

Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe



Serie No. 1
Extensión de la Protección Social en Salud



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional

OPS/OMS

Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe

Serie No. 1 - Extensión de la Protección Social en Salud



Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
ASDI



Oficina de Gerencia de Programas
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud
Área de Desarrollo Estratégico de la Salud

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Exclusión en Salud

en países de América Latina y el Caribe

Serie No. 1
Extensión de la Protección Social en Salud

2003



*Oficina de Gerencia de Programas
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud,
Área de Desarrollo Estratégico de la Salud*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



AGENCIA SUECA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (ASDI)

Biblioteca Sede OPS. Catalogación en la fuente.

Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, © 2003.

(Serie Extensión de la Protección Social en Salud, N° 1).

ISBN 92 75 32476 X

I. Título II. Autor

III. Serie

1. EXCLUSIÓN SOCIAL

2. INEQUIDAD EN SALUD

3. DISCRIMINACION EN EL SECTOR SALUD

4. AISLAMIENTO SOCIAL

5. AMÉRICA LATINA

6. REGIÓN DEL CARIBE

NLM HN350.DA1

© Organización Panamericana de la Salud, 2003

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

Diseño de portada: Carol Lynn Fretwell

Diseño y diagramación de texto: Matilde Cresswell

Edición de estilo: Gladys Jordon

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	V
COLABORADORES	V II
INTRODUCCIÓN	X I
RESUMEN EJECUTIVO	X III
CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL	1
1.1. ¿Por qué estudiar la exclusión en salud en América Latina y el Caribe?	1
1.2. Algunas definiciones	6
1.3. Las causas de la exclusión en salud	9
1.4. Premisas del estudio	11
CAPÍTULO 2: MARCO METODOLÓGICO	13
2.1. Objetivos del estudio	13
2.2. Aspectos relacionados con la medición de la exclusión en salud	13
2.3. Metodología utilizada para los estudios de país	14
2.4. Metodología utilizada para el análisis comparado	20
2.4.1. <i>Análisis econométrico de las variables de exclusión en salud</i>	20
CAPÍTULO 3: RESULTADOS POR PAÍS	25
3.1. Ecuador	25
3.1.1. <i>Datos generales</i>	25
3.1.2. <i>Perfil de la exclusión en salud</i>	27
3.1.2. <i>Perfil de la exclusión en salud y perfil de los excludos</i>	31
3.2. Guatemala	35
3.2.1. <i>Datos generales</i>	35
3.2.2. <i>Perfil de la exclusión en salud</i>	36
3.2.3. <i>Perfil de los excludos</i>	40
3.3. Honduras	41
3.3.1. <i>Datos generales</i>	41
3.3.2. <i>Perfil de la exclusión en salud y perfil de los excludos</i>	44
3.4. Perú	52
3.4.1. <i>Datos generales</i>	52
3.4.2. <i>Perfil de la exclusión en salud</i>	
3.4.3. <i>Perfil de los excludos</i>	60
3.5. Paraguay	66
3.5.1. <i>Datos generales</i>	66
3.5.2. <i>Perfil de la exclusión en salud y perfil de los excludos</i>	68
3.6. República Dominicana	73
3.6.1. <i>Datos generales</i>	73
3.6.2. <i>Perfil de la exclusión en salud y perfil de los excludos</i>	75

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS COMPARADO	83
4.1. Análisis de los resultados obtenidos de los estudios de país	83
4.2. Análisis econométrico de las variables de exclusión en salud: índice compuesto de exclusión	92
4.3. Peso específico de los factores de exclusión	93
4.4. Mapa de la población excluida	95
4.5. Perfil de la población excluida	96
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES	109
5.1. Validez de la guía metodológica y de la metodología utilizada	109
5.2. Limitaciones de la metodología	110
5.3. Lecciones aprendidas	110
5.4. Conclusiones importantes para la elaboración de políticas	111
5.5. Aspectos que requieren de estudios adicionales	112
5.6. Queda un largo camino que recorrer	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXO A: LIMITACIONES DEL ANÁLISIS INDEPENDIENTE DE LOS INDICADORES	119
ANEXO B: ÍNDICE COMPUESTO DE EXCLUSIÓN	121
ANEXO C: ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA EL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE EXCLUSIÓN (FGT2)	123
ANEXO D: DESCOMPOSICIÓN DEL ÍNDICE DE EXCLUSIÓN	127

PRESENTACIÓN

En los actuales momentos, en los que el ímpetu de las reformas sectoriales de salud basados en el paradigma de “Invertir en salud” (en referencia al influyente y polémico informe del Banco Mundial de 1993), parece haber disminuido, se asiste a una ola de intensos cuestionamientos en muchos países de la Región en términos de la equidad, eficiencia y sostenibilidad en la provisión y financiamiento de las acciones de salud. Esta coyuntura representa una oportunidad para avanzar en el objetivo de lograr acceso igualitario a los cuidados de salud para todas las personas. Ello requiere establecer acuerdos políticos, propuestas sólidas y mecanismos destinados explícitamente a asegurar una cobertura efectiva para aquellos que en la actualidad no disfrutaban de estos servicios, para quienes están excluidos de los beneficios de los sistemas de protección de salud.

La exclusión en salud es un tema de creciente importancia en el ámbito de las políticas públicas, no sólo como un problema que se debe enfrentar y resolver, sino como herramienta de análisis para evaluar las intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud de las personas.

A pesar de la importancia de la exclusión en salud como fenómeno social y como problema de políticas públicas, en la actualidad no se la encuentra en la lista de temas prioritarios de la agenda político social de los países de la Región, y las reformas sectoriales sólo la han tocado de manera indirecta y fragmentaria.

Un factor que obstaculiza el enfrentamiento adecuado de la exclusión en salud en los países de la Región es que en la actualidad no se conoce con exactitud su magnitud, sus factores causales y a quiénes afecta. Tampoco está claro cuáles son las intervenciones que han demostrado ser más eficientes para combatirla. Esto se debe principalmente a dos razones: al carácter multicausal de la exclusión en salud, que hace que su medición sea compleja y a la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema.

Por ello, resulta necesario generar herramientas que permitan analizar el tema con profundidad y exactitud. Específicamente, se requiere de instrumentos que permitan analizar la exclusión en salud como determinante importante del estado de salud de un país, región, provincia o estado; identificar las características políticas, sociales, económicas y demográficas que se asocian a la exclusión social en salud; distinguir entre sus factores causales aquellos que son estructurales;

e identificar cuáles son las intervenciones o estrategias más eficaces para reducirla. El conocer estos factores permitirá identificar los caminos más adecuados para extender la protección social en salud bajo diferentes condiciones y contribuir a una mejor toma de decisiones en este ámbito.

El Área de Desarrollo Estratégico de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha asumido como una prioridad de su cooperación técnica la extensión de la protección social en salud. Por ello ha decidido profundizar en la comprensión de este fenómeno, reconociendo su complejidad y su carácter multidimensional. El estudio cuyos resultados se presentan en este libro forma parte de este esfuerzo y se enmarca dentro de una iniciativa conjunta de la OPS y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional ASDI, a la cual agradecemos una vez más su apoyo en el desarrollo de esta línea de trabajo.

Este estudio es el primero de una serie que esperamos realizar en los próximos años con el fin de obtener un panorama claro de la situación de exclusión en salud en la Región y avanzar en la identificación de las estrategias más adecuadas para combatirla y para fortalecer las estrategias de Extensión de la Protección Social en Salud.

Estamos seguros de que los resultados de este trabajo contribuirán a fortalecer el esfuerzo de los países de las Américas y serán de utilidad para la Comunidad de Salud Pública (estudiosos, decisores, gestores y líderes de la sociedad) en pos de lograr el objetivo de salud para todos en condiciones de equidad, dignidad y respeto a las características culturales propias de los diversos pueblos de nuestra Región.

Dr. Pedro Brito
Gerente
Área de Desarrollo Estratégico de la Salud
OPS - Washington D.C.

COLABORADORES

La elaboración de la guía metodológica de investigación y la conducción del estudio en los primeros cuatro países, estuvo a cargo de un equipo multidisciplinario a cargo de Hernán Rosenberg, de la OPS-Washington y formado además por Cecilia Acuña y Bernt Andersson, consultores de la OPS-Washington para este tema.

La conducción del estudio en Honduras, México D.F. y Perú fue realizada por Cecilia Acuña y Eduardo Levcovitz, de la OPS- Washington, D.C.

Este grupo de profesionales dirigió y colaboró con el trabajo de campo que en cada país realizaron los siguientes equipos de investigación:

- Ecuador: Julio Suárez de la OPS-Ecuador y los consultores Nilhda Villacrés A. y José Yépez.
- Guatemala: Hilda Leal y Rafael Haussler de la OPS-Guatemala y los consultores Edgar Barillas y Ricardo Valladares, con el apoyo de Israel Lemus y Sergio Molina, del Ministerio de Salud de Guatemala .
- Honduras: Humberto Jaime Alarid, de la OPS-Honduras y la consultora Carmen Ayes.
- México D.F.: Joaquín Molina de la OPS-México y el consultor Nivaldo Linares, con el apoyo de Elsa Veites, María Luisa Mussot y Guadalupe Staines, de la Secretaría de Salud del D.F.
- Perú: Luis Eliseo Velásquez y Margarita Petrera, de la OPS-Perú y la consultora Rocío Mosqueira.
- Paraguay: Armando Güemes y Martha Peña de la OPS-Paraguay y los consultores Nimia Torres, Rubén Gaete, Marcos Robles y Miguel Torres.
- República Dominicana: Rigoberto Centeno de la OPS-República Dominicana y los consultores Carlos Amorós Báez, Reynaldo Peguero y Diomedes Robles.

Cada equipo local contó además con el apoyo de las oficinas de representación de la OPS y de diversos profesionales de instituciones gubernamentales en los países respectivos.

El análisis econométrico de las variables de exclusión así como la elaboración del índice compuesto para cuatro países fue realizado por Miguel Madueño bajo la supervisión de Margarita Petrera, de la OPS-Perú.

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 OPS-WDC.

Deseamos agradecer la valiosa colaboración de Matilde Cresswell, Gladys Jordon, Carol Lynn Fretwell y Cristine Sulek.

Sin ellas, la publicación de este libro no hubiera sido posible.

Los autores

*"El objetivo de la organización de la sociedad y
de la solidaridad social es que cada persona
tenga acceso a los recursos que le permitan
alcanzar los logros sociales de la vida humana y
realizar los grandes proyectos de la vida"*

Olof Palme

INTRODUCCIÓN

El estudio cuyos resultados se presentan a continuación forma parte de las actividades contempladas en el plan de trabajo del proyecto “Extensión de la Protección Social en Salud” (EPSS) y responde a una estrategia desarrollada en conjunto por la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) y la OPS/OMS en el año 2000 para abordar el problema de la exclusión en salud en los países de América Latina y el Caribe, mediante la extensión de la protección social en salud. La estrategia consta de tres fases:

- Fase 1: Conocer el estado actual de la protección social en salud y de su contrapartida, la exclusión social en salud en países de la Región .
- Fase 2: Definir un Plan de Acción para reducir la exclusión y extender la protección social en salud, a través de la realización de actividades de diálogo social.
- Fase 3: Implementar las intervenciones definidas en el Plan de Acción.

Esta estrategia fue iniciada en el año 2001 con un proyecto piloto destinado a desarrollar y validar instrumentos metodológicos que permitieran caracterizar y medir la exclusión en salud en países de la Región. El producto de este proyecto fue una Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión en salud, la cual fue validada a través de su aplicación en cuatro países: Ecuador, Guatemala, Paraguay y República Dominicana.

Durante el año 2002 se inició la caracterización de la exclusión en salud en dos países adicionales, Honduras y Perú y en el Distrito Federal de México.

El estudio realizado en cada país tiene tres componentes:

1. Análisis y medición de la exclusión en salud, identificando sus principales causas así como quiénes son y dónde están los excluidos.
2. Análisis de la estructura de los sistemas existentes de protección de salud.
3. Análisis de las estrategias implementadas para mejorar la condición de vida de las personas y evaluación de su impacto sobre la situación de exclusión en salud, identificando los principales factores que inciden en su resultado.

Este libro trata del primer componente, análisis y medición de la exclusión en salud.

RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo presenta el resultado de los estudios realizados entre 2001 y 2003 en seis países de la Región 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.

De acuerdo a esta definición, se tomó como punto de partida las siguientes premisas:

- a) La exclusión en salud es una entidad distinguible y susceptible de caracterizar.
- b) Es posible identificar indicadores para medir la exclusión en salud.
- c) La exclusión en salud puede a su vez ser utilizada como una medida del éxito o fracaso de las políticas destinadas a mejorar la situación de salud.
- d) Los sistemas de protección de salud no son neutrales respecto de la exclusión en salud sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de exclusión al interior de la arquitectura de un sistema.

Con el objetivo de intentar superar las dificultades que ofrece la caracterización de la exclusión en salud, se elaboró una guía metodológica que contiene técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección de información. Metodológicamente, la técnica cuantitativa implementada consiste en identificar de manera independiente a la población excluida en cada una de las dimensiones de análisis y para cada una de las causas de exclusión. Una limitación de esta técnica es que no considera las interacciones entre las causas de exclusión ni las diferencias en el grado de exclusión de la población de un país. Con el fin de corregir esta limitación, el estudio de cada país se complementó con un análisis econométrico basado en el cálculo de un indicador continuo de exclusión de acuerdo con la familia de medidas propuesta por Foster, Greer y Thorbecke (FGT).

Los resultados del estudio muestran que los factores más importantes de exclusión en salud difieren para cada país.

En el caso del Perú, los factores externos al sistema de salud contribuyen más a explicar este fenómeno que los vinculados al mismo sistema de salud (dimensión interna). Cabe señalar que 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 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 Paraguay, al igual que en Perú, 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.

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.

El estudio muestra que la exclusión en salud aparece fuertemente ligada a la pobreza; la marginalidad; la discriminación racial 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, en especial ligado a la ruralidad; a la falta de servicios básicos como electricidad, agua potable y saneamiento básico; y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios.

Sin embargo, existen dimensiones de la exclusión en salud que parecen depender de variables más propias del sector salud, tales como el modelo de provisión de servicios; el déficit de infraestructura adecuada para responder a la demanda de salud y la asignación de recursos al interior de la red de provisión.

Adicionalmente, el no contar con un seguro de salud parece ser una barrera importante de acceso a las atenciones de salud, muy ligada a la situación laboral en los casos de Paraguay, Perú y Honduras.

El resultado del estudio econométrico revela dos aspectos fundamentales de las condiciones de exclusión de la población clasificada como excluida en salud:

- En primer lugar, que la población excluida enfrenta múltiples fuentes de exclusión en todos los países estudiados.
- En segundo lugar, que su grado de exclusión es casi total.

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

Dada la característica dinámica del fenómeno de la exclusión en salud, es necesario generar las condiciones necesarias para que su medición pueda ser asumida por los equipos nacionales como una tarea periódica.

El conjunto de las metodologías utilizadas para la medición de la exclusión en salud en este estudio, mostró ser altamente explicativo del fenómeno de la exclusión en salud en sus distintas dimensiones y de manera integrada.

La medición de la exclusión realizada de esta manera, puede constituir un instrumento importante para la definición de políticas sociales en los países.

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL

1.1. ¿POR QUÉ ESTUDIAR LA EXCLUSIÓN EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE?

Las reformas económicas implementadas durante las décadas de los ochenta y noventa en la mayoría de los países del mundo no sólo no trajeron consigo el progreso esperado, sino que durante este período 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”.¹

La constatación de estos hechos ha generado un urgente interés por analizar las causas que subyacen a este fenómeno. Adicionalmente, el resurgimiento de la pobreza (el fenómeno de los “nuevos pobres”), la desintegración de la familia y la crisis de los Estados de Bienestar en Europa así como los graves problemas de desempleo y el crecimiento sostenido de la economía informal en todo el mundo, han inducido a la creación de diversas líneas de investigación y definición de políticas en torno a tres temas centrales: la inequidad, la pobreza y la exclusión social.

Los actuales problemas del sector salud también han sido abordados con esta lógica. De este modo, se han generado líneas de trabajo destinadas a analizar y atacar las causas de la inequidad en salud; a estudiar el impacto de la pobreza sobre la incidencia y prevalencia de los problemas de salud; y a comprender las manifestaciones de la exclusión social en el ámbito de la salud. El desarrollo de estas líneas de trabajo ha generado ópticas distintas para abordar los problemas de salud, cada una de ellas basada sobre alguno de los siguientes supuestos:

¹ Bessis, Sophie. “De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde”. UNESCO. París, 1995.

- Que los problemas de falta de equidad en el acceso y uso de los servicios de salud son la principal causa de desigualdades injustas en los resultados de salud.
- Que los problemas del sector salud tienen que ver básicamente con una cuestión de cantidad y asignación de los recursos disponibles.
- Que una de las manifestaciones de la exclusión social, definida como la falta de acceso a los bienes, las oportunidades y las relaciones sociales disfrutadas por otros,² es la falta de acceso a los servicios de salud.

La exclusión en salud — entendida 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— tiene que ver con todos estos aspectos, pero no puede ser totalmente explicada por ninguno de ellos, como se verá a continuación.

