

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR/AL

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma

Octubre/ Diciembre ● 2003 ● N° 18

Panorama de la Reforma / 2

Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe



Se reforma la Ley General de Salud



Seguros de salud para los pobres en la Provincia de Santa Fe, Argentina: El poder de un modelo claro para todos

Pablo Ríos



EXTENSA

Programa boliviano de ampliación de cobertura a poblaciones pobres



136 millones fuera de los servicios de salud

Eduardo Tamayo

Monitor de la Salud / 13

América Latina, países seleccionados. Asalariados que cotizan en la Seguridad Social

Páginas de la Reforma / 14

Noticias / 15

Citas con la Reforma / 16

Los retos de la Reforma en salud y la ampliación de la cobertura en salud a las poblaciones pobres de América Latina

Adolfo Martínez Valle

Los sistemas de salud en América Latina han contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de los latinoamericanos. Sin embargo, la forma en que se han financiado y organizado sus servicios de salud ha impedido que toda la población esté cabalmente protegida.

Históricamente, la población que ha contado con un seguro es la derechohabiente de la seguridad social. El resto de la población, a la que en México se le conoce como "población abierta", ha sido fundamentalmente acogida por los servicios públicos que ofrecen los Ministerios de Salud. Aunque ambos protegen la salud de los latinoamericanos, las instituciones de seguridad social ofrecen una mayor protección social en materia de salud fundamentalmente por dos razones. Primero, porque han contado con fuentes financieras menos vulnerables a las crisis económicas y a los procesos de asignación de recursos para brindar servicios de salud a sus derechohabientes. Segundo, porque los servicios de salud de la seguridad social se establecieron como una prestación laboral de los trabajadores, mientras que los servicios brindados por los Ministerios de Salud se crearon bajo un esquema de asistencia pública.

Sin embargo, estar afiliado a un régimen de seguridad social no garantiza actualmente la cabal protección de la salud. En las últimas dos décadas, los esquemas financieros de la seguridad social han sido insuficientes debido a la expansión de los beneficios médicos, el incremento en el costo de los servicios y, más recientemente, al decreciente número de afiliados.

El problema que enfrentan ambos esquemas es que sus fuentes de financiamiento no están asociadas al costo de los servicios. Por un lado, la

recaudación de la seguridad social está ligada a los salarios, mientras que los esquemas asistenciales dependen de presupuestos históricos. Ninguno de los dos esquemas define explícitamente qué tanto protege. Más bien se ofrecen implícitamente todos los servicios en función de los recursos disponibles y se racionan mediante listas de espera o bien se introducen cuotas de recuperación para sufragar los costos.

Aunque hace más de una década se introdujeron importantes cambios en los sistemas de salud latinoamericanos (incluso procesos de reforma) para enfrentar estos problemas, persisten fundamentalmente tres retos en la mayoría de los países de la región: la extensión de la protección financiera, la inversión racional de los recursos y la rectoría efectiva del sistema de salud en su conjunto.

Proteger el ingreso de las familias

En América Latina muchas familias pagan cantidades desproporcionadas de su bolsillo para atender su salud. *El primer reto consiste entonces en proteger el ingreso de las familias* cuando alguno de sus miembros requiere resolver un problema de salud. Este gasto de bolsillo cuyo desembolso se destina principalmente a la compra de medicamentos y consultas médicas afecta sobre todo a los hogares de bajos ingresos. En América Latina, este gasto de bolsillo es la principal fuente de financiamiento del gasto nacional en salud. En México, entre dos y tres millones de hogares destinan más de la tercera parte de su ingreso para acceder a la atención médica que requieren. Los sistemas de salud deben reducir las barreras financieras para que las familias no asignen una proporción considerable de su ingreso. Esto implica crear un esquema de financiamiento solidario que garantice el acceso a un conjunto de servicios de salud. Esta garantía debe traducirse en un compromiso explícito y exigible de qué es lo que se va a ofrecer y bajo qué condiciones de calidad y oportunidad se van a recibir. Un esquema de este tipo requiere que se cumplan cuatro condiciones. Primero, la mayor separación posible entre el momento de la utilización de los servicios de salud y de las aportaciones para financiarlos. Esto significa emplear mecanismos de recaudación como los impuestos generales o las cotizaciones obligatorias relacionadas con el salario en vez de los pagos directos de bolsillo. Segundo, el mayor grado posible de distribución de

los riesgos financieros de la población cubierta. Esta condición favorece la solidaridad de los individuos de menor riesgo a los de mayor riesgo. Tercero, debe fomentar también la solidaridad de aquellos que tienen mayores ingresos a los de menores ingresos.

Invertir racionalmente en salud

Extender la protección financiera en salud requiere también enfrentar el segundo reto de invertir racionalmente en salud. Esto implica resolver dos cuestiones. La primera es que la asignación de recursos tanto financieros como físicos y humanos se realice en función de las necesidades de cada país o región y no de acuerdo a los intereses políticos de diversos actores como el ministro de salud, el gobernador de cierta región, o el director de un hospital. La segunda se refiere a la producción eficiente de servicios. Se requieren mecanismos de gestión y pago a los prestadores que generen incentivos para una atención oportuna y de calidad. Para garantizar un trato digno a los usuarios, por ejemplo, se deben ofrecer mejores condiciones de trabajo y mayores oportunidades de satisfacción profesional a los médicos, enfermeras y, en general, a todos aquellos trabajadores de la salud que participan en los procesos de atención. Fortalecer la oferta de servicios implica actuar también en otro frente: lograr el abasto oportuno de medicamentos para responder a las demandas legítimas de los usuarios de los servicios y reducir el gasto de bolsillo que empobrece a las familias de menores ingresos. Ambas tareas, la asignación de recursos según necesidades complementada con la implantación de mecanismos de gestión e incentivos deben apuntar en el mediano plazo hacia una mayor y mejor oferta de servicios que supere el rezago que existe en la mayoría de los países latinoamericanos.

Rectoría y articulación del sistema de salud

Finalmente, la rectoría efectiva implica que el sistema de salud en su conjunto esté articulado. Esto representa un enorme reto en la mayoría de los países latinoamericanos ya que sus sistemas de salud padecen de una segmentación institucional con un seguro social poderoso, un sector privado incipiente pero creciente y un Ministerio de Salud que se encarga de atender a los que quedan excluidos de los otros dos segmentos. El desafío es superar estas barreras institucionales en tres frentes. Uno, redefinir la función del Ministerio de Salud, quien justamente adoptaría esta tarea rectora "asegurando una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los segmentos mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados".⁴ Segundo que la oferta de servicios quede abierta a un esquema pluralista de prestadores, tanto públicos como privados para todo aquel que requiera atender su salud independientemente de su afiliación o de su capacidad de pago.

En suma, los sistemas de salud latinoamericanos deben aspirar a superar estos retos a través de esquemas de protección social de salud que reduzcan las barreras financieras e institucionales que impiden actualmente recibir cabalmente una atención oportuna y de calidad.

Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe¹

Presentamos parte del trabajo en el que se consignan los resultados de los estudios realizados entre 2001 y 2003 en seis países de ALC con el objetivo de caracterizar y medir la exclusión en salud. Los países donde se realizó el estudio son Ecuador, Guatemala, Honduras, Perú, Paraguay y República Dominicana.

Para efectos de este trabajo se definió exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan. De esta definición se desprende que se trata de un fenómeno que trasciende el sector salud.

El análisis de la situación de exclusión en salud realizado en los países muestra que existen ciertos factores que se asocian sistemáticamente a la exclusión en salud. Ellos son: la pobreza; la ruralidad; el desempleo y el empleo informal; factores étnicos (en el caso de Paraguay se consideran más bien culturales o relativos al idioma) y factores relativos a la organización y estructura del sistema de salud.

Relación entre los factores de exclusión es salud

Al analizar algunos de estos factores se obtuvieron grados importantes de correlación que fueron confirmados por el análisis econométrico de las variables de exclusión. De acuerdo a los datos obtenidos de las mediciones nacionales, pareciera existir una fuerte asociación entre el gasto público en salud y la falta de cobertura de salud. Por otra parte, la ruralidad parece tener una fuerte asociación con la falta de cobertura real y la falta de cobertura por seguros. Esto se traduce en un gasto de bolsillo desproporcionadamente alto para esta población.

De acuerdo con los datos obtenidos en los estudios nacionales, la pobreza aparece fuertemente asociada con la falta de cobertura de servicios básicos de salud como asistencia profesional del parto. El origen indígena aparece fuertemente asociado con la exclusión en salud medida a través de la falta de cobertura. La población de origen indígena sin acceso a un conjunto regular de servicios básicos de salud parece ser un factor determinante de baja cobertura real de salud. Esto se traduce en un alto gasto de bolsillo para estas poblaciones y se expresa además en una alta tasa de mortalidad infantil.

