospitals. The tertiary care level comprises the three specialised national hospitals: the Benjamín Bloom National Children's Hospital [Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom], the National Women's Hospital [Hospital Nacional de la Mujer] and the Rosales National Hospital [Hospital Nacional Rosales], which constitute the highest level of complexity.

FOSALUD is an entity attached to MINSAL and its services are organised in the same offices as MINSAL. It provides services at the primary care level in family health community units [UCSF in Spanish]. Services run 24 hours a day in 40 % of these units and in the rest on weekends, with the aim of ensuring continuity of care, and facilitating referral and counter-referral.

TABLE 5. National Network of Health Facilities of MINSAL 2016

LEVEL OF CARE	TYPE OF ESTABLISHMENT	NUMBER OF DEVICES	
		2009	2017
Primary level	Basic Family Health Community Units		420
	Intermediate Family Health Community Units		293
	Specialised Family Health Community Units		39
	TOTAL Community Units	377	752
	Maternal Waiting Houses	3	21
	International Health Office (OSI)	6	10
	Comprehensive Centre for Maternal and Child Health and Nutrition (CIAMIN)	1	1
	Comprehensive Adolescent healthcare Centre (CAISA)	1	1
	Employee clinic	1	1
	Secondary level	Emergency Response Centre (CAE)	2
Basic hospitals		11	11
Departmental hospitals		14	14
Regional hospitals		2	2
Tertiary level	Hospitals of regional reference	3	3
	TOTAL	421	818

Although there is no package of defined services, the MINSAL and FOSALUD service portfolio includes emergency services, care throughout all age ranges, rapid laboratory tests and basic medicines. In addition, MINSAL has a series of specific programmes aimed at preventing communicable diseases and reducing the mortality of infectious diseases transmitted by vectors.

With respect to the indicators of health resources, access and health coverage, the country has a health investment in human resources surpassed only by Costa Rica and Panama within Central America. The health system has 15.5 doctors, 11.2 nurses and 5.3 dentists per 10,000 inhabitants, a number of professionals exceeding those recommended in 2015 by WHO as essential to meet the health needs of the population and achieve the Sustainable Development Goals¹⁷ (WHO, PAHO, 2016). However, there are still great inequities in the distribution of human resources between urban and rural areas. In fact, the density of human resources is 39.7 per 10,000 inhabitants in San Salvador and 17.6 per 10,000 inhabitants in Morazán, with a concentration of 86.1 % of health personnel in urban areas.

The Salvadoran health system has made important progress that is reflected in increases in life expectancy and decreases in infant mortality. These improvements, however, have

¹⁷ http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/

not benefited all population groups equally, and therefore important gaps in the main health indicators still exist. The fragmentation and segmentation of the health system, with different autonomous institutions providing services to different population strata, generates profound inequities in health.

Total Health Spending as a percentage of GDP in 2016 was 6.8 %, with increases and reductions of 0.1 % since 2009. Of the total health spending as a percentage of GDP, 66 % was public spending and 34 % private, of which 82 % was out-of-pocket expenses. In El Salvador, total spending as a part of GDP is lower than in the countries of the region, but so is private spending. This private spending on health, as part of total health spending, has been coming down since 2007 (where it represented 41 % of total spending); however, it still represents an important percentage, which highlights the dependence on people's capacity to pay to access health services.

The segmentation of the public health system and the inequity of its funding are reflected in the *per capita* spending of each institution. While MINSAL has fewer resources *per capita* to meet the demands of the population that is not affiliated with any other health insurance (around 70 %), even to care for insured and/or “non-poor” people which require it, the beneficiary population of the ISBM, less than 2 %, has a significantly higher *per capita* allocation. Likewise, COSAM, with an affiliation of less than 1.5 % of the population, has the highest spending *per capita*. This situation shows the inequalities in funding, which translate into different opportunities for the Salvadoran population in access to health (PAHO, 2013).

With regard to spending on medicines, El Salvador did not have a National Medicines Policy until 2012. According to the results of a study of availability and prices of essential medicines performed in 2006, the population with fewer economic resources and living in the rural area, found greater barriers to access medicines than the urban population, where the majority of health workers and facilities are concentrated. In addition, due to the limited price regulation, both MINSAL's spending on medicines and out-of-pocket expenses were high, since the accumulated profit margins of the original brand medicines reached in 2006 an average of 5,200 % and imported generic medicines up to 2,800 %, over the international reference price (Espinoza, Guevara, 2006). In 2011, out-of-pocket spending by households on medications represented 62 % of total out-of-pocket expenses. With the entry into force of the Medicines Act on 2 April 2012¹⁸, the National Directorate of Medicines was created, regulating the maximum sales price of essential medicines for the treatment of infectious and chronic diseases and analgesics, reducing the price by 38 %. This has made it possible to reduce the out-of-pocket spending of the population by 41.3 % and spending on medicines without a prescription by 10.7 % (National Directorate of Medicines [Dirección Nacional de Medicamentos], 2017).

¹⁸ Legislative Decree No. 1008 published in the Official Gazette No. 43, Volume No. 394 on 2 March 2012

2. THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN EL SALVADOR: ACCESS TO HEALTH SERVICES

In El Salvador, the reforms of its health system towards universal coverage and the context in which they are being developed are related to the right to health and access to health services for the population. The Salvadoran health system has specific characteristics reflecting its particular history, such as its public health spending as a percentage of GDP—growing with the Reform, but insufficient to protect the health of all Salvadorans—and its fragmentation, which favours people who are in formal employment or able to pay. Although the reforms carried out in the health system have achieved important changes in health indicators such as the decrease in maternal and infant mortality, these improvements do not reach the entire population equally, hence the importance of identifying inequalities in access to health services and their determinants.

The results of the barriers to access to health services offered by MINSAL are presented below, both in the process of seeking care and during the use thereof¹⁹. The description of the results considers access barriers and their consequences for health in relation to the structural characteristics of the health services, as well as organisational and quality of care characteristics, and, finally, those related to the characteristics of the population. The factors facilitating access to health services and their proper functioning will also be examined.

The shortage of public resources, with the absence of a fiscal distributive policy capable of obtaining financial resources for social investment, the weakness of MINSAL governance due to resistance by healthcare personnel to the changes introduced with the Reform, the absence of evaluation processes, and fragmentation among the different MINSAL agents, leads to institutional fragility that directly creates inequalities in access to health. In the health services provided by the MINSAL, factors related to barriers in the search and entry into the health system as they pertain to the **characteristics of the health system** are the *availability* of the *material* and *human resources* and *medical supplies* necessary to provide the care, determined both by the amount of resources available, and by their *geographical distribution*.

In relation to the availability of *material and human resources* in MINSAL, the need for a greater number of healthcare facilities, logistics and human resources is mentioned. The shortage of resources is related to insufficient public spending on health and makes it difficult to maintain a model of universal and equal benefits that respond to the needs of the population, which is a barrier to health equity. Among the people interviewed, there is a broad consensus on improving access to health in those departments or areas of the country where the reform has been implemented; however, the uneven implementation of the reform because of the lack of budget, acts as a discriminating element in accessing health services under equal conditions. This means that not all people bear the same costs in order to receive the same care and, therefore, do not have the same real health opportunities.

¹⁹ See Methodological Appendix

The fragmentation and segmentation of the health system emerges as a barrier to access to health for all people, due to the impact it has on the duplication of spending and the availability of resources, this duplication of spending being much more intense in urban areas. In addition, the segmentation of the system affects in a more serious way certain very vulnerable groups such as persons deprived of their liberty (who do not benefit from MINSAL benefits, but are under the responsibility of the Ministry of Justice) or persons with disabilities, due mainly to the lack of adaptability of services and the lack of clear programmes focusing on this population.

The lack of budget is mentioned as an important barrier to access to services at all levels of care, specifically access to specialist medicine services and to services included in the portfolio of services, such as diagnostic tests or specialised medical equipment. This situation generates an increase in health inequalities.

The shortage of *health personnel* necessary to address the health problems of the population to which it is to provide coverage emerges as an important barrier in access to health. The deficit of healthcare workers at all levels and categories of the system generates a significant gap between the available healthcare workers and those the public system needs in order to comply not only with the universality of coverage, but also with effective access to health services. These structural deficits reproduce health inequalities.

The shortage of human resources in rural areas where the living conditions of people are more precarious increases inequalities in health. At the primary care level, the health units do not provide services every day because the health teams carry out their work in the communities or in homes on certain days of the week. This causes the demand to be concentrated on the days when the health units may be consulted. This is a demand that the system does not have the capacity to cover and prevents the effective use of healthcare resources. Since the reform, various mechanisms have been implemented to try to improve this effective access, such as the provision of health units with medical staff for the financial year, although they have proved insufficient to guarantee access to services for the population.

The shortage of the supply of *specialist services* and their concentration in metropolitan areas represents an important barrier to access to health for people living in rural areas, due to the need for transportation, the cost of travel and the time of travel. With the reform, measures have been implemented that include specialist consultations through ECOs once a month in rural municipalities. However, specialists are not available often enough and then only in the municipalities where the reform is fully implemented. It also highlights the fragility of the National Emergency System, an axis of the reform that has had an asymmetric progress in the national territory, focusing almost exclusively on the metropolitan area of San Salvador.

In rural areas, in addition to the shortage of human resources, another barrier to access is *distance*, due to the *geographical distribution* of the healthcare facilities. Although the number of healthcare facilities has increased and the implementation of the ECOs facilitates access to health services, the fact that the reform is not fully implemented means that the population of some municipalities has to travel long distances to obtain medical care. These distances must be crossed by foot, public transport or private transport.

Therefore, people have to find ways to finance travel to reach the place where the care is provided.

Regarding *medications*, the Salvadoran health system reform has achieved great advances in access to the medicines included in the basic package. In particular, the passing of the Medicines Act in 2012 has made it possible to move forward in the control of product quality in the market and in the regulation of retail prices to guarantee universal access. Similarly, the organisation of the health system into networks has made it possible to transfer medicines between the different networks during supply shortages, thereby improving access. However, there are still difficulties in actual access to medicines that do not have a generic version, more expensive medicines, or those that are outside the basic list established by MINSAL, and especially for social groups with greater economic precariousness. Sometimes, in the absence of medication, users are prescribed or referred to a more specialised level of care, where the medication will be provided. This generates travel time and transport costs.

Regarding the *material resources for the transfer of sick persons*, ambulance transfers emerge as an especially serious barrier in the most isolated rural communities, where demands are not covered due to the shortage of ambulances. This shortage affects all levels of care and forces people to hire a private service for transportation or wait for an ambulance to become available. This causes an increase in the indirect costs of transport as part of the care or leads to a worsening of the health condition. Although the reform implemented the Medical Emergency System, it operates mainly in the metropolitan area of San Salvador. FOSALUD also has ambulances and mobile units for emergencies; however, FOSALUD is not present in all communities. The reform implemented a transportation system for every four ECOs (ambulance or *pick-up*) but, given the prioritisation of this transport for the transfer of children and pregnant women, the rest of the needs are usually left uncovered.

