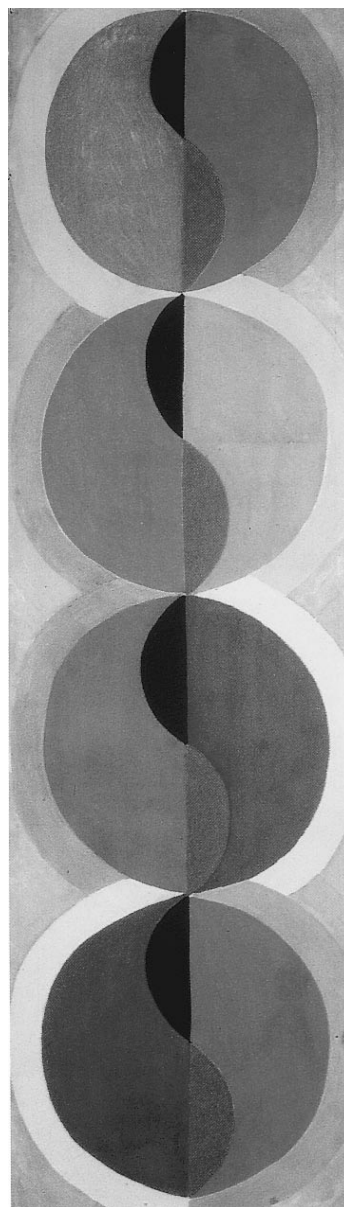


DOSSIER

**Elementos para la formulación
de estrategias de extensión
de la protección social en salud**

Eduardo Levcovitz, Cecilia Acuña



Elementos para la formulación de estrategias

DE EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD*

Eduardo Levcovitz, Cecilia Acuña**

Resumen

A pesar de las reformas emprendidas en los sistemas de salud durante los últimos veinte años, en la actualidad un porcentaje importante de los habitantes de los países de América Latina y el Caribe se encuentran excluidos de los mecanismos de protección social frente al riesgo de enfermar o las consecuencias de estar enfermos. A pesar de ello, la reducción de la exclusión en salud no aparece en forma explícita en las agendas políticas de salud de los países de la región.

Este trabajo analiza las causas de la situación de exclusión en salud hoy en día en la región y propone un marco analítico para abordar la formulación de estrategias destinadas a extender la protección a partir de dichas causas, entendiendo la extensión de la protección social en salud como la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades de salud a través del acceso a bienes y servicios de manera adecuada, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Se estima que la realización de este ejercicio permite tener mayor claridad respecto de la situación de exclusión en salud y de las intervenciones que han demostrado ser más eficientes para combatirla y visualizar mecanismos innovadores para extender la protección social junto a los esquemas ya existentes.

Este trabajo pretende ser un aporte al conocimiento social que formula estrategias de protección, a través de la introducción de elementos analíticos que en la actualidad no son parte de la batería de instrumentos con que cuentan la mayoría de los responsables de la elaboración de políticas de salud de los países de la región.

Palabras clave: exclusión social, inequidad en salud, discriminación en el sector salud, aislamiento social, América Latina, región del Caribe.

* El artículo es producto de una reflexión que excede el ámbito de las investigaciones que hemos realizado en el tema y este esfuerzo nos ha permitido avanzar desde el punto de vista conceptual, lo cual también nos tiene muy contentos. Sin embargo, gran parte de la información que aparece sobre exclusión en salud en los países sí corresponde a una investigación que comenzó en el 2001 y que ha sido financiada con fondos de dos Grants sucesivos del gobierno sueco a través de la Agencia Sueca para

el Desarrollo Internacional (Asdi), cuyos detalles se describen a continuación:

- a) Grant 163107, Proyecto "Social Exclusion from Health" 01/abril/2001-30/junio/2003. Este proyecto desarrolló las herramientas metodológicas de caracterización de la exclusión en salud, validar dichas herramientas a través de su aplicación en cuatro países (Ecuador, Guatemala, Paraguay y República Dominicana), sistematizarlas en una Guía disponible en www.lachsr.org y publicar en el



Abstract

Despite of the reform processes undertaken in the past twenty years, a high proportion of Latin America and the Caribbean's inhabitants are nowadays excluded from the social mechanisms created to protect citizens from the risk and consequences of illness. Notwithstanding, the reduction of exclusion in health does not explicitly appear in the health sector political agenda in most countries of the Region.

This work analyses the issues underlying the current situation of exclusion in health and introduces an analytical framework to approach the formulation of strategies aimed to extend social protection in health, taking exclusion in health as the starting point of the analysis and defining extension of social protection in health as the guarantee that society grants through public authorities to all individuals or social groups so that they can meet their health needs and satisfy their health demands by the means of adequate access to health care services, goods and opportunities regardless of their ability to pay.

The authors hope this exercise will help to better understand the situation of exclusion in health and the interventions that have shown to be more effective to tackle it as well as to visualize innovative mechanisms to extend social protection in health along with the already existing schemes.

This work intends to be a contribution to the social knowledge that will allow devising strategies of protection in health through the introduction of analytical tools that are not currently part of the toolkit available for the policymakers in the Region.

Key Words: Social exclusion, Health inequity, Discrimination in health sector, Social isolation, Latin America, Caribbean Region

1. El legado de una década de cambios

Luego de más de una década de iniciados los procesos de reforma en salud como parte de la agenda de ajuste macroeconómico que marcó los años ochenta y noventa en la región, se asiste en muchos países a una ola

de intensos cuestionamientos con relación a los logros de dichos procesos y en particular en torno a la equidad, eficiencia y sostenibilidad en la provisión y financiamiento de las acciones de salud. Esta discusión se inserta dentro de un debate más amplio y de carácter mundial acerca de la viabilidad y el futuro de los sistemas de protección social

2003 un libro con los resultados de la investigación: "Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe" que aparece en las referencias bibliográficas del artículo. Este libro se encuentra disponible en las oficinas de OPS en los países, también en la biblioteca de la sede de OPS en Washington y su ISBN es 92 75 32476 X

- b) Grant 163109, Proyecto "Extension of Social Protection in Health" 01/mayo/2002, 31/diciembre 2004. Este proyecto, que se encuentra en desarrollo, ha permitido realizar la caracterización de la exclu-

sión en salud en cinco países adicionales (Bolivia, El Salvador, Honduras, México DF y Perú), y adelantar actividades de diálogo social dirigidas a obtener planes de acción nacionales para la reducción de la exclusión en salud y la extensión de la protección social en salud, así como profundizar en el tema de la puesta en marcha y análisis de estrategias para la reducción de la exclusión.

- ** Los autores agradecen la valiosa colaboración de Pascualina Curcio, Soledad Urrutia y Gabriel Vivas para la elaboración de este artículo.



en el mundo, en particular del llamado *Estado de bienestar* en los países de Europa Occidental.

Las reformas económicas durante las décadas de los ochenta y noventa en la mayoría de los países del mundo no sólo no trajeron consigo el progreso esperado, sino que durante este periodo aumentó la pobreza, empeoró la distribución del ingreso y se acrecentó la diferencia entre ricos y pobres. Como lo plantea Sophie Bessis (1995):

La aparición de sociedades duales, en las que la extrema riqueza convive con la pobreza más abyecta parece ser en todo el mundo una de las consecuencias más espectaculares de las mutaciones de los años ochenta.

El nuevo modelo de desarrollo impuesto en la región como producto de los procesos mencionados trajo consigo la flexibilización de los contratos y del marco laboral, la aparición de nuevos esquemas de pensiones y de seguros de salud y, sobre todo, el surgimiento del sector privado como un actor importante en espacios tradicionalmente ocupados por el Estado, como la administración de servicios sociales y de monopolios naturales. A ello se agregó una interpelación respecto de los roles que debe asumir el Estado y la aparición de fuertes críticas en cuanto a su desempeño, pero al mismo tiempo una profunda incertidumbre en relación con la confiabilidad de los nuevos esquemas y de sus administradores. Una característica preponderante de este nuevo modelo de desarrollo es que no incorpora una red de protección capaz de reemplazar a la que anteriormente proveía el Estado y constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto.

La pobreza y la exclusión social han aumentado desde los años ochenta en todo el mundo. En América Latina el nivel de pobreza aumentó de 35 a 41% del total de ho-

gares entre 1980 y 1990 y las personas pobres crecieron de 136 millones en 1980 a alrededor de 200 en 1990, siendo los nuevos pobres, en su mayoría, de origen urbano (Vergara, 2000). El análisis de las tendencias económicas y sociales de los últimos treinta años pone en evidencia el deterioro de la calidad de vida no sólo de los más pobres, sino también de grandes segmentos de la sociedad que antes disfrutaban de la seguridad provista por un empleo estable y los beneficios asociados a él. El patrón de concentración de la riqueza existente en la región ha contribuido a este deterioro: las regiones de América Latina y el Caribe muestran la distribución más desigual del ingreso per cápita, como se puede observar en el Gráfico 1 y, según algunos autores, ha sido así al menos desde la década del sesenta (Morley, 2001).