Diversos estudios han planteado las diferencias existentes entre los conceptos de pobreza, exclusión social e inequidad. Sophie Bessis hace una distinción importante cuando plantea que la exclusión social es una noción explorada por la sociología que remite más a la integración y a la inserción, mientras que la pobreza es una categoría utilizada en el ámbito de la economía que se relaciona más con la insuficiencia de recursos.³ Bhalla y Lapeyre plantean que el concepto de pobreza, aún en sus desarrollos más recientes que exploran no sólo su dimensión económica sino su dimensión social, como en los trabajos de Amartya Sen, tiene que ver con el aspecto distribucional de los recursos y las oportunidades, mientras que la exclusión social tiene que ver con el aspecto relacional de ellos.⁴ Es decir, la pobreza tiene que ver con *deprivación*, en tanto la exclusión social tiene que ver con ausencia de *membresía*, entendiendo membresía como el formar parte de una red social. De este modo, 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. Por ejemplo, Sen demuestra que países con distinto ingreso per cápita poseen el mismo nivel de logros en expectativa de vida y acceso a servicios sociales.⁵

Se ha demostrado consistentemente que la inequidad -entendida 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

² Behrman, Jere; Gaviria, Alejandro; y Székely Miguel en “ *Who’s in and who’s out. Social exclusion in Latin America*”. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington DC, 2003.

³ Op. Cit. 1.

⁴ Bhalla A. S. y Lapeyre Frederic. “*Poverty and exclusion in a global world*”. Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña, 1999.

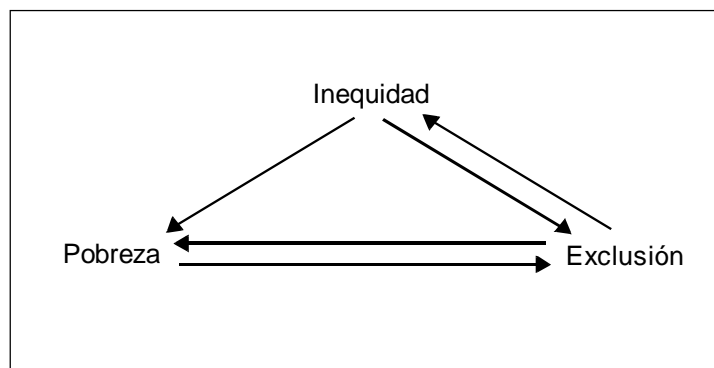
⁵ Sen, Amartya. “*Development as freedom*” USA, 1999.

evitables en los resultados de salud entre diversos grupos al interior de los países y entre países- 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.⁶ La inequidad genera exclusión en salud.

Sin embargo, 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 seguridad social dadas por su situación laboral o las barreras idiomáticas que dejan fuera del sistema a millones de personas que no hablan el idioma en el cual se proveen los servicios de salud.

La relación entre pobreza, inequidad y exclusión se podría graficar como sigue:

Figura 1: Relación entre pobreza, inequidad y exclusión



No está clara en la literatura la diferencia entre exclusión social como noción general y exclusión en salud. La exclusión social ha sido objeto de intenso análisis y discusión desde su aparición como concepto en el debate político-social en Francia, a comienzos de los años ochenta. El surgimiento de nuevas formas de pobreza y marginalización en Europa a fines de los años setenta y la controversia generada en torno a la caracterización de los “nuevos pobres”, contribuyó a consolidar la noción de que la nueva situación socio-económica era de naturaleza estructural y multidimensional y que los nuevos problemas no sólo tenían relación con la falta de recursos materiales y las conductas anti-sociales de los individuos, sino con otros fenómenos de carácter macro social,⁷ en particular el cambio en las condiciones del empleo, la disminución del acceso al mercado laboral y el llamado “desempleo de largo plazo”; el debilitamiento de los lazos familiares y

⁶ Whitehead, M. “The concepts and principles of equity and health” en el International Journal of Health Services, 1992; 22:429-45 y Wastgaff, A. “Poverty and health sector inequalities” en Bulletin of the World Health Organization 2002;80:97-105.

⁷ Comisión Europea (1992) “Towards a Europe of solidarity”, Comunicado 542 de la Comisión, Bruselas.

de la familia como unidad social y económica; el crecimiento de las redes informales de apoyo; el aumento y estabilización de los movimientos migratorios hacia los países de Europa Occidental; y una significativa disminución de la participación social en los procesos de toma de decisión. De este modo, hacia el final de los años ochenta se produjo en Europa Occidental un giro conceptual desde el concepto de pobreza al concepto de exclusión social, el cual se expandió ampliamente en las décadas siguientes. Hoy en día, el término es utilizado en diversos contextos y asociado a diversos valores y puntos de vista.⁸ A pesar de las diferencias de enfoque en la utilización del término por parte de diversos grupos en Francia, Gran Bretaña y Suecia entre otros, en la Unión Europea existe consenso en torno a la idea de que la exclusión social constituye una amenaza a la cohesión social en las sociedades europeas⁹ y, en general, se la entiende como un proceso estructural multidimensional que abarca la precariedad del empleo y el desempleo por un lado y el quiebre de los lazos sociales producido por la crisis del Estado de Bienestar, el surgimiento del individualismo y el debilitamiento de las redes básicas de solidaridad como la familia, por el otro.¹⁰

A diferencia de la exclusión social, la exclusión en salud no cuenta con una definición específica. Se podría argumentar que la exclusión en salud es sólo una expresión de la exclusión social. De hecho, gran parte de la literatura en el tema presenta casos de exclusión en salud como un ejemplo —entre otros— de exclusión social. Más aún, en sus definiciones de política algunos gobiernos incorporan la componente de salud dentro de su definición de exclusión social. Por ejemplo, el Gobierno Inglés ha definido exclusión social como *“lo que puede ocurrir cuando las personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebre en la estructura familiar”*.¹¹

Ambas nociones comparten las dimensiones definidas por Bhalla y Lapeyre¹² y por Trevor Hancock¹³ para la exclusión social:

- Dimensión económica: aquellos que no poseen los recursos económicos suficientes (y éstos no son necesariamente los pobres), se enfrentan a una barrera de tipo financiero que impide su acceso a diversos servicios, incluidos lo servicios de salud.

⁸ Silver, Hillary “Three paradigms of social exclusion” en Rodgers et al. (eds), “Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses” International Institute for Labour Studies, Ginebra.

⁹ Spicker, P. “Exclusion” en el Journal of Common Market Studies, vol. 35, Número 1, 1997

¹⁰ Op. Cit 1.

¹¹ Texto de creación de la Unidad de Exclusión Social por el Primer Ministro inglés, en la página Web de exclusión social del Gobierno Británico.

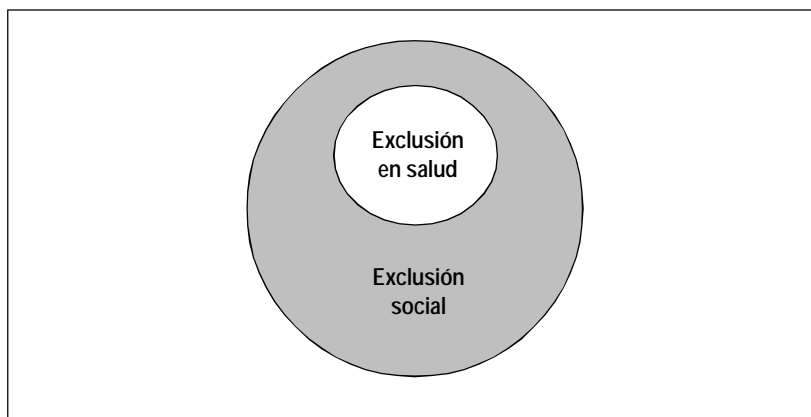
¹² Op. Cit. 4.

¹³ Op. Cit 1.

- Dimensión social: conlleva una pérdida del vínculo de solidaridad en una comunidad.
- Dimensión política: implica el no ejercicio o la pérdida de un derecho .
- Dimensión temporal: en ambos casos el fenómeno de la exclusión es dinámico — se trata, como lo plantean Gacitúa y Sojo, de un proceso más que de un estado¹⁴— y además compromete la supervivencia y calidad de vida de las generaciones futuras.

De este modo, se puede concebir la exclusión en salud como una componente de la exclusión social:

Figura 2: Exclusión en salud como componente de la exclusión social

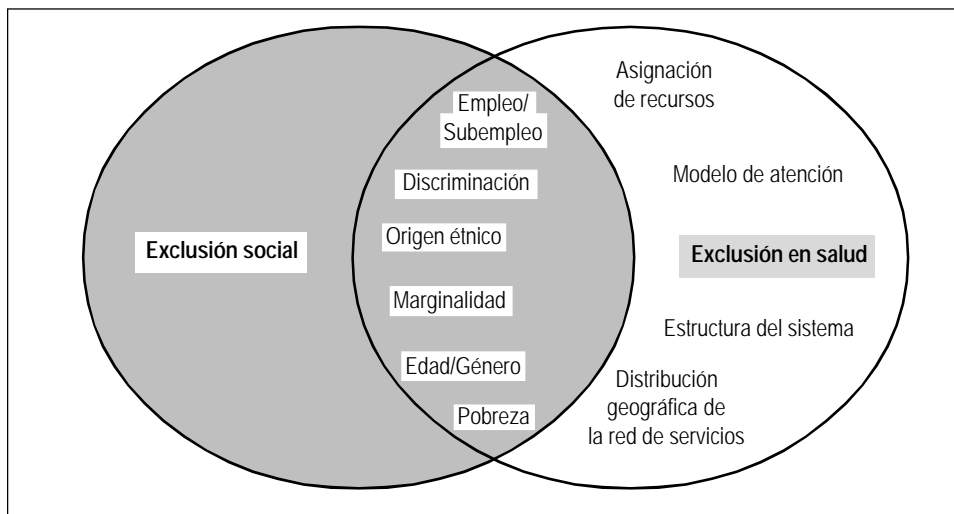


Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central a la idea de exclusión social y que parecen depender de variables más propias del sector salud, como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. La asimetría de información, que es un elemento determinante de la relación entre los agentes en salud, resulta particularmente importante como barrera de acceso cuando el sistema se compone de intrincados mecanismos de interrelación entre usuarios, aseguradores y proveedores.

¹⁴ "Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe" Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.

Teniendo en cuenta estas diferencias, la relación entre exclusión social y exclusión en salud se podría concebir como aparece en el cuadro a continuación:

Figura 3: Relación entre exclusión social y exclusión en salud



De este modo se puede concebir la exclusión en salud como una entidad distinguible, que no es posible explicar sólo a través de la pobreza, la inequidad o la exclusión social.

1.2. ALGUNAS DEFINICIONES

Para el desarrollo de este estudio, se definió exclusión en salud como la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud. Por lo tanto, se entiende la 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.

Tal como ocurre con otras formas de exclusión social, a menudo la exclusión en salud no es explícita¹⁵ sino por el contrario, resulta difícil de caracterizar. Una de las razones para ello es que no se trata de un fenómeno todo-o-nada, sino que se manifiesta con diversos grados de intensidad, desde la exclusión absoluta de

¹⁵ "Who's in and who's out. Social exclusion in Latin America ". Editado por Jere Behrman, Alejandro Gaviria y Miguel Székely. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 2003.

los servicios más básicos, hasta la exclusión determinada por la existencia de listas de espera, el acceso parcial o de menor calidad a un tratamiento o a una tecnología o la autoexclusión dada por mal trato o provisión del servicio en un idioma que no se entiende o dentro de un contexto cultural que entra en conflicto con las creencias del usuario. En este contexto, la exclusión en salud puede expresarse en alguna de las siguientes situaciones:

1. *Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud*: cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo.
2. *Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar*: cuando las personas no pueden acceder a un esquema de seguros de salud.
3. *Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, independientemente de la capacidad de pago*: cuando las personas no pueden acceder a un régimen de protección social en salud.

Desde una perspectiva de derechos, la exclusión en salud se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo.

A partir de este análisis se desprende que existen diversos grados de exclusión en salud, representados por situaciones en las que el individuo:

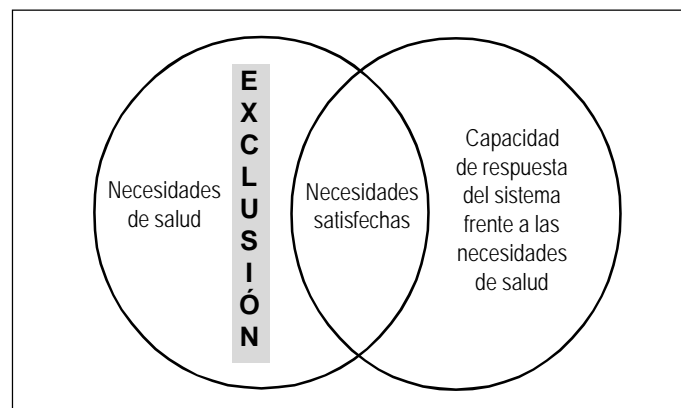
- a) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades más básicas de salud.
- b) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud en condiciones adecuadas de dignidad, oportunidad y calidad.
- c) No accede a mecanismos de protección financiera contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo.

El fenómeno de la exclusión en salud por tanto, tiene lugar en la interacción que se produce entre las necesidades — percibidas y no percibidas—¹⁶ de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema frente a esas necesidades. En este contexto se puede decir que, así como el principal objetivo de los sistemas de salud es mejorar el estado de salud de las personas, la principal función del

¹⁶ 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.

sistema de protección de salud es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago.

Figura 4: Interacción de la exclusión y las necesidades de salud



Dentro de este marco conceptual, “acceso” se entenderá como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud. Para que el acceso se produzca, se deben dar dos condiciones:

- a) El individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad.
- b) Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido. Para que ello ocurra, debe operar un conjunto de tres procesos: producción, entrega y disponibilidad del bien o servicio de salud, entendiendo por producción el proceso de elaboración del bien; por entrega, el proceso de transferencia del bien desde el productor al proveedor; y por disponibilidad, el proceso de que el bien o servicio sea puesto físicamente al alcance del usuario, que para estos efectos es el portador de la necesidad de salud.

Existen casos en los que la producción, la disponibilidad y la entrega del bien/servicio se traducen en un solo acto, como en el acto médico. Sin embargo, en la mayoría de los casos se pueden identificar procesos separados de producción, entrega (que para muchos bienes involucra compra y transporte) y disponibilidad, como en el caso de los medicamentos.

Las fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes o servicios de salud constituyen causas importantes y frecuentes de exclusión en salud.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la mayor falla de cualquier sistema de protección de salud ocurre cuando éste no es capaz de garantizar que

los bienes o servicios de salud o los que indirectamente afectan la salud¹⁷ alcancen a todas las personas que se deberían beneficiar de ellos. Es decir, cuando el sistema no puede garantizar la entrega de estos bienes o servicios para toda la población que, por mandato legal o por afiliación, está teóricamente cubierta por él. Por lo tanto, desde el punto de vista de los sistemas de protección de salud, la exclusión se expresa en el porcentaje de la población que, requiriendo un bien o servicio no accede a él y queda fuera del ámbito de acción del sistema.

1.3. LAS CAUSAS DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD

La exclusión en salud es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los países y cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector salud. Uno de los aspectos que es necesario estudiar con profundidad es la relación entre la exclusión en salud y otros fenómenos sociales como la pobreza; la desigualdad entre grupos sociales; la discriminación racial; el desempleo, subempleo y empleo informal; la insuficiencia de la red de apoyo que otorga el Estado y el debilitamiento de la familia y de las redes de protección social de las comunidades. También resulta necesario analizar el impacto que algunos factores propios del sector salud tienen sobre la exclusión, tales como el gasto en salud y la estructura de los sistemas de protección de salud.

La estructura de los sistemas de protección de salud parece ser un elemento determinante de exclusión. Los sistemas de protección social de salud que aún predominan en el mundo — los seguros sociales para los trabajadores concebida por Bismark y el sistema de provisión de servicios sociales de carácter universal modelado por Beveridge— se construyeron bajo la lógica de que el bienestar de los miembros de la sociedad — en especial el de aquellos más vulnerables— depende de sus derechos sociales¹⁸ como miembros de las colectividades a las cuales pertenecen. En América Latina y el Caribe el ejercicio de estos derechos se encuentra limitado por características raciales, de género, de lenguaje y de costumbres — lo que Figueroa llama activos culturales— debido a que los diferentes activos culturales son valorizados de acuerdo con una jerarquía social históricamente construida. Los activos culturales proporcionan a las personas prestigio o estigma social y esto conduce a fenómenos de discriminación. Esta valoración desigual de los activos culturales implica la existencia de grupos con

¹⁷ Nótese que esta definición no se enmarca dentro de las prestaciones o servicios ofrecidos tradicionalmente por el sector salud, sino que incluye un conjunto más amplio de acciones tendientes a satisfacer necesidades de salud, como saneamiento básico o agua potable.

¹⁸ Sociales y no políticos, ya que muchos de los beneficiarios de estos sistemas no tenían —y no tienen en la actualidad— derecho a voto o a otras formas de participación política, como destaca Jordan en “ *A theory of poverty and social exclusion*”, Cambridge, 1996.

distinta posición social en la sociedad.¹⁹ En los sistemas de protección de salud esto se refleja en la existencia del fenómeno de la segmentación, es decir, la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, especializados en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por su nivel de ingresos o por su posición social.

De acuerdo con lo anterior, se las principales causas de exclusión se pueden clasificar como sigue:

Cuadro 1: Causas de exclusión en salud

Causa	Ámbito	Categoría
Déficit de infraestructura adecuada	a. Provisión de bienes/servicios de salud b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	a. Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud b. Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud	a. Provisión de bienes/servicios de salud b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	a. Insuficiencia o inexistencia de personal, medicamentos, insumos o equipamiento médico b. Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud	a. Geográficas b. Económicas c. Culturales/étnicas (auto exclusión) d. Determinadas por la condición de empleo	a. Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles b. Incapacidad de financiar las atenciones de salud c. La atención de salud se entrega en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias d. Subempleo, empleo informal, desempleo
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, así como la variable étnica, resultar en auto exclusión)	a. Problemas asociados a la calidad técnica de la atención b. Problemas relacionados con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención de salud	a. Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados b. Mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones físicas

¹⁹ Figueroa, Adolfo: *“La exclusión social como una teoría de la distribución”* en *“Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe”*. Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.