Regarding the **organisation of health services**, *opening hours*, long *waiting times* for access to healthcare (at all levels) brought about by the lack of coordination between FOSALUD and MINSAL at the primary level and by the lack of specialists, the lack of a *fully functional referral system* and the *quality* of care emerge as barriers of access to the health system. However, the elimination of payments for health services in the public system has made it possible to improve access for the population with the greatest levels of economic deprivation.

Opening hours and waiting times to be seen emerge as barriers of access to care, both at the primary and secondary levels. Waiting times for an unscheduled consultation, for a scheduled consultation and for surgical procedures are considered excessive, but this is not the fault of the medical professionals but rather the lack of medical and material resources and the lack of financial resources of the health system. If we also take into account chronic pathologies that involve continued treatment, people accept waiting times as a lesser evil given that they could not afford the financial cost of their treatments.

The lack of a fully functional referral system affects the continuity of care and the monitoring of treatments and protocols. The insufficient coordination and formation of multidisciplinary teams together with the problems of coordination and the weakness of the referral and counter-referral systems of the public health service have been addressed

in the reform. However, even access to the secondary care level can be achieved without any referral. This leads to the care being given on an *ad hoc* basis without continuity and follow-up, and therefore without addressing the person's overall health problem. Opening hours and the shortage of material and human resources at the primary level lead the population to use higher levels of care, which is not always merited by the seriousness of the situation. Efforts in the service provision system implemented with the reform are necessary to correct difficulties in the continuity of care.

With respect to the quality of care, the quality after the implementation of the reform has improved. Key elements identified in the improvement of quality are the programmes of "humanisation" of the healthcare workers provided by MINSAL and the social comptroller processes. However, the lack of healthcare workers and the lack of supplies throughout the continuum of care affects the conditions under which the healthcare process is implemented and contributes to the perception of poor quality.

The factors that emerge as barriers related to the **characteristics of the** users are the *lack of economic resources* to cope with the cost of transportation to health centres, perceptions about health and the health system and the climate of social violence. These barriers are compounded by the male-centric and adult-centric approaches of the hegemonic biomedical paradigm in health services. Thus, the lack of a specific and adequate vision of health needs, both for women and adolescents, generates greater difficulties for these groups to resolve their health problems in the public system, which increases inequalities in health. The community and the National Health Forum emerge as facilitators.

The lack of economic resources of the population to pay for transportation to healthcare centres or certain specialist treatments is a barrier to access to health services. This makes people health-vulnerable and makes it difficult for people to make use of the public health system equally. To resolve the geographical barrier, people must find ways to finance travel to reach the place where the service is provided. This is done with the support of acquaintances and family members, either to provide transport, company or the loaning of the money necessary for the journey. The lack of economic resources deepens inequalities in the case of chronic diseases, especially those of greater prevalence. In the case of chronic kidney disease, very prevalent in Salvadoran farm labourers, patients must travel to other locations and assume the cost of the transport in order to receive dialysis.

Perceptions and beliefs regarding health are very clear-cut in Salvadoran society due to the scarce access to health experienced by a significant part of the population and the medicalisation of all health problems, even those that have a strong social component. To resolve them, medicines have been used as an essential instrument, with a clear for-profit approach and not a right-to-health approach, which is evident in the total spending on health for medicines. Accordingly, in the experience of users, medicine occupies a central place in their perception of health. Failure to obtain medications after a medical consultation is perceived as a barrier to access to health and people choose to use private health services or buy drugs directly at the pharmacy. The National Health Forum emerges as an important element in the awareness of excessive medicalisation and the rational use of medicines, by training community populations in health promotion. The actions of the forum are aligned with the new focus on the prevention and promotion of health, including reform policies aimed at a more comprehensive approach to health.

The conditions of *social violence*, the rural and urban marginality in which a large part of the population of El Salvador lives and the culture of fear promoted by the media and the different political agendas of the country, determine the spaces in which the people can move and fragment communities and neighbourhoods. In this context, movement difficulties increase the barriers to access health services in populations that were already affected by a high degree of economic vulnerability. Despite the fact that strategies have been developed to improve the access of people to healthcare facilities and health professionals to communities, it is sometimes an insurmountable barrier that prevents the use of services.

Facilitators of access to health services within the characteristics of the population include the community, which collaborates with healthcare workers by offering transportation and informing the health services, and social participation in health that arises from the National Health Forum. The National Health Forum provides transportation, training, support and monitoring of citizen suggestion boxes that are available at health units and hospitals. In addition, it exerts social and political pressure to make health a right. The National Health Forum currently has a presence in one third of the municipalities of El Salvador.

3. REFORMS TO THE SALVADORAN HEALTH SYSTEM: CHALLENGES FOR THE RIGHT TO HEALTH

In the 1990s, multilateral financial organisations promoted policies for the modernisation of Latin American states based mainly on policies of structural adjustment dominated by neoliberal ideas. In 1993, under the auspices of the United States Agency for International Development (USAID), the World Bank and the Inter-American Development Bank, the regional project *Análisis del Sector Salud* [Analysis of the Health Sector] was launched. The result was the formulation of the document *La Reforma de Salud: Hacia su equidad y eficiencia* [Health Reform: Towards equity and efficiency]. This document highlights the profound inequities in the population's access to health and raises the need for substantial changes in the health system. To this end, a committee of experts, the National Council on Food and Nutrition Security [Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - CONASAN], was officially created. It made two fundamental recommendations to guarantee the right to health of the population: the reform of the health sector and the modernisation of the national health system.

The Health Sector Modernisation Plan is based theoretically on the principles of improvements in management, efficient use of resources, decentralisation of health services, social participation and coverage through basic packages (such as vaccines). The first phase of modernisation reorganised the five regional health agencies into 18 departmental directions. At the same time, targeted Primary Healthcare programmes were started in the rural area of the country, often through the subcontracting of NGOs for basic care in rural areas where the state network is scarce and functions poorly.

In the year 2000, following the Modernisation Plan, the Basic Systems of Integral Health [SIBASI in Spanish] were organised, administratively and functionally, and considered from that moment to be the decentralised operating unit of the health services. In total, 28

SIBASIs were created, distributed throughout the country with the direct support of international cooperation agencies, especially from PAHO/WHO, the official German cooperation (GTZ) and in recent times Spanish cooperation (AECI), USAID and the Governments of the Netherlands and Sweden. Although the SIBASIs made an innovative effort to organise the different levels of health services into networks, the fragility of the legal framework on which the structure of the services was based and the absence of a funding framework to guarantee their functionality led to a slow dilution of the aims initially pursued with their creation.

The local creation of new forms of care, with community health models that managed to work in parallel with a health system that excludes a large part of the country's impoverished and rural population, meant that in 2002 resistance to the proposed reforms by part of organised civil society set the stage for a new health reform in which different social institutions participated.

In 2009, the development of the Health Reform in El Salvador began with the preparation of the National Health Policy *Construyendo Esperanza (Building Hope)*. This reform was based on three main approaches: the social determination of health, the focus on the right to health and "Buen Vivir" (Living Well). These approaches were accompanied by real implementation through public health programmes and policies. Health reform has been strategically conceptualised into 10 major areas of development: 1) Development of Integrated and Comprehensive Health Services Networks (Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS); 2) The creation of the National Institute of Health (INS in Spanish); 3) The creation of the medical emergency system; 4) Access to medicines and vaccines; 5) Development of social participation in health; 6) Inter-sectoral and intra-sectoral work; 7) The development of human resources in health; 8) A unique health information and strategic planning system; 9) Environment; and 10) Women and health.

One of the main strengths of the Health Reform of El Salvador is that it conceives of health as a right and a public good that is based on the social determinants of health and is not solely due to the absence of disease. In addition, this theoretical conception is accompanied by an effective implementation of policies, programmes and regulatory frameworks. Thus, to promote universal access and equity, the greatest investments in health were made in the departments with higher levels of poverty and malnutrition, predominantly rural populations and in precarious rural settlements. Access to universal health is also understood as necessarily free with the consequent rejection of the commercialisation of health. To this end, one of the first acts was the elimination of the voluntary contribution. Social participation and the strengthening of community organisation within the framework of the efficient performance of healthcare services emerged as another of the fundamental principles.

Although the reform implemented in El Salvador is improving the health outcomes of the entire population and reducing inequalities, there are certain elements that have not yet been consolidated throughout the country, such as intersectorality and coordination of the different levels of care through integrated, comprehensive health networks, the creation of a single information system, the development of research at the National Health Institute and the training of the human resources of the SNS.

The main threats that the reform faces arise from the lack of funding for the national implementation of the different strategic axes, overcoming the fragmentation of the public health system, the creation of legal frameworks that protect the strategic axes of the reform from political changes and the development of actions of intercultural relevance. In addition, El Salvador will face the need to implement an urban health model that addresses issues such as access to decent housing, the expansion and modernisation of basic services and the planning of the growth of cities.

A. Methodological Appendix - Access to health services in Guatemala, Honduras and El Salvador

The health system is considered a health determinant in itself. It interacts with and can modify the effects of other social determinants, as it is responsible for playing an active role in the social conditions that affect health levels through equitable access to care services. Hence, access to healthcare is considered one of the primary concerns of health policies and its evaluation is fundamental to the design of such policies (Lévesque et al., 2013). In fact, analysis of the use of healthcare services in public systems and their determinants is key to evaluating access and identifying social inequalities in their use. From these premises, we conducted research with a descriptive phenomenological qualitative design, based on examining experiences of access to health services from the perspective of the key social actors. We started from the theoretical model of Aday and Andersen (Aday and Andersen, 1974) on the analysis of access to health services, which distinguishes between potential and actual access. *Actual access* reflects the effective use of services and satisfaction, while *potential access* refers to the factors that enable the use of health services (availability and organisation of services), the factors that predispose people to use these services (attitudes, beliefs, etc.) and the care needs of the population. The model considers five components of access to healthcare services: health policies, the characteristics of the healthcare services, the characteristics of the population, the use of the services and the satisfaction of the people.

Health policies represent the starting point for access, in a way that access and the use of services are determined by the political context. The analysis of potential access considers the characteristics of the services and the population. Lastly, the results of the model incorporate the characteristics of the use of health services (actual access) and user satisfaction. People's contact with the services throughout the continuum of care has been considered and the intermediate domain of access, ranging from the person's search for care, to the initial contact and the continuity of care. In other words, how the characteristics of the offering are adapted to the needs of the population.