1.1 ¿Qué ha ocurrido en salud?

No es posible analizar los cambios ocurridos en salud en las últimas décadas sin tener en cuenta el contexto general de reformas macroeconómicas y ajustes estructurales mencionado. En este ámbito se debe considerar también el proceso de globalización, el cual promoviendo una liberalización casi total del movimiento internacional del capital y profundizando los procesos de transnacionalización de la industria, ha jugado un rol central en la definición de políticas que han impactado fuertemente el sector salud. Un buen ejemplo de ello son los cambios producidos en la industria farmacéutica y sus consecuencias sobre el precio y la disponibilidad de medicamentos (Homedes y Ugalde, 2002), que han impedido el acceso a tratamiento adecuado a millones de afectados por enfermedades como el sida y la malaria.

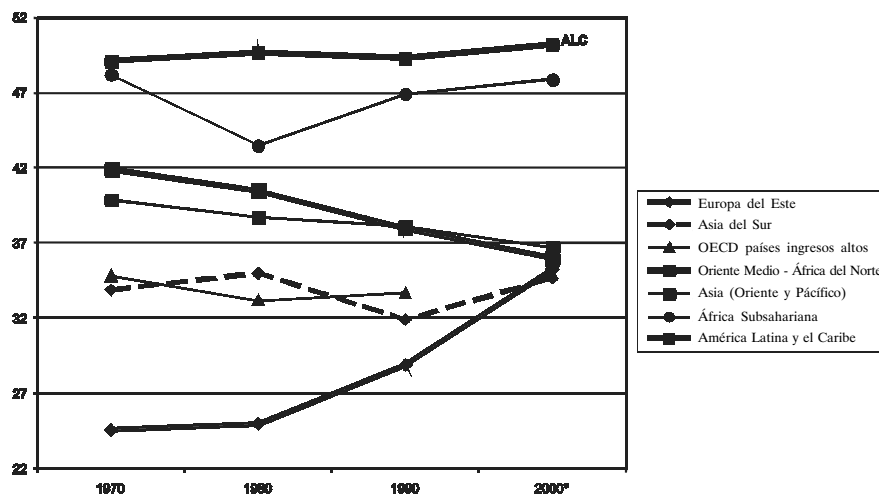
En el contexto de crisis económicas que han resultado devastadoras para muchos países de la región, la pérdida de protección social asociada al crecimiento de la economía in-

12



Nº 5 DICIEMBRE DE 2003

GRÁFICO 1
COEFICIENTE DE GINI POR REGIÓN Y POR DÉCADA



* "El crecimiento no es suficiente para reducir la pobreza: el papel de las desigualdades". Presentación realizada en el Seminario internacional de investigación en empleo y pobreza. Consorcio de Investigación Económica y Social/DIAL/IRD. Perú, 2003.

Fuente: "The income distribution problem in Latin America and the Caribbean", CEPAL, 2001.

formal y del subempleo, al incremento de la pobreza y a los cambios descritos en el modelo de desarrollo, ha tenido un enorme impacto en el acceso a la salud, restringiéndolo para millones de personas. En la actualidad alrededor de un tercio de la población de la región no accede a servicios de salud y aquéllos que no cuentan con un

seguro de salud público o privado constituyen una abrumadora mayoría en muchos países, como se ilustra en el Cuadro 1.

El deterioro de las condiciones de vida de grandes segmentos de la población ha tenido graves consecuencias sobre la situación de salud. Aún cuando los indicadores

CUADRO 1
ACCESO A LA SALUD MEDIDO A TRAVÉS DE AFILIACIÓN A SEGUROS Y COBERTURA REAL, PAÍSES SELECCIONADOS

Indicador	Ecuador 2000	Guatemala 2000	Honduras 2001	Paraguay 2000	Perú 2001	República Dominicana 2001
Población sin seguro de salud* (% sobre población total)	77.0	82.2	83.1	79.9	73.0	76.4
Población sin cobertura real de salud** (% sobre población total)	20.7	33.0	39.3	47.0	31.0	20.0

* Se refiere a cualquier tipo de seguro de salud, incluyendo la seguridad social y los seguros privados.

**Para todo el sistema incluyendo el subsector público, el seguro social y el subsector privado con y sin fines de lucro.

Fuente: "Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe", Capítulo 4, págs. 84-85, OPS-OMS-AsDI, Washington DC, 2003.

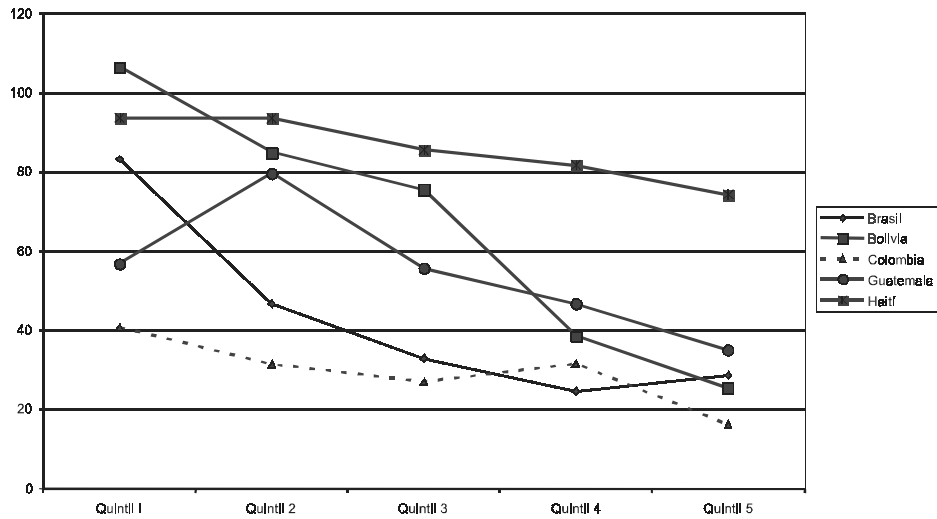
han experimentado en general una notable mejoría en la región de las Américas en los últimos veinte años, persisten grandes disparidades en la situación de salud entre países y al interior de los países. Si se mide por ejemplo la mortalidad infantil, que es un indicador que se correlaciona fuertemente con la situación socioeconómica y las condiciones de vida de la población, se puede observar que las disparidades están dadas en gran medida por factores como el ingreso económico, como se muestra en el Gráfico 2.

bal de los países y del aumento de la inequidad, existen factores propios de los sistemas de salud que generan exclusión y deben ser analizados cuidadosamente, como se ha sugerido en otras publicaciones (Bid, 2003; Iunes, 2001).

Si se toma por ejemplo la mortalidad materna resulta preocupante que en al menos nueve países de la región ésta continúa por encima de 100 por cada 100 mil nacidos vivos (Cepal, Unicef y Cesib, 2001) y que en general se constata un estancamiento en su descenso o incluso una tendencia al aumen-

Sin embargo, la proporción de personas excluidas del acceso a la salud es mucho ma-

GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN MORTALIDAD INFANTIL POR QUINTILES DE INGRESOS
EN SELECCIONADOS - AMÉRICA LATINA, 1999



Fuente: OPS/OMS, 2002.

yor de lo que debería esperarse para el nivel de ingresos, desarrollo social y tecnología disponible en la región (BID, 1996). Esto se traduce en una situación de salud que es peor a lo que se esperaría si fuera sólo producto de factores extrínsecos al sistema de salud Cuadro 2), e indica que, además de los cambios en el modelo de desarrollo glo-

to en un número importante de países. Se puede demostrar que existe correlación entre mortalidad materna y falta de acceso a los bienes y servicios de salud expresada en déficit de cobertura real, como se muestra en el Gráfico 3. La mortalidad materna se correlaciona además con la calidad de la atención (Iunes, 2001).



