

Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud¹

Eduardo Levcovitz², Cecilia Acuña³.

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

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.

¹ Preguntas, comentarios por favor enviarlos a acunamar@paho.org

² Jefe de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud del Área de Desarrollo Estratégico de Salud, OPS-OMS. Profesor Adjunto del Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

³ Coordinadora técnica del proyecto "Extensión de la protección social en salud" de OPS-OMS con la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI

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.

Resumen Ejecutivo

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 en salud 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 salud de manera adecuada, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Se estima que la realización de este ejercicio permitirá 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 en salud junto a los esquemas ya existentes.

Este trabajo pretende ser un aporte al conocimiento social que permitirá formular estrategias de protección en salud, 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.

1. El legado de una década de cambios

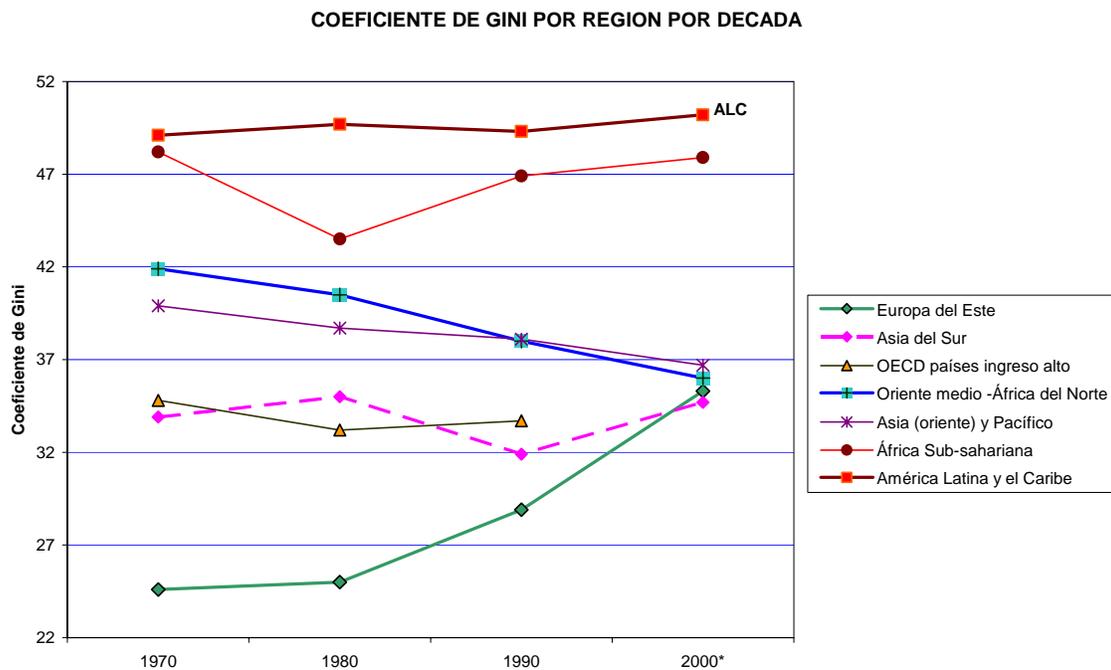
Luego de más de una década de iniciados los procesos de reforma en salud como parte de la agenda de ajuste macroeconómico que marcó los años '80s y '90s en la región, se asiste en muchos países a una ola de intensos cuestionamientos en relación a los logros de dichos procesos y en particular en torno 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 en el mundo, en particular del llamado “Estado de Bienestar” en los países de Europa Occidental. Las reformas económicas implementadas durante las décadas de los '80 y '90 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, “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.”⁴.

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.

⁴ Sophie Bessis “*De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde*”. UNESCO. París, 1995.

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 hogares entre 1980 y 1990 y las personas pobres aumentaron de 136 millones en 1980 a alrededor de 200 millones en 1990, siendo los nuevos pobres, en su mayoría, de origen urbano⁵. 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: la región de América Latina y El Caribe muestra la distribución más desigual del ingreso per cápita, como se puede observar en la figura 1 y , según algunos autores, ha sido así al menos desde la década del '60⁶.

Figura 1



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

* "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.

⁵ Carlos Vergara "El contexto de las reformas del sector salud", en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 1/2, Julio-Agosto 2000.

⁶ Samuel A. Morley "The income distribution problem in Latin America and the Caribbean" CEPAL-ECLAC Santiago de Chile, 2001

¿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 medicamentos⁷, 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 informal 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.

⁷ N. Homedes y A. Ugalde “¿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 2002.