Se puede observar que la pobreza es una compañera permanente de la exclusión en salud en los países estudiados. Una consecuencia importante de esta relación es la contención de la demanda en salud, por oposición a la necesidad percibida. Si se pregunta adónde consultaron quienes se sintieron enfermos o accidentados, puede ocurrir que un porcentaje de los encuestados declare que no consultó. En el caso de Paraguay, por ejemplo, la encuesta de hogares EPH'99 muestra que el 51% de la población que declaró haber estado enferma o accidentada en los últimos tres meses, no consultó en ningún establecimiento. Si se analiza este fenómeno por estratos de ingreso, se comprueba que el porcentaje de la población de altos ingresos (quintil V) que consultó, es dos veces mayor que el porcentaje de la población pobre (quintil I) que consultó.

Análisis econométrico de las variables de exclusión en salud: índice compuesto de exclusión

Las técnicas que identifican de manera independiente a la población excluida (head count) en cada una de las dimensiones de análisis y fuentes o causas de exclusión, no consideran las interacciones entre estas fuentes y las diferencias en el grado de exclusión de la población de un país. Debido a esta limitación, sus resultados no son concluyentes para realizar comparaciones intra e interregionales.

Para superar este problema, se utilizó una metodología para la medición integral de la población excluida basada en la construcción de un índice compuesto de exclusión. En esta metodología se evalúa

^{*} Este material ha sido extraído de la obra *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe* publicada por la Organización Panamericana de la Salud y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Serie Extensión de la Protección Social en Salud No. 1. Washington, D.C., 2003

La elaboración del libro estuvo a cargo de un grupo de trabajo liderado por Cecilia Acuña y formado por Pedro Brito, Pascualina Curcio, Oscar Feo, Eduardo Levcovitz, Hernán Rosenberg, Soledad Urrutia y Gabriel Vivas, de la Oficina de Administración de Programas (DPM) de OPS-WDC.

la exclusión a partir del cálculo de un indicador continuo de exclusión basado en la familia de medidas propuesta por Foster, Greer y Thorbecke, 1984, el cual incorpora los siguientes elementos de análisis:

1. La incidencia de la exclusión: ¿Cuánta población se halla excluida?
2. La intensidad de la exclusión: ¿Cuál es el grado de exclusión de la población reportada como excluida? ¿Cuál es la brecha frente a la situación óptima de no-exclusión?
3. La severidad de la exclusión: ¿Cuál es el grado de desigualdad entre los niveles de exclusión de la población?

El indicador continuo incorpora las interacciones entre las diferentes fuentes de exclusión así como las restricciones conjuntas que enfrentan los individuos para acceder a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. Este indicador es construido como una combinación lineal de las diferentes fuentes de exclusión y revela el riesgo individual de exclusión.

La ventaja de contar con un indicador continuo es que permite la estratificación de la población, segmentándola en grupos relativamente homogéneos, en términos de riesgos. Dicha estratificación se realizó utilizando el método de los conglomerados (clusters). Dicho método determina los umbrales y permite la clasificación de la población en diversas categorías de riesgo, los cuales son obtenidos mediante la minimización de la distancia euclidiana del índice compuesto al interior de los cuatro grupos de riesgo definidos: severo, alto, moderado y bajo.

La utilidad de la estratificación radica en que permite ordenar espacialmente a la población según los riesgos de exclusión e identificar las zonas geográficas más afectadas.

En este escenario, el índice global refleja tanto la incidencia de la exclusión (magnitud de personas) como su intensidad y puede ser interpretado como el esfuerzo potencial requerido para eliminar la exclusión a través de diversas intervenciones.

Teóricamente, los valores del índice de exclusión van desde 0 (ninguna exclusión) a 1 (total exclusión). Para fines del análisis se utilizan los siguientes criterios de clasificación de riesgo de exclusión:

- Leve (valores inferiores a 0.15).
- Moderado (valores entre 0.15 y 0.25).
- Alto (valores entre 0.25 y 0.5).
- Severo (valores superiores a 0.5).

El índice medio de exclusión para el conjunto de países analizados se ubica en un nivel de 0.287, lo cual indicaría que la población en estas zonas tiene un alto riesgo de exclusión en salud, como se puede ver en el cuadro que sigue. Desagregando el índice en los componentes que lo definen, se observa que este nivel estaría siendo explicado, principalmente, por el alto grado de desprotección de la población excluida (brecha de exclusión), más que por el volumen de población que no se halla inserta en el sistema.

Si la situación óptima es cuando no se enfrenta ningún tipo de exclusión, se puede apreciar la magnitud del fenómeno al observar que, en promedio, el **47% de la población** de los cuatro países en donde se hizo el estudio inicial se encuentra excluida de la protección en salud y el grado de afectación de estas personas es alto (74%), lo cual quiere decir que el grupo de los excluidos exhibe altos grados de exclusión para la mayor parte de los indicadores utilizados en la medición.

El alto nivel de la brecha de exclusión es importante porque revela dos aspectos fundamentales de la exclusión en salud de la población clasificada como excluida: en primer lugar, evidencia que la población con exclusión en salud enfrenta múltiples fuentes de exclusión en todos los países y, en segundo lugar, que su grado de exclusión es casi total.

En términos de elaboración de políticas, estos resultados sugieren que las políticas orientadas a mitigar esta situación no debieran estar focalizadas en una sola dimensión o factor de exclusión sino ser multisectoriales e intersectoriales.

En términos relativos, el Perú muestra los menores riesgos de exclusión (índice de 0,253 en contraposición al valor medio de 0,287), mientras las poblaciones de Honduras, Ecuador y Paraguay evidencian una mayor vulnerabilidad social, tanto en número de población excluida como en grado de exclusión,51 obteniendo un índice de 0,316, 0,32 y 0,35, respectivamente.

Si bien la brecha o grado de exclusión es alta y similar en los cuatro países (rango entre 68% y 75%), las diferencias interregionales en los niveles de riesgo de exclusión son atribuidas a discrepancias en el volumen de la población excluida: el porcentaje de población excluida en Honduras, es 1,4 veces el nivel que registra el Perú, mientras que en el caso de Paraguay este ratio se eleva a 1,5 veces el nivel registrado en el Perú.

Peso específico de los factores de exclusión

La descomposición del índice según la contribución de los factores de exclusión revela que los factores que explicarían la exclusión varían entre los cuatro países del estudio inicial:

En el caso del **Perú**, los factores externos al sistema de salud, contribuyen más a explicar este fenómeno que los vinculados al propio sistema de salud (dimensión interna): las barreras de entrada explican el 54% del riesgo de exclusión en este país, mientras que las variables asociadas a problemas de oferta sanitaria dan cuenta del 46% de este riesgo.

En el grupo de los factores externos, destacan la pobreza (13%) y la condición rural de los habitantes (16%), seguidos muy de cerca por la falta de servicios públicos de saneamiento y electricidad en la vivienda (13%), y en menor medida por la discriminación étnica (7%). Cabe señalar que la baja ponderación de la variable aseguramiento de salud puede estar reflejando la alta correlación entre esta variable y la condición de pobreza del individuo, por lo que parte de este efecto puede estar siendo absorbido por la variable situación de pobreza.

Respecto a los factores vinculados a la dimensión interna al sistema de salud, resaltan las variables referidas a procesos como el suministro de servicios básicos de salud, tales como partos no institucionales y controles de embarazo por debajo de la norma, las cuales explican el 16% y 12% del valor del índice de exclusión, respectivamente. Así como la variable de aseguramiento en salud del individuo tiene bajo peso debido a su alta asociación negativa con su condición de pobreza (a mayor nivel de pobreza menor aseguramiento), es posible que la variable de calidad de los servicios en salud esté descartada del índice por su asociación con la condición rural de la vivienda del individuo.

A diferencia del Perú, en **Ecuador** los factores vinculados a la oferta de servicios de salud o dimensión interna de la exclusión, contribuyen más a explicar este fenómeno (59%) que los vinculados a las barreras de entrada (41%).

En el primer grupo, destacan los factores indicativos del déficit de infraestructura en los establecimientos públicos de mayor complejidad

Índices de exclusión (FGT2) por zonas geográficas

País	Población excluida	Brecha de exclusión	Variabilidad de la población excluida	Índice global de exclusión	Ranking
Ecuador	51%	75%	1.05	0.320	3
Honduras	56%	69%	0.92	0.316	2
Paraguay	62%	68%	0.96	0.349	4
Perú	40%	75%	1.17	0.253	1
Región	47%	74%	1.09	0.287	

(21%) y en la oferta de médicos (13%); seguidos del suministro de servicios esenciales, como el abandono del programa de vacunaciones (11%). Respecto a los factores vinculados a la dimensión externa, destaca la situación de pobreza y la discriminación étnica, los cuales explican respectivamente el 23% y 7% del valor del índice de exclusión.