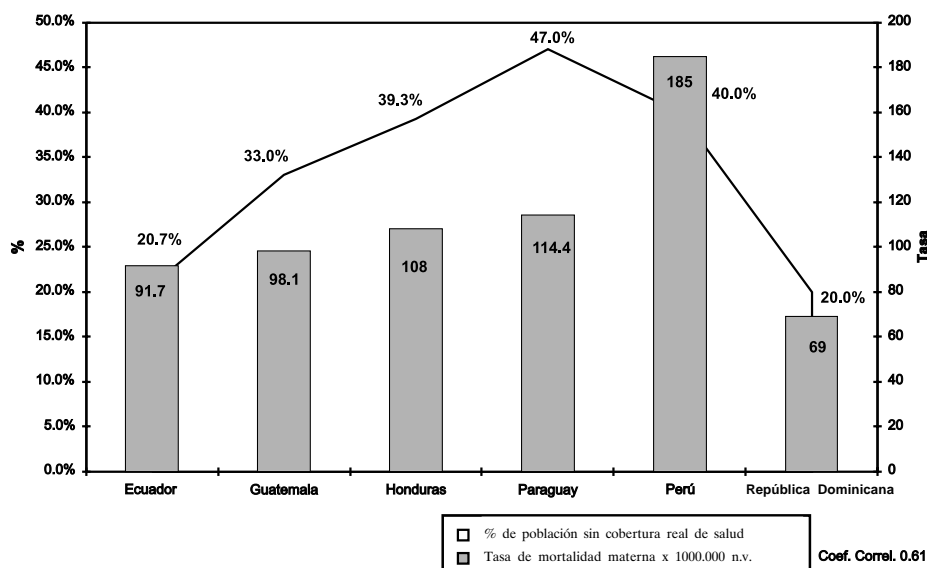
CUADRO 2
BRECHAS EN ATENCIÓN DE SALUD PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 1995*

Indicador	Observado	Esperado
Mortalidad infantil (menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos)	47	39
Esperanza de vida (años)	69.5	72.0

* El rendimiento esperado se estima sobre la base del ingreso per cápita y factores fijos temporales y regionales. La brecha se define como la diferencia entre los resultados observados (promedio regional) y los esperados en los cálculos.

Fuente: BID, Washington DC, 1996.

GRÁFICO 3
RELACIÓN PORCENTAJE DE POBLACIÓN SIN COBERTURA REAL DE SALUD
VS. TASA DE MORTALIDAD MATERNA X 1000.000 N.V., 2000



Fuente: OPS/OMS, 2003.

De acuerdo con lo anterior, se pueden identificar tres elementos que configuran la actual situación de exclusión en salud:

- i) La pérdida de la red social antiguamente provista por el Estado sin un reemplazo adecuado, en el contexto del nuevo modelo de desarrollo impuesto en el mundo.
- ii) Las crisis económicas de las dos últimas décadas en los países de la región, que

han tenido un impacto negativo importante en el acceso a la salud.

- iii) Factores intrínsecos o propios del sistema de salud asociados a su marco institucional y estructura, a la organización del modelo de atención y gestión y a la asignación de recursos al interior del sistema.

1.2 La exclusión en salud se produce a pesar de una gran inversión de recursos en el sector

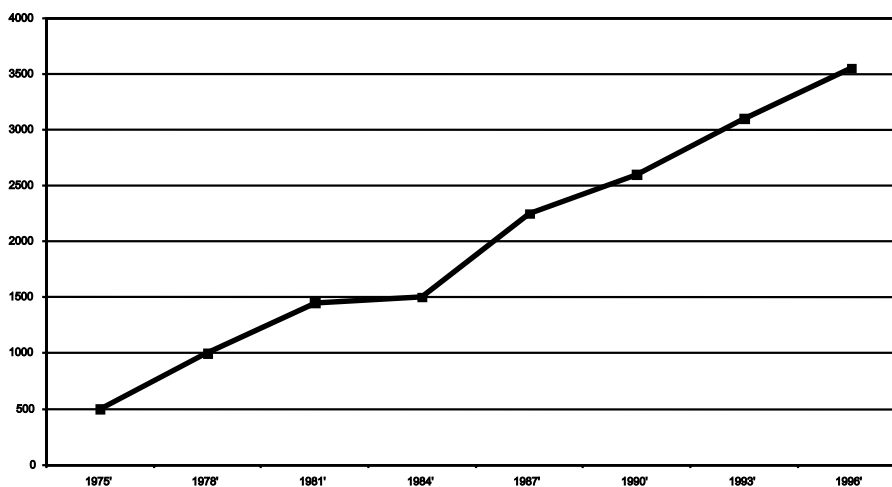
De manera paradójica, la exclusión en salud se produce en un escenario marcado por una importante y sostenida inversión de recursos –especialmente financieros– en estrategias orientadas a reducir la pobreza y la inequidad, bajo la fuerte influencia de organismos multilaterales de cooperación técnica y financiera y en un contexto donde la lucha contra la pobreza se ha situado en un lugar predominante de la agenda internacional (Díaz y Bronfman, 2003). Un ejemplo que grafica la magnitud de este esfuerzo son los montos comprometidos en préstamos y donaciones por parte del BID y del Banco Mundial a América Latina bajo el rubro cooperación técnica para salud, que aumentaron en forma sostenida entre 1975 y 1996, como se puede apreciar en el Gráfico 4.

2. La necesidad de construir sobre una lógica distinta

Las reformas en salud de los ochenta y noventa respondieron a la lógica global de las políticas macroeconómicas centradas en el ajuste fiscal y se les dio particular importancia dentro de las reformas del Estado debido a la relevancia del sector salud en los presupuestos nacionales (Homedes y Ugalde, 2002).

Debido a que los procesos de reforma en general no respetaron las características de cada país en relación con su historia, cultura, política y organización de los sistemas de salud y tendieron a adoptar los modelos diseminados por los organismos internacionales de asistencia financiera, se ligaron principalmente a los procesos de ajuste macroeconómico, reducción del tamaño y

GRÁFICO 4
AYUDA PARA LA SALUD, PROMEDIO QUINQUENAL MOVIL*
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1975-1996



* Se refiere a compromisos de asistencia oficial para el desarrollo bilateral y multilateral para la salud (excluidos los presupuestos de las Naciones Unidas y la Comisión Europea). Los promedios nivelan la desigualdad de los compromisos y con ello permiten identificar mejor las tendencias subyacentes

Fuente: OPS, OMS, 2002.



rol del Estado y desregulación de los mercados que ocurrían en el mundo. En consecuencia, se centraron en cambios gerenciales y financieros, particularmente en relación con la descentralización, la separación de funciones y la autonomía hospitalaria, sin poner énfasis en la articulación y sinergia de los cambios en las funciones de los sistemas y en su complejas interrelaciones.

De este modo se orientaron al desarrollo de una agenda regional centrada en el logro de mayor equidad, eficiencia y calidad en la entrega de servicios de salud a través de la contención de costos, la mejoría de la eficiencia en la asignación de recursos, la descentralización y la incorporación del sector privado en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud, dejando los temas de la esfera sanitaria relegados a un segundo plano.

No obstante, dichas reformas no fueron capaces de superar la segmentación, la fragmentación ni la inequidad al interior en los sistemas de salud y han tenido bajo impacto en las significativas diferencias existentes en los derechos garantizados, los niveles de gasto y el grado de acceso a los servicios entre los diversos segmentos de la población.

La creación de mercados de aseguramiento y provisión y la multiplicación de los agentes intermediadores en el proceso de entrega de servicios de salud, acentuaron la fragmentación de los sistemas generando elevados costos de transacción y profundizando la segmentación al interior del sistema, como en los casos de Chile y Colombia (Fleury, 2001).

La introducción de la lógica de mercado en todas las esferas del sistema generó en muchos países un considerable deterioro en las funciones de salud pública y promovió en la práctica un énfasis en lo curativo a pesar de un discurso que prioriza lo preventivo, in-

crementando los costos globales. En un escenario regional en que el gasto público en salud promedio es del 3,2% del PIB, este mayor costo ha sido asumido por las familias y el gasto de bolsillo se ha convertido en muchos países en la principal fuente de financiamiento en salud, hasta llegar a constituir más del 50% del gasto total en países como Paraguay y República Dominicana y alcanzando una cifra promedio de 39,3% del gasto total en toda la región (Iunes, 2001).

Este gasto de bolsillo es además de carácter regresivo, ya que son los hogares más pobres de la población los que invierten de manera proporcional más de su presupuesto en este tipo de gasto. En República Dominicana, 43% del gasto total en salud del segmento más pobre de la población (que corresponde a 40% de la población total) es gasto de bolsillo, en tanto éste representa sólo 13% del total del gasto en salud del 5% más rico de la población (OPS/OMS, 2002). En Ecuador, los tres deciles más pobres (1, 2 y 3) de la población tienen un gasto de bolsillo del 39,8, 22,4 y 17,6% de su ingreso total respectivamente, en tanto el gasto de bolsillo promedio para la población total es de 10,5% del ingreso (OPS/OMS, 2002). Las diferencias del gasto de bolsillo mensual en salud de los hogares por quintiles de ingreso son aún más profundas en Argentina; mientras el gasto de bolsillo constituye 18% del ingreso total mensual para la población que se encuentra en el quintil 5, este gasto representa 46% del ingreso total de los hogares para el primer quintil (Indec, 1996-1997).