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

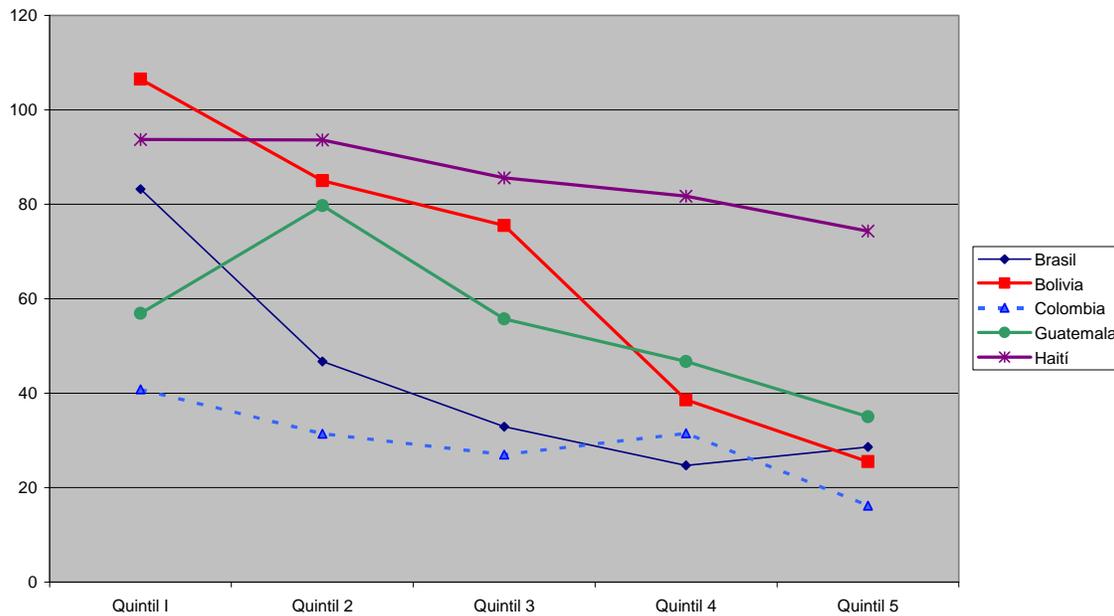
**Para todo el sistema incluyendo el subsector público, el seguro social y el subsector privado con y sin fines de lucro

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

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 de salud han experimentado en general una notable mejoría en la región de las Américas en los últimos 20 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 la figura 2.

Figura 2

DISTRIBUCION MORTALIDAD INFANTIL POR QUINTILES DE INGRESOS EN PAISES SELECCIONADOS - AMERICA LATINA, 1999



Fuente: OPS/OMS La Salud en las Américas- Volumen I – 2002

Sin embargo, la proporción de personas excluidas del acceso a la salud es mucho mayor de lo que debería esperarse para el nivel de ingresos, desarrollo social y tecnología disponible en la región⁸. 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 global 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 publicaciones⁹.

⁸ Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1996. Tema Especial “Cómo organizar con éxito los servicios sociales”. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC., 1996.

⁹ Ver por ejemplo “Exclusión en salud en países de América Latina y El Caribe” OPS-OMS, Washington DC., 2003, Capítulo 1 págs. 9-11 y Capítulo 2, págs. 18-20.; y Iunes, R. “Health sector organization/reorganization in Latin America and the Caribbean” en “Health services in Latin America and Asia”, Capítulo 7, págs. 221-240 INDES-BID, Washington DC, 2001.

Cuadro 2
BRECHAS EN ATENCION DE SALUD PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1995*

INDICADOR	OBSERVADO	ESPERADO
Mortalidad Infantil (menores de 5 años x 1.000 Nac. 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.

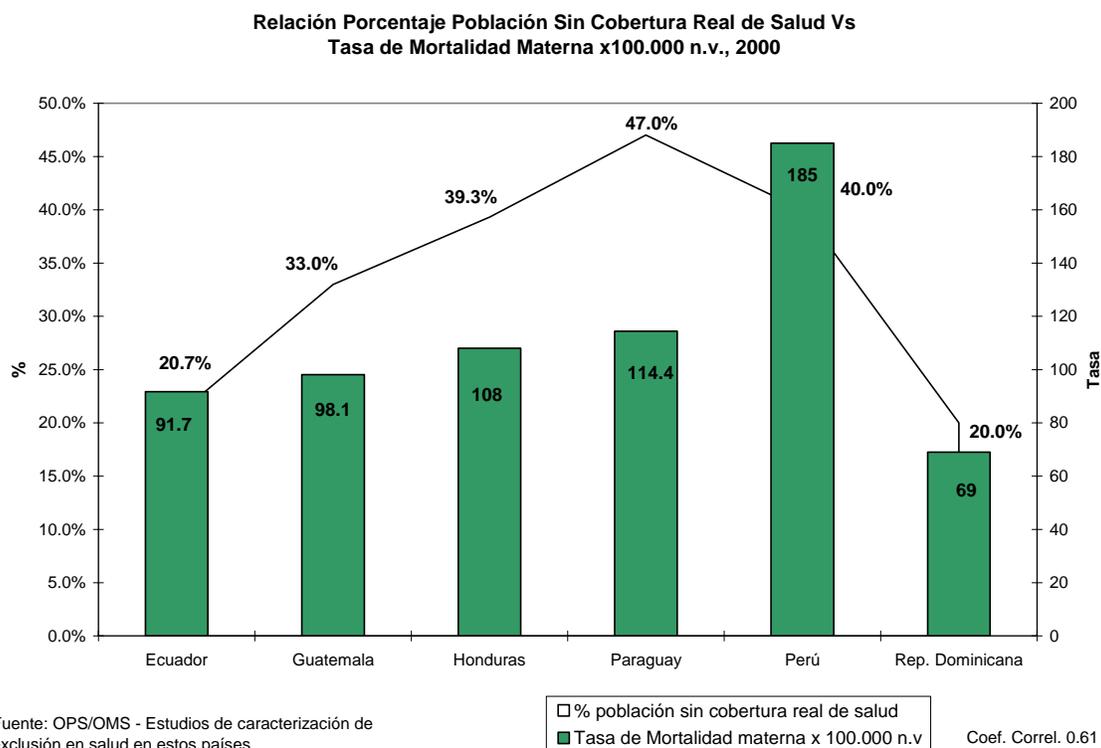
Fuente: Adaptado de Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1996. Tema Especial “Cómo organizar con éxito los servicios sociales”, Parte tres, Capítulo 2, Pág. 250. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC., 1996.