The sample. A theoretical sample was designed using insured healthcare service users, health professionals from different levels of care (primary care, specialist care and emer-

gency care) and administrative and management personnel as the selection characteristics. The criteria applied for selecting the sample were: (a) for users: having used or tried to use the services of at least one of the levels of care in the last year and being over 18; (b) for health professionals: having worked at the centre for at least one year; (c) for the administrative personnel: working in support services for an insurer or service provider: admissions, care for the user population, social work, etc. and having worked at the centre for at least one year; (d) for management personnel: occupying a management position in a health centre, at an insurer or at a healthcare provider. The participants were contacted from key informants. The final sample contained 157 people and the distribution by country was as follows:

GUATEMALA: 57 people distributed into:

- Four focus groups of public health service users from rural areas: 33 people (13 men and 20 women)
- Six in-depth interviews with urban and peri-urban public health service users
- Four interviews with health management and administration workers
- Eight interviews with health and clinical workers
- Two interviews with Mayan midwives (three people)

HONDURAS: 62 people distributed into:

- Six focus groups of public health service users from rural and peri-urban areas. The users from rural areas were segmented based on gender (two focus groups: one containing five males and the other with six females). The users from peri-urban areas were in mixed groups (two focus groups: one containing nine people and the other with six people). There was also a focus group of women organised from peri-urban areas (nine women) and another of rural women (14 women). Forty-nine people participated in the focus groups.
- Six interviews with health management and administration workers (seven people)
- Two interviews with key informants (six people)

EL SALVADOR: 38 people distributed into:

- Four focus groups of public health service users from rural communities: The groups were segmented based on gender. Two focus groups were held in the Department of Santa Ana; one of men and one of women. Six men and eight women participated. Another two groups were held in the Department of Usulután, in which seven women and six men participated.
- Four interviews with health management and administration workers (four people)
- Seven interviews with key informants (seven people)

Data collection technique and process. The data collection techniques used semi-structured interviews and focus groups. Four different guides were prepared, one each for informants, users, health professionals, and administrators and managers. The in-depth interviews lasted for approximately one hour in most cases. The focus groups ran for an hour and a half. Both the in-depth interviews and the focus groups were recorded on audio and video with the consent of the participants. None of the people selected refused to participate. The interviews and the focus groups were conducted between January and February 2017 for Guatemala and in September 2017 for Honduras and El Salvador.

Data analysis. An inductive descriptive-interpretive analysis of the corpus of the interviews was conducted. The analysis phases were as follows: (a) Analysis of the recordings, coding of the texts and definition of the categories emerging from the discourses; (b) disaggregation of the information according to the categories constructed and analysis of the content of the discourse; and (c) articulation of the interpretations into an established framework. The coding of the texts and definition of the emerging categories were shared between two people in the research team. The explanatory framework was discussed among the team members and the contents were re-checked.

The research followed ethical and confidentiality standards both for the recording of the interviews and the focus groups and for publication of the results without identifying the names of the participants. In order to guarantee the confidentiality of the people interviewed, the examples only identified the group to which the person belonged i.e. users, healthcare professionals from the different levels of care, midwives, community leaders, administrators and managers.



CHAPTER 2

CHALLENGES AND THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN EUROPEAN HEALTH SYSTEMS: THE BASQUE COUNTRY

The history of European health systems is closely linked to the concept of the welfare state. The welfare state has basically been defined as a set of public interventions aimed at improving living conditions and quality of life for everyone according to four pillars: public services, such as healthcare, education and family support; social transfers, such as pensions; regulatory interventions that protect workers, consumers and the environment; and interventions that stimulate and guarantee quality employment [Navarro, 2004].

The application of these interventions was the result of a social and political consensus that took place in the 19th century, when social services, which had previously been handled by charitable or religious institutions, were legally assumed by the state for the first time. In 1883, Germany inaugurated its social welfare system, which was funded by mandatory contributions from workers and protected them from bankruptcy in the event of illness [Navarro, 2006]. This marked the beginning of the Bismarckian health system, which was funded by contributions and was later adopted by other countries such as France, Belgium, the Netherlands, Luxembourg, Austria and Greece. During the Industrial Revolution in the late 19th century, and due to the expansion of large corporations, a productive workforce was a key requirement. In order to maintain the job market and offer a financial cushion to the families of workers, social security networks were established among companies, often in the form of social employee insurance for illness, disability and retirement. In addition to guaranteeing the productive workforce for the job market, these networks also managed to ease the demands of the industrial working class.

During the interwar period, the *Beveridge Report*, published in the United Kingdom in 1941, proclaimed the launch of universal social security coverage for the entire population, to be charged to the general state budgets funded by taxpayers [Navarro, 2006]. The process of universalising social policies under the Beveridge proposals took place through alliances between the working class and many middle class segments of qualified working individuals, leading to a social protection model that was reflected in the consolidation of national health systems, such as the National Health Service (NHS), which was publicly funded with taxes from all citizens. This model was adopted by countries such as Denmark, Ireland, Sweden, Finland, Spain, Italy and Portugal.

In the decades that followed World War II, the welfare state was consolidated around a model of the state as duty bearer of social protection, sheltered by the sustained economic growth of Western industrial democracies [Navarro, 2007]. The welfare state was based on economic policies focused on internal demand and increased national produc-

tion; social policies based on the redistribution of income between social classes and the creation of universal services, like the health system and educational policies; and minimal interventions in the job market, which should remain at the mercy of the free international market. Southern European nations were subject to authoritarian governments and dictatorships that helped distance them from the rest of Europe in the evolution of social development. However, Spain had established in the first half of the 20th century a social security system with Bismarckian influences, and its development continued after Franco's dictatorship, when it adopted a national health system model that maintained the features of the social contributions model.

Towards the late 1970s, the welfare state began its progressive dismantlement, a trend that continues today and, according to research, has economic, political and social causes. The economic causes were linked to unemployment and inflation during the 1970s, and from the 1980s, to the multiple economic crises and periods of instability in various countries, including those comprising the economic hub (Nordic nations) as well as peripheral ones (such as Spain in the early 1990s). Of the political and social reasons, the rise of neoliberalism and the social democracy crisis acted as a catalyst for the erosion of the ideological consensus around social policies. In the face of arguments from liberal or conservative elements, which justified reforms aimed at leaner welfare states due to their unsustainability in light of the economic crises, analyses show that the welfare state would not necessarily have been dismantled for economic reasons. It has also been proven that the impact of the economic crises varied according to the degree to which the welfare state was consolidated. In fact, in countries with more consolidated welfare states, institutional inertia has limited the depth of modifications, whilst in less consolidated nations, the changes have depended on the political option in power (Gómez and Buendía, 2014).

The scope of neoliberal assumptions, their intensity and roll-out have not been homogeneous throughout Europe. Minué (2017) describes some of the elements that have shaped the changing model. On the one hand, the level of social acceptance of the protection model, to the degree that it has existed in the heart of the states, has slowed down this introduction. On the other hand, the margin of power and influence of the states has been significantly reduced at the expense of the supreme power of supranational forces, whose interests have come before the common good. Advances made in favour of signing free trade agreements, such as the Comprehensive Economic and Trade Agreement (CETA) and the Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP), which are aimed at facilitating transactions between multinational corporations on both sides of the Atlantic, are proof of this. In addition, the opacity and the lack of democratic quality that are defining the process of preparing and approving these treaties have increased concerns about the implications and threats to the right to health (Dempeus per a la salut pública, 2014). Lastly, the economic crises have played a key role as catalysts of neoliberalism.

The new economic scenarios have brought real challenges for the funding of protection systems and economic growth, as well for avoiding the deterioration of employment and tax collections. As a result, in recent decades, from the 20th century to the first decade of the 21st century, European welfare state models have experienced restrictive reforms, with 2008 marking the deepest reform and the one that solidified the neoliberal direction established by past reforms (Gómez and Buendía, 2014).

This chapter analyses and describes the challenges and threats to the right to health and the influence of neoliberalism in the Basque Country. It first describes the characteristics of the Basque health system and then analyses the threats to the right to health resulting from the privatisation of the health system, economic interests and social inequalities in health. It then addresses the challenges for achieving the right to health in the Basque Country.

THE RIGHT TO HEALTH IN THE BASQUE COUNTRY: THREATS AND CHALLENGES

The Basque Country is one of the 17 autonomous communities that constitute Spain. Made up of three provinces or historical regions, it has a population of 2,175,819. Demographically, the percentage of the population over the age of 65 is higher than in other EU-28 nations (20.1 % vs. 18.5 % in 2014) and the birth rate is lower (8.9 vs. 10.1 per 1,000 births in 2015) [Eustat, 2015]. In 2016, the number of immigrants was 6.5 per thousand residents, which was lower than the national average (8.9). In socio-economic terms, its indicators are relatively favourable compared with the rest of Spain. In addition to having one of the highest GDPs in the nation, its unemployment rate is lower than the national average and the level of education is higher, within an intermediate range compared with that of other EU-28 nations [Eustat, 2015]. The Basque Country spends a significant amount on social protection per resident and invests the most public spending on health *per capita* in all of Spain (8.8 % of the GDP). However, it holds an unfavourable position when compared with other European countries [Martín et al., 2016]. Life expectancy at birth was one of the highest in the EU in 2011 (85.4 vs. 83.3 for women and 78.9 vs. 77.8 for men).

1. THE BASQUE PUBLIC HEALTH SYSTEM

The Basque public health system is the entity responsible for funding, managing and providing public healthcare in the Basque Country. It forms part of the National Health System (SNS in Spanish), which provides virtually universal coverage and is publicly funded by taxes, although the Social Security fund is maintained through contributions. The SNS is a decentralised model, meaning that the healthcare duties are carried out by the autonomous communities. The right to access healthcare benefits was previously linked to residing in Spain, but after the implementation of the Royal Decree Law 16/2012, it once again depended on the status of the beneficiary or insured individual. As a result, illegal immigrants or individuals without a residency permit cannot access all healthcare benefits.

In the Basque health system, funding and regulations are managed by the Department of Health of the Basque Government, which primarily outsources services to the Basque Public Health Service [Osakidetza] or to the private sector. The Basque healthcare model is based on geographic regions, in which healthcare organisations are integrated with a referral hospital that groups the healthcare facilities for primary care, specialist care, public health and community agents who share the responsibility for the health of their popula-

tion. The vast majority of primary care and public health services are public, and although specialist care is also handled by the public system, it has a private service network. The Osakidetza mental health network features privately owned hospitals. A large portion of healthcare services and benefits are publicly funded, but there are also services that are only partially covered (such as rehabilitation or dental services in the case of the adult population, although paediatric dental care is covered in the Basque Country) or not covered at all (such as podiatry, optometry and audiology).

On the other hand, just like in the SNS, the Basque Country has public insurance coverage as well as special historical private insurance systems that are publicly funded and cover individuals covered by state mutual insurance companies, political figures, civil servants, journalists and lawyers.

2. THREATS TO THE RIGHT TO HEALTH IN THE BASQUE COUNTRY

This section analyses and describes some of the most relevant examples of threats to the right to health in the Western European population by using the effects in the Basque Country as the main reference. The three examples have in common the expansion of neoliberal principles combined with the weakening social and political consensus of the right to health and the states as duty bearers of that right in the context of European nations. Specifically, the main processes for the privatisation of the public health system will be described along with the influences and impacts of economic interests in health policies, followed by social inequalities in health and in the access to health services.