1.4. PREMISAS DEL ESTUDIO

De acuerdo a las definiciones planteadas, el estudio se elaboró a partir de de las siguientes premisas:

- a) La exclusión en salud es una entidad distinguible y susceptible de caracterizar.
- b) Es posible identificar indicadores para medir la exclusión en salud
- c) La exclusión en salud puede a su vez ser utilizada como una medida del éxito o fracaso de las políticas destinadas a mejorar la situación de salud.
- d) Los sistemas de protección de salud no son neutrales respecto de la exclusión en salud sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de exclusión dependiendo de su estructura. Es posible identificar los elementos determinantes de exclusión al interior de la arquitectura de un sistema.

CAPÍTULO 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos del estudio fueron:

1. Cuantificar el porcentaje de la población excluida.
2. Identificar las principales fuentes de exclusión.
3. Identificar el perfil de los excluidos en salud.
4. Identificar en que áreas se halla concentrada la población excluida.

2.2. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA MEDICIÓN DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD

La medición de la exclusión en salud es un proceso complejo por diversas razones. La principal dificultad en medir la exclusión en salud radica en tres aspectos relativos a su naturaleza:

- a) Es un fenómeno **multicausal**, es decir, existen múltiples fuentes de generación de exclusión (pobreza, discriminación étnico-cultural y restricciones en la oferta de servicios, entre otros) que interactúan entre ellas, produciendo diferentes niveles o intensidades de exclusión en la población de un país. Por ejemplo, el grado de exclusión de una persona pobre sin seguro de salud que habita en una zona urbana será distinto al de una persona con similares condiciones económicas que reside en una zona rural, y que es de origen indígena.
- b) Es un fenómeno **heterogéneo y geográfico**, es decir, tiende a afectar de manera diferenciada a los individuos u hogares tanto a un nivel intra como interregional. Así, para los individuos pertenecientes a un país determinado, el problema de la exclusión puede estar vinculado a problemas de barreras de acceso económico, mientras que para los de otro país, la principal fuente de exclusión podría provenir de limitaciones en la misma oferta de servicios de salud. Asimismo, la

heterogeneidad se refiere a 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 otras atenciones de salud que demandan y/o necesitan. Este aspecto es importante de considerar, porque generalmente se esconde tras los promedios nacionales o regionales.

- c) Es un fenómeno **dinámico**, es decir, afecta a la población de manera variable en el tiempo, requiriéndose revisiones continuas de los sistemas estadísticos de clasificación de la población según su condición de acceso a los sistemas de salud y de mediciones sucesivas en el tiempo. Así, existen individuos u hogares no pobres sin seguro o con cobertura parcial, que bajo ciertas condiciones estables pueden tener acceso a los servicios de salud o no ser clasificados como excluidos, pero ante eventos inesperados (enfermedades catastróficas, desempleo, etc.) podrían revertir su situación inicial, con el riesgo de que estos cambios no se reflejen en la información disponible acerca de la situación de exclusión.

Los desafíos metodológicos planteados por estas características se resumen en el cuadro 2 de la página siguiente.

Otro aspecto que dificulta la medición de la exclusión en salud es que, dado que la exclusión no se encuentra incorporada como categoría en el análisis habitual que se realiza en el sector salud, no se dispone de instrumentos para medirla. Los indicadores utilizados tradicionalmente para analizar la situación de salud están orientados a medir lo que ocurre con las personas que acceden al sistema de salud y no permiten conocer la realidad de aquellos que se quedan fuera del sistema. Por lo tanto, un desafío importante tiene que ver con la generación de indicadores para medir la exclusión en salud.

2.3. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LOS ESTUDIOS DE PAÍS

A) DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Con el objetivo de intentar superar las dificultades que ofrece la caracterización de la exclusión en salud, se elaboró una guía metodológica que contiene técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección de información. Sus principales elementos son:

1. Una definición de las fuentes de información a utilizar.
2. Preguntas a informantes clave.
3. Un conjunto de indicadores para medir la exclusión en salud.
4. Formatos de presentación de la información.

Metodológicamente, la técnica cuantitativa implementada consiste en identificar de manera independiente a la población excluida en cada una de las dimensiones de análisis y para cada una de las causas de exclusión (*head count*). Dado que se trata de un fenómeno multicausal que no puede ser cuantificado con una sola medida, se requiere de un conjunto de indicadores para realizar la medición. Uno de los problemas que presenta esta técnica, es que puede generar un listado excesivo de indicadores a medir. Ello determina la necesidad de jerarquizar los indicadores en función de su habilidad para describir el fenómeno.

Otra limitación de esta técnica es que no considera las interacciones entre las causas o fuentes de exclusión ni las diferencias en el grado de exclusión de la

Cuadro 2: Desafíos metodológicos que presenta la medición de la exclusión en salud

Característica	Cómo se presenta	Consecuencia	Desafío metodológico
Multicausal	La exclusión en salud aparece relacionada con diversos determinantes de la situación de salud	Muchas de sus causas y posiblemente sus orígenes se encuentran fuera del sector salud	<ol style="list-style-type: none"> a. Resulta difícil de medir: desafío técnico de definir indicadores adecuados b. Resulta difícil establecer el peso relativo de cada determinante c. Resulta difícil establecer relaciones de causalidad d. Los indicadores de identificación del fenómeno pueden diferir de los indicadores de la prevalencia del fenómeno
Heterogénea	Se pueden observar diversos grados de exclusión en distintos grupos poblacionales	Pueden existir grupos poblacionales excluidos que quedan "escondidos" detrás de los promedios	<ol style="list-style-type: none"> a. Se debe considerar el enfoque sociodemográfico, territorial y cultural b. Es importante realizar mediciones a niveles subnacionales y locales, teniendo en cuenta los diversos aspectos de la exclusión en salud
Dinámica	Afecta a la población de manera variable en el tiempo	Los cambios en la situación de exclusión no se reflejarán si la medición no se repite en el tiempo	<ol style="list-style-type: none"> a. Requiere de revisiones continuas de los sistemas estadísticos de clasificación de la población según su condición de acceso a los sistemas de salud b. Requiere de mediciones sucesivas en el tiempo

población de un país. Desde esta perspectiva, cada indicador de exclusión es segmentado (para cada dimensión y fuente de exclusión) y discreto (la población se clasifica en dos categorías, excluida y no excluida) lo cual tiende a sesgar la medición de la población excluida.²⁰

A pesar de las limitaciones descritas, se decidió utilizar esta técnica para los estudios en los países por dos razones:

- a) Proporciona una línea de base de información y es un buen punto de partida para comenzar el análisis.
- b) Permite que la medición de la exclusión en salud sea realizada por equipos nacionales sin tener que recurrir a técnicas sofisticadas, lo cual posibilita que en el futuro la exclusión en salud pueda ser medida en forma rutinaria, no sólo en el nivel nacional sino también a nivel subnacional y local.

Con el fin de corregir los sesgos de medición señalados, el estudio de cada país se complementó con un análisis basado en el cálculo de un indicador continuo de exclusión, cuyos fundamentos metodológicos se describen más adelante.

A. 1) SELECCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Dada la naturaleza del fenómeno a medir, se deseaba obtener la información que más se acercara a la dimensión real del problema, por lo que se definieron las encuestas de hogar como principal fuente de información. Sin embargo, éstas presentan ciertas limitaciones que es necesario considerar:

- a) No cubren necesariamente a las poblaciones más afectadas.
- b) No indagan directamente acerca de la exclusión en salud.
- c) En caso que indaguen sobre la exclusión, las respuestas se basan en las percepciones de los encuestados, las que pueden o no reflejar la situación real.

Por este motivo, se recomendó comparar los datos de las encuestas de hogar con otras fuentes confiables de los países. Un problema que se presentó durante la investigación fue la falta de disponibilidad de datos actualizados y confiables de fuentes secundarias de los propios países. Por lo tanto, para aquella información que no se encontraba en las encuestas de hogar, se decidió utilizar datos de fuentes secundarias validadas por organismos internacionales como la OPS-OMS, el Banco Mundial, el PNUD y el BID.

²⁰ Ya que la visión de la población excluida que se obtiene con el *head count* no es global, sino más bien en mosaico o por aspectos parciales, variando de acuerdo a los indicadores que se adopte para hacer operativa cada una de las categorías y fuentes de exclusión.

A.2) DEFINICIÓN DE INDICADORES

De acuerdo con la definición establecida, la exclusión en salud se debería expresar en *carencias de acceso, calidad y utilización de diversos servicios* que afectan directa o indirectamente el estado de salud de las personas. Una manera indirecta de indagar acerca de la exclusión es analizar ciertos *procesos* que culminan en la oferta de dichos servicios. Finalmente, también se podría estudiar el impacto que la exclusión en salud tiene en los *resultados* de salud de la población.

Teniendo en cuenta lo anterior, se decidió seleccionar indicadores cuantitativos simples utilizados corrientemente para otros objetivos. Se seleccionaron indicadores *propios del sector salud (internos)* tanto como *externos al sector salud* correspondientes a cuatro categorías distintas:

- a) Indicadores de cobertura.
- b) Indicadores de acceso a servicios.
- c) Indicadores ligados al proceso de atención o entrega de servicios.
- d) Indicadores de resultados de salud.

Algunos de los indicadores seleccionados coinciden con el conjunto de indicadores para medir la exclusión social definidos por Bhalla y Lapeyre,²¹ que comprende tres aspectos: social, cultural y político. Los indicadores propuestos por estos autores son:

- a) Aspecto económico: Índice de Gini y el índice de Sen (1976) o de Foster et al (1984). Los dos últimos identifican grados de pobreza y distribución de los hogares de acuerdo a diferentes grados de pobreza.
- b) Aspecto social, tres grupos de indicadores:
 1. Indicadores de acceso a bienes públicos y servicios (educación y salud), como expectativa de vida al nacer, mortalidad infantil, tasa de analfabetismo, tasa de matrícula en educación secundaria).
 2. Indicadores de acceso al mercado laboral (tasa de desempleo, tasa de desempleo de largo plazo, porcentaje de informalidad, porcentaje de trabajadores con segundo empleo).
 3. Indicadores de estado del tejido social y de participación social (porcentaje de afiliación a sindicatos y a organizaciones locales destinadas a incorporar grupos vulnerables o marginales, porcentaje de personas sin hogar, tasa de criminalidad, porcentaje de abuso de drogas en una comunidad).

²¹ Op Cit 4.

- c) Aspectos políticos: Índice de libertad política de Dasgupta (1990, 1993) o de UNDP, índice de desarrollo humano de UNDP.

Los indicadores seleccionados para el estudio fueron los siguientes:

Cuadro 3: Indicadores de exclusión en salud

Categoría	Indicador
Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda asistida - Porcentaje de la población no cubierta por un seguro de salud - Egresos hospitalarios por 1.000 habitantes - Primera consulta en el año
Acceso	
Económico	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de población bajo la línea de pobreza - Gasto de bolsillo como porcentaje del PIB - Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud - Gasto de bolsillo como proporción del gasto total de los hogares, por quintiles de ingreso - Gasto público en salud como porcentaje del PIB - Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud - Distribución del gasto público en salud por quintiles de ingreso - Porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores
Geográfico	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de población rural que vive a más de una hora de un centro de atención primaria con adecuada capacidad de resolución - Porcentaje de población urbana que vive a más de 30 minutos de un centro de atención primaria con adecuada capacidad de resolución - Dispersión geográfica/densidad poblacional por unidad territorial
Étnico/cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de población de origen indígena o afro descendiente no cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> - Número de médicos/enfermeras por cada 1.000 habitantes - Porcentaje de cobertura de la red de salud - Distribución geográfica de la red asistencial - Nivel y distribución de camas hospitalarias por habitante - Porcentaje de población sin acceso a agua potable/alcantarillado
Procesos	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado o proporción de partos institucionales aplicada a la población total - Proporción de mujeres embarazadas que no alcanzan el número normado de control prenatal - Tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con el menor porcentaje de cobertura - Porcentaje de población sin acceso a alcantarillado o agua potable
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad materna por quintiles de ingreso; por ubicación geográfica (urbano/rural); por origen étnico - Mortalidad infantil por quintiles de ingreso - Años de vida perdidos por discapacidad por quintiles de ingreso

Fuente: "Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud". C. Acuña, B. Andersson, H. Rosenberg, OPS-HSP, 2001.

A. 3) ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN DE SALUD

Con el fin de complementar la caracterización de la exclusión en salud en cada país, se decidió hacer un análisis de los sistemas existentes de protección de salud, incorporando tanto al subsistema público de salud como a la Seguridad Social y a los proveedores y aseguradores privados, con y sin fines de lucro. Esta

decisión se fundamentó en la premisa de que los sistemas de protección de la salud no son neutrales respecto de la exclusión en salud sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de exclusión dependiendo de su estructura y de sus arreglos organizacionales.

En este contexto, se identificaron cuatro elementos que contribuyen a la existencia de exclusión al interior de los sistemas y se solicitó a los investigadores que evaluaran el grado en que estos elementos estaban presentes en los sistemas de protección de salud de cada país. Los elementos mencionados son:

- a) **La segmentación** o existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y provisión, “especializados” en diversos segmentos de la población, determinados por su nivel de ingresos y por su posición social. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público — con recursos insuficientes y/o mal administrados— orientado a los pobres e indigentes y en un subsector privado — con mayores recursos y orientado al cliente— concentrado en los segmentos más ricos de la población. Entre ambos se sitúa la Seguridad Social, especializada en trabajadores formales con contrato y que cubre en algunos casos a sus familias. Este tipo de arreglo institucional consolida y profundiza la desigualdad entre los diferentes grupos poblacionales en el acceso a la salud y es un factor de exclusión en salud porque en un escenario de alta segmentación, los más pobres, desinformados y menos poderosos de la sociedad se quedan fuera del sistema.
- b) **La fragmentación** o existencia de muchas entidades no integradas en un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas.
- c) **El predominio del pago directo o de bolsillo** como mecanismo de financiamiento del sistema, ya que determina que la posibilidad de recibir las atenciones de salud demandadas depende de la capacidad de pago de cada persona o familia.
- d) **Sistemas regulatorios débiles** o poco desarrollados, que impiden el establecimiento de reglas del juego justas en la relación entre los agentes del sistema (usuarios, proveedores, aseguradores).

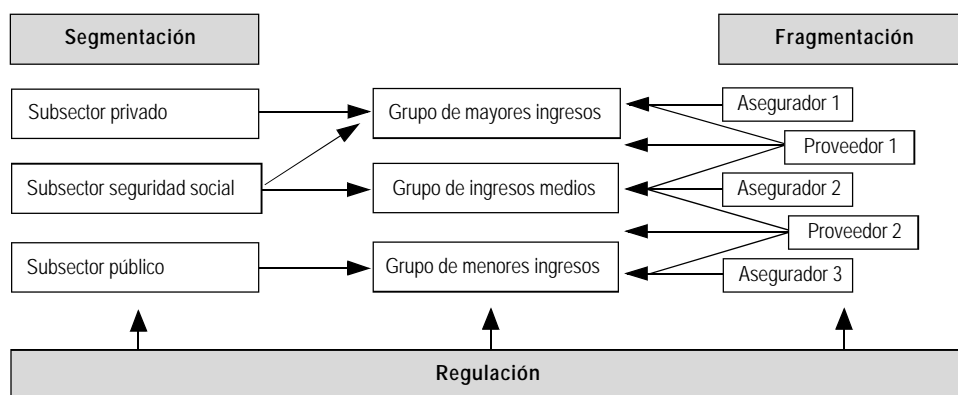
La relación entre estos factores se muestra en la figura 5.

B) DEFINICIÓN DE LOS CASOS

Los países seleccionados para hacer el estudio fueron Ecuador, Guatemala, Honduras, Perú, Paraguay y República Dominicana. También se incorporó México D.F., que por tratarse de una unidad subnacional posee características especiales que ofrecieron dificultades para la realización del estudio y cuyos resultados no se presentan en este trabajo.

Si bien los países seleccionados enfrentan diversos grados de desarrollo económico, pobreza y desarrollo del sistema de salud y mercado de la salud, comparten también importantes experiencias de inestabilidad en el crecimiento económico, turbulencia política y exclusión social.

Figura 5: Sistemas de protección de salud y exclusión en salud



2.4. METODOLOGÍA UTILIZADA

PARA EL ANÁLISIS COMPARADO

Para el análisis comparado se utilizaron dos fuentes de información:

- El resultado obtenido de los estudios de país realizado por los equipos nacionales.
- Un análisis econométrico de las variables de exclusión en salud en los países.

La metodología utilizada para el análisis econométrico se expone a continuación.

2.4.1. ANÁLISIS ECONOMÉTRICO DE LAS VARIABLES DE EXCLUSIÓN EN SALUD

A) FUNDAMENTOS

Como se ha planteado en párrafos anteriores, 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 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.

El **índice de exclusión** puede ser expresado como:

$$I_{\eta} = \sum_{j=1}^m (n_j / n) I_{\eta j}$$

- Donde I_{η} = índice de exclusión global
 $I_{\eta j}$ = índice de exclusión del grupo j
 n_j = número de individuos pertenecientes al subgrupo j
 n = población total
 m = total de segmentos poblacionales

Rango de valores del índice

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).