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 100.000 nacidos vivos¹⁰ y que en general se constata un estancamiento en su descenso o incluso una tendencia al aumento 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 déficits de cobertura real, como se muestra en la figura 3. La mortalidad materna se correlaciona además con la calidad de la atención¹¹.

¹⁰ “Construir equidad desde la infancia y la adolescencia en Iberoamérica” CEPAL, UNICEF, CESIB 2001.

¹¹ Iunes, R. Id. 8

Figura 3



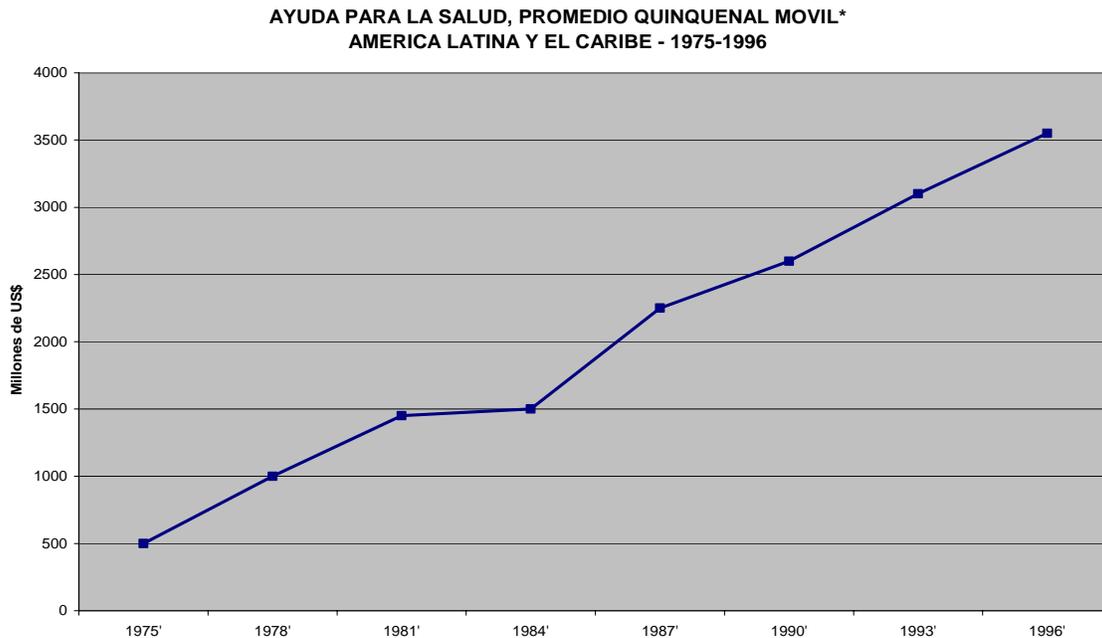
De acuerdo a lo anterior, se pueden identificar tres elementos que configuran la actual situación de exclusión en salud:

- a) 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
- b) 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
- c) 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

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

Paradójicamente, 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 internacional¹². 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 la figura 4.

Figura 4



Fuente: La Salud en las Américas, Edición 2002, Volumen I

* 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.

¹² Jorge Díaz y Mario Bronfman “*La cooperación técnica internacional y los procesos de reforma del sector salud en América Latina*”, 2003 en: resven.bizland.com/CTI%20y%20Reforma%20Angra.pdf

2. La necesidad de construir sobre una lógica distinta

Las reformas en salud de los '80 y '90 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 nacionales¹³.

Debido a que los procesos de reforma en general no respetaron las características de cada país en relación a 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 rol del Estado y desregulación de los mercados que ocurrían en el mundo y consecuentemente se centraron en cambios gerenciales y/o financieros, particularmente en relación a 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.

¹³Id. 6

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 Colombia¹⁴.

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, incrementando los costos globales en salud. 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 salud en países como Paraguay y República Dominicana y alcanzando una cifra promedio de 39,3% del gasto total en salud en toda la región¹⁵.