Al igual que en el Perú, en **Paraguay** los factores vinculados a la dimensión externa de la exclusión (barreras de entrada) contribuyen más a explicar este fenómeno que los vinculados a la dimensión interna, aunque diferenciándose en la composición de las variables relevantes. Al respecto, cabe señalar que las barreras de entrada explican el 53% del riesgo de exclusión en salud en este país, siendo las barreras de carácter laboral (13%), étnico (8%) y de provisión de servicios públicos (23%) los de mayor contribución relativa. Por su parte, los factores asociados a problemas de oferta y/o de procesos explican el 47% de este riesgo, resaltando las variables de suministros de servicios (procesos), tales como partos no institucionales y controles de embarazos por debajo de la norma, los cuales en conjunto explican el 28% del valor del índice de exclusión.

En el caso de **Honduras**, los factores vinculados a la dimensión interna de la exclusión (estructura y suministro de servicios) contribuyen más a explicar este fenómeno que los vinculados a los factores externos al sistema de salud, explicando los primeros el 55% del riesgo de exclusión en este país, mientras que las variables asociadas a los factores externos explican el 45% de este riesgo.

En general, en todos los países estudiados, destacan en el primer grupo de factores (internos o propios del sector salud), aquellos relativos a la oferta de médicos (25%) y los relacionados al suministro de servicios esenciales de salud (partos no institucionales), explicando éste último el 19% del valor del índice.

Respecto a los factores vinculados a la dimensión externa, destacan las barreras de carácter económico con marcado énfasis en la falta de acceso a un esquema de seguro de salud y las geográficas, los cuales explican el 17% y 11% del valor del índice de exclusión, respectivamente. Como ocurre en el caso peruano, es posible que en todos los países la alta asociación entre la falta de acceso a un esquema de seguro de salud y el nivel de pobreza conlleven a que parte del efecto situación de pobreza pueda estar siendo absorbido por la variable de falta de aseguramiento en salud.

Perfil de la población excluida

En todos los países, la población con alto riesgo de exclusión en salud está compuesta básicamente por población pobre (87% en el caso de Perú y Honduras) que reside en zonas rurales (entre 60% y 80%) y forman parte de la fuerza laboral independiente o dependiente sin contrato de trabajo (68%).

Existe un alto grado de asociación negativa entre el nivel de pobreza y la afiliación a algún esquema de seguro de salud, es decir, a mayor pobreza menor afiliación a esquemas de seguros de salud. Además existe una alta asociación entre condición laboral (fuerza laboral independiente o dependiente sin contrato de trabajo) y no afiliación a seguros de salud.

En términos etáreos, la población con alto riesgo de exclusión en salud se ubica en el rango de edad de 18-65 años (entre 47% y 54%).

¿Quiénes son los excluidos en salud?

País	Excluidos
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> - Los pobres - Las personas de origen indígena - Los que viven en el sector rural
Guatemala	<ul style="list-style-type: none"> - Los pobres - Las personas de origen indígena - Las mujeres, en especial si son jefes de hogar - Los que viven en el sector rural - Los desempleados, subempleados y trabajadores informales
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> - Los que se encuentran en el quintil más bajo de ingresos - Los que hablan sólo guaraní - Las personas de entre 6 y 29 años y los mayores de 50 años - Aquellos que no tienen seguro médico - Las personas que no han recibido enseñanza formal o la han recibido sólo en el nivel primario - Los desocupados - Los obreros privados - Las empleadas domésticas - Los trabajadores del sector agrícola y de la construcción
República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> - Los pobres - Los inmigrantes de origen haitiano - Los niños menores de 5 años, las adolescentes y los mayores de 65 años - Las mujeres, en especial las pobres, jefas de hogar y embarazadas - Los trabajadores agrícolas e informales
Perú	<ul style="list-style-type: none"> - Los pobres - Los desempleados, los trabajadores informales
Honduras	<ul style="list-style-type: none"> - Los pobres - Los que viven en el sector rural - Los desempleados, subempleados y trabajadores informales - Las personas que tienen bajo nivel de instrucción

Este resultado es consistente tanto con la hipótesis de sub reporte de necesidades producida como consecuencia del menor posicionamiento social de los individuos como con el alto costo de oportunidad y el costo económico de reportarse enfermo en una población que no tiene un empleo estable y se mueve a niveles de subsistencia y por lo tanto se halla incentivada a reprimir la demanda por servicios de salud.

Por otro lado, este grupo de riesgo está compuesto por población con escaso grado de instrucción (entre 74% y 90% de la población excluida tiene un nivel de instrucción inferior a la primaria) reflejando problemas culturales para acceder a

los servicios de salud (i.e. problema de reconocimiento de diagnóstico).

Finalmente, cabe resaltar, que con los indicadores utilizados no se capta ninguna diferenciación a nivel de género. El fenómeno de la exclusión parece afectar de manera indiscriminada a hombres y mujeres (50% de cada género) en el nivel de análisis trabajado. No obstante, existen importantes indicios de discriminación a las niñas en el caso peruano, de discriminación a las mujeres en cuanto a los tiempos de espera por atención en el caso ecuatoriano y de discriminación a las mujeres jefas de hogar en el caso guatemalteco, que sugieren la necesidad de ahondar en indicadores más específicos y vinculantes entre edad y género.

Se reforma la Ley General de Salud*

Luego de que el pasado mes de abril el Congreso aprobara la iniciativa de reforma de la Ley General de Salud, el 13 de mayo el presidente de México, Vicente Fox Quesada, firmó el decreto con el cual queda reformada dicha ley. Dentro de la reforma destaca la creación del Sistema de Protección Social en Salud, al que gradualmente se incorporarán 45 millones de mexicanos que hoy no son derechohabientes de alguna de las instituciones de seguridad social existentes.

La reforma prevé una mayor inversión federal y estatal en salud, que permitirá atender las demandas de la población que se incorporará al Sistema de Protección Social en Salud. Por otra parte, la condición socioeconómica no será limitante para el acceso a dicho sistema, pues se ha planteado un esquema no contributivo para aquellas familias que por su condición económica o por su marginación no puedan aportar recursos.

Al respecto, el secretario de Salud, Julio Frenk Mora, indicó que "estamos rompiendo con la idea de una seguridad social parcial por una universal, de un sistema de salud segmentado por uno integrado, de una presupuestación inercial y burocrática, por una equitativa y democrática".

Con la creación de este mecanismo –el cual entrará en vigor el próximo año– se transforma estructuralmente el financiamiento del sistema de salud. Por ejemplo, se da mayor certidumbre y prioridad al financiamiento de los servicios dirigidos a la comunidad. Esto reforzará las acciones de vigilancia epidemiológica y protección contra riesgos sanitarios, entre otras. Asimismo se establece un marco financiero adecuado para garantizar la protección contra gastos catastróficos.

El secretario de salud subrayó que bajo el concepto rector de la democratización de la salud, el Sistema de Protección Social en Salud se constituye bajo los valores de inclusión social, igualdad de oportunidades, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía de las personas, y de acuerdo con los principios de universalidad, solidaridad financiera, subsidiariedad,

presupuestación democrática y rendición de cuentas.

La universalidad de los servicios de salud se concibe en dos sentidos:

- a) Dar cobertura a todos los mexicanos y mexicanas.
- b) Romper las barreras que han separado a los distintos grupos de la población dando lugar a enormes inequidades en materia de salud.

Antecedentes

Ante las transiciones epidemiológica y demográfica de los últimos años, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* presentó un diagnóstico de los riesgos enfrentados por el sistema de salud mexicano e identificó tres grandes retos: equidad, calidad y protección financiera.

Buena parte de los mexicanos sufre las consecuencias del subdesarrollo: enfermedades infecciosas, desnutrición y padecimientos ligados al embarazo y al parto, a los que se suman problemas emergentes debidos, en su mayoría, a la creciente exposición a estilos de vida que dañan la salud.

El segundo reto deriva de la heterogeneidad en los niveles de calidad que las distintas unidades de atención ofrecen a los ciudadanos. La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes.

El tercer reto reside en la falta de protección financiera para cerca de 45 millones de mexicanos. A pesar de los avances de la seguridad social, más de la mitad del gasto en salud en México procede directamente del bolsillo de las personas, quienes deben pagar por su atención en el momento mismo de usar los servicios. Esto deja a millones de familias ante la disyuntiva de empobrecerse o ver a sus seres queridos sufrir una enfermedad y dolor por falta de recursos económicos.

Desequilibrios financieros atendidos por la Reforma

1. **Inversión.** En México la inversión en la salud no es suficiente para atender los retos que plantean las transiciones demográfica y epidemiológica. El país destina 5.7% del PIB al sector salud, mientras que los Estados Unidos y Alemania destinan 14% y 10%, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.1%.
2. **Origen de los fondos.** Actualmente la mayor parte del financiamiento proviene de los bolsillos de las familias. En México, 52% de las erogaciones en salud constituyen gasto de bolsillo. En Colombia y Costa Rica este porcentaje asciende a 40% y 20% respectivamente, en tanto que en el Reino Unido apenas alcanza tres por ciento.