B) APLICACIÓN DEL MÉTODO

El análisis se realizó para cuatro de los seis países del estudio que contaban con fuentes de información más completas. Estos países fueron Ecuador, Honduras, Paraguay y Perú.

Para estimar el índice de exclusión, se calculó para cada país los cuatro componentes que definen el índice global: (a) el *head-count*, referido al porcentaje de población excluida medida por el conjunto definido de indicadores; (b) la brecha de exclusión para cada una de las dimensiones y fuentes de exclusión; (c) las ponderaciones de cada una de las dimensiones de análisis y (d) el coeficiente de variabilidad del grado de exclusión.

El procedimiento de estimación del índice global tomó como punto de partida los indicadores utilizados para el *head count* y calculó la población excluida parcial para cada uno de estos indicadores. La relación de indicadores así como los criterios de clasificación de la población excluida utilizados en la muestra de países seleccionados se muestran en el cuadro 4, a continuación.

La brecha de exclusión mide la distancia del nivel de exclusión (S) de un individuo respecto al nivel óptimo referido a una situación de no exclusión (S^*), para lo cual se requiere que los niveles o grados de exclusión estén expresados en valores cardinales. Para conciliar estos requerimientos con el tipo de información proporcionada por las encuestas para cada uno de los indicadores representativos de las fuentes de exclusión, los cuales son reportados como valores cualitativos, se utilizó la metodología de cálculo de brecha basado en escalas óptimas (Grosh, M. y J. Baker (1995), Robles, M. (1998).

Esta metodología aproxima la brecha media de exclusión de un país (B) a partir de: (1) un promedio ponderado de las brechas parciales de exclusión de cada uno de los dimensiones y fuentes de exclusión y (2) la transformación de cada posibilidad de respuesta cualitativa que reporta el individuo en un valor cardinal (S_i), correspondiendo el valor transformado de la respuesta de mejor calificación como el de no exclusión (S^*_i).

Para la estimación de las ponderaciones, se aplicaron los algoritmos de componentes principales y para la transformación de las escalas categóricas en numéricas se aplicaron algoritmos de escala óptima. Ambos conjuntos de parámetros se estimaron de manera integrada utilizando el método de mínimos cuadrados alternados (*alternating least squares*). La ventaja de introducir una métrica a las variables nominales es que ello permite darle a cada categoría un valor diferenciado según su contribución al nivel de exclusión del individuo.

Cabe señalar que los indicadores analizados están calibrados en la misma dirección, es decir, para todos ellos, un alto valor implica alta exclusión por esa causa y viceversa.

Para evitar la distorsión provocada por la comparación de las dimensiones de la exclusión entre países con diversos tamaños poblacionales, en cada medición se consideró el tamaño de la población excluida en términos absolutos y proporcionales.

Una explicación detallada de la metodología y su aplicación se puede encontrar en los Anexos B y C.

C) FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el cálculo del índice global de exclusión social se utilizaron las siguientes fuentes de información en cada uno de los países analizados:

1. Ecuador: La Encuesta de Condiciones de Vida 1998, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística.²²
2. Honduras: La Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística.
3. Paraguay: Encuesta Permanente de Hogares.1999, elaborada por la Dirección General de Estadísticas.
4. Perú: La Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) - IV trimestre del 2001, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática.

²² No se dispuso de los archivos completos de dicha encuesta para el caso de Ecuador, por lo que los resultados que se presentarán tendrán un carácter referencial.

Cuadro 4: Población excluida según diversas dimensiones y fuentes de exclusión

Dimensiones de la exclusión	Fuente de exclusión	Categoría	Indicador	Perú		Ecuador		Paraguay		Honduras		
				Población	% de población	Población	% de población	Población	% de población	Población	% de población	
		Económicas o financieras	Población en situación de pobreza	13.861.347	54%	7.666.392	61%	1.900.430	33%	4.137.651	63%	
			Población en situación de pobreza extrema	3.798.740	15%	2.709.022	21%	873.806	16%	3.060.105	47%	
			Población sin seguro de salud	19.326.701	72%	9.192.510	77%	4.307.473	80%	5.432.546	83%	
Externas al sistema de salud	Barreras de acceso	Geográficas	Personas que residen en lugares distantes a un establecimiento de salud	2.862.411	11%	493.381	4%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
			Población rural	8.937.804	38%	n.d.	n.d.	2.599.118	46%	n.d.	n.d.	
			Población no asalariada + población dependiente sin contrato	9.771.495	56%	n.d.	n.d.	495.336	64%	1.305.941	56%	
		Laborales	Personas que consultan en relación a su declaración de enfermedad, diferenciada según género									
			Étnicas	Población perteneciente a minorías étnicas ¹	4.222.602	16%	687.453	14%	2.420.610	42%	653.736	10%
				Personas con carencia de servicios de agua	9.687.237	41%	2.783.178	22%	800.392	14%	1.895.250	29%
		Suministro de servicios indirectos	Personas con carencia de servicios de desague	13.552.161	59%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.110.615	24%	
			Personas con carencia de servicios de electricidad	8.695.852	38%	n.d.	n.d.	66.7440	12%	2.025.957	31%	
			Deficit de camas ²	5.141.885	20%	2.783.178	22%	3.404.777	61%	4.444.034	68%	
Internas	Estructura	Infraestructura	Exclusión de establecimientos públicos de III nivel (mejor nivel de complejidad)	4.377.164	17%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0%	
			Deficit de médicos ³	7.169.301	28%	885.557	7%	3.436.949	61%	1.045.655	16%	
			Partos no institucionales	8.975.480	33%	n.d.	n.d.	8.975.480	33%	2.981.036	46%	
		Procesos	Interrupción de programa de vacunas	5.642.662	21%	3.217.199	26%	5.642.662	21%	1.065.590	16%	
				Embarazos con controles debajo de la norma	6.258.202	24%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.340.159	21%
			Población en riesgo de autoexclusión por razones de insatisfacción del servicio	2.611.521	11%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

Nota: n.d. = no disponible.

^{1/} Los porcentajes de población están expresados con relación a la PEA.^{2/} Se está asumiendo una norma de 1 médico por cada 1.000 habitantes.^{3/} Se está considerando como norma 2 camas por cada 1.000 habitantes.

Fuente: Reporte de exclusión de cada país, OPS 2003.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS POR PAÍS

En este capítulo se muestran los principales resultados de cada estudio de país, incluyendo los datos económicos, sociales y de salud que contribuyen a contextualizar la exclusión en salud en cada uno de ellos. Posteriormente, se describe en forma sucinta el panorama de exclusión incluyendo el perfil de los excluidos de acuerdo a la información obtenida en el nivel nacional.

Es necesario precisar que cada equipo nacional tuvo la libertad de orientar su estudio de acuerdo a la disponibilidad y calidad de la información disponible y a sus propias características, teniendo como base la “Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud” diseñada y aportada por el equipo de la OPS/OMS de Washington D.C. Esto explica algunas diferencias en cuanto a la presentación de la información y a los datos aportados por cada país, dichas diferencias sin embargo no le restan comparabilidad al estudio, como se verá en el capítulo 4.

Los equipos nacionales no tuvieron mayores dificultades para utilizar la metodología propuesta. Durante el transcurso de la investigación dos equipos nacionales (Ecuador y Perú) realizaron un esfuerzo adicional en el análisis cuantitativo y elaboraron índices compuestos de exclusión en salud sobre la base de los indicadores contenidos en el listado. El equipo peruano incorporó además la técnica de grupos focales al componente cualitativo para ahondar en la caracterización del fenómeno.

A continuación se presentan los resultados por país.

3.1. ECUADOR

3.1.1. DATOS GENERALES

De acuerdo a las categorías de las Naciones Unidas, el Ecuador se registra como país de desarrollo humano medio. En 1990 se encontraba en el lugar 56 entre 130 países; en 1999 ocupó la posición 72 entre 174 países, lo que muestra su caída a nivel de logros de desarrollo humano, con tendencia a la baja. En 1999

el PIB presentó un fuerte decrecimiento (7,3%); en el año 2001 se obtuvo un crecimiento de 5%, que implica una ligera recuperación económica. Por otra parte, la distribución del ingreso ha empeorado en los últimos cinco años, lo cual ha catalogado al país como uno de los más inequitativos del mundo.

Los datos indican que la pobreza se incrementó a partir de 1998 por el aumento de la inflación, el desempleo y la caída de los salarios reales que siguieron a la crisis financiera. En 1999 y 2000 la pobreza llegó a afectar a casi la mitad de la población (46%), la región de la Costa fue la más afectada (49%) y la Sierra (36%). A finales del 2000 la pobreza urbana se detuvo y descendió a un 43%.

Cuadro 5: Principales indicadores económicos y sociales

Indicadores	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PIB (en millones de dólares)	18.006	19.157	19.760	19.710	13.769	13.921	17.119
PIB-per cápita	1.564	1.627	1.655	1.723	1.109	1.100	1.329
Porcentaje de crecimiento anual	2,3%	2,0%	3,4%	3,5%	-7,3%	2,0%	s.d.
Porcentaje de inflación anual	22,8%	25,5%	30,7%	43,4%	60,7%	96,4%	(*)
Porcentaje de desempleo (abierto)	6,9%	10,4%	9,2%	11,5%	14,4%	9,0%	s.d.
Gasto social del Estado (% PIB)	4,4%	4,4%	4,4%	5,9%	5,1%	4,3%	5,8%
Gasto social (% del gasto público)	s.d.	36,0%	s.d.	29,0%	19,5%	17,1%	20,0%
Gasto público en salud (% del PIB)	1,1%	1,0%	0,8%	0,9%	0,5%	0,6%	0,8%

Nota: s.d. = sin datos. () El Plan económico del Gobierno prevé un valor inflacionario menor al 30 % para fines del 2001*

Fuente: Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Informe de sobre el Desarrollo Humano en el Ecuador, editado por el PNUD en 1999 y Base de datos de la Cámara de Comercio de Quito.

Esta situación ha afectado a la salud de la población de diferentes maneras tanto en el incremento de la morbilidad como en la gravedad de las mismas. Por otra parte, la contracción financiera se reflejó en los presupuestos públicos y a al mismo tiempo, disminuyó el universo de cotizantes a la seguridad social lo que hizo que las respuestas a esta problemática enfrenten serias dificultades.

Este panorama hace que sea necesario profundizar en la situación del estudio de la exclusión en salud en el Ecuador, de forma que permita encarar al futuro con instrumentos que permitan optimizar los recursos disponibles de la sociedad de mejor manera.

De esta forma el Proyecto de "Protección Social en Salud" auspiciado por la OPS/OMS y la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional en su primera fase ha sido una oportunidad para reflexionar, diagnosticar y evidenciar la necesidad de respuestas urgentes a la situación en el Ecuador.

3.1.2. PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD

El Sistema de Protección Social en Salud en el Ecuador es entendido como el conjunto de instituciones que realizan acciones de salud relacionadas con la salud, se caracteriza según el siguiente cuadro:

Cuadro 6: Resumen de las características del sistema

Fragmentación y segmentación
<ul style="list-style-type: none"> - La fragmentación en las funciones del sistema es alta y es más grave aún porque al interior de las instituciones también existe fragmentación, lo que dificulta la coordinación y la construcción de cualquier sistema de salud y la coordinación con otros sectores e instituciones que realizan acciones de salud. - La segmentación corresponde a las poblaciones objetivo de cada subsistema tanto en la atención como en los seguros. El sector público atiende a personas pobres y de medianos ingresos, pero los de extrema pobreza no son cubiertos apropiadamente. - Tanto la fragmentación como la segmentación del sistema son variables que influyen de forma negativa en la protección social en salud, existe duplicación de recursos e intervenciones, no son sostenibles debido a que hay retos importantes en términos de cobertura de atención, el déficit es de 21,7%, y el 77,3% de la población no tiene cobertura de un seguro de salud.
Gasto de bolsillo
<ul style="list-style-type: none"> - En 1997 el gasto directo de hogares era el 46% del gasto total en salud, lo que representa el 2% del PIB, es decir más de 341 millones de dólares. Su distribución por quintiles de ingreso muestra un comportamiento regresivo, siendo mayor en los quintiles más pobres.
Regulación
<ul style="list-style-type: none"> - Marco regulatorio incipiente. Existe una débil rectoría del ministerio de salud, con problemas de gobernabilidad en salud (debilidad para la coordinación y los consensos tanto estratégicos con operativos).
Separación de funciones
<ul style="list-style-type: none"> - No existe separación de funciones en las instituciones del sector salud. En la propuesta de Reforma de Salud de la Seguridad Social está establecido este mecanismo.

Actualmente el Ecuador dispone de un Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE) que resulta del trabajo conjunto de los Ministerios del Frente Social,²³ el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el Consejo Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional del Niño y la Familia y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector social. Este sistema proporciona información sobre variadas temáticas: satisfacción de necesidades básicas, desigualdad y pobreza, población, economía y medio ambiente.

La función de estos esfuerzos ha sido la posibilidad de incrementar la eficacia de los programas sociales para dirigir las acciones a determinados grupos de la población, es decir, establecer mecanismos de focalización de las intervenciones,

²³ Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Bienestar Social (Secretaría Técnica del Frente Social), Ministerio de Vivienda, Ministerio el Trabajo y Recursos Humanos, INFA, CONAMU.

focalizar implica concentrar la inversión en una población seleccionada según determinadas características con el propósito de elevar el impacto potencial por beneficiario. El mecanismo más idóneo depende en gran medida del tipo y escala de los beneficios involucrados.

En términos generales se pueden distinguir los mecanismos de focalización siguientes:

- Focalización geográfica.
- Focalización por tipo de beneficiario.

La focalización territorial realizada por el Frente Social establece:

- Prioridad 1: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres mayor o igual a 80%.
- Prioridad 2: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres entre 60 y 80%.
- Prioridad 3: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres entre 40 y 60%.

Como un criterio adicional, en el caso de los cantones afectados, se clasificó el grado de los efectos del fenómeno de El Niño de la siguiente manera:

- Tipo 1: poco afectado.
- Tipo 2: pobreza sobre el 70% y escasos efectos del desastre.
- Tipo 3: pobreza alta (60% con un considerable número de damnificados por el desastre).
- Tipo 4: fuertemente afectados por el desastre natural según el número de muertos, viviendas destruidas, alumnos que dejaron de asistir a clases y población evacuada.

Para presentar el perfil de la exclusión social, riesgos y vulnerabilidad en salud, se realizó primero una discusión sobre exclusión y la categoría manejo social del riesgo, en esta medida se consideró apropiado establecer una matriz de riesgos y vulnerabilidad en salud que permita direccionar la elaboración del perfil. Se acordó, además, que la exclusión es una categoría que se centra en tener acceso a los servicios de salud, es decir es una consecuencia, por lo tanto, lo importante es definir la magnitud de los riesgos y vulnerabilidad en salud que permita identificar no sólo la exclusión sino las prioridades de intervención en poblaciones específicas.

La información de base que ha sido utilizada para la elaboración del perfil de exclusión riesgos y vulnerabilidad en salud, es la del SIISE con actualizaciones realizadas a julio del 2001. Sus datos deben servir para la formulación de políticas e intervenciones en toda el área social, sin embargo, las precisiones particulares en las diferentes áreas de lo social deben ser investigadas de forma específica.

Si bien es cierto que las Encuestas de Condiciones de Vida son el instrumento más idóneo para estos efectos, en el Ecuador no pueden ser diferenciadas por parroquia y por cantón, su representatividad sólo alcanza regiones, ciudades grandes y las dimensiones urbano-rurales. La última encuesta disponible es la de 1998, aunque en el momento actual se está procesando la de 1999, su acceso aún no es totalmente posible, porque la depuración de sus bases aún no esta concluida. Por esta razón, en Ecuador para presentar el perfil se ha tenido que incorporar otras fuentes de información disponibles.

En el caso de salud y basándose en la matriz de riesgos y vulnerabilidad en salud, se han construido otros índices para establecer parroquias en las que el riesgo, vulnerabilidad y exclusión social en salud es mayor.

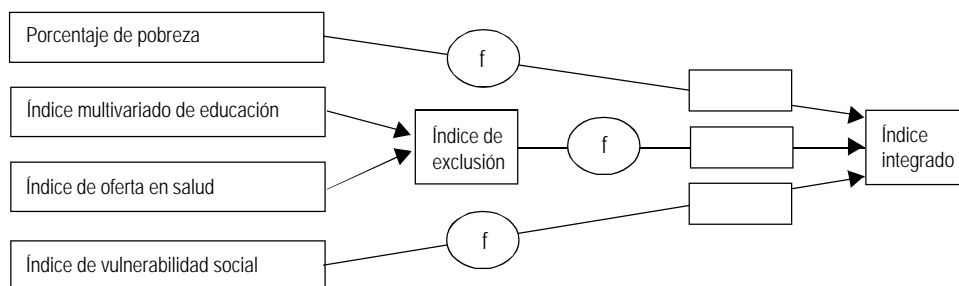
La salud es un producto social determinado no solamente por la acción de los servicios de salud, por lo tanto, las fuentes de riesgo que producen vulnerabilidad son múltiples, uno de esos riesgos es la exclusión (falta de acceso a servicios de salud). El reto de construir un perfil que identifique adecuadamente esta complejidad, ha hecho que se utilice tanto indicadores de variables únicas como la correlación de varias variables, esta construcción es un desafío metodológico. Múltiples estudios han estimado los pesos ponderales de los determinantes en la salud, este es el punto de partida para intentar construir en el país indicadores síntesis.