La creación de esquemas de cobro a los usuarios en la forma de “cuotas de recuperación”, *user fees* y otras modalidades, fue otro instrumento que se introdujo como parte de las reformas en diversos países de la región. En México, una evaluación del cobro de cuotas a los usuarios de servicios hospitalarios públicos a partir de la creación del



Sistema nacional de cuotas de recuperación (SNCR) en 1984, no encontró evidencia de que el pago de cuotas hubiera incrementado la eficiencia ni la calidad, aunque sí aumentó la disponibilidad de medicamentos e insumos. El estudio encontró además una tendencia a cobrar más de lo establecido en las tablas de tabulación; la transformación de cuotas diferenciadas por nivel de ingresos en cuotas indiscriminadas; y el uso de una proporción de éstas para incrementar el salario de los proveedores, lo cual constituye un subsidio de los pobres hacia los profesionales de la salud difícil de justificar (Homedes y Ugalde, 2002).

La descentralización por su parte fue percibida en muchos países como la solución a los problemas de gestión de los servicios de salud y el mecanismo a través del cual los gobiernos centrales podían deshacerse del problema y traspasarlo a los gobiernos locales. En escenarios en que los gobiernos subnacionales no contaban con los recursos humanos, políticos y financieros que les permitieran asumir con éxito esta tarea, la descentralización se tradujo en muchos casos en un deterioro de la conducción al interior del sistema y en una notable falta de regulación en aspectos centrales como la calidad de los servicios y los mecanismos de pago, generando barreras locales de acceso determinadas por la discriminación, la mala asignación local de recursos y cobros arbitrarios a los usuarios en el punto de servicio.

En México y Bolivia, la descentralización ha incrementado las desigualdades urbano-rurales ya existentes al concentrar servicios en las poblaciones urbanas, que tienen mayor capacidad de presión política sobre los gobiernos locales (Homedes y Ugalde, 2002). En Bolivia, el proceso de descentralización generó serios problemas de coordinación y gobernabilidad en el nivel municipal y, a pe-

sar de que el país muestra una mejoría en los indicadores de mortalidad materna e infantil, no se ha logrado reducir la inequidad geográfica en estos indicadores: del total de 314 municipios, 189 (60,2%) presentan una tasa de mortalidad materna mayor que 300 por 100 mil, en tanto 90 de ellos (28,7%) tienen una tasa menor que 199 por 100 mil (Ministerio de Salud de Bolivia/PNUD Bolivia, 2003).

En Venezuela, el proceso de descentralización no ha llegado a completarse y en el sistema público actual existen múltiples autoridades con mandatos divergentes, sin adecuados sistemas de control y rendición de cuentas (Jaén, 2001) y en Ecuador, en tanto, se buscan en la actualidad mecanismos para fortalecer la rectoría al interior del sistema y enfrentar las dificultades de gestión local (OPS/OMS, 2002).

Dado que los problemas de inequidad se mantienen o se han profundizado, no se ha logrado contener costos en la mayoría de los casos y no está demostrado que haya mejorado la eficiencia ni la calidad en la entrega de servicios de salud, es claro que se requiere de un marco analítico que vaya más allá de la lógica puramente financiera para abordar los actuales problemas de salud.

3. Un nuevo marco analítico: el combate a la exclusión en salud

Como ya lo han planteado otros autores (Bessis, 1995; Banco Mundial y Flacso, 2000; Bhalla y Lapeyre, 1999; Jordan, 1996; Homedes y Ugalde, 2002), la pregunta clave parece ser cómo generar políticas de salud que favorezcan la inclusión de los grupos excluidos. Sin embargo este dilema no se encuentra aún en el discurso público en la región y en la actualidad el combate a la exclusión en salud no forma parte de la agen-



da político-social de los países, a pesar de su importancia como fenómeno social y como problema de políticas públicas.

Si se entiende exclusión en salud como “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan”, se puede observar que este concepto tiene que ver con la pobreza, la inequidad y la exclusión social, pero no puede ser totalmente explicada por ninguno de estos factores. En términos conceptuales, la característica principal de la pobreza es la privación, mientras que la exclusión se asocia a la ausencia de membresía o pertenencia a una red social, a un grupo o a una institución. La pobreza genera exclusión en salud y ésta exacerba la situación. Sin embargo, la pobreza no siempre implica exclusión. Aún más, no siempre es un buen indicador de exclusión. Las personas pueden ser pobres y no estar excluidas de la satisfacción de ciertas necesidades básicas y, al revés, pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos, como aislamiento geográfico o cultural (Rosemberg y Anderson, 2000).

En cuanto a la inequidad, se ha demostrado que ésta es una causa importante de mala salud y muerte prematura de las personas que forman parte de los grupos vulnerables de la sociedad y contribuye de manera importante a explicar la diferencia en los resultados de salud entre pobres y ricos. Se entiende inequidad como la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades y que se expresan, en el caso de este sector, en diferencias injustas y evitables en los resultados entre diversos grupos al interior de los países y entre países (Whitehead, 1992, p. 429-445). La inequidad genera exclusión en salud. No obstante, la exclusión puede deberse a causas que no se relacionan con la

inequidad, tales como las barreras de ingreso de los trabajadores informales a los regímenes tradicionales de seguro social dadas por su situación laboral o las culturales que dejan fuera del sistema a millones de personas que no hablan el idioma en el cual se proveen los servicios.

De este modo en los países americanos la exclusión en salud aparece asociada a diversas condiciones como la pobreza, la inequidad, la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género) y otras formas de exclusión social; patrones culturales, incluyendo el idioma; la informalidad en el empleo, el subempleo y el desempleo; el aislamiento geográfico; y un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios de salud.

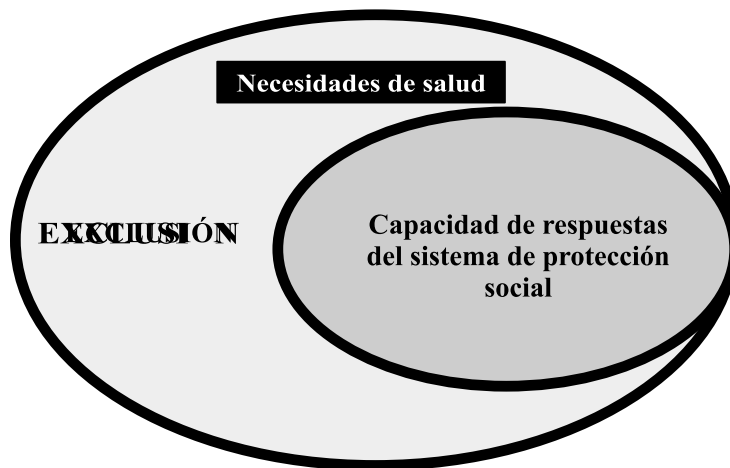
En un escenario de grandes fluctuaciones económicas y de creciente inestabilidad laboral, las dificultades de los sistemas de salud y de seguridad social para enfrentar de manera adecuada las condiciones mencionadas y la falta de una red de apoyo provista por el Estado, configuran una situación de desamparo de la cual los afectados no pueden salir sin medidas de apoyo del resto de la sociedad. Esta situación es la exclusión en salud.

El fenómeno de la exclusión en salud tiene lugar, en la interfase que se produce entre las necesidades –percibidas y no percibidas¹– de salud de las personas y la capacidad de respuesta del Sistema de protección en sa-

1 Las necesidades de salud se definen como “necesidades percibidas” si es que corresponden a aquellas que se expresan en demanda espontánea por bienes o servicios de salud o como “necesidades no percibidas” si es que no se expresan en demanda espontánea por bienes o servicios y corresponden a definiciones de la autoridad sanitaria. En general, las necesidades percibidas se asocian a los bienes asegurables y las necesidades no percibidas a los bienes públicos.