El gasto de bolsillo es la forma más inequitativa e ineficiente de financiar la atención a la salud, pues rompe con la solidaridad financiera, la cual permite a las personas enfermas o de escasos ingresos beneficiarse de las contribuciones de las personas sanas y de las de mayores recursos. Asimismo expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre involucrada en los fenómenos de enfermedad y accidentes.

Se calcula que al año de dos a tres millones de familias mexicanas incurren en gastos catastróficos por motivos de salud, que con frecuencia provocan su empobrecimiento.

Evidentemente este fenómeno es más común en las familias pobres y en los hogares que no cuentan con seguridad social.

El gasto de bolsillo desincentiva la atención preventiva porque los pacientes suelen posponer al atención médica hasta que su enfermedad se agrava, en muchos casos de manera irremediable. En México se estima que alrededor de 30 por ciento de la atención médica se posterga debido a la falta de seguridad financiera.

3. **Distribución de los recursos públicos.** Los recursos públicos tienden a concentrarse en las instituciones que prestan servicios a los trabajadores de la economía formal.

Por lo que respecta a la atención médica, el gobierno federal asigna 2.4 veces más recursos per cápita a la población derechohabiente de la seguridad social que a la no asegurada. A esta injusta distribución se suma una condición aún más severa: al comparar la asignación per cápita de recursos, tanto federales como estatales, se observa una diferencia entre el estado con mayor gasto (cuatro mil 929 pesos) y el que menos recursos recibe para este rubro (547 pesos). Más aún, esta distribución no guarda relación con las necesidades de salud. De hecho, los estados con mayor demanda de servicios son los que, en general, reciben menos recursos del

* Información extraída del Número 11, mayo 2003, de *Salud*, Gaceta de comunicación interna de la Secretaría de Salud. México, 2003

gobierno federal. Esta distribución injusta responde más bien a inercias históricas.

4. **Asignación del presupuesto estatal.** El sistema público de salud se descentralizó, pero no con las reglas necesarias para a su adecuada operación. Esto se refleja en los contrastes en el esfuerzo estatal en materia de salud. En México, algunos gobiernos locales asignan a los servicios estatales de salud 535 veces más recursos que otras entidades federativas.
5. **Destino del gasto.** El sector salud a nivel nacional dedica cada vez más recursos al pago de la nómina en detrimento del gasto de inversión. La estructura financiera con la que opera el sistema mexicano de salud agrava la desigualdad social.

Los mayores daños a la salud, producto del rezago acumulado – enfermedades infecciosas, desnutrición, problemas de mortalidad materna e infantil- se concentran en los estados del sur y del sureste. Sin embargo, los recursos para la seguridad social y la atención de la población no asegurada son mayores en otras regiones del país.

Reforma al financiamiento

Esta reforma permitirá alcanzar cinco objetivos fundamentales:

1. Ordenar las asignaciones actuales del presupuesto
2. Corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas.
3. Avanzar en el esquema de aseguramiento universal.
4. Establecer la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía.
5. Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales, como parte de la reforma del Estado.

Tres seguros públicos de salud

El objetivo de la reforma es lograr que la gran innovación del sistema de salud de México que tuvo lugar en 1943, es decir el aseguramiento en materia de salud, se extienda a todos los mexicanos mediante la constitución de una nueva organización integrada por tres seguros públicos, dos de los cuales ya existen:

Principales aspectos de la reforma

- El objetivo fundamental de la reforma es corregir los cinco desequilibrios financieros del sector salud, entre los que destaca el hecho de que en México 52 por ciento del gasto en salud corresponde a pago de bolsillo.
- La integración al Seguro Popular de Salud será gradual. Cada año se incorporará 14.3 por ciento de los 45 millones de habitantes que hoy no tienen acceso a la seguridad social.
- La reforma busca corregir los desequilibrios financieros del sistema público de salud, definir la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y la ciudadanía y dar contenido efectivo al ejercicio de los derechos sociales al hacer explícitas las atribuciones y obligaciones tanto de las instituciones de salud como de los propios usuarios.
- El nivel social no será limitante para el acceso al Sistema de Protección en Salud, pues incorpora un esquema no contributivo para las familias que por su condición económica o su marginación no puedan aportar recursos al sistema.
- Prevé mayor inversión federal y estatal en salud, lo que permitirá atender las demandas de la población que se incorporará gradualmente al sistema.
- Establece el compromiso de construir centros regionales de alta especialidad cuyo desarrollo deberá vincularse con la planeación e inversión en infraestructura, lo cual reforzará al sector salud.
- El sistema se financiará de manera tripartita mediante la aportación del afiliado –proporcional a su capacidad de pago- la cuota social y la aportación solidaria cubierta por los gobiernos estatales y federal.

- a) El de enfermedades y maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los asalariados del sector privado formal de la economía.
- b) El seguro médico del Instituto de Seguridad Social y Servicios para Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los trabajadores del sector público.
- c) El Seguro Popular de Salud para los trabajadores no asalariados, los autoempleados y los desempleados, así como sus familias.

La formación de un consenso

Por su propia naturaleza, los temas relativos a la salud tienden a unirse, pues representan un valor universal compartido por las principales ideologías y plataformas políticas. La salud nos ofrece un puente natural para el entendimiento, un vínculo que nos une como miembros de una sola comunidad.

Seguros de salud para los pobres en la Provincia de Santa Fe, Argentina: El poder de un modelo claro para todos

Dr. Pablo Ríos

FAMEDIC y Ministerio de Salud de Santa Fe

Condiciones de salud y pobreza

La Argentina es un país relativamente rico, con un ingreso per capita anual oficialmente calculado en 8,970 dólares (Atlas del Banco Mundial 1998). Sin embargo, a pesar de esta riqueza relativa, se trata de un país con un sorprendente nivel de pobreza.

Los indicadores generales de salud de la Argentina son buenos si se les compara con los de otros países de la región. Sin embargo, esas tasas son peores que las de otros países de ingresos medios y más bajas de lo que se podría esperar al considerar los indicadores económicos y de educación. Por ejemplo, el vecino Chile, con un ingreso menor al de Argentina en el año 2000, tuvo una tasa de mortalidad infantil de 10 por mil nacidos vivos que contrasta con el 17.6 por mil nacidos vivos de la Argentina.

Los indicadores relativamente buenos de salud también esconden variaciones significativas entre los distintos grupos de ingresos, con los pobres mostrando condiciones de salud peores que los ricos, lo mismo que un patrón diferente de mortalidad, enfermedad y discapacidad.

Al observar la carga de la enfermedad en términos de años de vida perdidos a causa de muerte prematura, la evidencia muestra un cuadro muy diferente: los pobres se mueren más pronto de lo que deberían y son desproporcionadamente golpeados por enfermedades prevenibles del Grupo A, esto es, padecimientos infecciosos, maternos, perinatales y relacionados con la nutrición. De hecho existe una fuerte asociación negativa entre el ingreso per capita de los hogares y los años de vida perdidos por 100 mil habitantes debido a la sífilis, la diarrea, el tétanos, el aborto, la desnutrición ligada a proteínas y energía y, en fin, con la mortalidad neonatal y materna.

Cobertura de salud y utilización

En Argentina el sistema se caracteriza por la existencia de una gran cantidad de población

pobre no asegurada (más del 40% luego de la crisis económica del 2000). Sin embargo, para esta población la cobertura proveniente de programas públicos esenciales de salud es alta. Si tomamos la atención prenatal como ejemplo, sólo cerca del tres por ciento de las mujeres no se benefician con alguna forma de atención prenatal. No obstante, los pobres tienden menos a beneficiarse de esos programas públicos esenciales y cuando lo hacen la calidad del servicio es inferior.

Si usamos la atención prenatal como indicador de la calidad de los programas públicos esenciales de salud, encontramos una asociación directa negativa entre el ingreso per capita del hogar y la probabilidad de haber tenido menos de cinco exámenes prenatales. La mayoría de los pobres tienen acceso a hospitales públicos, pero la atención que reciben difiere mucho de la recibida por los grupos de ingresos más altos. Más del 25 por ciento de las mujeres que vienen del quintil de ingresos más bajos no son atendidas por médicos cuando dan a luz, lo cual contrasta con una la décima parte del uno por ciento de las mujeres del quintil de ingresos más altos.