Este gasto de bolsillo es además de carácter regresivo, ya que son los hogares más pobres de la población los que invierten proporcionalmente más de su presupuesto en este tipo de gasto. En República Dominicana, el 43% del gasto total en salud del segmento más pobre de la población (que corresponde a un 40% de la población total) es gasto de bolsillo, en tanto el gasto de bolsillo representa sólo el 13% del total del gasto en salud del 5% más rico de la población¹⁶. 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 ingreso¹⁷. 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 el 18% del ingreso total mensual para la población que se encuentra en

¹⁴ Sonia Fleury “*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, págs. 3-39 INDES-BID, Washington DC, 2001.

¹⁵ Id. 8 Capítulo 4, Pág. 84.

¹⁶ OPS/OMS: “Estudio de caracterización de exclusión en salud en República Dominicana, 2002”.

¹⁷ OPS/OMS: “Estudio de caracterización de exclusión en salud en Ecuador, 2002”.

el quintil 5, este gasto representa el 46% del ingreso total de los hogares para el primer quintil¹⁸.

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 que 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 estas cuotas para incrementar el salario de los proveedores, lo cual constituye un subsidio de los pobres hacia los profesionales de la salud difícil de justificar¹⁹.

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

¹⁸ INDEC - Encuesta nacional de gasto de los hogares, Argentina, 1996-1997.

¹⁹ Id. 6

capacidad de presión política sobre los gobiernos locales²⁰. En Bolivia, el proceso de descentralización generó serios problemas de coordinación y gobernabilidad en el nivel municipal y, a pesar 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 x100.000, en tanto 90 de ellos (28.7%) presentan una tasa menor que 199x 100.000²¹.

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 cuentas²² y en Ecuador en tanto, se buscan en la actualidad mecanismos para fortalecer la rectoría al interior del sistema y enfrentar los problemas de gestión local²³.

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 mas 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 autores²⁴, 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

²⁰ Id 6

²¹ Ministerio de Salud de Bolivia/PNUD-Bolivia “*Gobernabilidad y salud en los Municipios de Bolivia*” La Paz, Septiembre 2003.

²² María Helena Jaén “*El sistema de salud de Venezuela: Desafíos*”. Ediciones IESA, Caracas, 2001.

²³ OPS-OMS Estudio de caracterización de la exclusión en salud en Ecuador, 2002

²⁴ Ver entre otros, Bessis, Sophie Op. Cit 3; la publicación del Banco Mundial-FLACSO “*Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe*” Editado por Gacitúa, Sojo y Davis, Washington, DC, 2000; Bhalla A. S. y Lapeyre Frederic “*Poverty and exclusion in a global world*” Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña. 1999; Jordan, Bill “*A theory of poverty and social exclusion*” Cambridge, 1996; Nuria Homedes y Antonio Ugalde, Id. 6.

combate a la exclusión en salud no forma parte de la agenda político-social de los países, a pesar de su importancia como fenómeno social y como problema de políticas públicas.

Si entendemos 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. Conceptualmente, la característica principal de la pobreza es la deprivación, 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 la exclusión en salud exacerba la situación de pobreza. Sin embargo, la pobreza no siempre implica exclusión. Aún más, la pobreza 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, las personas pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos, como aislamiento geográfico o cultural.

En cuanto a la inequidad, se ha demostrado consistentemente 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 salud, en diferencias injustas y evitables en los resultados de salud entre diversos grupos al interior de los países y entre países. La inequidad genera exclusión en salud. No obstante, la exclusión en salud 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 barreras culturales que dejan fuera del sistema a millones de personas que no hablan el idioma en el cual se proveen los servicios de salud.

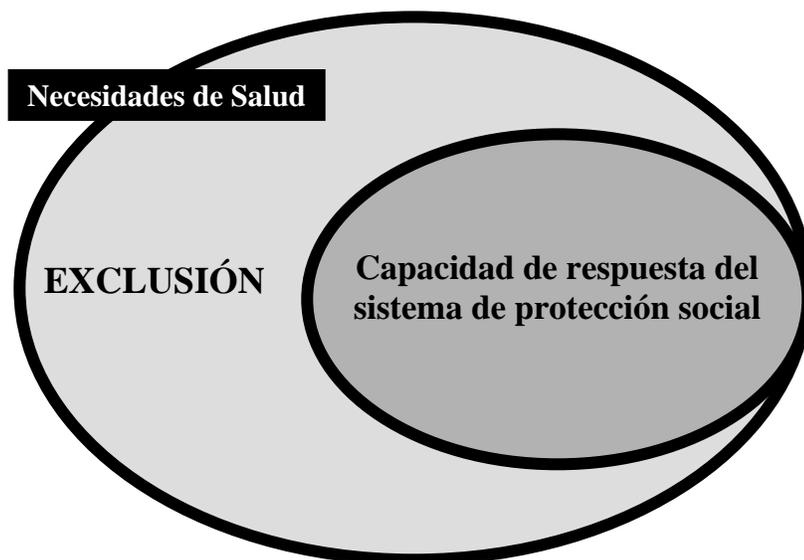
Así, en los países americanos, la pobreza; la inequidad; la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género) y a otras formas de exclusión social, así como a

patrones culturales incluyendo el idioma; a la informalidad en el empleo, al subempleo y al desempleo; al aislamiento geográfico; y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios; las dificultades de los sistemas de salud y de Seguridad Social para enfrentar de manera adecuada estas condiciones; 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, por tanto, en la interfase que se produce entre las necesidades -percibidas y no percibidas²⁵- de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema frente a esas necesidades, como se representa en la Figura 5.