METODOLOGÍA

Con la información disponible se ha construido un *índice integrado* para establecer riesgo social en salud (riesgos, vulnerabilidad y exclusión), a través de la integración de algunas de las variables identificadas, en función de dar salida operativa a la matriz de riesgos y vulnerabilidad en salud elaborada en las discusiones con el grupo consultivo del proyecto.

El esquema siguiente muestra la construcción de este índice:

Figura 6: Índice integrado - Riesgo social en salud



Este índice integrado está constituido por:

- a) Porcentaje de pobreza (no se toma en cuenta la extrema pobreza).
- b) Índice de exclusión: Índice multivariado de educación (IME) es una medida que resume las diversas dimensiones del proceso educativo, que se estima mediante el método estadístico de componentes principales, una técnica que transforma un conjunto de variables en una nueva medida que representa la mayoría de la información contenida en el grupo original. El índice se estima para cada cantón del país en base a los siguientes indicadores:
 - Porcentaje de mayores de 15 años que saben leer y escribir.
 - Promedio de años de escolaridad general de mayores de 24 años.
 - Porcentaje de mayores de 24 años que tiene uno o más años de instrucción superior.
 - Porcentaje de niños de 6 a 11 años matriculados en establecimientos de enseñanza.
 - Porcentaje de niños de 12 a 17 años matriculados en establecimientos de educación.
 - Porcentaje de personas de 18 a 24 años matriculadas en centros docentes.

El índice multivariado de oferta en salud (IOS) es una medida que resume las diversas dimensiones de la oferta de servicios de salud en las parroquias y cantones del país. Se estima mediante el método estadístico de componentes principales a partir de los siguientes indicadores:

1. Médicos que laboran en establecimientos de salud (tasa por cada 10.000 habitantes).
 2. Personal de salud que labora en establecimientos de salud excluyendo médicos: odontólogos, obstetras, enfermeras; auxiliares de enfermería (tasa por cada 10.000 habitantes).
 3. Establecimientos de salud sin internación (tasa por 10.000 habitantes).
- c) Índice de vulnerabilidad social (IVS) es una medida compuesta que resume cinco dimensiones de los riesgos o vulnerabilidad de la población de los cantones del país: el analfabetismo de la población adulta, la desnutrición en los niños, la pobreza de consumo en los hogares (extrema pobreza), el riesgo de mortalidad de los niños menores de un año, y la presencia de comunidades étnicas rurales. El IVS se presenta en una escala de 0 a 100 en donde el mayor valor de la distribución representa al cantón con mayor vulnerabilidad social y el menor, a aquel que tiene el menor nivel.

El IVS se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$\text{IVS} = a * \text{Analfabetismo} + b * \text{Desnutrición crónica} + c * \text{Incidencia de la pobreza} + d * \text{Riesgo de mortalidad infantil} + e * \text{Etnicidad} + Fc$$

Cada índice plantea indistintamente 100 a 0 para mayor y menor carencia, por lo que a cada uno de los índices a, b y c se han reclasificado, y de acuerdo a su ubicación en los diferentes quintiles ha recibido una puntuación de 1 a 5. Siendo en todos estos casos la puntuación de 5 equivalente a las mayores carencias o a la menor oferta, o a la mayor vulnerabilidad, y la puntuación de uno a la menor en cada una de ellas para homogenizar cada uno de los índices individuales y poder construir el integrado.

El índice de exclusión social se construye por multiplicación de los valores 1 a 5 obtenidos para los índices multivariados originales: de educación y de oferta de servicios de salud clasificados en quintiles.

El índice integrado de riesgo, vulnerabilidad y exclusión se construye con la suma de los índices de pobreza, exclusión y vulnerabilidad una vez que han sido amplificados para que cada uno de ellos tenga un peso relativo de 20%, 40% y 40%, respectivamente.

Este peso relativo ha sido tomado de trabajos que han logrado establecer ponderalmente la influencia de los factores socioeconómicos, ambientales y los estilos de vida y servicios de salud en la determinación de la situación de salud de los grupos humanos.²⁴

En la construcción del índice integrado puede parecer a veces que no se maneja la misma lógica de que los mayores valores correspondan a mejor condición relativa de lo que se está midiendo. Por ejemplo, si se mide pobreza y se expresa en porcentaje de pobres en relación a la población total, los cantones que tengan los mayores valores de porcentajes de pobreza terminarán ubicándose en el quintil V, que para nosotros convencionalmente representa mayor riesgo. Existe una contradicción aparente en la forma de valoración con otros indicadores, por ejemplo, el índice de oferta en salud que se expresa a través de porcentajes, siendo en este caso los valores superiores (100) los que corresponden a mejor oferta de servicios de salud y que para trasladarlo con un valor que siga la misma lógica, se realizan las equivalencias. Los cantones que tienen los niveles más bajos de oferta de servicios se ubican en el quintil V.

3.1.2. PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD Y PERFIL DE LOS EXCLUIDOS

El Ecuador enfrenta una crisis macroeconómica sin precedentes en cuanto a su complejidad y fuerza, cuyas causas inmediatas incluyen el desastre natural del

²⁴ Hidalgo A., Corugedo I., Del Llano J. Economía de la Salud. Ediciones Pirámide. Madrid. España. 2000.

Niño de 1997-1998, las variaciones del precio del petróleo, el débil manejo fiscal, la dolarización y la crisis bancaria, que ha tenido un dramático impacto social.

Para el análisis, el estudio se apoya en el Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE) que resulta del trabajo conjunto de los Ministerios del Frente Social,²⁵ del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, del Consejo Nacional de las Mujeres, del Instituto Nacional del Niño y la Familia y de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector social, proporciona información sobre variadas temáticas: satisfacción de necesidades básicas, desigualdad y pobreza, población, economía y medio ambiente.

Para salud se identifican riesgos a nivel estructural y derivados de la exclusión social en salud. Se identificaron en orden decreciente las siguientes variables como las más importantes:

- Pobreza, sobre todo extrema pobreza.
- Ingreso: el 80% de la población recibe menos ingresos en conjunto que el 20% restante.
- Etnias sobre todo asentadas en el nivel rural, existen zonas geográficas que son las más afectadas.
- Insuficiencia de la red de servicios básicos (saneamiento básico, educación y servicios de salud), con mayor desprotección las parroquias más pobres y más vulnerables.
- Gasto de bolsillo en salud regresivo, los tres deciles más pobres (1, 2, 3) gastan en salud el 39,8%, 22,4%, 17,6% de su ingreso. El promedio nacional es 10,5%.²⁶
- Bajo gasto público en salud.

Las zonas con mayor riesgo, vulnerabilidad y exclusión son las provincias centrales de la sierra ecuatoriana, en ellas se encuentra concentrada la mayoría de cantones y parroquias pobres del país, añadiéndose un factor mayor que son las provincias con mayor magnitud de población indígena. Otra zona con problemas es la nororiental, a la que se suman los riesgos derivados del Plan Colombia.

El sistema de protección social en salud en el Ecuador es altamente fragmentado, con un déficit de cobertura de atención de 20,7% y 76% de la población sin ningún tipo de seguro, un gasto privado de los hogares regresivo y una débil rectoría del ministerio de salud, con problemas de gobernabilidad (debilidad para la coordinación y los consensos tanto estratégicos como operativos), lo que implicaría que reconociendo esta realidad establezcamos

²⁵ Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Bienestar Social (Secretaría Técnica del Frente Social), Ministerio de Vivienda, Ministerio el Trabajo y Recursos Humanos, INFA, CONAMU.

²⁶ ECV –1999. INEC.

Cuadro 7: Riesgos, vulnerabilidad y exclusión (2000)^{1/}

Fuentes	Categoría	Número de habitantes	Porcentaje
Barreras estructurales que impiden el acceso a las atenciones de salud			
Geográficas	Dispersión poblacional	Las provincias del Oriente son las que menor densidad poblacional presentan sobre todo en el área rural	3,86% de la población total
	Fenómeno del Niño	Cantones de la provincias de la costa	
	Terremotos/Erupción volcánica	Cantones de la provincias de Tungurahua y Chimborazo	
Económicas	Pobreza especialmente extrema pobreza: incapacidad para financiar atenciones de salud	2.709.022 de población en extrema pobreza (1 quintil de pobreza): urbana = 1.464.777 rural = 1.244.245 jefas de hogar = 65.100 < de 5 años = 299.250 6-17 años = 572.250 ancianos = 117.600	21,5% extrema pobreza y V quintil de ingreso
Culturales/étnicas (auto exclusión)	Población indígena rural	687.453 habitantes de los cuales el 92.7% tiene necesidades básicas insatisfechas	13,9%
	La atención de salud se entrega en un idioma	Ningún servicio de salud es ofrecido de forma bilingüe (quichua - español)	n.d.
Determinadas por la condición de empleo	Subempleo	Invisible = 371.807, de los cuales 119.076 son mujeres Visible = 142.714, de los cuales 61.857 son mujeres	Invisible = 9,9% Visible = 3,8%
	Empleo informal	n.d.	-
	Desempleo	540.811 desempleados, de los cuales 303.304 son mujeres	14,4%
Vulnerabilidad social	Extrema pobreza Desnutrición Riesgo de mortalidad de niños Etnias	Promedio nacional = 32,7 El número de habitantes de las parroquias en mayor vulnerabilidad es de 958.230	V quintil más deficitario 7,6% del total de la población
Índice integrado Riesgos, vulnerabilidad y exclusión	Pobreza Índice de oferta en salud Índice multivariado en educación Índice de vulnerabilidad social	Promedio nacional = 54,9 El número de habitantes de las parroquias en mayor vulnerabilidad es de 953.053	V quintil más deficitario 7,5% del total de la población

Nota: n.d. = no disponible.

continúa en la página siguiente...

1/ Población proyectada y ajustada para el año 2000 INEC-2000: 12.592.480 habitantes.

...continúa de la página anterior

Fuentes	Categoría	Número de habitantes	Porcentaje
Déficit de infraestructura adecuada			
Provisión de servicios de salud	Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud	Establecimientos públicos y privados con internación = 40 por cada 100.000 habitantes y 15 camas por cada 10.000 habitantes	
	Población sin cobertura de seguro en salud	9.192.510	77%
	Oferta de servicios Índice de oferta de servicios Índice ponderado de la dotación de recursos humanos y físicos sin internación	El promedio nacional es de 49,0% El quintil más deficitario corresponde a 665.582 habitantes	20% quintil más deficitario (IOS = 40-41)
Entrega de servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud	Cobertura de abastecimiento adecuado de agua	1.517.531	39,9%
	Eliminación inadecuada de basuras	7.221.787	57,35%
	Índice de saneamiento básico	Promedio nacional 54,2% El quintil más deficitario equivale a 676.974 habitantes	V Quintil más deficitario
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, así como la variable étnica, resultar en auto exclusión)			
Problemas asociados a la calidad técnica de la atención	Errores de diagnóstico/ tratamiento, utilización de insumos poco apropiados	No medido en el estudio	n.d.
Problemas relacionados con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención de salud	Mal trato al público, establecimientos en malas condiciones físicas	De las 3.006.927 personas que solicitaron atención de salud, el promedio de tiempo de espera fue de 37,4 minutos; las mujeres esperaron 40 minutos	

Nota: n.d. = no determinado.

niveles de coordinación y optimización de recursos que progresivamente en el corto, mediano y largo plazo estén orientados a resolver estas características negativas para la expansión de la protección social en salud en el Ecuador.

La complejidad del perfil de riesgos, vulnerabilidad y exclusión en salud plantea la necesidad de utilización de los indicadores construidos para establecer las prioridades de intervención y focalización, consideramos que el índice

integrado de riesgo social en salud es el que mejor expresa este hecho. La información disponible en este informe, en su mayoría ha sido analizada a nivel provincial, sin embargo, su disponibilidad permite en algunos casos construir hasta los niveles cantonal y parroquial, lo que implicaría la disponibilidad para una toma de decisiones informada con relación a una asignación de recursos en salud óptima y equitativa.

Es necesario profundizar en temas como:

- Comportamiento de los riesgos, vulnerabilidad y exclusión en salud en la población indígena y negra.
- Estudio del comportamiento del contexto organizacional como variable del entorno en la implementación de las estrategias.
- Posibilidad de particularizar la información por género.

3.2. GUATEMALA

3.2.1. DATOS GENERALES

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Organización Panamericana de la Salud con la colaboración financiera de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), han desarrollado un proceso de investigación en Guatemala, como parte de un estudio multi país, para identificar la brecha entre la población legal y realmente cubierta por los servicios de salud y las intervenciones que se han probado, sus resultados y los factores que contribuyeron a su éxito o fracaso. La realización de este estudio demandó el respaldo político y técnico de funcionarios del Ministerio de Salud y el apoyo metodológico de asesores de la Organización Panamericana de la Salud.

Entre los siete países que comprende el Istmo Centroamericano, Guatemala tiene la población más extensa y posee el producto interno bruto más elevado; ocupa el segundo lugar en territorio, el quinto en PIB real per cápita y el último lugar en los indicadores: tasa de alfabetismo, esperanza de vida al nacer y porcentaje de población no pobre, además de ser el país con el índice de desarrollo humano más bajo.

De acuerdo con el rango que ocupa en el PIB real per cápita, el país podría estar 16 posiciones más arriba en el índice de desarrollo humano; Guatemala ocupa el lugar 108, con un per cápita de 3.674, en tanto que Belice ocupa el puesto 54, con 4.959 per cápita.

El terrible desbalance entre el producto económico de la sociedad y el resultado social del esfuerzo económico tiene su origen en las graves desigualdades que existen en el país. El 20% de la población con ingresos más altos capta el

61,4% del ingreso de los hogares, y el coeficiente de Gini (un valor entre 0 y 1 donde el 1 significa una distribución equitativa), alcanza un valor de 0,55, reflejando uno de los mayores niveles de desigualdad en el mundo.

Cuadro 8: Indicadores seleccionados de los países del Istmo Centroamericano

Indicadores	Guatemala	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Costa Rica	Panamá	Belice
PIB (en millones de dólares, 1999)	18,2	12,5	5,4	2,3	15,1	9,6	0,7
PIB real per cápita (\$)	3.674	4.344	2.340	2.279	8.860	5.875	4.959
Porcentaje de tasa de alfabetismo adulto	68,1%	78,3%	74,0%	68,2%	95,5%	91,7%	93,1%
Esperanza de vida al nacer (años)	64,5	69,5	65,7	68,1	76,2	73,9	73,8
Índice de desarrollo humano	0,626	0,701	0,634	0,635	0,821	0,784	0,776
Población bajo la línea nacional de la pobreza	57,9%	48,3%	53,0%	50,3%	11,0%	37,3%	35,0%

Fuente: UNDP. *Human Development Report, 2001*. Oxford University Press. Tablas 1 (pag. 145) y 3 (pag. 155).

Guatemala tiene una de las cargas tributarias más bajas de Latinoamérica. En 1998 hubo ingresos tributarios equivalentes al 9% sobre el PIB. Al final de los años noventa, la regresividad del sistema tributario se había consolidado como tendencia, y las reformas tributarias más recientes (en 2001, la tasa del impuesto al valor agregado se elevó de 10% al 12%) contribuyen a profundizar dicha tendencia.

3.2.2. PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD

El estudio realizado evidenció que el país no cuenta con un sistema integral y coherente de protección social en salud, que se define como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a servicios de buena calidad en forma oportuna. El débil compromiso político con la inversión social se evidencia en el hecho que de acuerdo con el rango que ocupa en el PIB real per cápita, Guatemala podría estar 16 posiciones más arriba en el índice de desarrollo humano. El terrible desbalance entre el producto económico de la sociedad y el resultado social del esfuerzo económico tiene su origen en las graves desigualdades que existen en el país: el 20% de la población con ingresos más altos capta el 61,4% del ingreso de los hogares.

Condiciones estructurales han excluido a grandes grupos poblacionales del acceso a sistemas de protección social. En el ámbito económico de la exclusión, la situación de pobreza del país refleja las limitaciones impuestas sobre la capacidad productiva de las personas, mediante barreras de acceso al empleo, el crédito y la tierra. La pobreza se extiende al 56,7% de la población, equivalente a 6 millones

de personas. El 27,6% de los guatemaltecos viven en condiciones de extrema pobreza, es decir, tienen ingreso insuficiente para cubrir una canasta básica de alimentos.

Cuadro 9: Cobertura de los sistemas de protección en salud

Institución	Cobertura	Grupo de ingreso
Población cubierta por MSPAS	60%	Medios y bajos
IGSS	17%	Medios y bajos
Servicios privados	10%	Altos
Sanidad militar	0,21%	Altos y medios
<i>Total</i>	<i>81,21%</i>	
<i>Población no cubierta</i>	<i>12,79%</i>	

Nota: a) La cobertura del MSPAS considera los 3,6 millones de habitantes que han sido incorporados desde 1997 al proceso de extensión de cobertura (SIAS). Estos se adicionaron a la cobertura previa de la población total. b) La cobertura del IGSS es en base a la población total. c) La cobertura de los servicios privados es un estimado de la población que tiene acceso "de forma exclusiva" a los servicios privados.

La situación de extrema pobreza es coincidente con las mayores proporciones de población rural, indígena, sin escolaridad, subempleada, analfabeta, sin acceso a agua potable y desagües y sin conexión eléctrica, entre otros indicadores de postergación. Es por ello que es conveniente su utilización como una medida general de exclusión social en Guatemala, para verificar luego sus manifestaciones en salud. Este indicador tiene, además, la conveniencia de su periódica actualización y disponibilidad de mapas nacionales, lo que permite la focalización de las intervenciones.