Tabla 1
Indicadores de la Argentina en comparación con otros países de la región Año: 2000

	Argentina	Chile	México	Uruguay	Brasil
Tasa de Mortalidad Infantil	17.6	10.1	14.5	14.1	33.1
Tasa de Mortalidad Menores de 5 años	24.5	14.5	36.4	18.1	45.9
Gasto Anual Nacional en Salud como Porcentaje del PIB	11.4	7	5.3	10.3	8.4
Médicos por 10.000 habitantes	26.8	13	15.6	37	14.4
Esperanza de vida al nacer	73.6	75.5	72.8	74.7	67.7
PIB per capita	11.940	8410	8070	8750	6840

Fuente: OPS

El modelo del Programa de Seguro de Salud de Santa Fe

En la provincia de Santa Fe 47% por de la población no tiene una cobertura explícita de seguro de salud. Esta población se atiende en los servicios públicos de salud. La mayoría de los recursos de la provincia se asignan a hospitales de segundo nivel, que absorben el 84% de los recursos lidiando sólo con 64% de las consultas. La mayoría de los médicos en el sistema no son Especialistas de Atención Primaria, y sólo 6% de los recursos se asignan a los servicios para pacientes ambulantes de primer nivel.

El Esquema de Seguro de salud es un modelo de atención cuyo objetivo es proveer un paquete de Atención Primaria a la Salud a la población no asegurada, fundamentalmente la gente pobre de la provincia de Santa Fe.

El modelo de seguro de salud se sostiene en tres pilares: el Censo de Población, el Programa Participativo Local y el trabajo interdisciplinario.

Los equipos del Programa de Seguro de Salud de Atención Primaria a la Salud (APS) están formados por médicos generales o médicos familiares, enfermeras y visitantes de salud y en caso necesario se añade un psicólogo.

Ser parte del equipo de APC es voluntario y la selección se realiza de acuerdo con el nivel de ciertas características, entre las cuales se considera que las más importantes son la experiencia de trabajo en atención primaria a la salud y vivir en la comunidad.

Los proveedores privados y los miembros de la comunidad están incluidos en el modelo del Programa de Seguro de Salud, el cual se basa en el Programa Participativo Local (PPL). En pocas palabras, esto quiere decir que la manera en que el equipo de atención primaria a la salud implementará la actividad en la comunidad debe ser discutida con la misma y puesta claramente por escrito en el plan anual.

Estos equipos son responsables del registro de la población en el área geográfica bajo su responsabilidad. Durante el censo los equipos toman conocimiento de las principales necesidades de esa comunidad a fin de diseñar su PPL junto con las instituciones más importantes de la comunidad. Como resultado del PPL se definen la actividad y los requerimientos de entrenamiento.

El paquete universal y básico del Programa de Seguro de Salud incluye:

- Atención médica ambulatoria curativa y preventiva
- Atención de enfermería
- Visitas en los hogares por parte de los visitadores de salud
- Pruebas de laboratorio
- Rayos x
- Farmacia
- Atención dental

El paquete básico es universal para toda la gente no asegurada. Cada equipo de atención primaria a la salud define programas especiales que deben ser desarrollados para su población de acuerdo con los problemas más importantes detectados durante el PPL. Por ejemplo: programas comunitarios contra las adicciones, programas educativos para reducir los embarazos en la adolescencia, etcétera.

Colaboración Público-Privada para mejorar el acceso

Dado que la red pública actual es insuficiente para cubrir el Programa se permite contratar a proveedores privados para complementar esa red (médicos, bioquímicos, farmacéuticos, etcétera) a fin de garantizar un mejor acceso de los no asegurados a la atención a la salud.

Contrato de administración

El Programa de Seguro de Salud y el equipo de atención primaria firman un contrato anual de administración en el cual se estipulan las actividades del segundo y las metas que deberá alcanzar. Este contrato define con claridad las condiciones para recabar de los incentivos financieros. En todos estos contratos se debe cubrir el paquete básico y se deben hacer estadísticas y reportes mensuales.

Formas de pago. Beca Incentivo

La mayoría de los profesionales de los equipos de atención primaria son contratados para la provincia, para la municipalidad o a nivel nacional. El Programa de seguro de salud paga un incentivo semianual de acuerdo con los resultados del trabajo medidos por los indicadores previamente acordados en el contrato de administración.

La beca incentivo se relaciona con la cantidad de gente que el equipo tiene en sus registros.

El equipo de atención primaria que alcanza la capitación total (2000 personas no aseguradas) y que cumple con los indicadores del PPL recibe el pago de un incentivo equivalente a dos salarios por año.

Experiencia Piloto de la Zona III

Hace dos años se llevó a cabo una experiencia piloto de Seguro Provincial de Salud. Se decidió empezar una experiencia piloto en dos de los departamentos más pobres de la provincia con los siguientes objetivos:

1. Reducir la carga global de la enfermedad, en especial la de las enfermedades ligadas a la pobreza.
2. Fortalecer el modelo de atención primaria a la salud.
3. Proveer atención explícita a la gente no asegurada.
4. Mejorar la equidad, la accesibilidad y la eficiencia de los servicios públicos.
5. Implementar un nuevo mecanismo de pago basado en la productividad, la capitación y los incentivos.
6. Establecer una red público-privada.
7. Desarrollar un mecanismo eficiente para permitir la participación de la comunidad.

Se establecieron 32 equipos de atención primaria a la salud y se firmó igual número de contratos de administración entre los equipos y las autoridades del Programa de Seguro de Salud.

Avances recientes

Quince meses después de que se inició la experiencia piloto de Seguro de Salud de la Provincia de Santa Fe se observaron los siguientes indicadores de mejoramiento en los servicios del área.

Salud de las mujeres

Se dio un aumento de más del doble en la cantidad de pruebas de Papanicolaou

- Un aumento de 46% a 81% de chequeo de embarazo antes de la semana número 20.
- 40% del total de nacimientos con más de 5 revisiones prenatales.
- Todas las mujeres del Programa tuvieron acceso a métodos anticonceptivos.

Salud infantil

- 98% de los bebés nacidos en los hospitales públicos pasaron la prueba de control neonatal (Fenilcetonuria, hipotiroidismo, FQ).
- 84% de los niños menores de 5 años están en el programa de crecimiento y desarrollo.
- Todos los niños con diagnóstico de malnutrición están en tratamiento. (9.2% de la población infantil, 80% de los cuales están en el grado I).
- Por primera vez el área en la que se llevó a cabo la experiencia de seguro de salud logró reducir la mortalidad infantil a un nivel más bajo que el promedio de la provincia.

Tabla 2
Asociación entre el Ingreso promedio per capita de los hogares y los años de vida perdidos por mil habitantes

Enfermedades que afectan a los pobres de manera desproporcionada	Correlación Lineal
Tasa de mortalidad infantil	-0.62
Tasa de mortalidad neonatal	-0.56
Tasa de mortalidad materna	-0.48
Proporción de bebés con bajo peso (<2,500 g)	-0.58
Diarrea	-0.455
Tétanos	-0.455
Desnutrición ligada a Proteínas-energía	-0.450
Aborto	-0.435

Fuente: Banco Mundial (2000), Argentina: Gente Pobre en un País Rico

Acceso

- Hubo un incremento de 120% en las consultas agendadas en las clínicas y las cirugías. 30% de esto se llevó a cabo en clínicas privadas.
- Se alcanzó un incremento de 86% en la cantidad de visitas realizadas por los agentes de la comunidad a las familias beneficiarias.
- Los beneficiarios pueden recibir los medicamentos prescritos en cualquiera de las farmacias privadas del área, con lo cual se garantiza el acceso a los mismos las 24 horas del día.

Para el sistema de salud

1. La compilación de un registro de la población no asegurada.
2. La implementación de un PPL.
3. El mejoramiento del entrenamiento del equipo de atención primaria a la salud. Se triplicaron las horas de actividades educativas del año anterior.
4. La organización de métodos de referencia. Por primera vez las diez razones principales de consultas frecuentes son conocidas por todo el personal profesional del sistema de aseguramiento.
5. El mejoramiento del acceso a servicios farmacéuticos debido a la inclusión de las farmacias privadas en la red pública.
6. La modificación del sistema de pagos.
7. Vademécum, registros familiares, codificación, etcétera.

Evaluación de los costos

El presupuesto de la Experiencia Zona III fue de 150,000 dólares al año. La cantidad total se destina a pagar incentivos monetarios a los equipos de atención primaria a la salud y al resto de los profesionales. Esto significa que para una población de 28,000 personas no aseguradas se han invertido 5.37 dólares por persona por año. Si se pudiera extender este marco de aseguramiento para toda la gente no asegurada de la provincia de Santa Fe (casi 150,000 personas) se tendrían que invertir 8 millones 55 mil dólares. El presupuesto del Ministerio de Salud para el año 2002 fue de 220 millones de dólares, de modo que para cubrir al total de la población se requiere un incremento de 3.63% al presupuesto de salud. Esto parecería un aumento muy aceptable para la provincia.