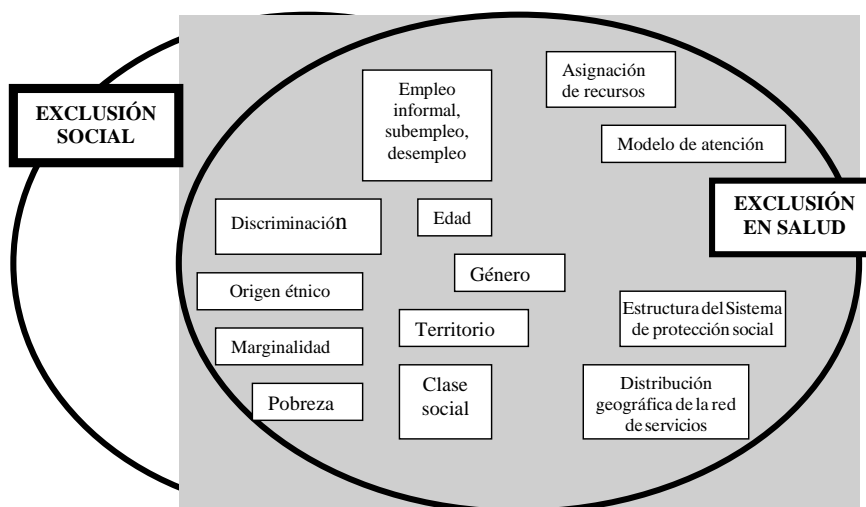


GRÁFICO 5
INTERFASE NECESIDADES DE SALUD DE LAS PERSONAS - CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA



Fuente: Diseño de los investigadores.

GRÁFICO 6
RELACIÓN ENTRE EXCLUSIÓN SOCIAL Y EXCLUSIÓN EN SALUD



lud² frente a esas necesidades, como se representa en el Gráfico 5.

Respecto a la asociación entre exclusión social y exclusión en salud, en muchos ámbitos se considera ésta como una componente de la primera. Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no necesariamente se asocian a la pérdida de integración o membresía, rasgo característico de la exclusión social, sino que tienen que ver con variables más propias del sector salud, como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios.

El concepto de exclusión en salud integra las nociones de pobreza, inequidad y exclusión social, en un marco que contribuye a explicar la interacción de estas variables en la situación resultante (OPS/OMS, 2003; Iunes, 2001) y se puede representar en el Gráfico 6.

La exclusión en salud es un fenómeno complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de ellos y cuyas causas se extienden más allá del accionar propio del sector. Existen tres elementos en su naturaleza que dan cuenta de su complejidad:

- i) Es un fenómeno *multicausal*, es decir, existen múltiples fuentes de generación de exclusión (pobreza, discriminación cultural, de género y de restricciones en la oferta de servicios, entre otros) que interactúan entre ellas, produciendo di-

ferentes niveles o intensidades de exclusión en salud en la población de un país.

- ii) Es un fenómeno *heterogéneo y geográfico (territorial)*, es decir, tiende a afectar de manera diferenciada a los individuos u hogares tanto a un nivel intra como interregional, determinando la existencia de gradientes importantes en la situación de exclusión en salud entre países y al interior de ellos. De este modo, se pueden observar grupos de población totalmente excluidos de las atenciones que entrega el sistema en su conjunto y, con más frecuencia, grupos de población que cuentan con acceso parcial a ciertos servicios de salud en ciertos períodos de tiempo pero no tienen acceso a ellos de manera estable y no pueden acceder tampoco a otras atenciones de salud que demandan y necesitan.
- iii) Es un fenómeno *dinámico*, es decir, afecta a la población de manera variable en el tiempo, requiriéndose revisiones continuas de la caracterización de la población, según su condición de acceso a los sistemas de salud y de mediciones sucesivas en el tiempo.

La complejidad del fenómeno se exagera con el comportamiento de autoexclusión de algunos individuos que eligen no utilizar los servicios disponibles por barreras idiomáticas por miedo a la discriminación o al mal trato, por mala calidad e la atención, o porque simplemente consideran que sus problemas específicos de salud no serán resueltos de este modo.

Entre 2001 y 2003 la OPS/OMS desarrolló y validó un instrumento metodológico que permite caracterizar y medir la exclusión en salud, sobre la base de un análisis jerárquico destinado a identificar las causas de la exclusión mediante elementos cualitativos y cuantitativos (OPS/OMS, 2001). Dicho instrumento se ha aplicado ya en seis países de

2 En este contexto, se entiende “sistema de protección de salud” como el conjunto de instituciones orientadas a proteger la salud y a atender las necesidades de salud de las personas tanto desde la perspectiva de la provisión de servicios como del aseguramiento, incluyendo el sector público liderado tradicionalmente por el Ministerio de Salud; la seguridad social; el sector privado con y sin fines de lucro, y las organizaciones de base comunitaria



la región³ y se encuentra en uso en otros tres en la actualidad⁴.

El resultado de los estudios de caracterización de la exclusión en salud realizados con esta metodología, ha aportado insumos importantes para el proceso de elaboración de políticas en estos países. De acuerdo con estos estudios, las principales causas de exclusión varían entre los países pero en general tienen que ver con la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores internos de la estructura y organización de los sistemas de salud como la segmentación, la fragmentación y la falta de regulaciones adecuadas (OPS/OMS, 2003; Iunes, 2001). Esta situación implica serios problemas de equidad y derechos humanos. En al menos cuatro de los seis países estudiados, la discriminación étnica aparece como un factor importante de exclusión en salud (OPS/OMS, 2003; Iunes, 2001).

De acuerdo con la misma fuente, entre 47% y 54% de la población con alto riesgo de exclusión en salud en estos países se ubica en el rango de edad de 18-65 años, lo cual es consistente con lo que muestran otros estudios en relación con el alto costo de oportunidad y el costo económico de reportarse enfermo para una población sin empleo estable, que se mueve en niveles de subsistencia y por tanto se halla incentivada a contener la demanda por servicios de salud (OPS, Ministerio de Salud de Perú, 1997; Madueño, 2002). Además de las dimensiones éticas del problema, este hecho puede tener consecuencias importantes sobre las condiciones generales de desarrollo de los países, porque afecta al sector de la población que se encuentra en edad productiva.

3 Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana.

4 Bolivia, El Salvador y el Distrito Federal de México.

99



Nº 5 DICIEMBRE DE 2003

4. El desafío: diseñar estrategias adecuadas de extensión de la protección social en salud

Se propone abordar las estrategias de extensión de la protección social en salud en función de su capacidad para eliminar la exclusión en salud, entendiendo Extensión de la protección social en salud (EPSS) como el conjunto de intervenciones públicas destinadas a eliminar la exclusión en salud y reducir las inequidades en el acceso a los servicios, bienes y oportunidades en salud, así como a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos adversos personales (como las enfermedades o el desempleo) o generales (como los desastres naturales). Esta definición incluye no sólo estrategias para incluir a los excluidos totalmente del sistema, sino también las destinadas a mejorar las condiciones de acceso a la atención para aquellos que, a pesar de estar cubiertos por algún mecanismo de protección, lo están en forma incompleta o inadecuada. Por tanto se trata de un conjunto amplio de iniciativas coherentes y sinérgicas destinadas a incrementar la equidad en el acceso, la utilización de servicios y la participación en el financiamiento, como se representa en el Gráfico 7.

Dichas estrategias se sustentan en “la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud a través del acceso a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo” (OPS/OMS, 2002). En este contexto, el desarrollo de políticas y estrategias orientadas a extender la protección social en salud se fortalece con un abordaje analítico-operacional basado en los siguientes pasos:

GRÁFICO 7
EPSS: SINERGIA DE ESTRATEGIAS Y MECANISMOS



Fuente: Diseño de los autores.

- i) Conocer las causas de la exclusión en salud
- ii) Comprender los factores que la perpetúan
- iii) Identificar las alternativas destinadas a mejorar la protección en salud para los grupos excluidos que sean más adecuadas dadas las condiciones particulares del país o territorio
- iv) Identificar los grupos de interés involucrados en la puesta en marcha de dichas alternativas
- v) Definir, planificar intervenciones.

ticipación local en la administración del sistema, reducir barreras financieras y culturales de acceso a las atenciones de salud y mejorar la cobertura de salud para los grupos vulnerables (Madies, Chiarveti y Chornoy, 2000). El éxito de su puesta en marcha ha dependido de múltiples factores como las características propias del país o lugar, las condiciones políticas, económicas y sociales imperantes, el periodo de puesta en marcha, el monto de recursos invertido, el liderazgo de los encargados del proceso y el poder de los grupos de actores involucrados, ya sea a favor o en contra de dichas estrategias.