Figura 5

INTERFASE NECESIDADES DE SALUD DE LAS PERSONAS / CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA



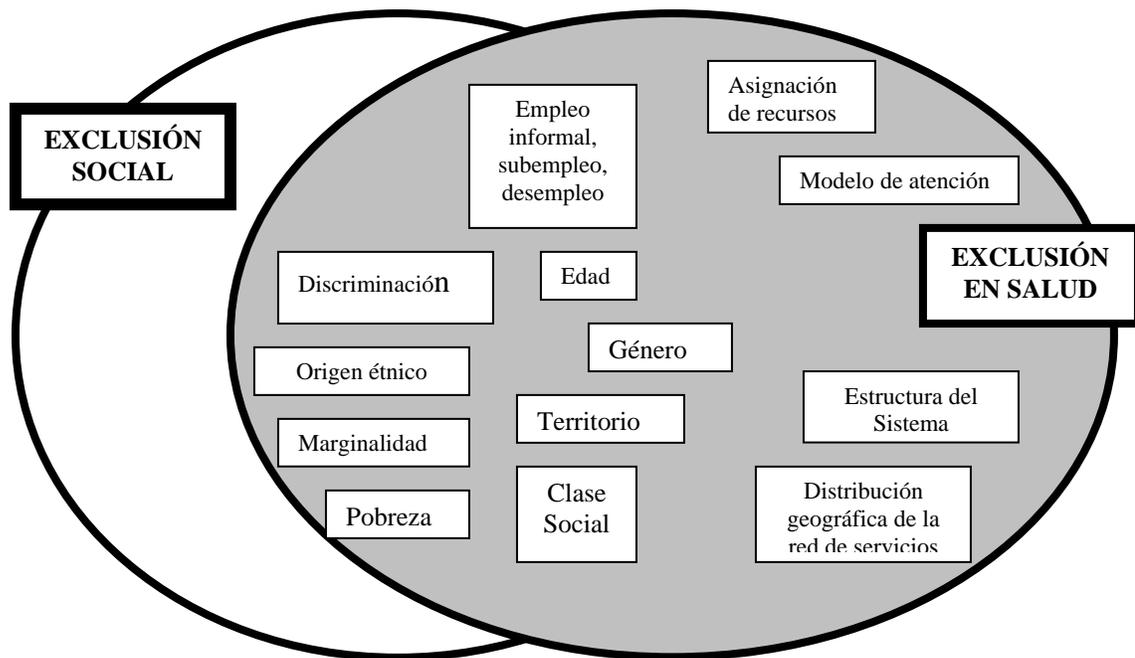
Fuente: Elaboración propia

²⁵ Las necesidades de salud se definen como “necesidades percibidas” si es que corresponden a necesidades 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 de salud y corresponden a definiciones de la autoridad sanitaria. En general, las necesidades percibidas se asocian a los bienes asegurables y las necesidades no percibidas se asocian a los bienes públicos.

Respecto a la asociación entre exclusión social y exclusión en salud, en muchos ámbitos se considera la exclusión en salud 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 resultante²⁶ y se puede representar en la figura 6.

Figura 6
Relación entre exclusión social y exclusión en salud



Fuente: “Exclusión en salud en países de América latina y El Caribe” , OPS-OMS, 2003

²⁶ Para un análisis más detallado del concepto de exclusión en salud y su relación con otras variables, véase “Exclusión en salud en países de América Latina y El Caribe”, Id. 8 Capítulo1.

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

- a) 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 diferentes niveles o intensidades de exclusión en salud en la población de un país.
- b) 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 los países. De este modo, se pueden observar grupos de población totalmente excluidos de las atenciones que entrega el sistema en su conjunto y, más frecuentemente, 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/o necesitan.
- c) 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 auto-exclusión 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 en salud mediante elementos cualitativos y cuantitativos²⁷. Dicho instrumento se ha aplicado ya en seis países de la región²⁸ y se encuentra en uso en otros tres países en la actualidad²⁹.

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 a estos estudios, las principales causas de exclusión en salud 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 adecuadas³⁰. 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 salud³¹.

De acuerdo a 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 al alto costo de oportunidad y el costo económico de reportarse enfermo para una población sin empleo estable, que se mueve a niveles de subsistencia y por lo tanto se halla incentivada a contener la demanda por servicios de salud³². 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.

²⁷ “*Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud*” OPS/OMS, Washington DC 2001.

²⁸ Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana

²⁹ Bolivia, El Salvador y el Distrito Federal de México

³⁰ Id. 8 Capítulo 4, Pág. 86.