EXTENSA

Programa boliviano de ampliación de cobertura a poblaciones pobres*

A fin de ampliar la atención en salud a los pobres de Bolivia, el gobierno de ese país latinoamericano ha puesto en marcha el Programa Nacional de Extensión de Cobertura: EXTENSA. Este ha sido definido como la estrategia fundamental que el Ministerio de Salud y Deportes ha establecido para romper con la exclusión en salud de numerosos grupos poblacionales localizados en comunidades rurales y urbano marginales de todo el país. Buscando saltar por encima de los principales obstáculos al acceso que tradicionalmente se han podido identificar en los países de la región, el Programa EXTENSA enfoca sus acciones hacia municipios y comunidades que han sido seleccionados por sus niveles de pobreza, dificultades de acceso, alta dispersión poblacional y por su composición mayoritariamente indígena, originaria y campesina. A través de sus acciones pretende garantizar la prestación de todos los servicios de salud, el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y los programas de atención integral, en el marco de la equidad y el ejercicio del derecho a la salud.

El Programa se incorpora en el Sistema Nacional de Salud a través de los llamados Equipos Móviles de Salud, los cuales están conformados por personal profesional multidisciplinario capacitado para ofrecer prestaciones de salud tanto asistenciales como de prevención y promoción.

Con el objetivo de superar las diferencias culturales y de articular efectivamente las necesidades de la población, estos equipos incluyen la participación de un Asistente Local de Salud. Esta persona es elegida por la comunidad y su principal responsabilidad consiste en realizar prestaciones orientadas fundamentalmente a la prevención y promoción de salud. Una de las más importantes tareas que debe realizar el Asistente Local de Salud en estrecha coordinación con las autoridades comunitarias y los jefes de familia es la

aplicación de la "carpeta familiar" en la cual se reúne información sobre el nivel de riesgo en salud que presenta la familia, las características generales de cada miembro que la compone, así como su situación de salud y el grado de evolución que presentan.

Paralelamente el Programa desarrolla acciones que conducen al fortalecimiento de diversas instancias ya existentes dedicadas a la atención de la salud de la población, a saber, los Directorios Locales de Salud y las Gerencias de Red, buscando una efectiva aplicación de los Modelos de Gestión y Atención Integral en sus áreas de intervención. Además el Programa pone especial énfasis en el desarrollo de las Redes de Servicios de Salud y las Redes Sociales, en la perspectiva de generar un modelo de atención integral que suma la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud a la de la medicina tradicional, incorporando un enfoque intercultural y de género.

El enfoque multiprogramático y de integralidad del Programa, en la búsqueda de soluciones estructurales a los problemas de salud y de calidad de vida, ha permitido generar capacidades para apoyar la operativización de planes locales de intervención que incluyen participar también en el mejoramiento de la vivienda y/o el agua segura.

Teniendo en cuenta la importancia de contribuir de manera significativa al empoderamiento y la capacidad de gestión de las organizaciones comunitarias, el Programa ha puesto en marcha acciones de fortalecimiento de todas las organizaciones de la sociedad civil que permitan ayudar a construir políticas nacionales integradas a visiones locales. De esta manera se busca garantizar sostenibilidad ligada a gestión compartida y concurrente participación popular en el ámbito nacional, departamental, municipal y comunitario.

Por otra parte, esta estrategia es apoyada por el desarrollo de redes de salud mediante la construcción y equipamiento de establecimientos de salud de niveles I y II en áreas rurales así como la estandarización de la calidad de los mismos.

En resumen, el Programa EXTENSA se plantea el siguiente objetivo general:

Fortalecer el Sistema Nacional de Salud en área rural de Bolivia, garantizando la prestación de todos los servicios de salud, la implementación de programas de atención integral y el Seguro Universal Materno Infantil, en el marco del ejercicio del derecho a la salud, basado en la interculturalidad, la equidad de género y la inclusión social.

Y, de manera más específica, define tres objetivos fundamentales:

* Elaborado con base en información publicada en la página electrónica del Programa Extensa: http://www.sns.goy.bo/EXTENSA/wwwroot/que_es_extensa.htm

1. Mejorar la red de servicios de salud en el área rural a través de acciones de mejoramiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de 1er y 2do nivel de atención y la implementación de Equipos Móviles de Salud.
2. Establecer el desarrollo de redes sociales en las comunidades rurales, respetando las formas organizativas y disposiciones estatutarias de los pueblos indígenas, originarios y campesinos, para ejercer la

- gestión compartida con participación popular en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud.
3. Contar con un modelo de atención integral que utilice la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, la medicina tradicional, la intervención interprogramática y la participación comunitaria, con enfoque intercultural, generacional y de género.

Población Nacional EXTENSA según Departamentos *

No.	Departamento	Población total EXTENSA	Ampliación de población EXTENSA Septiembre 2003	Ampliación de la Cobertura EXTENSA Septiembre 2003 (%)
1	Chuquiaca	42,768	19,350	45.24
2	La Paz	97,639	38,627	39.56
3	Cochabamba	49,504	22,803	46.06
4	Oruro	30,489	9,647	31.64
5	Potosí	59,158	15,214	25.72
6	Tarija	18,912	6,394	33.81
7	Santa Cruz	30,533	13,063	42.78
8	Beni	18,327	3,734	20.37
9	Pando	10,942	3,914	35.77
	TOTAL	358,272	132,746	37.05

* Fuente: Boletín Mensual EXTENSA, Año 1. N° 3

136 millones fuera de los servicios de salud*

Eduardo Tamayo

Al comenzar el año 2000, el panorama de la salud pública en América Latina y El Caribe presenta niveles preocupantes de exclusión social, que determinan que 136 millones de personas no tengan acceso a los servicios de salud.

Los principales excluidos son los pobres, los adultos mayores, las mujeres y los niños, los grupos étnicos, los trabajadores informales, los desempleados, los subempleados y la población rural, según revela un estudio dirigido y supervisado por la Organización Internacional del Trabajo, OIT, y la Organización Panamericana de la Salud.

Barreras de tipo financiero, geográfico, laboral y cultural dificultan el acceso de estos grupos humanos a los servicios de salud, incidiendo también en el problema la limitada cobertura de la seguridad social, la carencia de los servicios básicos de agua y alcantarillado y el deterioro del medio ambiente.

La exclusión social corresponde a un estado en el cual el individuo no puede acceder a condiciones de vida que le permitan satisfacer sus necesidades esenciales (alimentación, educación, salud...) y al mismo tiempo participar en el desarrollo de la sociedad en que vive, expresa el documento dado a conocer a finales de 1999.

Cobertura

En América Latina y El Caribe la protección de la salud se encuentra atendida básicamente por la seguridad social (que abarca principalmente a los/as asalariados/as), el sector privado (dirigida a sectores medios y altos) y los servicios públicos dependientes de los ministerios de salud (cuya "clientela" son los grupos poblacionales excluidos de los otros dos sub-sistemas).

Hacia 1995, el 46% de la población se encontraba excluida de la Seguridad Social, eso significaba, 218 millones de personas fuera del sistema. En algunos países, como México y Perú, se observaba la tendencia a disminuir la cobertura de la Seguridad Social.

Envueltos en las redes neoliberales y fondomonetaristas, los gobiernos han venido disminuyendo los presupuestos destinados a la salud pública. Los resultados de estas políticas se traducen en desmantelamiento de los programas de prevención y nutrición, aniquilamiento de los hospitales públicos, recortes salariales para los profesionales y trabajadores de la salud, eliminación de la medicina gratuita, programas focalizados hacia los más pobres, etc. El repliegue de los gobiernos en esta materia está dando paso a la incursión de las ONGs que han devenido en importantes proveedores de servicios de salud, a tal punto que en países como Ecuador, Perú, Guatemala y Guyana ya tienen una cobertura de entre el 10 y el 20%.

En un contexto en el que se ha mercantilizado la salud humana, el afán de enriquecimiento fácil y rápido, a menudo, prima sobre cualquier otra consideración social, humana o ética. "El gasto de bolsillo, por lo tanto, funciona como el principal mecanismo para contratar servicios privados". Como es obvio suponer, solo unos pocos pueden utilizar los servicios de salud "cinco estrellas", en tanto que enormes grupos poblacionales han quedado marginados. ¿Es que cómo pueden acceder a la oferta de salud, los 121 millones de latinoamericanos/as y caribeños/as que viven en la pobreza con un ingreso inferior a los 2 dólares por día?

A juicio de los expertos, un 10% de los ingresos de la población se dedica a gastos de salud. Se estima, asimismo, un gasto per cápita privado en salud de 91 dólares por persona (con todo lo engañoso que resulta este tipo de cálculo, pues los extremos varían entre Argentina con US 436 dólares anuales per-cápita y Haití con 6 US dólares anuales). Quienes están por debajo de la línea de pobreza, estarían gastando, teóricamente, US 73 dólares por año en salud, muy por debajo de la media regional de 91 US dólares. Sin embargo, importantes contingentes de la población pobre de Haití, América Central (con excepción de Costa Rica), Brasil y Bolivia no pueden hacer frente al gasto de US 73 debido a sus bajos recursos, señala el estudio de la OIT y la OPS.