5. Análisis de estrategias adelantadas

Aun cuando en América Latina y el Caribe no se han desarrollado estrategias destinadas explícitamente a eliminar la exclusión en salud, sí se han adoptado medidas destinadas a mejorar la eficiencia y la productividad en la provisión de servicios, aumentar la par-

En el proceso de diseño y formulación de estrategias de EPSS es importante conocer qué ocurrió con aquellas estrategias adoptadas con anterioridad: si fueron o no exitosas en el cumplimiento de su objetivo original; si hubo cambio de objetivos durante el proceso; si la estrategia original se preservó o cambió en el tiempo en función de cambios de escenario económico, político y

social, y, de manera importante, cuáles grupos de la sociedad fueron beneficiados.

ii) ¿Con qué fin se puso en marcha?

iii) ¿Qué ocurrió con ella?

Este análisis se puede enriquecer si además se evalúa el impacto que las estrategias han tenido sobre la situación de exclusión en salud. De este modo, la evaluación de estrategias adelantadas adquiere importancia no sólo porque provee información acerca de su evolución y el cumplimiento de sus objetivos y metas, sino también porque se convierte en un insumo para el rediseño e identificación de mejores prácticas para reducir la exclusión en salud en el tiempo presente.

5.1.2 Análisis de las condiciones específicas

Es importante conocer en qué condiciones se realizó el diseño y puesta en marcha de la estrategia analizada. En particular, es necesario conocer:

i) El contexto político (acuerdos de paz, gobernabilidad, estabilidad de autoridades de gobierno e instituciones, carácter democrático-autoritario del gobierno, etcétera).

ii) La situación económica (situación general del país, PIB, porcentaje del PIB destinado al gasto en salud, magnitud del gasto público en salud, magnitud del gasto de bolsillo, etcétera).

iii) El entorno social: estabilidad/inestabilidad social, existencia de fenómenos de exclusión social-exclusión en salud-marginalidad-pobreza-inequidad y su importancia en la vida del país o territorio.

vi) Características de la población objetivo de la estrategia: estructura demográfica, perfil epidemiológico, ubicación geográfica, características culturales, etcétera.

5.1 Elementos para el análisis de estrategias

5.1.1 Identificación de la estrategia a analizar

Como primer paso es necesario identificar la estrategia (Cuadro 3): conocer su nombre, sus objetivos originales, periodo y lugar de aplicación, montos involucrados en su aplicación y evolución, es decir, si se desarrolló de acuerdo con lo planificado; si hubo cambio de objetivos durante su puesta en marcha; si se canceló antes de terminar el proceso. El objetivo de este análisis es responder a las siguientes preguntas:

i) ¿Cuál fue la estrategia puesta en marcha?

CUADRO 3

IDENTIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN SUS PARÁMETROS BÁSICOS

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> i) Nombre ii) Objetivo declarado (objetivo con el cual se adelantó la estrategia) iii) Periodo de puesta en marcha: fecha de inicio - fecha de terminación iv) Población objetivo v) Destino: ¿evoluciona de acuerdo con lo planeado o tuvo otro destino? vi) Resultado: ¿logró los resultados esperados definidos en un comienzo? |
|---|

Fuente: Diseño de los investigadores.



5.1.3 Análisis de actores

La experiencia demuestra que el éxito de los procesos de cambio en salud depende en mucho del apoyo de los grupos de actores mayoritarios o dominantes del sector salud y de la comunidad donde se producen y que su sostenibilidad en el tiempo depende del grado de aceptabilidad que logren estos procesos entre los directamente afectados por ellos. De lo anterior se desprende que para comprender la evolu-

ción de las estrategias adelantadas, es fundamental identificar los grupos de actores que participaron en su proceso de definición y aplicación. El análisis de actores debería formar parte cotidiana del análisis, formulación y diseño de estrategias en salud. Existen diversas metodologías para hacer análisis estratégico de actores (OPS/OMS, 2001; PHR project, 2000; Reich y Cooper, 1996; Godet, 2001)⁵. Los pasos básicos a seguir son los que se encuentran resumidos en el Cuadro 4.

CUADRO 4
ELEMENTOS BÁSICOS PARA EL ANÁLISIS DE ACTORES

Fase	Objetivo
1. Identificación de actores	Identificar a los actores afectados directa o indirectamente por los cambios de reglas, incentivos y flujos futuros de costos y beneficios económicos que implica la estrategia
2. Análisis estratégico de actores: grado de poder	Analizar la capacidad de movilización social y de recursos de los actores en relación con la puesta en marcha de la estrategia
3. Análisis estratégico de actores: posición	Analizar la posición de los actores en relación con la estrategia: a favor-neutral-en contra, de acuerdo con los costos y beneficios que la estrategia les acarrea y a la compatibilidad de los objetivos de la estrategia con sus intereses, motivaciones y aspiraciones
4. Análisis estratégico de actores: alianzas y conflictos	Analizar las relaciones entre actores, sus grados de alianza y conflictos, las relaciones de fuerza entre ellos y la formación de coaliciones en torno a la estrategia o a otros intereses comunes que puedan afectarla
4. Mapa de actores	Construir una matriz con la información acerca de los actores: quiénes son, su grado de poder, su posición en relación con la estrategia y las posibles oportunidades y amenazas que esto implica para su desarrollo.

Fuente: Jaén y Paravisini, 2000.

5 Para una presentación detallada de análisis de actores, véase: i) *Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud*, Anexo 2, OPS-OMS 2001; ii) «*Stakeholder analysis guidelines/SAG*» (toolkit) elaborado como parte del proyecto «Partnership for Health reform project-PHR, 2000, Abt. Associates Inc., en: *Strengthening Health policy*



5.1.4 Análisis empírico de la estrategia adelantada

El objetivo de este análisis es conocer si la estrategia tuvo impacto sobre la situación de exclusión en salud, para lo cual se intenta responder a las siguientes preguntas: i) ¿hubo cambios en algún(os) indicador(es) de exclusión en salud después de la puesta en marcha de la estrategia? y, ii) en el caso de que sí se hubieran producido cambios en algún(os) indicador (es) de exclusión en salud luego de adoptada la estrategia ¿se debieron o no estos cambios a la estrategia adelantada?

Para realizar el análisis empírico es necesario partir de la construcción de un modelo que identifique las variables dependientes e independientes con base en la caracterización de la exclusión en salud, donde la variable dependiente será la exclusión y las independientes las causas identificadas. A su vez, las variables dependientes e independientes, serán la base para la identificación de los indicadores con los cuales se realizarán las mediciones.

Dependiendo de las variables identificadas, de los indicadores que las miden y de la información de la cual se dispone, el análisis empírico puede consistir en:

- Análisis de series de tiempo, mediante regresiones instrumentales, que incluyan variables dicotómicas indicando el período en el cual se puso en marcha la política. Para realizar este tipo de análisis, se requiere contar con una serie de tiempo para

cada indicador y conocer el momento de implantación de la estrategia.

- Análisis multifactorial, mediante regresiones lineales de modelos multivariados.

En el *análisis de series de tiempo*, la variable dependiente será la exclusión en salud y se medirá a través de un indicador identificado y disponible. Las variables independientes son dos:

- i) El tiempo medido por un contador del número de años de la serie
- ii) La puesta en marcha del programa medida por una variable “dummy” con valores de “0” en los años anteriores a la puesta en marcha y valores de “1” en los años de su desarrollo.

Los resultados de la regresión instrumental permiten analizar, en primer lugar, si la variable dependiente (el indicador de exclusión en salud) mostró una tendencia ascendente o descendente a lo largo de los años: si el signo del coeficiente de la variable tiempo es positivo significa que la variable dependiente mostró una tendencia ascendente, y si es negativo, descendió.

En segundo lugar, la regresión instrumental muestra si la puesta en marcha de la estrategia, medida por la variable “dummy”, tuvo efectos sobre el comportamiento del indicador de exclusión en salud, es decir, muestra si hubo un cambio en la pendiente de dicha variable luego de la intervención. Si la probabilidad del coeficiente de la variable “dummy” es menor de 0.05 esto indica que la exclusión en salud experimentó cambios luego del desarrollo de la estrategia; si por el contrario, es mayor de 0.05, esto indica que la aplicación de la estrategia no generó cambios en la exclusión en salud, medida a través de dichos indicadores.

Este tipo de análisis muestra el comportamiento de la exclusión en salud antes y des-

reform in Latin America: an introduction to the toolkit and the policy process, Capítulo 1: Stakeholder analysis guidelines/SAG (Toolkit) Bethesda, MD. Mimeo, y en: ii) www.phrprojet.com; iii) «Policy-maker», software desarrollado por Reich y Cooper, de la Universidad de Harvard, 1996. iv) *Creating futures. Scenario planning as a strategic management tool* de Michael Godet. Economica, 2001.



pués de la puesta en marcha de la estrategia y el efecto que ésta tuvo sobre la situación de exclusión en salud medida por el indicador escogido, sin considerar otros factores asociados a la exclusión.