The first threat, which is linked to the privatisation of health systems, can be positioned as part of the process of dismantling European welfare states. Since the 1980s, the management of public health systems in Europe has been susceptible to commercialisation and the entry of market logic, which in turn indirectly create the economic and ideological conditions and social relations that reduce the size, capacity and social legitimacy of these services (Whitfield, 2001). In light of these conditions, the privatisation of health systems becomes a natural step that has been defined as the “full or partial transfer of a public asset or authority to the private sector, including any of the duties or resources that belonged to the public domain” (Camprubí et al., 2010). In this day and age, the health sectors of most European nations have private markets that include clinical services, auxiliary services and private services, for which there are usually strict government regulations regarding the price and the amount purchased (Fidler, 2009).

A number of potential elements can be highlighted for the consolidation of the commercialisation processes. On the one hand, the economic crisis has acted as a catalyst for reinforced measures that have been making their way in recent decades, with reforms developed under the argument of guaranteeing the sustainability of health systems. The measures include implementing economic restrictions on the public sector, expanding the role of the market and competition, and reducing state involvement (Giovannella and Stegmüller, 2014). For their part, free trade agreements, specifically the TTIP, which currently has stalled negotiations, would lower the tariff barriers for the exchange of goods and services and ease the regulatory criteria of those goods and services for European Union

nations in various spheres related to the health system. The states would reduce their management roles in the heart of health systems, with private interests playing the dominant role in the population's health (Padilla, 2014).

Spain's SNS also shifted with the inertia of privatisation. When funding and service roles were separated in the 1990s, the autonomous communities began to introduce a number of corporate management models within the healthcare service, based on market criteria (Sánchez-Bayle, 2014). The privatisation strategies implemented in the public health system have focused on introducing management techniques from private businesses, separating funding and procurement duties from management duties, and subordinating to private rights the legal system for hiring staff and purchasing goods and services. In the Basque Country, the 1993 strategic plan known as Osasuna Zainduz separated funding and service duties in the Basque health system and introduced management methods that were closer to those of a business model. The economic crisis and the response of the SNS, in the form of the Royal Decree Law (RDL) 16/2012, marked a major step in the deterioration of the public health system. The Basque Country was one of the communities that decided to continue guaranteeing healthcare benefits to its entire population and issued Decree 114/2012 as a supplement to the basic state benefits status, thereby maintaining the protection levels in place prior to the RDL in the community (BOPV – official bulletin of the Basque parliament, 2012). This decree was ultimately repealed by the Constitutional Court, which considered it “contrary to the constitutional order for the distribution of authority”²⁰.

Below is a description of the progress made in the privatisation processes in the Basque Country, as per the dimensions of healthcare coverage and funding, the services rendered, and the training of healthcare and biomedical research professionals.

The privatisation of health system funding relates to the portion of total health spending that is done privately and corresponds primarily to the direct contributions made by households when they use the services or the contributions made by private health insurance companies. Privatised funding increased in the years prior to 2012, when health spending was €2,578.30 per resident (8.8 % of the GDP). Of this spending, 26.8 % was private funding, with special emphasis on direct household spending, which represented 77.1 % of private spending and 20.7 % of the total spending on health. Spending by private social insurance and private insurance companies was €289,412,000.00, or 19.0 % of the private funding spending and 5.1 % of the total spending on health (Martín et al., 2016). The main function of private healthcare spending in the Basque Country relates to healthcare products, for which healthcare spending reached 30 %, noting the contribution of direct household payments.

In terms of private funding according to the level of healthcare, in primary care (family medicine, paediatrics and nursing) the percentage of consultations funded publicly is 95 %, compared with only 10 % of dental services, since most of these visits are paid for directly by households (85 %). Funding through medical insurance is more relevant in the case of specialist medicine, where 11.2 % of consultations are funded, as well as hospitalisations (7.8 %) and emergencies (5.6 %). Although public funding for hospital and special-

²⁰ <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-constitucional-anula-norma-vasca-garantizaba-acceso-atencion-sanitaria-papeles-20171214184341.html>

ist care grew between 2002 and 2014, funding for primary care remained stable until 2012 and then dropped.

In 2015, private insurance in the Basque Country increased by 33.3 % compared with 2003 and by 6.4 % between 2011 and 2015. This increase was primarily the result of more insurance policies being offered by businesses to their employees. In 2014 there were 44,455 people in the Basque Country in one of the top three mutual insurance companies for civil servants, and of these, 75 % selected private health insurance.

The privatisation of healthcare services refers to direct collaborations with private businesses or entities other than Osakidetza for healthcare services and to outsourcing non-healthcare services by Osakidetza, excluding aspects such as the purchase of prostheses, expense reimbursements and social-healthcare agreements made with regional governments. The percentage of direct collaborations in the Basque Country is above the national average. In 2014, it represented 6.5 % of the Department of Health's budget and 7.8 % of healthcare spending, excluding prescriptions. The highest figures were for acute, medium-stay and long-stay hospital visits [34.3 %], medical transport [23.7 %] and mental health [16.6 %]. Outsourcing by Osakidetza represented approximately 3.2 % of the budget, of which 64.7 % was for cleaning services and 21.8 % was for building and facility maintenance.

As for *university training* and health research in the Basque Country, although both are public, they face a strong threat of privatisation. There are examples of private companies in the area of university training as well as of contributions that students make to these businesses. One is the agreement that exists between two private entities, Iguatorialio Médico Quirúrgico (IMQ) and the Athletic Club, and the University of the Basque Country (UPV/EHU in Spanish), through which IMQ guarantees healthcare coverage to the teams of the aforementioned entity and provides medical assistance to fans during the matches played at San Mamés Stadium.

Additionally, and with the justification of having to address generational turnover in public health in the coming years, initiatives are in place for public-private collaborations involving university training in health sciences as well as postgraduate training in healthcare management (Ireki-Basque Government, 2014). Similarly, in the area of healthcare R&D&i, the percentage of funding for the private sector is below the contribution of the national government and fell between 2009 [6.9 %] and 2013 [4.7 %]. However, on a strategic level, the goal is to increase the amount of private funding for R&D&i activities. [Department of Health of the Basque Government, 2016].

However, it is not just the health system that is susceptible to creating a niche market with economic interests. Public health policies or those that regulate matters closely linked to health are subject to major influences from a number of players with niche economic interests. These economic influences on the common good represent the second threat to the right to health, which is covered below.

There are a wide variety of players with economic interests in health policies. In the healthcare field, these include the pharmaceutical and healthcare technology sector as well as the insurance industry, and they all play major roles. Other industries benefit financially

from the sale of products that could be harmful to people's health and therefore may be regulated by public health policies [such as the industries related to tobacco, alcohol and food products]. The following text specifically describes the main strategies used for economic interests that are particularly relevant because of their influence on health policies, in order to control the rules of the game in the regulatory, political and ideological spheres [Mindell, 2012].

The first strategy is linked to creating favourable ideological conditions for the improved acceptance of political and social influences. The interested parties benefit from the biological health model, which places ultimate responsibility for health choices on individuals, whilst concealing the role of social, political and commercial determinants of health. [Hernández-Aguado, 2016]. The pharmaceutical and healthcare technology industry and the medical insurance market benefit from the social and political acceptance of this health model because it maximises the perceived need for their products and services. It also legitimises the care and resources allocated to certain diseases, technologies and treatments in the area of research as well as of healthcare planning.

The phenomenon of the medicalisation of life or the creation of new ailments that must be prevented, detected and treated is closely tied to the previous strategy and perpetuates the creation of economic benefits for the stakeholders. As a result, certain life processes or stages are now considered pathologies [such as adolescence, menopause and ageing]. The same applies to physiological processes [such as menstruation, pregnancy and childbirth], emotional and mental health aspects [such as anxiety, sadness and grief], health manifestations with a social origin [such as job instability, caring for others, poverty and loneliness], certain risk factors [such as osteoporosis, hypertension and dyslipidaemia], and rare or mild issues that are classified as highly prevalent or serious [Orueta et al., 2011]. This phenomenon has been significantly swayed by gender, in such a way that women are and have been the most-affected group throughout the entire life cycle [Valls, 2008]. A matter related to this phenomenon and that is causing a major scientific and ethical debate involves secondary prevention interventions, such as certain population screenings and vaccinations. There is a clear margin for uncertainty as to the usefulness of these procedures—as in the case of breast cancer screenings—in terms of lowering mortality rates and upon considering the benefits versus the adverse effects [Prieto, 2012; Gervás and Pérez Fernández, 2013]. This makes it necessary to at least reconsider the recommendations for these procedures and to reduce, from a healthcare perspective, the sense of false certainty that exists throughout the population regarding the suitability of these initiatives and makes the public debate extremely complex [Padilla, 2014].

A second strategy used by parties with economic interests involves the use of mechanisms, marketing and advertising campaigns to shape an image in which corporations appear “as part of the solution instead of as the cause of the problem”. This is done, for example, through initiatives within the framework of corporate social responsibility that enables them to improve their social and political image to dodge regulations that limit their margin of action [Mindell et al., 2012]. As a result, brands associate themselves with messages and initiatives that promote healthy habits or that are linked to values such as environmental sustainability [Minué, 2014]. They also use arguments supposedly based on scientific studies that, far from being “independent”, are actually funded by the entities themselves and distributed thanks to their influence over the media.

In the case of the pharmaceutical industry, “evidence-based medicine” has been adopted as a tool for marketing and distributing results about the effectiveness and safety of drugs and healthcare products that lack scientific rigour and influence beliefs and political decisions in favour of their economic interests [Ervti et al., 2016]. The food industry has funded research projects to hide findings about the negative health effects of sugary drinks that have been identified by independent studies [Ortún et al., 2016]. It has also made payments to institutions involved in promoting health in the United States with the aim of minimising awareness of the link between sugary drinks and obesity [El Diario, 2016]. Another mechanism used by the alcohol industry, for instance, involves the use of entities with supposed research purposes, funded by the alcohol industry, to recruit individuals from the scientific and professional spheres and convey messages that put into question the harmful nature of their products. This puts them in a favourable position to evade regulations or measures that restrict their business activities and to approve self-control and self-regulation agreements that they drive [Hernández-Aguado, 2016].

These industries also exercise their commercial influence on health professionals, both during university training [González-Rubio, et al., 2017] and in the last stage of their residencies as medical professionals. An important portion of ongoing healthcare education is taught by scientific societies and professionals with a strong economic dependence on the pharmaceutical and the food industries. Additionally, a great deal of their training content is affected by conflicts of interest [Ruano, 2011]. Another method of exerting influence that has proven to be effective for economic interests is visits by pharmaceutical sales representatives to health professionals to promote their products [Novoa, 2016]. The Foro Vasco por la Salud [Basque Health Forum] has demanded the banning of pharmaceutical sales representative visits to public healthcare centres and the strengthening of training provided to healthcare professionals [Azumendi, 2017].