Cuadro 10: Pobreza en Guatemala (1989 y 1998)

Indicadores	1989	1998/1
Población total (millones)	8,7	10,6
Porcentaje de población bajo la línea nacional de pobreza	63,1%	56,7%
Cantidad de personas bajo la línea de pobreza (millones)	5,5	6,0
Porcentaje de distancia media a la línea de pobreza	50,4%	45,5%
Recursos necesarios para eliminar la pobreza como porcentaje del ingreso de las familias	21,8	15,7
Recursos necesarios para eliminar la pobreza como porcentaje del ingreso de las familias no pobres	27,7	19,3
Ingreso medio de los pobres (en quetzales por persona, por mes)	193,0	212,2
Volumen total de recursos necesarios para extinguir la pobreza en cada año (mil millones de quetzales)	12,9	12,7

Nota: Se utilizó el ingreso del trabajo sumado a otros ingresos. Se utilizó la línea de pobreza de 1999 (Q 389,30 por persona, por mes).

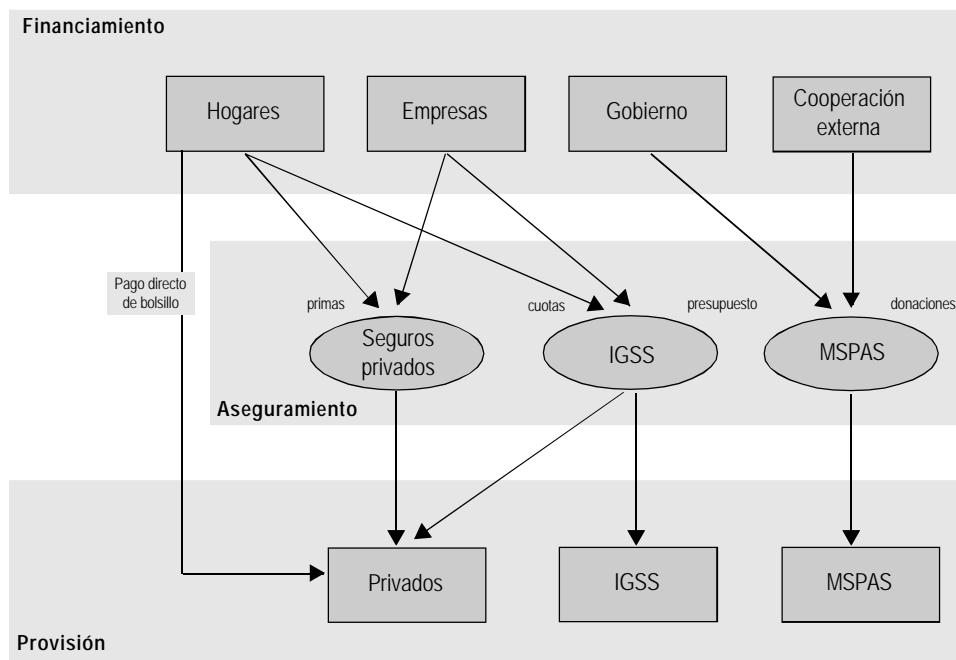
1/ En el año 2000 la ENCOVI presenta 56,2 millones y el Informe de Desarrollo Humano 2001, 54,1 millones.

Fuente: Guatemala. La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de desarrollo humano 2000. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Cuadro 3.1 (pag. 43).

Los mapas de extrema pobreza, por ejemplo, son coincidentes con los de población desempleada. El empleo formal equivale al 32% de la PEA (12% agrícola, 15% no agrícola y 4% sector público). La exclusión laboral afecta principalmente a las mujeres, a los indígenas y a la población rural. Las regiones más afectadas se localizan en las tierras altas del norte y el occidente del país.

En Guatemala coexisten diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios: los servicios públicos, la seguridad social y los seguros privados los cuales están vinculados a una red de proveedores privados de servicios. El sistema es fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados. La función de aseguramiento, que cumplen tanto los seguros privados como la seguridad social, está poco desarrollada y ambos esquemas cubren una porción pequeña de la población.

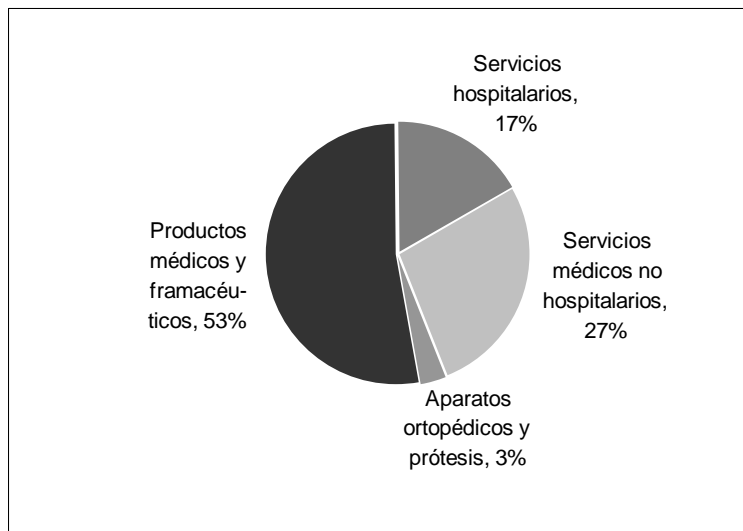
Figura 6: Flujo de recursos dentro del sistema de salud



La debilidad de los sistemas públicos de protección social en salud determina que el financiamiento por medio de pago de bolsillo represente cerca del 50% del gasto nacional de salud. El peso del gasto privado en salud sobre el ingreso mensual de los hogares es, en promedio, el 6,4%. El valor anualizado del gasto en salud asciende a US\$ 630 millones, es decir, un 3,5% del PIB.

El gasto privado de bolsillo no solo resulta inequitativo, sino también ineficiente. El gasto en salud presenta una asociación estrecha al nivel de ingresos. En general, la composición del gasto de hogares en salud se distribuye en 39% en aseguramiento y 61% en gasto de bolsillo. El decil de hogares con más altos ingresos ejerce el 30% del gasto en salud. Este grupo de hogares ejerce casi la totalidad del gasto en seguros privados, el 42% del gasto en equipos médicos, el 39% del gasto en servicios hospitalarios y el 38% de los gastos ambulatorios. Más de la mitad del gasto de bolsillo se dirige a la compra de productos médico-farmacéuticos. Debido a un control relajado del expendio de medicamentos y a la falta de acceso económico a la consulta médica, la compra de medicamentos sin prescripción médica es una de las respuestas más frecuentes de los hogares frente a un problema de salud. Por estas razones, los hogares indígenas gastan en la compra de medicamentos una mayor proporción que los no indígenas.

Gráfico 1: Composición del gasto de bolsillo en salud



El gasto público tampoco resulta más equitativo. El 53% de este gasto del seguro social, por ejemplo, se realiza en la ciudad capital de Guatemala, y el 74% corresponde a familias no indígenas, reflejando concentración por medio de las dimensiones geográfica y étnica de la protección social. El ministerio de salud, por su parte, aunque teóricamente orientado a los grupos más pobres, presta servicios a todos los que demandan atención sin requerir muestra de afiliación o postergación social. Por razones de accesibilidad, los mayores usuarios de estos servicios son grupos de bajos ingresos de áreas urbanas.

3.2.3. PERFIL DE LOS EXCLUIDOS

En Guatemala, la exclusión reduce las posibilidades de desarrollo humano en los ámbitos económico, político-jurídico y social. En el plano económico, se destacan los impedimentos de ciertos grupos poblacionales para tener acceso a ingresos y recursos. En el plano jurídico-político se consideran las garantías y derechos de las personas, incluyendo las formas de protección social, la participación ciudadana y la protección legal. En el plano social, el interés recae sobre el grado en que son reconocidas las identidades y características sociales de los grupos humanos y su posibilidad de utilizar redes sociales de apoyo para enfrentar los efectos de la exclusión.

Los datos anteriores convergen hacia los factores de exclusión que afectan a la población rural e indígena de Guatemala y a las mujeres, principalmente si son jefes de hogar. Los datos sobre la distribución de la pobreza lo confirman. La pobreza afecta al 20% de los habitantes no indígenas de las áreas urbanas, mientras que la padece un 75% de los habitantes indígenas de zonas rurales. En cuanto a las mujeres que ejercen la jefatura del hogar, la pobreza les afecta más por su

Cuadro 11: Perfiles de fuerza laboral por condición de exclusión laboral (1998)

Variables	No excluidos	Excluidos
Sexo		
Hombres	28,5%	61,5%
Mujeres	33,2%	66,8%
Etnia		
Indígenas	27,1%	72,9%
No indígenas	37,5%	62,5%
Área		
Rural	27,8%	72,2%
Urbana	38,7%	61,3%
Región		
Metropolitana	42,6%	57,4%
Norte	24,4%	75,6%
Nororiente	36,5%	63,5%
Suroriente	29,6%	70,4%
Central	27,4%	72,6%
Suroccidente	28,6%	71,4%
Nuroccidente	26,6%	73,4%
Petén	35,3%	64,7%

Fuente: Guatemala. La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano, 2000. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Cuadro 3.7, pag. 58.

condición rural o indígena que por ser mujeres. De hecho, la proporción de hogares indigentes es ligeramente menor si son regidos por mujeres que si son regidos por hombres. Aunque las mujeres sufren discriminación laboral y salarial, estudios anteriores han mostrado que cuando son jefes de hogar, utilizan de manera eficiente los ingresos para cubrir las necesidades de vivienda, agua, educación y salud.

Cuadro 12: Indicadores seleccionados de la relación entre exclusión y pobreza

Indicadores	Total	Pobreza extrema	Pobreza no extrema	No pobres
Población rural	60,6%	89,5%	71,7%	34,7%
Población indígena	49,0%	71,3%	57,4%	29,1%
Sin escolaridad	41,0%	64,2%	48,5%	21,2%
Diversificado (formación laboral)	6,4%	0,4%	1,6%	13,5%
Subempleo	48,6%	61,9%	49,1%	40,0%
Ocupación plena	39,4%	27,4%	38,4%	47,5%
Agricultores	43,6%	68,6%	48,4%	24,6%
Hogares de 1 a 5 miembros	40,1%	19,7%	32,4%	58,3%
Analfabeta	0,0%	54,3%	39,4%	17,5%
Sin conexión de agua	38,8%	54,7%	46,0%	23,9%
Sin conexión de desagües	71,2%	96,8%	81,7%	47,7%
Sin conexión eléctrica	38,8%	64,0%	45,6%	18,2%
Inasistencia escolar de 7-14 años	26,0%	46,8%	30,8%	9,7%

3.3. HONDURAS

3.3.1. DATOS GENERALES

Honduras está constituida como una república democrática e independiente. El territorio se divide política y administrativamente en departamentos (18) y éstos en municipios (298). Cada departamento es presidido por un Gobernador, nombrado por el Presidente de la República. La autoridad municipal es ejercida por una Corporación Municipal presidida por el Alcalde, el cual es electo por votación popular.

La administración pública es central, con transferencia gradual de funciones a los gobiernos municipales. Los órganos de colaboración del Presidente en la administración de los distintos sectores son las Secretarías de Estado (15), algunas de las cuales están desconcentradas territorialmente en oficinas regionales. Los recursos financieros del Estado son administrados por la Secretaría de Finanzas quien supervisa la recaudación por medio de sus oficinas regionales (9). La planificación y gestión del desarrollo está coordinada por el Ministro de la

Presidencia, el cual es asesorado por los Gabinetes Económico y Social constituidos por los Secretarios de Estado en los diferentes ramos. Los lineamientos del Plan Nacional de Gobierno enmarcan la política de salud. Cada una de las municipalidades, como instancia de gobierno local, goza de autonomía para formular y gestionar sus propios programas de desarrollo.

En general, las necesidades de la población son satisfechas mediante servicios públicos del gobierno central y/o municipal, empresas autónomas del Estado y entidades privadas, con o sin fines de lucro.

Entre los años 1997 y 2000 el PIB experimentó un ritmo de crecimiento promedio anual de 2%. En el año 2001, la economía hondureña registró un moderado crecimiento del PIB (2,6%). Los sectores de mayor incidencia en este crecimiento son el agrícola, el industrial y el sector servicios. Entre las principales causas del bajo ritmo de crecimiento de la actividad económica hondureña están las condiciones climáticas que afectaron al sector agrícola y la reducción de la inversión en construcción. El bajo crecimiento del PIB incide en el nivel de ingresos per cápita de la población que alcanza apenas US \$ 916.16. El bajo ingreso per cápita se debería fundamentalmente a la baja productividad promedio de la fuerza laboral.

Durante el período 1997-2001, el gasto público Total, el gasto público social y el gasto público en salud como porcentaje del PIB muestran un incremento constante. Por su parte, gasto público social como porcentaje del PIB del gasto del Gobierno central ha pasado de un 31,1% en 1997 a 44,2% en el 2001. La inflación alcanzó un promedio de 12,2% a lo largo del período analizado, afectando el poder adquisitivo de individuos e instituciones.

Cuadro 13: Indicadores económicos y sociales (1997-2001)

Indicadores	1997	1998	1999	2000	2001
PIB per cápita (en dólares estadounidenses)	819.98	887.50	870.35	878.17	916.16
Porcentaje de tasa de inflación anual	12,8%	15,7%	10,9%	11,1%	9,6%
Porcentaje de gasto público total / PIB	22,1%	23,4%	25,9%	25,9%	26,9%
Porcentaje de gasto público social / PIB	8,0%	8,3%	10,1%	10,0%	11,0%
Porcentaje de gasto público en salud / PIB	2,3%	2,3%	2,8%	3,0%	3,1%
Porcentaje de gasto social / Gasto del gobierno central	31,1%	29,8%	32,9%	37,2%	40,2%
Porcentaje de déficit fiscal neto / PIB	2,5%	1,1%	3,6%	5,0%	6,0%
PIB per cápita anual (Lps. corrientes)	10.272	11.420	12.101	13.358	14.548
Tipo de cambio en relación al dolar estadounidense	13,1	13,5	14,2	14,9	15,5
PIB per cápita anual (en dólares estadounidenses)	784,1	845,9	852,2	896,5	938,6
Porcentaje de gasto en salud / PIB	2,0%	2,0%	2,5%	2,2%	3,0%
Porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza	65,8%	63,1%	65,9%	n.d.	64,5%

Nota: n.d. = no disponible.

Fuente: Banco Central de Honduras. Honduras en Cifras, 1997/1999, 1999/2001. Secretaría de la Presidencia. Estudio sobre el Gasto en Servicios Sociales Básicos, 1999. Secretaría de Finanzas. Memoria 2001. INE: Encuesta de Hogares: Mayo 2002.

La administración central ha registrado déficit crecientes en el período 1997-2001, que van de 2,5% en 1997 a 6,0% del PIB en el año 2001. El incremento de este último se debió fundamentalmente al aumento de gastos en servicios personales, al pago de los intereses de la deuda, transferencias a jubilados y pensionados, entre otros. El incremento de los ingresos fue de 14,8% con relación al año 2000.

En cuanto al contexto demográfico la población total hondureña para el año 2001 se estima en 6.535.344 habitantes,²⁹ de los cuales el 49,4% son hombres y el 50,6% mujeres. La tasa de crecimiento anual de la población es de 2,4%. La tasa bruta de natalidad y la global de fecundidad muestran una clara tendencia descendente, estimándose en 30,3³⁰ por mil habitantes y 4,4³¹ hijos por mujer, respectivamente, para el año 2001.

La mayoría de la población reside en el área rural (56%), distribuida en 398 municipios; 3.731 aldeas y 30.591 caseríos localizados en zonas montañosas de difícil acceso. La población se concentra en los departamentos de Cortes (18,4%) y Francisco Morazán (18,1%).³² Esta concentración obedece principalmente a la migración hacia las dos principales ciudades del país, Tegucigalpa y San Pedro Sula. Los grupos que tienden a emigrar son los que se encuentran entre 15 a 44 años.

La esperanza de vida al nacer es ascendente, alcanzando 70,7 años para 2002, siendo 5,2 años mayor para las mujeres con respecto a la de los hombres. La población hondureña se caracteriza por ser una población eminentemente joven (38,5% menor de 15 años),³³ lo que aunado al incremento de la población mayor de 65 años representa una fuerte presión sobre los servicios básicos de salud.

Mirando el contexto de salud de Honduras, las tasas brutas de mortalidad muestran una tendencia a la disminución. La mortalidad bruta pasó de 6,4 por mil habitantes en 1993 a 4,97 en el 2002. La mortalidad materna descendió de 182 por 100.000 n.v. en 1993 a 108 en 1997³⁴ y la mortalidad infantil paso de 50 por mil n.v. en 1993 a 42 en 1996. La mortalidad en menores de 5 años disminuyó de 65 por mil nacidos vivos en 1990 a 45 en 1996.³⁵

²⁹ Censo de Población y Vivienda. Honduras, 2002.

³⁰ SECPLAN. Proyecciones de Población sobre la base del Censo de 1988.

³¹ Encuesta de Epidemiología y Salud familiar (ENESF/2001). Honduras.

³² INE. Censo de Población y Vivienda 2002.

³³ Censo de Población y Vivienda. Honduras 2002.

³⁴ Secretaría de Salud. Investigación de Mortalidad en Mujeres en Edad Reproductiva. Honduras. 1990 y 1997.

³⁵ Encuesta de Epidemiología y Salud familiar (ENESF 1991/92 y 1997). Honduras.