El *análisis multifactorial* incorporar en cambio los factores asociados con la exclusión y proporciona una evaluación más completa y coherente con el carácter multicausal de la misma. En este caso, un buen modelo a utilizar es un análisis cuasi-experimental de serie cronológica (Campbell y Stanley, 1966), cuya unidad de análisis serán los años y en el cual se incluirán los múltiples factores asociados a la exclusión en salud, junto con una variable “dummy” que mida la presencia de la estrategia puesta en marcha.

Este tipo de análisis permite medir el comportamiento de la exclusión en salud antes y después de la puesta en marcha de la estrategia, tomando en cuenta los factores asociados a la exclusión.

El Cuadro 5 resume el proceso de análisis de estrategias en función de su impacto sobre la situación de exclusión en salud. El punto de partida es la caracterización de la exclusión a través de indicadores en función de sus causas y determinantes. El análisis incorpora, para cada par causa/indicador, las estrategias orientadas a abordar la causa y la posible modificación del correspondiente indicador.

Un esquema que resume los pasos del análisis de estrategias en función de su impacto sobre la situación de exclusión en salud, se puede observar en el Gráfico 8.

5.2 La relación entre la caracterización de la exclusión en salud y la formulación de estrategias de EPSS

La importancia de entender el perfil y los determinantes de la exclusión en salud en

cada país se ve subrayada por la enorme variación en los indicadores de exclusión y salud en países con niveles similares de desarrollo (OPS/OMS, 2003).

En general, en la mayoría de los países no se conocen bien las características y los factores determinantes de exclusión en salud de sus poblaciones, menos aún los vínculos entre diversas intervenciones públicas y sus repercusiones en el acceso y el derecho a la salud. Una buena caracterización de la exclusión permitirá conocer la situación e identificar las estrategias de extensión de la protección en salud más pertinentes de acuerdo con las principales causas de exclusión. A partir de ello, se puede realizar una priorización de acuerdo con los recursos disponibles y movilizables, a las políticas generales y objetivos sanitarios del país y a las condiciones políticas, sociales y económicas imperantes en un determinado periodo de tiempo.

En el Cuadro 6 se puede observar un ejemplo de construcción de una matriz de las causas de exclusión en salud y estrategias de protección en salud destinadas a resolverlas.

5.3 Identificación del mejor conjunto de opciones de EPSS en condiciones específicas

Como se ha mencionado, la definición de las estrategias más adecuadas de extensión de la protección social en salud en cada caso dependerá de las características particulares del país/unidad subnacional en un periodo de tiempo determinado. Por tanto, se trata de identificar el mejor conjunto posible de opciones dadas ciertas condiciones estructurales y coyunturales específicas que es necesario conocer. La caracterización de la exclusión en salud y el análisis de estrategias adelantadas son instrumentos poderosos para conocer dichas condiciones.

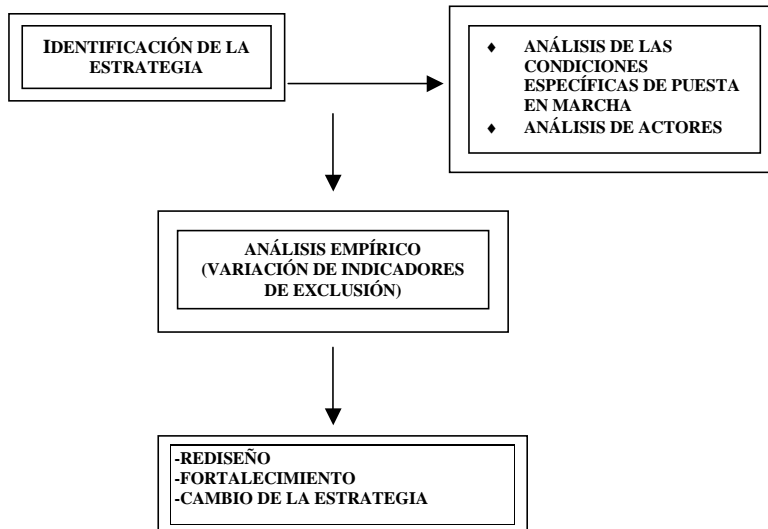


CUADRO 5
ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS PUESTAS EN MARCHA

Caracterización de la exclusión en salud	Indicador		Estrategia desarrollada	Variación del indicador
	Tipo	Valor		
Barreras económicas				
Barreras geográficas				
Barreras culturales				
Déficit de infraestructura de los servicios de salud				
Calidad de prestación de los servicios				
Información y reconocimiento de los derechos a la salud y la vida				
Fragmentación y segmentación del sistema				

Fuente: Diseño de los investigadores.

GRÁFICO 8
ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS PUESTAS EN MARCHA DE ACUERDO
CON SU IMPACTO SOBRE LA EXCLUSIÓN EN SALUD*



* Resume los pasos del análisis de estrategias en función de su impacto sobre la situación de exclusión en salud.

Fuente: Diseño de los investigadores.



CUADRO 6
MATRIZ DE ASOCIACIÓN ENTRE CAUSAS DE EXCLUSIÓN EN SALUD
Y ESTRATEGIAS PARA REDUCIRLA

Causas de exclusión en salud	Estrategias para reducir la exclusión en salud
Barreras económicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gratuidad de los servicios de salud 2. Eliminación del pago directo (gasto de bolsillo) en los establecimientos de salud y para la compra de medicamentos 3. Extensión del seguro social 4. Creación de seguros públicos 5. Promoción de esquemas de medicina prepagada 6. Eliminación de subsidios cruzados de los pobres hacia los otros segmentos de la población 7. Identificación de fuentes alternativas de financiamiento 8. Aumento del gasto público en salud 9. Distribución progresiva del gasto público en salud (en los quintiles más pobres de la población)
Barreras geográficas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliación de la cobertura hacia zonas rurales y dispersas 2. Acercamiento de los servicios hacia zonas urbanas de difícil acceso 3. Reorganización de los servicios de salud por territorios en función de las necesidades y condiciones geográficas 4. Fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia 5. Mejora de vías y medios de transporte en zonas de difícil acceso.
Barreras culturales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incorporación de diversos idiomas en la provisión de servicios 2. Incorporación de aspectos de distintas culturas en la atención de salud
Déficit de infraestructura de servicios de salud o que afectan la salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de la atención primaria 2. Adecuación del modelo de atención a las necesidades de la población 3. Programas específicos orientados a la reducción de listas de espera 4. Mejoras en los recursos físicos-equipamiento de los establecimientos de salud 5. Fortalecimiento, entrenamiento - capacitación del personal 6. Instalación de sistemas de saneamiento básico y agua potable
Calidad de la prestación de los servicios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de estándares de calidad para la prestación de servicios 2. Mecanismos de acreditación y supervisión de establecimientos, servicios y proveedores
Fallas en la asignación y gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de bienes-servicios de salud o que afectan la salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejoría de la gestión y asignación de recursos a escala nacional, subnacional y local 2. Controles de inventario adecuados 3. Adecuado sistema de distribución de medicamentos, insumos y equipamiento 4. Adecuación del stock de medicamentos e insumos a las necesidades reales de la población objetivo 5. Compras por volumen mediante sistemas transparentes 6. Adopción de sistemas adecuados de recolección de basura
Información y reconocimiento de los derechos y responsabilidades ciudadanas a la salud y a la vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento del derecho a la salud en los instrumentos legales (Constitución, leyes) 2. Promoción de espacios públicos de información del derecho a la salud 3. Promoción de espacios de participación de la comunidad en la toma de decisiones de salud y control social sobre la gestión local 4. Acciones intersectoriales para la educación e información en salud 5. Cartas de derechos-responsabilidades en salud 6. Creación de unidades de reclamo en los establecimientos
Fragmentación y segmentación del sistema	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambio en el marco institucional y en la estructura del sistema orientado hacia la unificación 2. Fortalecimiento de la rectoría para todo el sistema, definición de los ámbitos de autoridad y de quién la ejerce 3. Fortalecimiento de mecanismos de coordinación institucional e integración operacional 4. Establecimiento de mecanismos de regulación de las relaciones entre distintas agencias-instituciones del sector en relación con el flujo de usuarios (mecanismos de referencia y contrarreferencia) y la organización de redes funcionales de servicios 5. Planificación y programación integradas 6. Establecimiento de un conjunto de prestaciones, bienes y servicios a ser garantizado para todos los ciudadanos por parte de todos los aseguradores y proveedores tanto públicos como privados del sistema.