Finally, the ultimate strategy includes lobbying initiatives that target the regulations for the sale, advertising and consumption of their products, and having economic players manipulate the political agenda. One of the most important lobbying achievements by the pharmaceutical industry was the deregulation or slackening of drug authorisation procedures [Ervti et al., 2016], for which it used scientific initiatives and knowledge from clinical trials with low methodological rigour [Ervti et al., 2016]. On a nationwide level, the national trade association of the Spanish pharmaceutical industry [Farmaindustria] has played a key role in setting drug prices and in regulating clinical trials and the quality and safety of their products [Chaqués-Bonafont and Flores, 2016]. Farmaindustria has an enormous influence on drug policies thanks to its contacts in the public sector, resulting from the rotating doors that are so common between the executives and managers of the two spheres. In addition to these contacts, formal institutional connections are also established through government commissions that represent their economic interests extensively [Chaqués-Bonafont and Flores, 2016].

The influence of the tobacco and alcohol industries on regulations is enormous and has been analysed in depth. Specifically, the tobacco lobby is the paradigmatic example of the industry's effectiveness in protecting its interests by dissuasive strategies against regulations, and has served as a handbook for other segments, including the alcohol industry. However, after decades in which economic interests controlled the population's health, in recent years Spain has implemented a set of comprehensive policies to prevent and

curb smoking, with laws to regulate consumption that were passed in 2005 and 2010. Combined with the economic crisis, these measures have played a major role in reducing the prevalence of consumption, lowering the number of cigarettes consumed and encouraging more people to quit smoking [Tobacco Working Group of the Spanish Society of Epidemiology [Sociedad Española de Epidemiología - SEE, 2017]]. Unlike the tobacco industry lobby, the alcohol industry lobby has so far proved completely effective and has managed to defeat all attempts to pass nationwide regulations. As a result, the 2002 and 2006 regulations with draft laws were strongly questioned in the media and ultimately withdrawn [Villalbí et al., 2014]. The sugary drinks industry offers another example of the lobby's effectiveness on regulators because the government recently gave up establishing a tax on the consumption of sugary drinks. This was due to pressure from the food and beverage trade association, the agricultural sector and the Spanish Soft Drinks Association [Asociación de Bebidas Refrescantes de España]. The arguments used were the same as those for alcohol regulation [Villalbí et al., 2014] and appealed to the negative effects on "restoring consumption, the economy and employment" [eldiario.es, 2017].

The EU region is another major influential target, with obvious consequences for member nations. Free trade agreements represent a new horizon that favours economic interests. The biggest concerns in terms of health focus primarily on easing quality and safety criteria that would allow the entry of products such as medications and food into the EU [Padilla, 2014]. In addition, the margin of action for states is becoming smaller and is at the mercy of corporate interests. Since they are aware of the potential benefits of taking action on this level, corporations are lobbying strongly in favour of trade agreements [Corporate Europe Observatory, 2016].

The third threat to the right to health in Europe is the persistence of social inequalities in health as another consequence of neoliberal predominance over the value of social justice. Health system advances have played an extremely important role in improving health. Life expectancy has increased significantly worldwide in recent decades, rising by five years between 2000 and 2015, and by up to six years in European nations between 1990 and 2014 [OECD, 2016]. However, there are major inequalities in terms of life expectancy between and within European countries that health systems, most of which provide universal coverage, cannot explain on their own. As a result, the difference in life expectancy between countries on opposite ends of the OECD is 8.2 years for women and 11.6 years for men. These differences are also present when comparing quality-adjusted life years. Instead of diminishing, these inequalities within nations have increased in recent decades. In fact, in most European countries, the highest mortality rates and ill-health rates are found in the population groups with the lowest education levels, which also have the highest prevalence of chronic diseases, such as diabetes and chronic obstructive pulmonary disease [COPD], obesity, tobacco consumption and excessive alcohol consumption, whilst the consumption of fruit and vegetables and physical exercise are more common in groups with higher education levels [OECD, 2016].

However, the differences between the most and least fortunate groups vary by country. These differences have been studied by social epidemiologists to determine the influence of the welfare state model and the degree of social protection from states. Evidence suggests that the social-democratic welfare state model of Scandinavian countries plays a bigger role in reducing social inequalities in health than the Anglo-Saxon liberal model and

the model present in Southern Europe [Muntaner et al., 2017], where the economic crisis helped boost inequalities due to the harsher application of austerity policies that significantly affected the public sector [Giovannella and Stegmüller, 2014].

There are also significant health inequalities in the Basque Country and they are reflected in life expectancy, mortality rates and indicators linked to health status, both in adults and children. In the case of life expectancy, the difference between basic health areas is 10.5 years in men and 7 years in women. This is equivalent, on average, to the total increase in life expectancy in the Basque Country over the last 30 years. The life expectancy of both genders was lower in ZBS Bilbao La Vieja (71.5 years for men and 81 years for women) and higher in Gasteiz Sur for men (82 years) and Santa Lucía (Araba) for women (88 years). These inequalities show a clear gradient according to education levels. As a result, during the five-year period between 2001 and 2006, the life expectancy of men and women who had not completed upper secondary education was 73 and 81 years, respectively, whilst the figures for university graduates were 81 and 87 years, respectively. It is also worth noting that the life expectancy gap between men and women was much greater in the population group with a lower level of education [Esnaola et al., 2014]. Inequalities have also been detected by socio-economic level in overall mortality due to specific causes in the 1996-2001 and 2002-2007 censuses. In the case of men during the first period, 5,278 deaths were attributed to inequalities, compared with 4,475 during the second period, representing approximately 10 % of all male deaths. Nearly all the causes of death contained an association between socio-economic privation and mortality during both periods in the case of men and only in the first for women [Montoya, 2015].

In terms of health indicators such as perceived health, the prevalence of chronic conditions, quality of life linked to health, mental health or chronic activity limitations, all the cases worsened as the social class and level of education descended in the adult population. As far as gender, women consistently display worse health indicators.

The health of child and adolescent populations is also influenced by the socio-economic conditions of the households in which they reside and it has been shown that social inequalities in health are passed down through generations. In the Basque Country, the lack of good health in the population between the ages of 0 and 17 years worsens as the family's social class descends, and this applies to girls as well as boys, although the social gradient seems to be clearer in the latter. The same occurs with the level of education of parents, in which the prevalence of ill health increases as the level of education of parents descends. The existence of chronic issues in the child population according to a family's social class is also a sign of major health inequalities. Children of the lowest social class have a higher incidence of chronic conditions, particularly in the case of boys with a prevalence of 39.3 % versus 22.6 % in girls [Martín et al., 2016].

Social inequalities are also reflected in the usage pattern of healthcare services, even in the case of systems with universal coverage. This pattern is determined by socio-economic level, which on the one hand influences the type of insurance people have because those with higher levels of education and income are more likely to hold dual healthcare coverage, as observed in the Spanish context [Ordaz et al., 2005]. On the other hand, it makes it possible for people in more favourable positions to move through the health system and consistently use specialist services more frequently in most European nations

[Fjaer et al., 2017]. However, people of lower socio-economic levels who only have public coverage use primary care services more often (Fjaer et al., 2017) and specialist care less frequently, as observed in the Spanish context (Urbanos, 2016). Those living at lower socio-economic levels are also less likely to use preventive tests (Dryden et al., 2012; Ayala et al., 2015; Hurtado et al., 2015). These inequalities are further accentuated in the case of services and benefits not covered by the public system and requiring direct payment from the user, such as dental health (Palència et al., 2014). In addition, payment per service and private availability are barriers to the use of services such as rehabilitation and physiotherapy (Snozzi et al., 2014; Schröder et al., 2016).

As in other countries, access to the health system in the Basque Country is not homogeneous for all social groups despite the free nature of the services that are included and the notionally universal coverage. In relation to primary care, women, disadvantaged individuals and people with primary education (or lower) use services more often than people in more privileged circumstances do. This situation is also noted in primary care nursing consultations, where underprivileged women were almost 35 % more to use services than those from higher classes. Likewise, immigrants born in low-income countries used primary care more frequently. Overall, specialist care was accessed and used less often than primary care by underprivileged social classes with lower levels of education, particularly women. By place of birth, the existing pattern does not seem conclusive, at least in the case of men (Martín et al., 2016).

The health services that are partially covered or not covered by public healthcare in the Basque Country represent a major source of inequality in terms of their use. Access to the dental service shows clear inequalities because consultations involving people with a higher socio-economic position were more common for both men and women. Specifically, underprivileged people were at least 35 % less likely to use this service than people of a higher social class were. When comparing the various levels of education, the situation was extremely similar to the one described for social class. In terms of care for the child population, the Basque Country is implementing the Paediatric Dental Care Program (Programa de Atención Dental Infantil - PADI), which funds and provides dental care to the entire Basque population between the ages of 7 and 15s. Although the Basque Country has achieved significant health results and reduced inequalities in paediatric dental health (Salazar and Aguirre, 2015), coverage has reached 66 % of the population in the region and there is room to improve the programme's coverage (it remains stable at 66 %) and to reduce the social inequalities surrounding access of this service (Pinilla et al., 2015).

As far as the use of physiotherapy services by social class, there are once again clear inequalities in the sense that these consultations are more common amongst people in more favourable positions with regards to their social class, their level of education or their place of birth. For example, underprivileged women and men were 40 % and 50 % less likely, respectively, to use physiotherapy services compared with women and men of a higher class. The distance by place of birth in the frequency with which physiotherapy services were used was much higher because immigrants from low-income countries were 70 % less likely than with people of equal needs from the local population to use these services. Lastly, the situation described for podiatry services is similar to that of the aforementioned services that are not covered (Martín et al., 2016).

3. CHALLENGES FOR THE RIGHT TO HEALTH IN THE BASQUE COUNTRY

The main challenges for the right to health in the Basque Country are related to the necessary and appropriate responses by the state in light of the increased privatisation of the public health system, the influence of economic interests in health policies, and the persistence of social inequalities in health.

The main risk for the right to health stemming from the **privatisation of the health system** lies in the privatisation of its *funding*, because this increases the notion and treatment of health as a business asset and increases the barriers to access health services, thereby creating health inequalities. The characteristics of the public health system significantly determine the evolution of private insurance, so state efforts should focus on improving funding for the public system and reducing the presence and size of the private sector [Martin et al., 2017]. To achieve this, the states, including those with public health systems, must guarantee adequate minimum spending on primary care and public health, so that the systems are reoriented effectively towards these areas. Public coverage must also be extended to all health services. Discretionary budget cuts based on efficiency and sustainability must be avoided. Instead, these budgets should be reinforced in times of economic crisis, when health inequalities may be exacerbated. In addition, the health professions must be supported by guaranteeing an appropriate staff/patient ratio and the working conditions of these individuals must not deteriorate.