Obstáculos geográficos

El concepto de accesibilidad geográfica es definido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, como el "porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medio de transportes locales".

De acuerdo a este criterio, las poblaciones de las zonas rurales y de las periferias tienen fuertes limitaciones para acceder a los servicios de salud ya sea porque éstos no existen, o, de haberlos, son de mala calidad o se limitan a la atención primaria. Mas de 125 millones de personas estarían en condiciones de "inaccesibilidad geográfica", lo cual hace aún más grave el problema si se considera que la mayor parte de la población rural es pobre y muchos trabajadores del campo están excluidos/as de la seguridad social, contando, como única opción, los servicios públicos "aquejados por importantes deficiencias".

Desempleo e informalidad

El aumento del desempleo y del trabajo informal tiene relación directa con la exclusión de los servicios de salud. En el primer semestre de 1999, de acuerdo con cifras de la OIT, se registró un 9.1% de desempleo, es decir 18 millones de latinoamericanos/as de las zonas urbanas se encontraban desempleados/as, teniendo mayor incidencia en las mujeres que en los

* Tomado de ALAINET 306

hombres. Debido a la recesión económica, en el segundo semestre de 1999, el deterioro del empleo fue aún mayor.

El sector informal de la economía, que en 1990 proporcionaba el 51,8% de los empleos, aumentó al 57,7% en 1997. Los desempleados, así como los/as trabajadores/as informales, generalmente, están excluidos de la seguridad social y, por lo tanto, no pueden ejercer el derecho a la salud.

Factores étnicos

Las poblaciones indígenas muestran un deterioro en sus condiciones de salud superior a la media de la población en general. Aquellos países que cuentan con mayor población indígena son los de menos cobertura de seguridad social y mayores restricciones en cuanto a la accesibilidad geográfica.

Los pueblos indígenas y afro-americanos ejercen la medicina tradicional, de acuerdo a su propia cosmovisión y costumbres. En algunos países, como Bolivia y Haití se ha tratado de reglamentarla y articularla a

la medicina pública. En otros, sin embargo, la medicina tradicional todavía es incomprensida, perseguida o incluso castigada.

Partos y vacunas

Otros parámetros que utiliza el estudio "Panorama de la Exclusión de la Protección Social en Salud en América Latina y El Caribe" son los suministros de servicios directos, tales como la cobertura de la vacunación, partos atendidos por personal idóneo, y servicios indirectos como el agua potable y el alcantarillado.

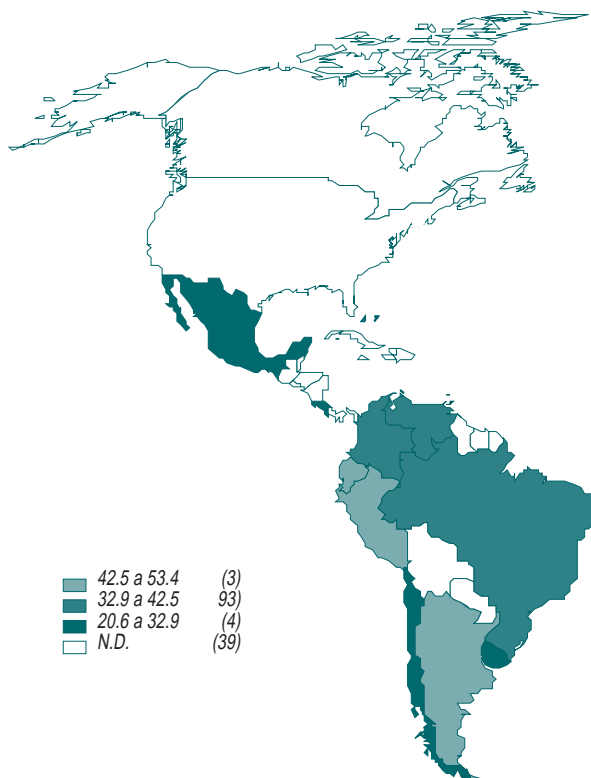
"Basándose en el hecho que 17% de los partos no han tenido asistencia de personal capacitado, se ha estimado que más de 83 millones de personas están excluidas del acceso a la salud. Utilizando la tasa de vacunación de los niños de

menos de un año se llega a una estimación cercana de 82 millones de personas excluidas. Por otra parte, se ha estimado que 152 millones de personas no disponen de acceso al agua potable y/o alcantarillado", sostiene la investigación de la OIT y la OPS.

Otros datos reveladores: 267 millones sufren exclusión relacionada con el déficit de camas en servicios de internación y 15 millones de personas tienen dificultades para acceder a los servicios de profesionales médicos. Estas cifras no son más que un indicativo de las injusticias prevaletentes, y revelan que esta situación constituye un serio obstáculo para el desarrollo económico y social de la región.

http://alainet.org/active/show_text_pt.php3?key=610

**América Latina, países seleccionados:
asalariados que cotizan en la seguridad social sobre el total 1998, 1999
(Porcentajes)**



**Países Seleccionados de América Latina
Porcentaje de Asalariados que Cotizan
en la Seguridad Social 1998, 1999**

Año	País	Índice de Desarrollo Humano, 2000, PNUD	Sector Informal /a		Sector Formal	
			Sí Cotizan	No Cotizan	Sí Cotizan	No Cotizan
1998	Ecuador	Medio	16.20	83.80	65.00	35.00
1998	Perú /b	Medio	13.90	86.10	67.60	32.40
1998	Argentina	Alto	20.20	79.80	81.30	18.70
1999	Venezuela	Medio	21.00	79.00	77.60	22.40
1999	Brasil	Medio	32.30	67.70	82.00	18.00
1998	Colombia	Medio	35.50	64.50	80.00	20.00
1999	México	Medio	13.10	86.90	82.10	17.90
1999	Costa Rica	Alto	46.30	53.70	88.20	11.80
1998	Chile	Alto	51.00	49.00	86.00	14.00
1998	Uruguay /c	Alto	57.90	42.10	87.20	12.80

a/ Ocupados correspondientes a establecimientos que cuentan con hasta 5 trabajadores y servicio doméstico.

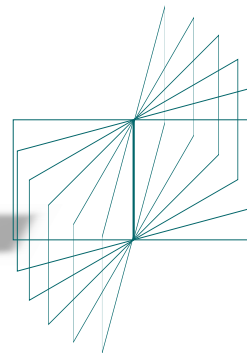
b/ Corresponde a Lima Metropolitana.

c/ Corresponde a Montevideo.

Fuente: Estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con base en información de Encuesta de Hogares y otras fuentes oficiales (serie revisada).

Elaborado por: Javier Dorantes Aguilar

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

- Alderman, Harold y David Stifel. The «Glass of Milk» Subsidy Program and Malnutrition in Peru. Banco Mundial. Development Research Group, World Bank. Working Paper No. 3089 - Junio, 2003. Disponible en Internet en: http://econ.worldbank.org/files/27931_wps3089.pdf
- Almeida-Filho, Naomar Ichiro Kawachi, Alberto Pellegrini Filho y J. Norberto W. Dachs. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995). American Journal of Public Health, Vol. 93, No. 12, 2037-2043, American Public Health Association, Diciembre 2003. Resumen disponible en Internet: <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/93/12/2037>
- Bamba, Clare, Debbie Fox, Alex Scott-Samuel Towards a New Politics of Health. Reino Unido: University of Liverpool. Politics of Health Group Discussion Paper no. 1, Junio 2003. Disponible en Internet en: <http://www.liv.ac.uk/PublicHealth/Publications/pog2.pdf>
- Bitrán, Ricardo y Ursula Giedion. Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. Banco Mundial. Social Protection Discussion Paper Series, No.0308, 2003. Disponible en Internet en: [http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/vtlw/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/\\$FILE/0308.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/vtlw/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/$FILE/0308.pdf)
- Braverman, Paula A. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. San Francisco, California: Center on Social Disparities in Health, Department of Family and Community Medicine, School of Medicine. University of California, San Francisco. J HEALTH POPUL NUTR Septiembre, 2003; 21(3):181-192. ICDDR,B: Centre for Health and Population Research. Disponible en Internet en: http://www.icddr.org/images/jhpn2103_monitoring-equity.pdf
- CEPAL. Database of social indicators for Latin America and the Caribbean. Comisión Económica Para América Latina, Statistics and Economic Projections Division - Social Statistics Unit, Naciones Unidas, 2004. Disponible en Internet a través de: <http://www.eclac.cl/badeinso>
- Gold, Marsha y Sylvia Kuo. Access to Physician Services in Public Insurance Programs for Low-Income Populations. A Framework for Assessment and Action. Mathematica Policy Research Inc., August 2003. Disponible en Internet en: www.mathematica-mpr.com/PDFs/redirect.asp?strSite=accessphys.pdf
- Ke Xu, David B. Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J L Murray. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Evidence and Information for Policy (EIP), Organización Mundial de la Salud. The Lancet Vol. 362, Julio 12, 2003. Disponible en Internet en: http://pdf.thelancet.com/pdftdownload?uid=llan.362.9378.original_research.26389.1&x=x.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe Serie No. 1 –2003. Extensión de la Protección Social en Salud, Oficina de Gerencia de Programas, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Organización Panamericana de la salud OPS/OMS. Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI). Disponible en Internet en: <http://cys.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=124>
- Wilkinson, Richard y Michael Marmot, editors. Social determinants of health. The solid facts. Segunda edición, OMS, 2003. Disponible en Internet en: <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>

Mortalidad materna, salud pública y derechos humanos en Argentina

Como respuesta a los retos que implica la mortalidad materna, en el año 2001 se llevó a cabo en Argentina un seminario nacional organizado por el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de la Mujer y UNICEF con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud.