Por su parte, entre las principales causas de mortalidad materna están las hemorragias, que contribuyeron con 47,1%; los trastornos hipertensivos 19,4% y las infecciones 15,2%. En mortalidad infantil las infecciones respiratorias agudas representan el 23,5% de las muertes; seguido por los traumas relacionados con el nacimiento 16,5%, la prematuridad y bajo peso al nacer (16,1%); la sepsis 9,1% y las anomalías congénitas 8,7%.

En menores de 5 años, las principales causas de muerte están constituidas por las infecciones respiratorias agudas 23%, las diarreas 21%, y las muertes relacionadas con el parto y las afecciones peri natales 33%.

3.3.2 PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD Y PERFIL DE LOS EXCLUIDOS

En Honduras, el sector salud ha venido desarrollando políticas y estrategias orientadas a mejorar la oferta de servicios (descentralización, mejoramiento de la gestión, campañas sanitarias), a incrementar la demanda (paquetes básicos de salud, seguro público, gratuidad a pobres e indigentes) y a fortalecer el marco regulatorio (definición del marco legal para la regulación y fortalecimiento del rol rector de la seguridad social). No obstante estos esfuerzos, una proporción importante de la población se encuentra excluida de la protección social frente a los riesgos de enfermar o a las consecuencias de estar enfermo.

En el presente estudio se pretende distinguir los niveles de exclusión en los diversos grupos de la población hondureña. Para cada indicador de exclusión social en salud se presenta una descripción del procedimiento utilizado para su construcción y los resultados generales que ellos muestran. En la mayor parte de los casos estos resultados se presentan desagregados por área rural y urbana y departamento de residencia de la población.

Para analizar la exclusión en Honduras se tuvo en cuenta su origen en tres dimensiones: *acceso, financiamiento y dignidad de la atención*.

ACCESO

Estos problemas pueden ser de tres tipos: falta de acceso a las prestaciones asociadas con el suministro de bienes públicos (como agua potable y vacunas); inaccesibilidad a los servicios individuales de atención de salud en general o a algunos de ellos en particular y finalmente, falta de acceso a un sistema de protección contra los riesgos económicos y sociales de enfermar. En todos estos casos la exclusión en salud suele relacionarse con alguna de las siguientes causas o con todas:

Déficit de infraestructura adecuada, ya sea para la provisión de atención de salud individual o colectiva (inexistencia de establecimientos de salud, falta de cobertura funcional de los programas de salud pública).

Existencia de barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en condiciones en que existe la infraestructura adecuada. Estas barreras pueden ser geográficas, económicas y culturales y están relacionadas con la ubicación de los establecimientos y recursos básicos en salud, con la existencia de caminos y medios de transporte, con los niveles de pobreza de los hogares, con factores culturales/étnicos y pueden estar determinadas por la condición del empleo, la estructura de los sistemas o por la falta de modelos de atención con enfoque intercultural.

Problemas relacionados con la calidad de los servicios brindados que tiene que ver con errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados, mal trato al público y establecimientos en malas condiciones.

- a) La exclusión en salud en Honduras derivada del déficit de infraestructura adecuada presenta las siguientes características:
- Según la constitución, los habitantes de Honduras tienen garantizado un nivel básico de protección en salud, sin embargo, el 30,1%³⁶ de la población hondureña no recibe atención en salud lo que representa 1.967.138 personas excluidas de la protección social en salud. La mayoría son habitantes rurales.
 - El 45,6% de los partos en el país son “no institucionales”, afectando a 2.980.117 personas de las cuales, 2.413.660 son habitantes del área rural. La población que habita en las regiones 5, 2 y 1, que comprende los departamentos de Ocotepeque, Copán, Lempira, Comayagua, Intibuca, La Paz, El Paraíso y Francisco Morazán es la más excluida.
 - El 20,5% de las mujeres embarazadas en Honduras no asisten a control prenatal institucional, afectando a 1.339.745 personas de las cuales el 65,2% son pobladores rurales. La población más excluida habita en las regiones 6 y 7, que comprenden los departamentos de Atlántida, Colón y Olancho.
 - El 17,4% de las mujeres embarazadas no tienen el número normado de controles prenatales, excluyendo a 1.137.150 habitantes de este beneficio. La mayoría son pobladoras rurales.
 - El 43,6% de las embarazadas no son captadas por el sistema de salud durante el primer trimestre del embarazo, excluyendo a 2.849.409 habitantes, de los cuales 1.817.086 son residentes del área rural.
 - Aproximadamente 165.156 (16,3%) niños y niñas menores a cinco años abandonan el programa de vacunación, excluyendo a un total

³⁶ Calculado con atenciones ambulatorias por primera vez al año.

Cuadro 14: Indicadores de exclusión en salud relacionados con déficit de infraestructura adecuada

Indicadores	Valor	Personas excluidas
Población que no recibe atención de salud	30,1%	1.967.138
Partos "no institucionales"	45,6%	2.980.117
Mujeres embarazadas que no asisten a control prenatal institucional	20,5%	1.339.745
Mujeres embarazadas que no tienen el número normado de controles prenatales	17,4%	1.137.150
Mujeres embarazadas que no son captadas durante el primer trimestre del embarazo	43,6%	2.849.409
Niños y niñas menores de 5 años que abandonan el programa de vacunación	16,3%	1.065.291

de 1.065.291 habitantes de este beneficio. La mayor proporción de población excluida son habitantes rurales de los departamentos de Cortes, Santa Barbara, Yoro, El Paraíso y Francisco Morazán.

- b) Peculiaridades de la exclusión en salud en Honduras derivada de barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en las condiciones en que exista la infraestructura adecuada:
- La relación de médicos por cada mil habitantes es de 0,84. Además del déficit de este tipo de profesional la gran mayoría están concentrados en Francisco Morazán (2,2) y en Cortes (1,3), específicamente en Tegucigalpa y San Pedro Sula. En el resto de departamentos del país el índice no llega ni al promedio nacional.
 - En Honduras existen 0,67 camas por mil habitantes. La distribución de camas por departamento muestra fuerte concentración en Francisco Morazán (1,85 por mil habitantes), donde están ubicados cinco hospitales nacionales de la seguridad social y un hospital de especialidades del IHSS. Solamente en Copan este indicador es el más cercano al promedio nacional (0,66).
 - El número de egresos hospitalarios por mil habitantes es de 37,9. La información de egresos hospitalarios por mil habitantes considera el departamento de residencia del paciente y no la ubicación del hospital por lo que aquí se observa la mayor o menor capacidad de la población para tener acceso a un servicio de hospitalización. En este sentido, los residentes de Islas de la Bahía muestran el mayor índice (61), seguidos por Francisco Morazan (55), Atlántida (46), Ocotepeque (46) y Copan (39). El resto de departamentos están bajo el promedio nacional. El departamento de Lempira presenta el menor nivel de egresos hospitalarios (20,9 por mil habitantes), señalando exclusión de la población a este tipo de servicio.

No obstante que en el departamento de Copán existe una relación más alta de camas por habitante que en el de Atlántida, el número de egresos por mil habitantes es menor que en este último, Lo anterior está en relación directa con la accesibilidad geográfica y económica de las camas.

- Honduras tiene una alta tasa de mortalidad materna, la que se sitúa en 108 por cien mil nacidos vivos. El departamento de Gracias a Dios, donde habita una gran cantidad de población misquita, presenta la tasa más alta. Existen además seis departamentos que presentan tasas mayores al promedio nacional. En todos estos departamentos existen grupos de población étnica en extrema pobreza. Cabe mencionar que el 74% de las causas de mortalidad materna son prevenibles (hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos y abortos).
- Honduras presenta altas tasas de mortalidad perinatal (29 por mil partos), infantil y en menores de 5 años (34 y 45 por mil nacidos vivos, respectivamente).
- La mortalidad perinatal es mayor en la Región de Salud Número 1, (72% mayor al promedio nacional) que comprende los departamentos de El Paraíso y Francisco Morazán. Respecto a la mortalidad infantil y en menores de 5 años, las más altas tasas corresponden a las regiones 7, 5 y 1 que comprenden los departamentos de Olancho, Copán, Ocotepeque, Lempira, El Paraíso y Francisco Morazán. La población rural es la más excluida ante el riesgo de enfermar y morir.
- El 78% de las causas de mortalidad infantil son prevenibles (enfermedad diarreica aguda, afecciones perinatales e infecciones respiratorias agudas). En el caso de la mortalidad en menores de 5 años, el 44% son producidas por infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas, resaltando la mayor exclusión de la población.
- El 26% de las viviendas no disponen de abastecimiento de agua de llave dentro de la vivienda o dentro de la propiedad, excluyendo a 1.604.222 habitantes. La mayoría de la población excluida son habitantes rurales, donde el 39,5% de las viviendas que comprenden 1.321.922 habitantes no poseen este tipo de servicio.
- El 10% de las viviendas no disponen de servicio de agua público, colectivo o privado (no importa si es dentro de la vivienda o propiedad), que representa 617.010 habitantes excluidos a nivel nacional. El mayor porcentaje de personas excluidas son habitantes rurales (595.702 personas).
- 1.110.615 pobladores hondureños están excluidos de cualquier servicio de disposición adecuada de excretas, afectando a 903.592 habitantes rurales y a 207.023 residentes urbanos.
- El 16,9% de la población hondureña posee algún tipo de seguro de salud, incluido el IHSS (13,1%). El 83,1% de la población que no tiene ningún tipo de seguro son asistidos en teoría por las instituciones públicas y por instituciones privadas sin fines de lucro. Este porcentaje representa 5.430.870 habitantes sin seguro de salud.
- La población asegurada por el IHSS y el sector privado se concentra en las regiones Metropolitana y 3, básicamente en las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula. Si bien no existe discriminación por

sexo en la afiliación, costo de los planes, cobertura de los planes, copagos u otros, para el caso de atención prenatal, de parto y enfermedades crónicas, la mayoría condiciona el uso del seguro después de un período de vigencia del mismo.

- Entre 1997 y el 2001, la población afiliada del IHSS creció a un promedio anual de 2,5% en el mismo plazo, la población económicamente activa tuvo un crecimiento promedio de 3,2% anual, lo que señala la poca capacidad de expansión del IHSS.
- Para la estimación de la proporción de trabajadores en el sector informal de la economía se consideraron las variables “ocupación principal” y “categoría de ocupación”, incluyendo a los trabajadores con ocupación diferente a “gerentes” o “profesionales”, con categoría de “asalariados domésticos” “cuenta propia” y “familiares no remunerados”.
- De acuerdo a esta categorización, de un total de 2.334.596 trabajadores ocupados (de 10 y más años de edad), 55,9% laboran en el sector informal. El 89,9% de los trabajadores “domésticos” (68.328 personas) y el 46,3% de los por “cuenta propia” (441.026 personas) perciben ingresos de menos de un salario mínimo. En total suman 509.354 trabajadores que difícilmente pueden costear servicios de salud a través del sistema del IHSS o cualquier otro sistema.
- El 64,5% de los hogares en Honduras viven bajo el nivel de pobreza. Los mayores niveles de pobreza se presentan en la zona rural, ciudades pequeñas y en el Distrito Central. La pobreza en Honduras manifiesta su gravedad por la magnitud de hogares en situación de pobreza extrema (47,45%), lo que representa 3.060.105 personas en situación de pobreza extrema y de estos el 65,7% son habitantes rurales.
- El 41,1% de la población hondureña (2.606.603 personas) subsiste con un ingreso per capita menor de un dólar por día. Lo anterior señala su dependencia de los servicios públicos y privados sin fines de lucro para satisfacer sus necesidades de salud y confirma el rol del Estado como proveedor de servicios. De este número, el 82,7% son habitantes rurales (2.157.064) y el 21,1% (549.874) residentes urbanos.
- La información disponible sobre la situación de la población étnica señala que una gran mayoría de los hogares indígenas y negros viven bajo la línea de pobreza y enfrentan serios problemas de salud. La esperanza de vida al nacer es de apenas 36 años para los hombres y 42 para las mujeres. La desnutrición crónica afecta al 80% de los menores de 7 años. Aproximadamente el 60% de esta población no tiene acceso a agua potable y el 91% carece de instalaciones sanitarias básicas.

Cuadro 15: Indicadores de exclusión en salud relacionados con barreras de acceso e indicadores de salud

Indicadores	Valor	Personas excluidas
Número de médicos por cada 1.000 habitantes	0,84	
Número de camas por cada 1.000 habitantes	0,64	
Número de egresados hospitalarios por cada mil habitantes	37,9	
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	108	
Tasa de mortalidad perinatal (por cada 1.000 partos)	29	
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	34	
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)	45	
Viviendas que no disponen de abastecimiento de agua de llave dentro de la vivienda o dentro de la propiedad	26%	1.604.222
Viviendas que no disponen de servicio de agua público, colectivo o privado	10%	617.010
Viviendas que no disponen de ningún servicio de disposición adecuada de excretas	18%	1.110.615
Población sin seguro de salud	83,1%	5.430.870
Trabajadores ocupados (de 10 y más años de edad) que laboran en el sector informal	55,9%	1.305.941
Hogares bajo el nivel de pobreza	64,5%	4.137.551
Hogares en situación de pobreza extrema	47,4%	3.060.105
Población que subsiste con ingreso per cápita menor de 1 dólar por día	41,1%	2.606.603
Tasa de analfabetismo de población de origen étnico	38,1	249.073
Promedio de años de escolaridad de la población de origen étnico	2,2	

- c) Caracterización de la exclusión en salud derivada de problemas relacionados con la calidad de los servicios brindados que tiene que ver con errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados, mal trato al público y establecimientos en malas condiciones.
- No se dispone de información actualizada.

FINANCIAMIENTO

Además de las condiciones éticas que sustentan la solidaridad en el financiamiento en salud, la necesidad de contar con un financiamiento solidario se basa en las pruebas de que el costo de los servicios constituye un obstáculo para el acceso, representa un costo de oportunidad elevado para mantener o desarrollar el bienestar de la familia y es altamente regresivo.

- En el 2001 el 11% del total de gastos del Gobierno Central correspondió al sector salud, porcentaje equivalente al 3,1% del PIB.
- En 1998 los hogares contribuyeron con un 41,1% al total del gasto en salud. La mayor contribución de los hogares al gasto en salud se verifica

al observar que el gasto per cápita de los hogares hondureños es 17,2% mayor que el gasto per cápita público.

- El gasto de los hogares es orientado a la atención curativa ambulatoria (66,5%) y a la atención curativa hospitalaria (29,8%), señalando dificultades en el acceso de la población a este tipo de atención. Los hogares derivan el gasto en salud hacia la compra de servicios privados (49,78%) y de medicamentos (40,99% de gasto en farmacias). También contribuyen con “cuotas de recuperación” en los hospitales públicos.
- El porcentaje del gasto promedio mensual de consumo individual en salud respecto al decil de ingreso del jefe del hogar es de 3,4% a nivel nacional, 4,2% en el área urbana y de 1,8% en la rural. Los hogares del área urbana ubicados en el decil 1, presentan un nivel superior (8%) a los del decil 10 (6%), lo que dado el nivel de ingresos significa un sacrificio en detrimento de otras necesidades.

Cuadro 16: Indicadores de exclusión en salud relacionados con el financiamiento

Indicadores	Valor
Porcentaje de gasto total en salud / PIB	5,63%
Porcentaje de contribución de los hogares al gasto total en salud	41,1%
Gasto per cápita total en salud (en dólares estadounidenses)	49,77
Gasto per cápita público en salud (en dólares estadounidenses)	22,84
Gasto per cápita privado en salud (en dólares estadounidenses)	26,77
Porcentaje de gasto público en salud / PIB	3,1%
Porcentaje de gasto en salud / Presupuesto del gobierno central	10,6%

Cuadro 17: Grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de consulta externa y emergencia del Hospital Santa Teresa (Comayagua, Honduras, 1997)

Grado de satisfacción	Cantidad de personas	Porcentaje
Muy bueno	108	21,6%
Bueno	318	63,8%
Regular	72	14,6%
Total	498	100,0%

Fuente: SS: Estudio sobre calidad de atención. Comayagua, Honduras, 1997.

DIGNIDAD EN LA ATENCIÓN

Se refiere a aspectos que no están relacionados con la utilización ni con el financiamiento, y que se juzgan elementales para la satisfacción de las aspiraciones de los miembros de la sociedad. Incluye el respeto a las tradiciones y cultura, particularmente de los grupos sociales de características étnicas distintas de las de la mayoría de la población.

- No se dispone de información actualizada en estos aspectos a nivel del país. A continuación se muestran los resultados de una investigación realizada en 1997 entre los usuarios de los servicios de consulta externa y de emergencia del Hospital Regional "Santa Teresa" ubicados en Comayagua.

El 85,4% de las personas entrevistadas expresaron un grado de satisfacción muy bueno y bueno respecto de los servicios de consulta externa y de emergencia. Sin embargo, el mismo estudio resalta que si este resultado se hubiera relacionado con el tiempo promedio de espera y entrega de medicamentos, los resultados hubieran sido diferentes.

Cuadro 18: Tiempo promedio de espera de los usuarios de los servicios de consulta externa y emergencia del Hospital Santa Teresa (Comayagua, Honduras, 1997)

Tiempo de espera	Personas	Porcentaje
De 0 a 1 hora	94	18,8%
De 2 a 3 horas	198	39,8%
De 3 a 4 horas	91	18,2%
Más de 4 horas	115	23,2%
Total	498	100,0%

Fuente: SS: Estudio sobre calidad de atención. Comayagua, Honduras, 1997.