On the other hand, fiscal measures that support the private sector should be avoided because they reduce the main source of public funding whilst enabling wealthier, more influential citizens to move to the private system, thereby undermining the public system. In addition, publicly funded private insurance schemes should be eliminated due to their incoherence with the principles of a National Health System.

Health systems should be reoriented towards reducing the privatisation of *services*, which promotes the existence and growth of private businesses and a parasitic private health-care network that takes advantage of and weakens the public sector. In the presence of private services, governments must act as duty bearers of the right to health by watching over the quality of services, transparency and accountability, and avoiding corrupt practices stemming from direct collaborations and outsourcing.

Governments must be the primary sources of funding for *healthcare training and research* and the regulators of plans and their execution, guaranteeing their quality and adaptation to the key health requirements of the population and the health system. Conflicts of interest in training and scientific initiatives must also be regulated by fostering transparency and accountability in scientific-professional fields.

One of the initial challenges governments face in relation to handling **economic interests** is reversing the hegemony of the biomedical health model. It conveys the influences of economic interests onto health policies by transferring the greatest responsibility for health to the people themselves while economic agents are able to avoid their responsibilities.

This model enables the industry to deflect its image as part of the problem by adopting the role of a health “ally” whilst nourishing its business niches, such as in the biomedical field.

As part of their mission to guarantee their population's right to health, governments must prioritise the goals of welfare, health and equity in health above the economic benefits of certain industries. To do so, governments must exercise leadership and apply the principles of good governance in health. This involves taking joint action with industries by assessing the impact on health of policies that have a bearing on social, political and commercial determinants of health, as well as their effect on health inequalities. This is particularly relevant in the case of economic influences because scientific evidence has consistently shown that the key negative impacts occur in socio-economically underprivileged population groups. These groups experience greater exposure to environments that promote unhealthy behaviours and they are more vulnerable to the negative effects, thereby increasing their social inequalities in health. In fact, inequalities in smoking and excessive alcohol consumption, in addition to poverty, have been described as factors that help explain the differences in mortality that exist between European nations (Mack-enbach et al., 2017). Government initiatives must also be applied to the health system because hospital-centric healthcare models, which are highly interventionist and technology-based, do not focus on the causes of diseases and health inequalities, promoting their increase (Baum et al., 2009).

On the other hand, good governance in the area of health also requires sustained action in mechanisms for democracy, transparency, accountability and a commitment to the common good. The effective influence of economic interests on public policies and regulations shows the distancing of governments from these values and implies a breach of the population's right to health by its own representatives. In this sense, the free trade treaties that facilitate relations and economic exchanges between large multinationals are created in highly obscure and minimally democratic conditions, without considering the potential negative impacts on the population's health. Although there is little evidence about these effects, studies have found more negative than positive effects on the population's health (Barlow et al., 2017a, 2017b). For these reasons, the public health sector should participate in international negotiations in order to guarantee fair access to basic goods for the health of people and to control the spread of certain social determinants that are harmful to the population's health (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2010).

Lastly, another challenge is the need to consider and include citizen participation in decision making effectively so the population may become a decisive defender of democratic values and its right to health over economic interests. This requires extending the social health model to citizens and offering guarantees for a competitive battle between governments and civil society for the common good. Creating new and more effective channels for social participation and communication, fostering education and systematising good practices are necessary steps for making progress towards this challenge. To this end, it may be appropriate to introduce the social audit concept as a legitimate citizen initiative that promotes supervising and monitoring public matters for improved access to information, quality, efficiency, efficacy and ethics in public administration.

The challenges faced by governments from the persistence of **social inequalities in health** are explained below, using as a reference proposals obtained from the report by the Span-

ish Commission to Reduce Social Inequalities in Health [Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud] (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2010), which is aligned with the “2020 Health” goals set forth by the WHO/European Region.

An initial challenge is establishing a fair distribution of power, wealth and resources in order to improve the population’s health. This is not possible without making progress in the Health in All Policies strategy, increasing awareness and making government sectors co-responsible for social inequalities in health so joint action may be taken on social determinants. This requires solid alliances on a government level that facilitate and provide tools for effective inter-sector initiatives. Governments must also adopt progressive public spending and fiscal policies aimed at fostering and maintaining quality health, educational, social and environmental services, etc. Additionally, they must guarantee sufficient and suitable social spending that helps reduce income inequalities and poverty whilst promoting investments to address social determinants of health.

A second challenge lies in guaranteeing access for everyone to decent living and working conditions throughout the life cycle, along with environments that foster health. This translates into providing and reinforcing quality public education and expanding the coverage and affordability of preschools for children between the ages of 0 and 3. These measures must include the perspective of equity in order to strengthen the corresponding mechanisms for underprivileged areas or families. It is also important to guarantee the working conditions that help households address economic difficulties as well as to provide suitable working conditions so parents have time to care for their children.

On the other hand, to help support care, states must guarantee suitable and adequate pensions that enable a good quality of life, and housing and residential assistance resources must be expanded along with rehabilitation, public health and home healthcare services.

For its part, the health system, despite guaranteeing universal care as in the case of the SNS, may reproduce social inequalities in health unless certain measures are strengthened and other are readjusted. In light of the withdrawal of Decree 114/2012 issued by the Basque Country to restore the right to healthcare for the population groups affected by RDL 16/2012, Basque institutions were urged to continue guaranteeing full universal healthcare for everyone residing in the Basque Country, with 100 % coverage and eliminating the link between the right to health and the need to be a beneficiary or insured individual. Additionally, 100 % of all health services and benefits must be funded. If this is not the case, the cost should be lowered for the population with limited resources for healthcare benefits that are not fully covered.

The system should be reoriented towards primary care as its keystone. To do so, the resources allocated for this healthcare level must be increased and redeployed towards the community. The availability and quality of services and benefits must be guaranteed and even reinforced in underprivileged areas. As a result, physical and transportation barriers must be eliminated so users with additional challenges may access healthcare centres and services, and services adapted to the population’s needs must be guaranteed, with a special focus on at-risk groups.



BIBLIOGRAPHY

- Adhanom, T. 2017. *La salud es un derecho humano fundamental*. Declaración Día de los Derechos Humanos (10 de diciembre de 2017). Organización Mundial de la Salud. Available on: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Aday L, Andersen R. 1974. *A framework for the study of access to medical care*. Health Services Research, 9:208-220.
- Administración Central [Honduras]. 2014. *Informe de ejecución del presupuesto general de ingresos y egresos de la República. Tercer trimestre 2014*. Secretaría de Finanzas. Available on: <http://www.sefin.gob.hn/>
- Almeida C. 2002. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Cad Saúde Pública, 18(4):905-925.
- Allen, L. 2017. *Are we facing a noncommunicable disease pandemic?* Journal of Epidemiology and Global Health, 7 (1), 5-9. doi: 10.1016/j.jegh.2016.11.001.
- Armada F, Muntaner C, Navarro V. 2001. *Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations*. Int J Health Serv, 31:729-768.
- Asociación de Economía de la Salud. 2012. *Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012*. Barcelona. Extracted from: http://www.aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento.pdf
- Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, García P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C et al. 2015. *Health-system reform and universal health coverage in Latin America*. The Lancet, 385(9974):1230-1247.
- Ávila C, Bright R, Gutiérrez J, Hoadley K, Coite M, Romero N, MP R. 2015. *Guatemala, Análisis del Sistema de Salud*. Bethesda, MD: Proyecto Health Finance and Governance, Abt Associates Inc. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KW5C.pdf. 2015.
- Ayala, L., Calero, J., Díaz de Sarralde, S., Freire, J.M., García, M.A., Gimeno J.A., González, B., Granado, O., López, J.M., Onrubia, J., Rico, A., Ruiz-Huerta, J., Tiana, A., Trilla, C., & Urbanos, R.M. 2015. *2º Informe sobre la desigualdad en España 2015*. Madrid: Fundación Alternativas. Extracted from: <http://www.fundacionalternativas.org/las-publicaciones/informes/2o-informe-sobre-la-desigualdad-en-espana-2015>
- Azumendi, E. (17 de junio de 2017). *“La sanidad no se debe ver como un gasto, sino como una inversión”*. Eldiariónorte. Available on: http://www.eldiario.es/norte/euskadi/sanidad-debe-ver-gasto-inversion_0_655134629.html
- Banco Central de Honduras. 2017. *Honduras en cifras 2014-2016*. Available on: http://www.bch.hn/download/honduras_en_cifras/hencifras2014_2016.pdf
- Banco Mundial, Unidad Regional de Asistencia Técnica (RUTA), Ministerio de Educación, Cultura y Pueblos Indígenas. 2003. *Perfil de los Pueblos Indígenas en El Salvador*. San Salvador, El Salvador.
- Barlow, P, McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. 2017a. *Impact of the North American Free Trade Agreement on high-fructose corn syrup supply in Canada: a natural experiment using synthetic control methods*. CMAJ, 4, 189:E881-7. doi:10.1503/cmaj.161152
- Barlow, P, McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. 2017b. *The health impact of trade and investment*

- agreements: a quantitative systematic review and network co-citation analysis*. *Globalization and Health*, 13:13. doi:10.1186/s12992-017-0240-x
- Baum, F.E., Bégin, M., Houweling, T.A., & Taylor, S. 2009. *Changes not for the fainthearted: reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health*. *American Journal of Public Health*, 99(11), 1967-74.
- Becerril-Montekio V, López-Dávila L. 2011. *Sistema de salud de Guatemala*. *Salud Pública de México*;53: s197-s197.
- Bermúdez-Madriz JL, Sáenz MR, Muiser J, Acosta M. 2011. *Sistema de salud de Honduras*. *Salud Pública Mexico*;53 supl 2:S209-S219.
- Bowser DM, Mahal A. 2011. *Guatemala: the economic burden of illness and health system implications*. *Health Policy*; 100(2-3):159-166.
- Camprubí, L. 2010. *Caracterización e indicadores de la privatización de los sistemas sanitarios: una aproximación al sistema sanitario de Cataluña*. Tesina de Máster sin publicar. Universidad Pompeu Fabra/Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Carmenate-Milián L, Herrera-Ramos A, Ramos-Cáceres D. 2016. *Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto*. *Archivos de Medicina*. Vol. 12 No. 4: 10. doi: 10.3823/1333
- CEPAL. 2006. *La Reforma de Salud en Honduras*. Unidad de Estudios Especiales. ISBN 9213229186
- Censos Nacionales VI de Población y V de Vivienda 2007. Características generales de la población*. Ministerio de Economía El Salvador. Dirección General de Estadísticas y Censos. 2009. San Salvador, El Salvador.
- Chaqués-Bonafont, L., & Flores, L. 2016. *Farmaindustria como organización de intereses*. En: Molins, J.M., Muñoz-Márquez, L., Medina, I. (Dir.). (2016). *Los grupos de interés en España*. Madrid: Editorial Tecnos, 244-66.
- Chávez Borjas, M. 2003. *Trayectoria del sector salud*. Colección Cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible (22); Editado por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Tegucigalpa, Honduras.
- Chivu, M.C., & Reidpath, D.D. 2010. *Social deprivation and exposure to health promotion. A study of the distribution of health promotion resources to schools in England*. *BMC Public Health* 10, 473.
- Coca-Cola y Pepsi pagaron para tapar sus vínculos con la obesidad en EEUU* (10 de octubre de 2016). Eldiario.es Extracted from: http://www.eldiario.es/sociedad/Coca-Cola-Pepsi-vinculos-obesidad-EEUU_0_567993967.html
- Corporate Europe Observatory. 2016. *A spoonful of sugar. How the food lobby fights sugar regulation in the EU*. Extracted from: https://corporateeurope.org/sites/.../a_spoonful_of_sugar_final.pdf
- Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaut FM, Atun R, Barreto I, Cetrángolo O. 2015. *MEDICC Rev La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina*, 17 S40-52.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2006. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL, División de Estadística y Proyecciones económicas. Available on: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProdasp?xml=/deype/agrupadores_xml/aes250xml
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2015. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2015* (LC/G.2656-P), Santiago, Chile.
- Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. 2007. *Anteproyecto Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud*. San Salvador, El Salvador. Available on: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=-