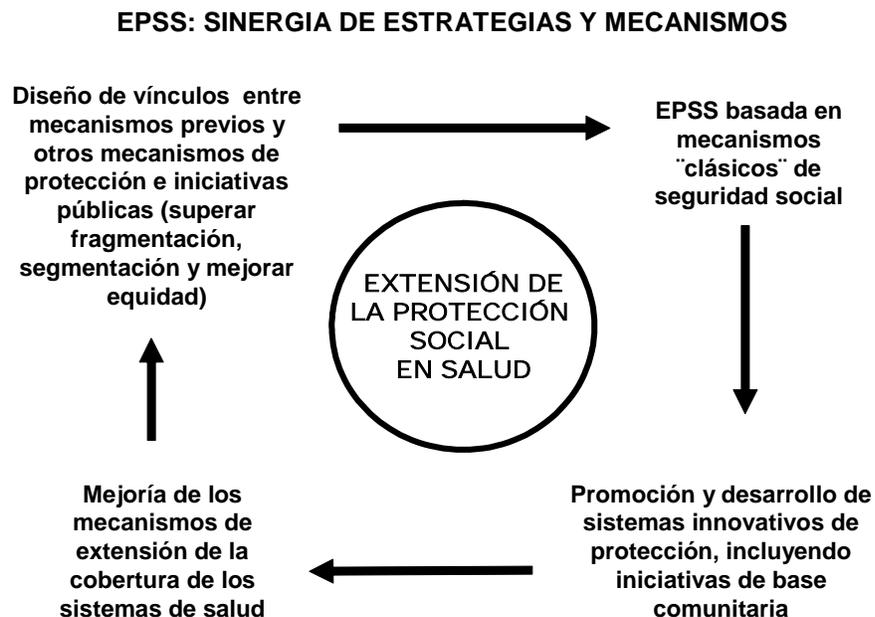
³¹ Id. 8 Capítulo 4, Págs. 90-98.

³² “Equidad en la atención de salud, Perú, 1997” Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud, Perú, 1997 y Madueño, Miguel en “Perú: Análisis de demanda y servicios de salud” Documento técnico preparado para el Proyecto 2000-MINSA, Gobierno de Perú, 2002.

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 de salud, sino también las destinadas a mejorar las condiciones de acceso a la atención de salud para aquellos que, a pesar de estar cubiertos por algún mecanismo de protección, lo están en forma incompleta o inadecuada. Por lo tanto se trata de un conjunto amplio de iniciativas coherentes y sinérgicas destinadas incrementar la equidad en el acceso, la utilización de servicios y la participación en el financiamiento, como se representa en la figura 7.

Figura 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”*³³. 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 de los siguientes pasos:

- a) Conocer las causas de la exclusión en salud
- b) Comprender los factores que la perpetúan
- c) 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
- d) Identificar los grupos de interés involucrados en la implementación de dichas alternativas
- e) Definir, planificar e implementar intervenciones

5. Análisis de estrategias implementadas

Aun cuando en América Latina y El Caribe no se han desarrollado estrategias destinadas explícitamente a eliminar la exclusión en salud, sí se han implementado medidas destinadas a mejorar la eficiencia y la productividad en la provisión de servicios, aumentar la participación 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 vulnerables³⁴. El éxito de su implementación ha dependido de múltiples factores como las características propias del país o lugar, las condiciones políticas, económicas y sociales imperantes, el periodo de implementación, el monto de recursos invertido, el liderazgo de los encargados del proceso de implementación y el

³³ OPS/OMS, Resolución CSP26/12 *“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 2002.

³⁴ *“Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud”* Madies V., Chiarveti S., Chornoy M.: en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8 (1/2), 2000, Págs. 33-41

poder de los grupos de actores involucrados, ya sea a favor o en contra de dichas estrategias.

En el proceso de diseño y formulación de estrategias de EPSS es importante conocer qué ocurrió con aquellas estrategias implementadas con anterioridad: si fueron o no exitosas en el cumplimiento de su objetivo original; si hubo cambio de objetivos durante el proceso de implementación; si la estrategia original se preservó o cambió en el tiempo en función de cambios de escenario económico, político y/o social; y, de manera importante, a qué grupos de la sociedad benefició finalmente su implementación.

Este análisis se puede enriquecer si además se evalúa el impacto que las estrategias implementadas han tenido sobre la situación de exclusión en salud. De este modo, la evaluación de estrategias implementadas 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.

Elementos para el análisis de estrategias

a) Identificación de la estrategia a analizar

Como primer paso es necesario identificar la estrategia: 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 a lo planificado; si hubo cambio de objetivos durante su implementación; si se canceló antes de terminar el proceso de implementación. El objetivo de este análisis es responder a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuál fue la estrategia implementada?
- 2) ¿Con qué fin se implementó?
- 3) ¿Qué ocurrió con ella?