Fuente: Diseño de los investigadores.

29



CUADRO 7
PASOS A SEGUIR EN LA IDENTIFICACIÓN DE OPCIONES DE EPSS

1. Análisis de la compatibilidad entre cada estrategia posible y la caracterización de la exclusión en lo referido a sus causas, magnitud y ubicación territorial
2. Análisis de consistencia entre cada estrategia posible y el escenario (condiciones estructurales y coyunturales específicas), incluyendo un análisis de actores
3. Identificación de la pertinencia técnica, la sostenibilidad financiera y la capacidad de movilización de recursos de cada estrategia posible
4. Identificación de la viabilidad política de cada estrategia posible y de la capacidad de la propia estrategia de movilizar recursos de poder y generar una coalición sociopolítica de sustentación
5. Identificación del ámbito de intervención de cada estrategia posible. Para estos fines, se definen tres ámbitos de intervención:
 - a. Abogacía (promoción de derechos en salud, recolección y disseminación de información, etcétera)
 - b. Mecanismos que permiten/promueven la participación social en el funcionamiento del sistema (comités de usuarios; consejos de desarrollo local de salud, etcétera)
 - c. Mecanismos que hacen efectivo el acceso (cambios en el modelo de atención; incentivos económicos; cambios en el marco regulatorio, etcétera).
Idealmente el conjunto de las estrategias más adecuadas debe contener aquellas que operen en todos estos niveles, *sin descuidar* el tercer nivel (mecanismos que hacen efectivo el acceso)
6. Análisis del grado de coherencia entre cada estrategia posible y las políticas sociales, económicas y de salud vigentes
7. Análisis del grado de coherencia al interior del conjunto de estrategias posibles: identificación de la existencia de sinergia-neutralidad-antagonismo y compatibilidad en el tiempo entre las estrategias posibles
8. Identificación de las capacidades institucionales, organizacionales y humanas disponibles y de su coherencia con las capacidades requeridas para poner en marcha cada estrategia posible
9. Priorización de cada estrategia en función de las restricciones políticas-económicas-financieras actuales y previstas para el corto y mediano plazos y en función de poder movilizador de la propia estrategia para superar esas restricciones
10. Obtención del mejor conjunto posible de opciones de EPSS para las condiciones específicas dadas.

Fuente: Diseño de los investigadores.



Sin embargo se requiere de pasos analíticos adicionales que, en conjunto, permitirán descartar las opciones no viables. Una sistematización de los pasos que se consideran esenciales para la formulación de estrategias de EPSS se describe en el Cuadro 7.

Este abordaje es necesariamente multisectorial y multidisciplinario y permite sumar diversas modalidades de intervención en los ámbitos económico y de políticas sociales, de modo que las acciones desarrolladas sean congruentes y se refuercen entre ellas.

A modo de conclusión

La situación de exclusión en salud en la que se encuentran millones de habitantes de América Latina y el Caribe plantea la necesidad de cambios estructurales en la organización, gestión de salud y modo de financiamiento de los sistemas destinados a protegerla. Esto requiere no sólo de una voluntad política sólida, sino más que nada, de una clara visión de la situación y de los pasos a seguir para formular estrategias que sean viables y tengan sentido en el escenario específico del país, y que además tengan capacidad de generar movilización de recursos económicos y políticos que incrementen sus propias condiciones de viabilidad y sostenibilidad.

Desde luego, las decisiones en cuanto a la mejor combinación de estrategias de protección de salud para la población de un país determinado deben ser decididas en el mismo país de acuerdo con sus valores, cultura, condiciones económicas, características demográficas y preferencias. Sin embargo, para que los países identifiquen las opciones disponibles, es necesario que dispongan del llamado “conocimiento social”, entendido como la información que permite hacer un diagnóstico acertado acerca de un problema social y prescribir estra-

tegias de solución (Jenson, 2004). Este trabajo pretende ser un aporte al conocimiento social y al desarrollo de la indispensable “inteligencia sanitaria”, de modo que estimulen la identificación de dichas alternativas y la generación de condiciones de viabilidad económica y política que permitan su puesta en marcha.

Bibliografía

- Banco Interamericano de Desarrollo, 2001. *Shielding the poor: social protection in the developing world*. Editado por Nora Lustig/IDB. Washington DC.
- Banco Interamericano de Desarrollo, 1996. “Progreso económico y social en América Latina”. Informe 1996. Tema especial “Cómo organizar con éxito los servicios sociales”. Washington DC.
- Banco Mundial-Flasco, 2000. *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe*. Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Washington DC.
- Bessis, Sophie, 1995. *De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde*. Unesco. París.
- Bhalla, A.S.; Lapeyre, Frederic, 1999. *Poverty and exclusion in a global world*. Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña.
- Campbell, Donald; Stanley, Julian, 1966. *Experimental and Quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Cepal, Unicef, Cesib, 2001. *Construir equidad desde la infancia y la adolescencia en Iberoamérica*.
- Díaz, Jorge; Bronfman, Mario, 2003. “La cooperación técnica internacional y los procesos de reforma del sector salud en América Latina”. En: resven.bizland.com/CTI%20y%20Reforma%20Angra.pdf
- Dunn, William, 1994. *Public Policy Analysis. An Introduction*. 2nd edition, Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- Fleury, Sonia, 2001. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. En: *Servicios de salud en América Latina y Asia*. Capítulo 1, p. 3-39. Indes-BID. Washington DC.
- Godet, Michael, 2001. *Creating futures. Scenario planning as a strategic management tool*. Economica.



- Homedes, Nuria; Ugalde, Antonio, 2002. "¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?". Documento presentado al VII Congreso Internacional del Clad sobre la reforma del Estado y de la administración pública. Lisboa, Portugal, 8-11 de octubre.
- Indec, 1996-1997. "Encuesta nacional de gasto de los hogares". Argentina.
- Iunes, Roberto, 2001. "Health sector organization/reorganization in Latin America and the Caribbean". En: *Health services in Latin America and Asia*, Indes-BID, Washington DC.
- Jaén, María Helena, 2001. *El sistema de salud de Venezuela: desafíos*. Ediciones Iesa. Caracas.
- Jaén, María Helena; Paravisini, Daniel, 2000. Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud. En: *Serie Política del Sector Salud N° 4*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS-OMS. Enero.
- Jenson, Jane, 2004. "Catching up to reality: building the case for a new social model". Canadian Policy Research Networks CPRN. Research report F/35. Enero.
- Jordan, Bill, 1996. *A theory of poverty and social exclusion*. Polity Press. Cambridge.
- Madies, Claudia.; Chiarveti, Silvia; Chornoy, Marina, 2000. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 8, nos. 1/2, p. 33-41
- Madueño, Miguel, 2002. *Perú: análisis de demanda y servicios de salud*. Documento técnico preparado para el Proyecto 2000-Minsa, Gobierno de Perú.
- Ministerio de Salud de Bolivia/PNUD Bolivia, 2003. *Gobernabilidad y salud en los municipios de Bolivia*. La Paz. Septiembre.
- Morley, Samuel A., 2001. *The income distribution problem in Latin America and the Caribbean*. CEPAL-ECLAC. Santiago de Chile.
- OPS/OMS-AsDI, 2003. "Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe". Serie *Extensión de la protección social en salud*. no. 1. Washington DC.
- OPS/OMS-AsDI, 2001-2003. "Estudios de caracterización de la exclusión en salud en Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana". www.lachsr.org
- OPS/OMS, 2002. Resolución CSP26.19. *Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo*. Washington DC. Septiembre.
- OPS/OMS, 2002. *La salud en las Américas*. v. I.
- OPS/OMS, 2001. *Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud*. Washington DC.
- OPS/OMS-Ministerio de Salud de Perú, 1997. "Equidad en la atención de salud, Perú, 1997".
- Reich; Cooper, 1996. "Policymaker", software. Universidad de Harvard.
- Rosemberg, Hernán; 2000. Andersson, Bernt, Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 8, nos. 1 y 2, julio-agosto.
- Sen, Amartya, 1999. *Development as freedom*. Alfred A. Knopf Editors. Nueva York.
- Vergara, Carlos, 2000. "El contexto de las reformas del sector salud". En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 8, nos. ½, julio-agosto.
- Wastgaff, Adam, 2002. "Poverty and health sector inequalities". *Bulletin of the World Health Organization*. WHO-Ginebra, no. 80, p. 97-105.
- Whitehead, Margaret, 1992. "The concepts and principles of equity and health". *International Journal of Health Services*. Londres, v. 22, no. 3, p. 429-445.