- download&alias=1023-anteproyecto-de-ley-creacion-sns&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364
- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH). 2014. *Primer informe especial sobre aspectos del servicio público de salud en Honduras. El derecho humano a la salud y el servicio público de salud*. Tegucigalpa, Honduras. Available on: http://app.conadeh.hn/descargas/InformesEspeciales/Informe_Especial_sobre_Aspectos_del_Servicio_Publico_de_Salud.pdf
- Da Silva Z, Ribeiro M, Barata R. 2011. *Socio-demographic profile and utilization patterns of the public healthcare system (SUS), 2003-2008*. *Cien Saude Colet*, 16:3807-3816.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire. London: King's Fund. Extracted from: <https://www.kingsfund.org.uk/>
- Decreto No. 442. *Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud*. 16 de Noviembre de 2007. Diario Oficial; 314. Tomo 377. San Salvador. El Salvador.
- Departamento de Economía UCA. (2016). *Análisis Socioeconómico de El Salvador, segundo semestre de 2015*. San Salvador, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". Available on: http://www.uca.edu.sv/deptos/economia/media/archivo/674911_versionwebanalisis socioeconomicodeelsalvador.pdf
- Departamento de Sanidad Gobierno Vasco. (1993). *Plan Estratégico del Sistema Vasco de Salud* *Ekonomiaz*: Revista vasca de economía, 25, 118-143. Extracted from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1319683>
- Departamento de Salud Gobierno Vasco. 2016. *Estrategia de investigación e innovación en salud 2020*. Vitoria-Gasteiz. Extracted from: http://www.osakidetza.euskadi.eus/docs/estrategias_salud_2020_es.pdf.
- Dinarte M et al. 2015. *Estudio del gasto Público en Salud en Honduras en el Marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015*. Available on: <http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/Honduras%20SM2015%20-%20Estudio%20Gasto%20P%C3%BAblico%20en%20Salud.pdf>
- Dirección Nacional de Medicamentos. 2016. *Informe de labores 2015-16*. San Salvador. El Salvador.
- Dirección Nacional de Medicamentos. 2017. *Informe de labores 2016-17*. San Salvador. El Salvador.
- Doyal, L., & Pennell, I. 1979. *The Political Economy of Health*. London: Pluto Press.
- Dryden, R., Williams, B., McCowan, C., & Themessl-Huber, M. 2012. *What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review*. *BMC Public Health*, 12, 723. doi: 10.1186/1471-2458-12-723
- El Consejero de Salud abre el nuevo Master de Gestión Sanitaria impulsado por el Departamento en Deusto* (7 de abril de 2014). Irekia. Gobierno Vasco. Extracted from: <http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/18792-consejero-salud-abre-nuevo-master-gestion-sanitaria-impulsado-por-departamento-deusto>
- El lobby del azúcar consigue su objetivo al frenar el impuesto sobre los refrescos* (31 de marzo de 2017). Eldiario.es Extracted from: http://www.eldiario.es/economia/consigue-objetivo-impuesto-bebidas-azucaradas_0_628187485.html
- Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 (ENCOVI 2014)*. 2016. Instituto Nacional de Estadística. Ciudad de Guatemala. Guatemala.
- Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos 2016 (ENEI 2016)*. 2016. Instituto Nacional de Estadística. Ciudad de Guatemala. Guatemala.

- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 (ENSMI 2016)*. 2016. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística. Ciudad de Guatemala. Guatemala.
- Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012 (ENSD 2013)*. 2013. Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International. Tegucigalpa, Honduras.
- LIV Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM 2016)*. Instituto Nacional de Estadística (INE). Tegucigalpa, Honduras
- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2016 (EHPM 2016)*. 2017. Ministerio de Economía El Salvador. Dirección General de Estadísticas y Censos. San Salvador, El Salvador.
- Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2008)*. 2009. USAID, CDC, Asociación Demográfica Salvadoreña. San Salvador, El Salvador.
- Erviti, J., Saiz, L.C., & Garjón, J. 2016. *Fiabilidad de los ensayos clínicos. El peligroso camino de la desregulación de los medicamentos*. *Medicina Clínica*, 47, 554-7. doi: 10.1016/j.med-cli.2016.10.003
- Esnaola, S., Martín, U., & Bacigalupe, A. 2014. *Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi. Magnitud y cambio 1996-2006*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.
- Espinoza E., Guevara G. 2006. *Disponibilidad y precio de los medicamentos en El Salvador durante el segundo semestre de 2006*. Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador.
- Eustat-instituto Vasco de Estadística (2015). *28 indicadores básicos para conocer la situación de nuestro país en la Unión Europea*. Publicación digital. Extracted from: http://www.eustat.eus/document/epubs/publicaciones/euskadiUE28_2015_cas-eus/index.html
- Fidler, A.H. 2009. *The role of the private sector in health financing and service delivery*. *European Journal of Public Health* 19(5), 450-1.
- Fjær, E.L., Balaj, M., Stornes, P., Todd, A., McNamara, C.L. & Eikemo, T.A. (2017). *Exploring the differences in general practitioner and health care specialist utilization according to education, occupation, income and social networks across Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health*. *European Journal of Public Health*, 27(1), 73-81. doi:10.1093/eurpub/ckw255
- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) .2011. *Dar a la población rural pobre de Honduras la oportunidad de salir de la pobreza*. Available on: <https://www.ifad.org/documents/10180/ef03ee63-3c7c-4e26-8b4e-c5e6608907aa>
- Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD). 2017. *Memoria de Labores 2016-2017*. Available on: <http://www.fosalud.gob.sv/inicio/informes-y-documentos-fosalud/>
- Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES). 2013. *Análisis de la política pública de salud en El Salvador*. San Salvador. El Salvador. ISBN 978-99923-962-8-5
- Fundación MAPFRE, Instituto de Ciencias del Seguro. 2010. *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Madrid. España
- Gervás, J., & Pérez Fernández, M. 2013. *Cribados: una propuesta de racionalización*. *Gaceta Sanitaria* 27(4). doi: 10.1016/j.gaceta.2013.03.007
- Giovanella, L. & Stegmüller, K. 2014. *The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain*. *Cuadernos de Salud Pública*, 30(11), 2263-81. doi: 10.1590/0102-311X00021314
- Gobierno de la República de El Salvador, Sistema de las Naciones Unidas en El Salvador. 2014. *Tercer Informe de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de El Salvador*. San Salvador, El Salvador.
- González-Rubio, R., Escortell-Mayor, E., & Del Cura-González, I. 2017. *Industria farmacéutica y*

formación sanitaria especializada: percepciones de los MIR en Madrid. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.07.015

- Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología 2017. *Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010). Revisión de la evidencia.* Extracted from: <http://www.cnpt.es/documentacion/publicaciones/d3f3e176c9027414b85cb36c857bd81f991d3d7aa167095cd69d5d498a8e52b6.pdf>
- Grupo del Banco Mundial. 2015. *El Salvador. Estudios del gasto público social y sus instituciones.* Available on: <http://documents.worldbank.org/curated/en/991301467999733851/pdf/95649-SPANISH-PER-P133348-PUBLIC-Box393197B-SSEIR-El-Salvador-Espanol.pdf>
- Hart, J.T. 1971. *The inverse care law.* *Lancet*, 1(7696), 405-412.
- Heredia N, Laurell A, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. 2015. *El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina?* *MEDICC Rev*, 17(Suppl):S16-18.
- Hernández-Aguado, I. 2016. *El buen gobierno de la sanidad: las influencias debidas e indebidas en la formulación de políticas de salud.* Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid.
- Hernández L. 2011. *Las políticas de salud en Guatemala 1985-2010.* Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Hernández AR, Hurtig AK, Dahlblom K, San Sebastian M. 2014. *More than a checklist: a realist evaluation of supervision of mid-level health workers in rural Guatemala.* *BMC Health Serv Res*, 14:112.
- Homedes N, Ugalde A. 2005. *Why neoliberal health reforms have failed in Latin America.* *Health Policy*, 71:83-96.
- Homedes N, Ugalde A. 2005. *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso.* *Rev Panam Salud Publica*, 17:210-220.
- Hurtado, J.L., Bacigalupe, A., Calvo, M., Esnaola, S., Mendizabal, N., Portillo, I., Idigoras, I., Millán, E., & Arana-Arri, E. 2015. *Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country.* *BMC Public Health*, 15, 1021.
- Hyde, A., Lohan, M., & McDonnell, O. (2004). *Sociology for health professionals in Ireland.* Dublin: Institute of Public Administration.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). 2015. *IHSS en cifras 2015.* Available on: http://ihss.hn/?page_id=3298
- Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM). 2017. *Memoria de Labores 2016.* Available on: <http://www.transparencia.gob.sv/institutions/isbm/documents/memorias-de-labores>
- Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI). 2015. *Resumen ejecutivo Memoria de Labores 2013-2014.* Available on: <http://www.isri.gob.sv/inicio/institucion/marco-institucional/informes/memorias/>
- Kickbusch, I. 2005. *Tackling the political determinants of global health. Is essential if we want to abolish poverty.* *British Medical Journal*, 331, 246-7
- Kickbusch, I. (2012). *Addressing the interface of the political and commercial determinants of health.* *Health Promotion International*, 27 (4). doi:10.1093/heapro/das057
- Levesque JF, Harris M, Russell G. 2013. *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.* *Int J Equity Health*;12:18
- López-Arellano O. 2013. *La salud colectiva y los derechos.* En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Cobertura Universal en Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México.* OPS/OMS, México:265-275.
- Mackenbach JP, Bopp M, Deboosere P, Kovacs, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E. & De Gelder, R. 2017. *Determinants of the magnitude of socioeconomic inequality*