Cuadro 3

Identificación de la estrategia en sus parámetros básicos

- a) Nombre
- b) Objetivo declarado (objetivo con el cual se implementó la estrategia)
- c) Periodo de implementación: fecha de inicio-fecha de término
- d) Población objetivo
- e) Destino: ¿evolucionó de acuerdo a lo planeado o tuvo otro destino?
- f) Resultado: ¿logró los resultados esperados definidos al comienzo?

b) Análisis de las condiciones específicas de implementación

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

- 1) El contexto político (acuerdos de paz, gobernabilidad, estabilidad de autoridades de gobierno e instituciones, carácter democrático/autoritario del gobierno, etc.)
- 2) 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, etc.)
- 3) 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
- 4) Características de la población objetivo de la estrategia: estructura demográfica, perfil epidemiológico, ubicación geográfica, características culturales, etc.

c) Análisis de actores

La experiencia demuestra que el éxito de los procesos de cambio en salud depende fuertemente del apoyo de los grupos de actores mayoritarios o dominantes tanto del sector salud como 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 evolución de las estrategias implementadas, es fundamental identificar los grupos de actores en torno a su proceso de definición e implementación. 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 actores³⁵. Independientemente de cual se escoja, 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 a la implementación 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 a 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 afectar la estrategia
4. Mapa de actores	Construir una matriz con la información acerca de los actores: quienes son, su grado de poder, su posición en relación a la estrategia y las posibles oportunidades y amenazas que esto implica para el desarrollo de la estrategia

Fuente: Adaptado de “Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud” de M. H. Jaen y D. Paravisini en Serie Política del Sector Salud N°4, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS-OMS, Enero 2000.

³⁵ Para una presentación detallada de análisis de actores, ver: 1) “Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud” Anexo 2, OPS-OMS 2001; 2) “Stakeholder analysis guidelines/SAG” (toolkit) elaborado como parte del proyecto “Partnership for Health reform project-PHR, Abt. Associates Inc. www.phrprojet.com ; 3) “Policymaker”, software desarrollado por Reich y Cooper, de la Universidad de Harvard, 1996. 4) “Creating futures. Scenario planning as a strategic management tool” de Michael Godet. Economica, 2001.

d. Análisis empírico de la estrategia implementada

El objetivo de este análisis es conocer si la estrategia implementada tuvo impacto sobre la situación de exclusión en salud, para lo cual se intenta responder la pregunta: ¿hubo cambios en algún(os) indicador(es) de exclusión en salud después de la implementación de la estrategia, asociados a su implementación?

Para realizar el análisis empírico es necesario partir de la construcción de un modelo que permita identificar 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 implementó 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 serán dos:

- a) El tiempo medido por un contador del número de años de la serie

- b) La implementación del programa medida por una variable “dummy” con valores de “0” en los años anteriores a la implementación y valores de “1” en los años de implementación.

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 implementación 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 de la implementación de la estrategia; si por el contrario, es mayor de 0.05, esto indica que la estrategia no generó cambios en el comportamiento del indicador de exclusión en salud.

Este tipo de análisis muestra el comportamiento de la exclusión en salud antes y después de la implementación de la estrategia y el efecto que la estrategia tuvo sobre la situación de exclusión en salud medida por el indicador escogido, sin considerar otros factores asociados a la exclusión.

El análisis multifactorial en cambio, permite incorporar los factores asociados a la exclusión y proporciona una evaluación más completa y coherente con el carácter multicausal de la exclusión en salud. En este caso, un buen modelo a utilizar es un análisis cuasi-experimental de serie cronológica³⁶, 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 implementada.

³⁶ Campbell y Stanley, “*Experimental and Quasi-experimental designs for research*”. Houghton Mifflin Company. Boston, 1966.

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

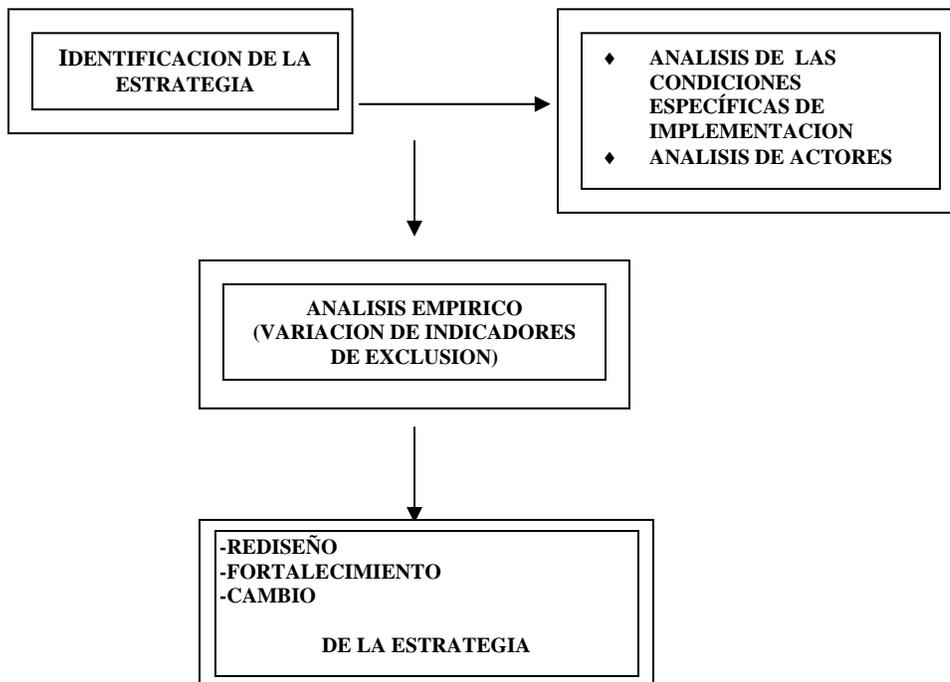
El siguiente cuadro resume el proceso de análisis de estrategias implementadas en función de su impacto sobre la situación de exclusión en salud. El punto de partida del análisis es la caracterización de la exclusión en salud a través de indicadores en función de sus causas y determinantes. El análisis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