Esta obra reúne el trabajo de los expositores que participaron en el congreso, personalidades provenientes tanto de distintos países de América Latina como de diversas provincias argentinas. En ella se vinculan esfuerzos nacionales y de agencias internacionales para contribuir al debate de un tema de interés central en el mundo y muy particularmente en la región de América Latina y el Caribe.

El libro está organizado en tres grandes temas: a) Salud pública y derechos humanos, b) Políticas públicas e iniciativas de la sociedad civil y c) Actores políticos y estrategias de acción y consta de un total de doce artículos y cuatro anexos más la lista de participantes en el seminario.

Mortalidad Materna
Un problema de salud pública y derechos humanos
Eleonor Faur, Raúl Mercer y Silvina Ramos, coordinadores
Ministerio de Salud – UNICEF Oficina de Argentina
Buenos Aires, 2003

Investigación, Políticas y Acción en Salud Pública en México

Con la publicación de la obra *Economía y Salud*, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) inició en 1993 un importante esfuerzo destinado a vincular la investigación académica sobre el sistema de salud mexicano con el diseño de políticas y la puesta en acción de sus propuestas. Cuatro años más tarde, la publicación del *Observatorio de la Salud* dio cuenta de los avances en este sentido. Ahora, una nueva obra vuelve a poner en la mesa de discusión importantes materiales en los que se analizan distintos aspectos del sistema de salud de México, sus procesos de cambio y algunos de los resultados de la aplicación de políticas recientes.

En sus cuatro secciones -I. Condiciones de salud; II. Sistemas de Salud; III. Financiamiento en Salud y IV. Innovaciones en salud- se reúnen las colaboraciones de un importante grupo de integrantes del Centro de Análisis Social Económico (CASEsalud) de la propia FUNSALUD. Los veinte capítulos que conforman el libro presentan diversos aspectos y puntos de vista en torno al impacto de la organización y el financiamiento del sistema de salud en el desarrollo económico para proponer iniciativas que permitan aumentar la competitividad de todos los sectores y sistemas productivos del país a través de la inversión en salud.

Caleidoscopio de la Salud
De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción.
Felicia Marie Knaul y Gustavo Nigenda,
editores
Fundación Mexicana para la Salud
México, 2003

Noticias

El Seguro Integral de Salud del Perú logra importantes aumentos en cobertura

El Seguro Integral de Salud (SIS) del Perú superó por mucho la meta que se había fijado para el año 2003 y logró afiliarse a su sistema de atenciones a una población que supera los 7.5 millones de personas. Según la información proporcionada por Moisés Acuña Díaz, titular del SIS, esta cifra incluye a dos millones y medio de niños menores de cuatro años y cuatro millones de adolescentes menores de 17 años. Además se a estas cifras se deben agregar 700 mil madres gestantes, de las cuales 500 mil terminaron en partos asistidos, a lo largo de los dos años en que el SIS ha estado en funcionamiento. Al efectuar un balance del trabajo realizado, Acuña afirmó que el SIS centró toda su atención en el segmento materno-infantil, al cual se destinaron más de dos terceras partes de la inversión social realizada.

Cuarto Congreso Mundial de la Asociación de Economía de Salud (IHEA)

El campo de la economía de la salud ha crecido considerablemente desde 1965. En el mes de junio pasado, en la ciudad de San Francisco, el Congreso Internacional sobre Economía de la Salud proveyó una valiosa oportunidad para economistas de la salud, investigadores de servicios de salud y tomadores de decisiones, de interactuar e intercambiar ideas y experiencias.

La Red Interamericana José Luis Bobadilla ha otorgado gran importancia al estudio del gasto en salud, y ha desarrollado, dentro de su componente de instrumentos de política, la adaptación de una metodología de estimación de cuentas nacionales de salud, aplicable a la región latinoamericana y del Caribe, como un instrumento sistemático para contar con información precisa sobre la disponibilidad de recursos para la salud, así como sobre la asignación y movilización de los recursos financieros.

Con el fin de enriquecer el trabajo desarrollado por la Red JLB en el tema de las Cuentas Nacionales de Salud, la Red apoyó la participación de la Dra. Marina Cárdenas, de Bolivia, el Dr. Pablo Ríos, de Argentina y el Dr. Aristides Torche, de Chile como expositores en el panel sobre "Esquemas de aseguramiento para los pobres en Latinoamérica", desarrollado en el curso del Congreso IHEA.

Incorporar variables de salud en la medición de la pobreza y el desarrollo económico

Tradicionalmente, la literatura económica sostiene que el desarrollo económico es un elemento fundamental para llegar a mejorar los niveles de salud de las poblaciones. Sin embargo, desde hace un tiempo, economistas e investigadores han comenzado a analizar esta relación a la inversa.

La existencia de un "círculo vicioso de pobreza y enfermedad" ha sido una temática central en la literatura sobre desarrollo económico. A pesar de la creciente evidencia sobre la relación entre pobreza y enfermedad, hay mucho que investigar sobre la forma en que las políticas de salud pública pueden contribuir a la reducción de la pobreza.

A fin de incorporar importantes variables de salud en la medición de la pobreza y, por esta vía, avanzar en su reducción, recientemente se realizó el taller "Mejorando la medición de la pobreza en las Américas", en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El taller contó con la participación de expertos en salud pública, economía y estadística pertenecientes al Grupo Río así como expertos invitados de las oficinas de estadísticas nacionales y organismos internacionales, académicos y de investigación de la región de las Américas y de Gran Bretaña.

Citas con la Reforma

Enhancing Information and Methods for Health System Planning and Research

Mejorar la Información y los Métodos para Planeación e Investigación de los Sistemas de Salud

Enero 19 – 20, 2004

Toronto Eaton Centre Marriott, Toronto, Canadá

Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing

Curso Flagship sobre Reforma del Sector Salud y Financiamiento Sustentable

Enero 12 – 30, 2004

Boston, Massachusetts, E.U.A.

Workshop on Leadership and Socio-Economic Development for Communities of African Descent in Latin America and the Caribbean

Taller sobre Liderazgo y Desarrollo Socioeconómico para Comunidades de Ascendencia Africana en América Latina y el Caribe

Febrero 1 - 4, 2004

La Ceiba, Honduras

Reaching the Poor with Effective Health, Nutrition, and Population Services:

What Works, What Doesn't, and Why.

Llegar a los Pobres con Servicios Efectivos de Salud,

Nutrición y Población:

¿Qué sirve, qué no sirve y por qué?

Febrero 18 – 20, 2004

Washington, D.C. E.U.

Quinto Foro EUROLAC. Mejorar el Rendimiento de los Sistemas de Salud y los Resultados en Materia de Salud

Abril 14 – 16, 2004

Recife, Brasil

Hong Kong Regional Symposia

Public-Private Partnerships for Health System Performance Improvement

Simposio Regional de Hong Kong

Colaboraciones Público-Privadas para el Mejoramiento del Desempeño de los Sistemas de Salud

Mayo 5 - 8, 2004

Hong Kong

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma



Banco Interamericano de Desarrollo



Fundación Mexicana para la Salud



Instituto Nacional de Salud Pública



Organización Mundial de la Salud

México

Directorio

Comité Directivo

Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres

Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz

Miguel Angel González • Organización Mundial de la Salud

Enis Baris • Banco Mundial

Christina Zarowsky • International Development Research Centre

Secretariado

Andrew Creese • Organización Mundial de la Salud

Eric Blas • Organización Mundial de la Salud

Gustavo Nigenda • Fundación Mexicana para la Salud

Tore Godal • Organización Mundial de la Salud

PROSyPS

Jaime Sepúlveda / Mario Bronfman • Instituto Nacional de Salud Pública, México

Guillermo Soberón • Fundación Mexicana para la Salud

Staff del NAADIIR

Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo

Alejandro Escalante-Bañuelos • Gerente de Información

Informando & Reformando

Gustavo Nigenda • Director

Víctor Becerril • Editor

Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial

Explore la base de datos del NAADIIR
<http://www.insp.mx/ichsri>