- ties in mortality: A study of 17 European countries.* Health Place, 47:44–53. doi: 10.1016/j.healthplace.2017.07.005
- McKeown, T. 1976. *The modern rise of population.* London: Edward Arnold.
- Martín, J.J. 2003. *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.* Documento de trabajo 14/2003. Fundación Alternativas, Madrid. Extracted from: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-kUKdUu.pdf
- Martín, U., Bacigalupe, A., Morteruel, M., Rodríguez, E., Font, R., Gonzalez, E., Gonzalez-Rabago, Y., & Mosquera, I. 2016. *Amenazas al derecho a la salud en Euskadi. Desigualdades sociales en salud y procesos de privatización en el sistema sanitario.* Medicus Mundi. Extracted from: <https://www.ehu.eus/es/web/opik/privatizacion-desigualdad>
- Martínez Francozi J. 2013. *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe.* Guatemala. En: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Available on: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4051/S2013088_es.pdf?sequence=1
- Maupin JN. 2009. 'Fruit of the accords': healthcare reform and civil participation in Highland Guatemala. Soc Sci Med, 68(8):1456-1463.
- MEDICUS MUNDI NAM. 2017. *Sistematización de los Avances de La Horizontalización Programática en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Perú*
- Mindell, J.S.; Reynolds, L.; Cohen, D.L.; & McKee, M. 2012 *All in this together: the corporate capture of public health.* BMJ (Clinical research ed), 345. e8082. doi: 10.1136/bmj.e8082
- Ministerio de Salud (MINSAL).2016. *La Salud es un derecho y un MINSAL fuerte, su mejor garantía. Informe de Labores 2015-2016.* San Salvador. El Salvador.
- Ministerio de Salud (MINSAL).2017. *La Salud es un derecho. Estamos para garantizarlo. Informe de Labores 2016-2017.* San Salvador. El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 2015. *Política Nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025.* Ciudad de Guatemala. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). 2015. *Cuentas Nacionales y Economía de la Salud.* Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 2012. *Diagnóstico Nacional de Salud.* Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2010. *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.* Madrid.
- Minué, S. 2017. *Lo público y lo privado en salud.* En: Ruiz, V., Padilla, J. (coords). (2017). *Salubrismo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales.* Atrapasueños Editorial.
- Minué, S. (14 de enero de 2013). *Manipulando las reglas del juego. El Gerente de Mediado.* Extracted from: <http://gerentemediado.blogspot.com.es/2013/01/manipulando-las-reglas-del-juego.html>
- Montoya, I. 2015. *Evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco.* Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad del País Vasco
- Muntaner, C., Davis, O., McIsaac, K., Kokkinen, L., Shankardass, K., & O'Campo, P. 2017. *Retrenched Welfare Regimes Still Lessen Social Class Inequalities in Health: A Longitudinal Analysis of the 2003–2010 EU-SILC in 23 European Countries.* International Journal of Health Services. 47(3) 410–431. doi: 10.1177/0020731417712509
- Muntaner C, Guerra Salazar R, Benach J, Armada F. 2006. *Venezuela's Barrio Adentro: an alterna-*

- tive to neoliberalism in health care.* Int J HealthServ, 36:803 -811.
- Navarro, M.A. (2006). Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos*, 21, 109-134
- Navarro, V. (1986). *Crisis, Health and Medicine: a social critique*. London: Tavistock.
- Navarro, V., (2007). El Estado de bienestar en España y sus déficits sociales. En: *La situación social en España II*. Madrid: Biblioteca Nueva, p.p:25-34.
- Novoa, A. (13 de abril de 2016). *¿Por qué los médicos siguen recibiendo a los representantes?* Blog NoGracias. Available on: <http://www.nogracias.eu/2016/04/13/por-que-los-medicos-siguen-recibiendo-a-los-representantes-por-abel-novoa/>
- OECD/EU. 2016. *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. Extracted from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- Ordaz, J.A., Murillo, C., & Guerrero, F.M. 2005. *Análisis empírico de la demanda de seguros privados de enfermedad en España*. *Estudios de Economía Aplicada*, 23, 161-171. Extracted from: <http://www.redalyc.org/pdf/301/30123115.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. 2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suiza. ISBN: 92 4 356198 7. Available on: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2015. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2015*. Available on: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2016. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2016*. Available on: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. *Salud en Las Américas*. Washington, D.C. Estados Unidos. ISBN 978-92-75-31622-8.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Perfil del Sistema Nacional de Salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Washington, D.C, Estados Unidos. ISBN: 978-92-75-33292-4 (Electrónico)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS). 2014. *El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: Logros y desafíos*. San Salvador. El Salvador.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2016. *Desigualdades en salud en Guatemala*. Ciudad de Guatemala, Guatemala. ISBN: 978-9929-598-23-2.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Gobierno de la República de Honduras. *Estrategia de cooperación de país de la OMS-OPS. Honduras 2017-2021*. http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=379-brochure-ecp-honduras-2017-2021-9&Itemid=211
- Ortún, V., G López-Valcárcel, B., & Pinilla, J. 2016. *El impuesto sobre bebidas azucaradas en España*. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e1-e13
- Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E.M., Alejandre, G., Carmona, J., Rodríguez, J., Del Campo, J.M., Díez, M.L., Vallés, N., & Butrón, T. 2011. *Medicalización de la vida*. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 4(2)
- Oxfam Internacional. 2009. *Optimismo ciego: Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en*

- países pobres*. Available on: https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp125-blind-optimism-spanish_3.pdf
- Padilla, J. (12 de febrero de 2014). *Mamografía y cáncer de mama: toma 90210*. Blog Médico Crítico. Extracted from: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/02/mamografia-y-cancer-de-mama-toma-90210.html>
- Padilla, J. (20 de julio de 2014). *El TTIP: ¿una amenaza para los sistemas sanitarios públicos?* eldiario.es. Extracted from: http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/TTIP-amenaza-sistemas-sanitarios-publicos_0_283471927.html
- Palència, L., Espelt, A., Cornejo-Ovalle, M., & Borrell, C. 2014. *Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage?* Community Dentistry and Oral Epidemiology, 42(2), 97–105. Doi: 10.1111/cdoe.12056
- Pinilla, A., Negrín-Hernández, M.A., & Abásolo, I. (2015). *Time trends in socio-economic inequalities in the lack of access to dental services among children in Spain 1987-2011*. International Journal for Equity in Health, 14, 9.
- Prieto, M. (2012). *Beneficio y riesgo en el cribado de cáncer de mama mediante mamografía*. Blog de Salud Comunitaria. Available on: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/11/20/cribadocancermama>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2015. *Más allá del conflicto: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016*. Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2016. *Más allá del conflicto: luchas por el bienestar*. Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2016. *Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo humano para todas las personas*. Nueva York, Estados Unidos. ISBN: 978-92-1-060038-5 (Electrónico).
- Ruano, A. 2011. *El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Informe monográfico SESPAS*. Barcelona. Extracted from: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Conflicto_de_Intereses.pdf
- Salazar S. Aguirre JM. (2015). *25 años del PADI en el País Vasco (1990-2014)* RCOE. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 20(3):165-180.
- Sánchez-Bayle, M. 2014. *La privatización de la asistencia sanitaria en España. Documento de trabajo 182/2014*. Fundación Alternativas, Madrid. Extracted from: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/24bb33c2b5a6aca0f1ea50a199da5de7.pdf.
- Secretaría de Estado en el Despacho de Salud [Honduras]. 2005. *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa, Honduras. Available on: https://www.unicef.org/honduras/Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2005. *Manual General de Organización y Funciones*. Tegucigalpa, Honduras. Available on: <http://www.salud.gob.hn/transparencia/archivos/organizacionyfunciones.pdf>
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2013. *Modelo Nacional de Salud*. Tegucigalpa, Honduras. Available on: http://www.salud.gob.hn/documentos/Modelo_Nacional_de_Salud.pdf
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2014. *Gastos y Financiamiento en Salud*. Tegucigalpa, Honduras. ISBN: 978-99926-758-4-7.
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2015. *Memoria Anual 2014*. Tegucigalpa, Honduras. Available on: <http://www.salud.gob.hn/doc/upeg/memoriaanual2014.pdf>
- Secretaría de Salud [Honduras]. 2016. *Memoria Institucional 2016. Resultados y Logros*. Tegucigalpa, Honduras. Available on: <http://salud.gob.hn/web/edocman/memoria2016.pdf>

- Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia, y Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos. 2015. *Medición multidimensional de la pobreza*. San Salvador, El Salvador.
- Schröder, S.L., Richter, M., Schröder, J., Frantz, S., & Fink, A. 2016. Socioeconomic inequalities in access to treatment for coronary heart disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology* 219, 70–78. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.05.06
- Snozzi, P., Blank, P.R., & Szucs, T.D. 2014. *Stroke in Switzerland: Social Determinants of Treatment Access and Cost of Illness*. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23 (5), 926-932. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.07.042
- Solar, O., & Irwin, A. 2007. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. (Discussion paper). Extracted from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Stuckler, D., Reeves A., Loopstra, R., Karanikolos, M., & McKee, M. 2017. *Austerity and health: the impact in the UK and Europe*. *European Journal of Public Health*, 27(4), 18–21. doi:10.1093/eurpub/ckx167
- Urbanos, R. 2016. *La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS 2016*. *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 25-30. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.01.012
- Unger J, D'Alessandro U, De Paepe P, Green A. 2006. *Can malaria be controlled where basic health services are not used?* *Trop Med Int Health*, 11:314-322.
- UNICEF Honduras, Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia, Observatorio de Derechos de la Niñez. 2012. *Niñez indígena y afrohondureña en la República de Honduras 2012*. Tegucigalpa, Honduras. ISBN: 978-99926-644-3-8.
- USAID. 2009. *El Salvador: Health sector needs assessment*. Washington, D.C. USA
- USAID. 2015. *Guatemala. Análisis del sector salud 2015*. Washington, D.C. USA
- Valls, C. 2008. *La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. Congreso Internacional SARE de Emakunde "Innovación para la igualdad"*. Donostia- San Sebastián, 2008. Extracted from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3212133.pdf>
- Verdugo, JC et al. 2008. *Del dicho al hecho: los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente*. Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Villalbí, J.R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A., & Brugal, M.T. 2014. *Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol*. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 515-528
- Watt, G. (2002). The inverse care law today. *Lancet*, 360(9328), 252-254.
- Whitfield, D. 2001. *Private finance initiative and public private partnerships: what future for public services?* European Services Strategy Unit. Extracted from: <http://www.european-services-strategy.org.uk/publications/public-bodies/pfi/pfi-and-ppp/>
- World Bank. 2016. *Annual Report*. 2016. Available on: <http://pubdocs.worldbank.org/en/581741488429033637/zimref-annual-report-2016.pdf>
- World Health Organization (WHO). 2015. *Honduras: WHO statistical profile*. Available on: <http://www.who.int/gho/en/>