Cuadro 5. Análisis de estrategias implementadas

CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD			ESTRATEGIAS DE EPSS	
CAUSAS DE EXCLUSIÓN	INDICADOR		ESTRATEGIA IMPLEMENTADA	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				

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 la figura 8.

Figura 8
Análisis de estrategias implementadas
de acuerdo a su impacto sobre la exclusión en salud



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 desarrollo³⁷.

En general, en la mayoría de los países no se conoce 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 en salud permitirá conocer la situación e identificar las estrategias de extensión de la protección en salud más pertinentes de

³⁷ OPS/OMS, Id. 8 Capítulos 3 y 4, Págs. 25-107.

acuerdo a las principales causas de exclusión. A partir de ello, se puede realizar una priorización de acuerdo a los recursos disponibles y/o 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.

Cuadro 6

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/o 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 nivel 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. Implementación 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

	<ol style="list-style-type: none"> 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/o 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

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 lo 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 implementadas son instrumentos poderosos para conocer dichas condiciones. 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.

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 socio-política 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 diseminación de información, etc.)
 - b. Mecanismos que permiten/promueven la participación social en el funcionamiento del sistema (comités de usuarios; consejos de desarrollo local de salud, etc.)
 - c. Mecanismos que hacen efectivo el acceso (cambios en el modelo de atención; incentivos económicos; cambios en el marco regulatorio, etc.)Idealmente, el conjunto de las estrategias más adecuadas debe contener estrategias 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 implementar cada estrategia posible
9. Priorización de cada estrategia en función de las restricciones políticas-económicas-financieras actuales y previstas para el corto y mediano plazo 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

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 proteger la salud. Esto requiere no solo 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 a sus valores, cultura, condiciones económicas, características demográficas y preferencias. Sin embargo, para que los países puedan identificar 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 estrategias de solución³⁸. 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 implementación.

³⁸ “*Catching up to reality: building the case for a new social model*”. Jane Jenson, Canadian Policy Research Networks CPRN. Research report F/35 Enero, 2004.

Referencias Bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo. “Shielding the poor: social protection in the developing world” Editado por Nora Lustig/IDB, Washington DC., 2001
- Banco Interamericano de Desarrollo. Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1996. Tema Especial “*Cómo organizar con éxito los servicios sociales*”. Washington DC., 1996.
- Banco Mundial-FLACSO (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. y Lapeyre Frederic (1999) “*Poverty and exclusion in a global world*” Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña.
- Campbell, Donald y Julian, Stanley (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 y Bronfman, Mario (2003) “*La cooperación técnica internacional y los procesos de reforma del sector salud en América Latina*”. Jorge Díaz y Mario Bronfman, en: resven.bizland.com/CTI%20y%20Reforma%20Angra.pdf
- Dunn, William (1994). “*Public Policy Analysis. An Introduction*”. 2nd edition, Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- Godet, Michael (2001) “*Creating futures. Scenario planning as a strategic management tool*”. Economica.

- Homedes, N. y Ugalde, A. “¿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 2002.
- Iunes, R. “Health sector organization/reorganization in Latin America and the Caribbean” en “Health services in Latin America and Asia”, INDES-BID, Washington DC, 2001.
- Jaen, Maria Helena, Paravisini, D. (Enero, 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
- Jenson, Jane (Enero, 2004) “Catching up to reality: building the case for a new social model”. Canadian Policy Research Networks CPRN. Research report F/35.
- Jordan, Bill (1996) “A theory of poverty and social exclusion” Polity Press, Cambridge.
- Madies V., Chiarveti S., Chornoy M. (2000) “Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud” en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8 (1/2), Págs. 33-41
- Madueño, Miguel (2002) “Perú: Análisis de demanda y servicios de salud” Documento técnico preparado para el Proyecto 2000-MINSA, Gobierno de Perú.
- 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” #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. “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 2002.

-OPS/OMS-Ministerio de Salud de Perú (1997) “Equidad en la atención de salud, Perú, 1997”

-Sen, Amartya (1999) “*Development as freedom*” Alfred A. Knopf Editors, Nueva York.

-Vergara, Carlos “*El contexto de las reformas del sector salud*” en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. ½, Julio-Agosto 2000.

-Wastgaff, A. “*Poverty and health sector inequalities*” Bulletin of the World Health Organization. WHO-Ginebra, 2002; 80:97-105.

-Whitehead, M. (1992) “*The concepts and principles of equity and health*” International Journal of Health Services, Londres. 22 (3):429-445.