Cuadro 19: Perfil y mapa de la población excluida

Excluidos en salud	Ubicación
Los pobres	Área rural, ciudades pequeñas y distrito central
Los habitantes rurales	Ocatepeque, Copán, Lempira, Comayagua, Intibuca, La Paz, El Paraíso, Santa Bárbara, Francisco Morazán, Atlántida, Colón y Olancho
Trabajadores sector informal	Área rural, ciudades pequeñas y distrito central
Población étnica	Olancho, Colón, Gracias a Dios, Copan, Ocatepeque, Yoro, Francisco Morazan, Santa Bárbara, Cortés, Atlántida, Lempira, Intibuca, La Paz, Valle, El Paraíso y Comayagua

El 41,4% de los y las pacientes esperaron 3 horas y más para ser atendidos por un médico. En la medición de esta variable se considero el tiempo transcurrido entre el momento en que el paciente llego al propio servicio y su salida del consultorio, por lo que no esta contabilizado el tiempo de espera para inscripción, recepción de medicamentos, etc. El alto tiempo de espera refleja un problema organizativo en la prestación de servicios.

3.4. PERÚ

3.4.1. DATOS GENERALES

Con cerca de 27 millones de habitantes a inicios del 2003, el 52% de la población está asentada en la ciudad capital y el resto de valles de la costa, el 35%, en los valles interandinos y zonas altas y, en mucha menor medida, 13%, en los márgenes de los ríos de la Amazonía. En conjunto alrededor del 72% de la población reside en áreas urbanas³⁷ y el 28% restante en áreas rurales.

Perú es un país de ingreso medio bajo con marcada heterogeneidad distributiva. El Producto Interno Bruto per cápita es de US \$2.000 anuales, y, mientras que el 20% de la población con ingresos más altos concentra el 51% del ingreso nacional, el 40% de la población con ingresos más bajos se queda sólo con el 13%. Acorde con ello, alrededor del 54% de la población nacional se encuentra en condición de pobreza y el 15% en pobreza extrema.³⁸

La esperanza de vida era en el 2001 de 69 años, con una dispersión provincial entre 72,4 y 50,8 años. La tasa de mortalidad materna de 185 por 100.000 nacidos vivos, siendo una de las más altas de América Latina y la desnutrición severa en niños menores de 5 años es del 27% (año 2000).³⁹

Según el Estudio de Cuentas Nacionales en Salud,⁴⁰ el Perú en el año 2000 destinó en salud alrededor del 4,8% de su PBI equivalente a US\$ 99 per cápita, lo que resulta por debajo del promedio latinoamericano de alrededor de 8% del PBI,⁴¹ e insuficiente para cumplir con las expectativas de extensión de la cobertura pública⁴². Asimismo, la composición del financiamiento de la salud, tan o más importante que el monto total, se concentra en tres agentes: los hogares (39%), los empleadores (35%), y el Gobierno (23%).

Teniendo en cuenta los altos niveles de pobreza de la población peruana, el rol preponderante del financiamiento de los hogares, compuesto casi en su totalidad por el pago de bolsillo, predispone a la inequidad y exclusión de los más pobres, así como a la fragmentación del financiamiento (ver figura a continuación).

³⁷ Poblados mayores de 2000 habitantes.

³⁸ Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000. Lima 2001.

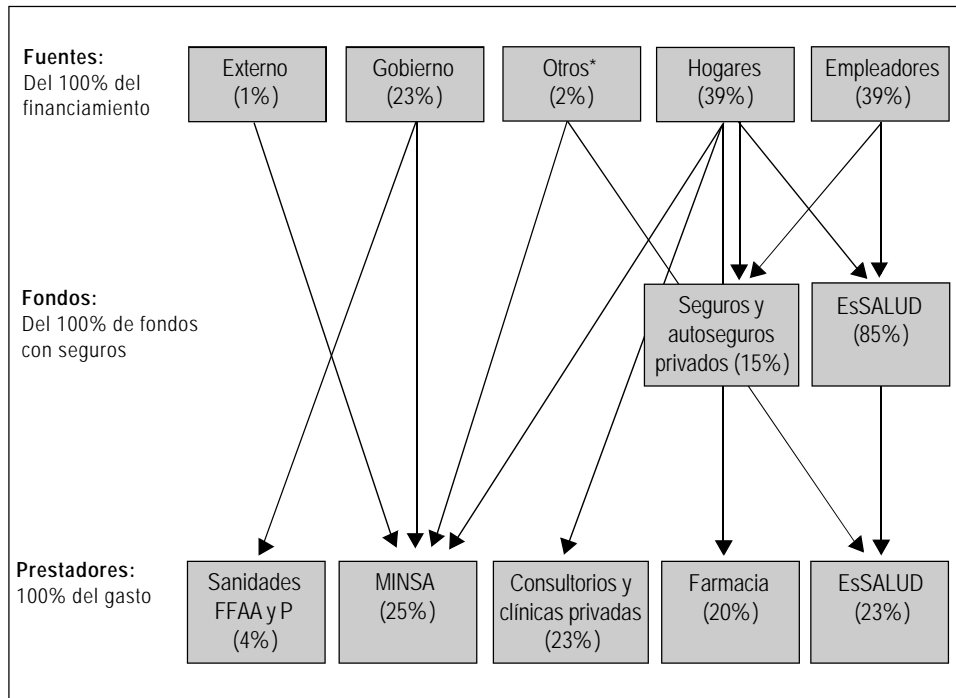
³⁹ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES 2000).

⁴⁰ OPS-MINSA. Perú: Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000. Lima, 2003.

⁴¹ OPS. "Gasto Nacional de Salud en las Américas: Situación Actual y Tendencias". Documento de Trabajo. Políticas Públicas y de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Febrero 2002.

⁴² OPS-MINSA. Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud 2002-2006. Lima, 2002.

Figura 8: Fuentes y prestadores en la atención de la salud (Perú, 2000)



* Ingresos obtenidos por la venta de desechos y equipos obsoletos de MINSA y EsSALUD.

Fuente: OPS-MINSA. Proyecciones de financiamiento de la Atención de Salud, 2002-2006. Lima, Perú, 2002.

El Sistema de Servicios de Salud es segmentado y fragmentado y en él participan dos subsectores: el público y el privado. El primero de ellos está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud) y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional. Desde el punto de vista funcional, el MINSA desempeña el papel rector dentro del sector y se encarga de emitir los lineamientos de política así como las normas y procedimientos técnicos para regular la actividad sectorial. Las instituciones del sector organizan sus servicios por niveles de atención, sin embargo, los mecanismos de referencia y contrarreferencia aún son deficientes. Actualmente, se está diseñando un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud.

En cuanto al aseguramiento en salud, existen cuatro tipos de afiliación a seguros de salud: la seguridad social (EsSalud), las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los seguros privados y el Seguro Integral de Salud. En EsSalud están afiliados principalmente los trabajadores (y sus familiares directos) del sector formal de la economía y se financia con aportes sobre la nómina. Las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional brindan seguro a sus trabajadores y familiares directos, y se financian con fondos del tesoro público. Los seguros privados en salud suelen ser mayormente contratados por las familias y en menor medida directamente por los empleadores. El Seguro Integral de

Salud, en vías de conformación como un seguro público, y de reciente formación en los últimos años, debería cubrir a la población pobre.

Los patrones de utilización de servicios de salud no son los mejores. En el año 2000, del 100% de personas que declararon síntomas de enfermedad/accidente y consideraban necesario consultar, el 31% no logró tener acceso a los servicios de salud, fundamentalmente por falta de recursos económicos y el 8% sólo lo hizo a servicios no institucionales como la consulta en farmacia y la visita al curandero. De esa manera, sólo el 69% accedió a consulta brindada por un profesional de la salud.⁴³

En contraste, el nuevo perfil de morbilidad y mortalidad en el país presenta patrones más complejos, lo que constituye un reto importante para la salud pública y para los organismos responsables de la conducción del sistema nacional de salud. Para afrontar este reto, se requiere evidenciar los resultados en la reducción de la exclusión en salud y en el desarrollo de una mayor oferta de servicios de salud, a través de un sistema más coordinado que ofrezca servicios integrales de salud de calidad adecuada.

Frente a este reto, las políticas enunciadas para la atención de salud en el Perú se presentan como bastante ambiciosas: la Decimotercera Política de Estado del Acuerdo Nacional establece el Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social y en los lineamientos de política de salud⁴⁴ se contemplan políticas destinadas a enfrentar los factores de exclusión en salud. De acuerdo a esto, a mediados del 2003 el sector salud cuenta con tres importantes avances secuenciales:

- a) La creación del Seguro Integral de Salud (noviembre 2001) cuyo objetivo es el aseguramiento en salud de la población en condición de pobreza, mediante planes de servicios de atención integral.
- b) La promulgación de la Ley del Ministerio de Salud (enero 2002) que define el ámbito, competencia, finalidad y organización del ministerio, de sus organismos públicos descentralizados y de sus órganos desconcentrados. Esta ley precisa la Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional de Salud.
- c) La promulgación y puesta en funcionamiento del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (agosto 2002) cuya finalidad es coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud y promover su implementación concertada y descentralizada para lograr el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud. El sector salud juega hoy un papel importante en el desarrollo del proceso de descentralización nacional.

⁴³ Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000).

⁴⁴ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006". Lima, 2002.

3.4.2. PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD

METODOLOGÍA DE MEDICIÓN

En el presente trabajo, la medición de la población excluida de la protección social se realizó por aproximaciones indirectas considerando: a) las diversas fuentes o formas de exclusión y b) las interacciones entre los diferentes actores involucrados, usuarios e instituciones, las cuales, desempeñan un rol decisivo en la generación de la formación de exclusión en el marco de un sistema de salud fragmentado y segmentado y con capacidades débiles de rectoría, como es el caso peruano.

La medición se realizó en dos niveles. La primera fue una medición parcial, la cual cuantificó a la población excluida sobre la base de las dimensiones y fuentes de exclusión definidas, pero de manera independiente. Para ello, se seleccionó para cada fuente de exclusión un conjunto de indicadores referenciales que se aproximen a una definición particular de población excluida, los cuales se detallan más adelante.

La principal limitación del análisis unidimensional es que no considera las interacciones entre las diferentes fuentes de exclusión, lo cual puede conllevar a errores de clasificación y de medición del grado de exclusión de la población. Para corregir los sesgos de medición señalados, se plantea una metodología para la medición integral de la población excluida basada en la construcción de un *índice compuesto de exclusión*. Dicho índice es calculado a partir del uso de las técnicas de componentes principales y de escalas óptimas (*Optimal Scaling*), las cuales permiten estimar ponderaciones para cada una de las fuentes e indicadores de exclusión y calcular un indicador agregado que mide el *riesgo de exclusión* de cada individuo.

La estratificación se realizó utilizando el método de los conglomerados (*clusters*), el cual permite segmentar poblaciones relativamente homogéneas, en términos de riesgos. El método determina los umbrales que 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 4 grupos de riesgo definidos: severo, alto, moderado y bajo.

INDICADORES SELECCIONADOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el análisis del fenómeno de la exclusión se han seleccionado 19 indicadores referenciales que hacen operativos cada una de las definiciones de población excluida: 8 variables de barreras de acceso, 3 de estructura y 8 variables de procesos. Su descripción se detalla en el cuadro 20, en la página siguiente.

Se han utilizado las siguientes fuentes de información:

- La Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) del año 2000.
- La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) - IV trimestre del 2001.
- La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES IV) 2000.
- Los Registros de la Oficina General de Estadística del Ministerio de Salud.

Cuadro 20: Indicadores de análisis según dimensiones y fuentes de exclusión de protección social

Dimensión de la exclusión	Tipo de exclusión	Fuente de exclusión	Indicador	Definición
Externa al sistema de salud	Barreras de acceso	Económica	<ul style="list-style-type: none"> - Población en situación de pobreza - Población no asegurada - Población pobre no asegurada - Población pobre no asegurada que no utiliza servicios de salud por razones económicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Se está considerando tanto a la población en situación de pobreza extrema y no extrema - Personas que no cuentan con un seguro contributivo ni potestativo - Se considera razones económicas a insuficiencia de ingresos, tarifas elevadas
		Geográfica	<ul style="list-style-type: none"> - Personas que residen en lugares distantes a un establecimiento de salud - Población residente en áreas rurales 	<ul style="list-style-type: none"> - Corresponde a la población urbana cuyo tiempo de recorrido a un establecimiento de salud es superior a 30 minutos o a la población rural cuyo tiempo de recorrido excede 1 hora
		Laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Personal no asalariado o informal 	<ul style="list-style-type: none"> - Incluye a la población independiente y a la dependiente sin contratos laborales
		Étnica	<ul style="list-style-type: none"> - Población perteneciente a minorías étnicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Población cuya lengua materna no corresponde al castellano ni a una lengua foránea
		Género	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa condicional de utilización de servicios de salud - Pobreza, aseguramiento en salud, edad y etnicidad - Satisfacción de usuarios - Gasto familiar en salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Se trabaja cada indicador discriminando la información y el análisis según género
		Suministro de servicios públicos	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con carencia de servicios de agua - Personas con carencia de servicios de desagüe - Personas con carencia de servicios de electricidad - Personas con carencia de los tres servicios básicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Son aquellas personas que no cuentan con un servicio conectado a la red pública - Son aquellas personas que no cuentan con energía eléctrica - Corresponde a la población que no cuenta con ninguno de los servicios básicos (luz, agua y desagüe)

ÍNDICE DE EXCLUSIÓN

1. El problema de la exclusión en la protección social en salud tiene en Perú una base fuertemente externa al sistema de salud.

Los factores externos al sistema de salud, explican el 54% del riesgo de exclusión. Los factores de pobreza (13%),⁴⁵ la condición rural de parte de sus habitantes (16%), seguidos muy de cerca por la falta de servicios públicos de

Cuadro 21: Descomposición del índice de exclusión

Variable	Peso relativo en el índice de exclusión
Pobreza	13%
Aseguramiento de salud	3%
Área geográfica	16%
PEA	2%
Discriminación étnica	7%
Género	n.d.
Suministro de agua	5%
Servicios sanitarios	3%
Electricidad	5%
Disponibilidad de establecimientos públicos de III nivel	6%
Médicos por cada 1.000 habitantes	7%
Camas por cada 1.000 habitantes	5%
Partos no institucionales	15%
Controles embarazo debajo de norma	13%
Abandono de vacunas	n.v.
Calidad	n.v.
<i>Total</i>	<i>100%</i>
Resumen:	
<i>Barreras de entrada</i>	<i>54%</i>
Económicas	16%
Geográficas	16%
Laborales	2%
Étnicas	7%
Suministros servicios públicos	14%
<i>Internas al sistema de salud</i>	<i>46%</i>
Estructura	19%
Suministros de servicios	27%

Nota: n.d. = no disponible; n.v. = no válido.

⁴⁵ 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.

saneamiento y electricidad en la vivienda (13%), y en menor medida por la discriminación étnica (7%) explican la barrera externa.

Los factores vinculados a la dimensión interna al sistema de salud dan cuenta del 46%, resaltan las variables referidas a procesos como el suministro de servicios esenciales 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.⁴⁶

2. Existe un 10% de la población (2,59 millones) que se encuentra totalmente excluida del sistema de salud debido a que registran niveles críticos de riesgos.⁴⁷

Cuadro 22: Distribución de la población nacional según condiciones de riesgo de exclusión

Categoría de riesgo	Valores
En términos relativos	
Severo	9,6%
Alto	30,1%
Medio	29,6%
Bajo	30,7%
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>
En términos absolutos	
Severo	2.590.379
Alto	8.101.260
Medio	7.979.437
Bajo	8.268.237
<i>Total</i>	<i>26.939.313</i>

3. Clasificando a los departamentos según el grado de severidad de riesgo de su población, se ha podido distinguir tres grandes grupos –Mapa de la Exclusión:
 - a. Los departamentos con alto nivel de riesgo, registrando porcentaje de población con niveles severo y alto superior a 80%. En este grupo se encuentran los departamentos de la sierra sur, tales como Huancavelica, Huánuco, Cajamarca, Ayacucho, Cuzco, Apurímac, Puno y los departamentos localizados en la selva como Amazonas, Loreto, San Martín y Ucayali.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Los umbrales para clasificar a la población según niveles de riesgos fueron estimados utilizando la técnica de clusters.

- b. Los departamentos con nivel de riesgo medio, registrando porcentaje de población concentrados en los niveles moderado y alto. Este grupo se encuentran mayoritariamente representado por los departamentos de la costa, tales como Ancash, La Libertad, Lambayeque, Moquegua, Piura, Tacna, Tumbes y los departamentos de la Sierra como Junín, Pasco y Madre de Dios.
- c. Los departamentos con nivel bajo de riesgo, registrando porcentaje de población concentrados entre los niveles bajo y moderado. A este grupo pertenecen los departamentos de Lima, Arequipa e Ica.

Cuadro 23: Clasificación departamental según severidad del riesgo de exclusión

Departamento	Población con riesgo de exclusión				Categoría de riesgo
	Severo	Alto	Medio	Bajo	
Huancavelica	76,1%	23,9%	0,0%	0,0%	Severo
Huanuco	48,9%	41,7%	9,3%	0,0%	Alto
Cajamarca	40,3%	47,1%	12,6%	0,0%	Alto
Ayacucho	30,2%	64,4%	5,4%	0,0%	Alto
Cusco	29,8%	60,0%	10,2%	0,0%	Alto
Apurímac	26,1%	65,6%	8,3%	0,0%	Alto
Puno	23,4%	76,6%	0,0%	0,0%	Alto
Amazonas	19,5%	71,7%	8,8%	0,0%	Alto
Ancash	16,9%	47,6%	35,5%	0,0%	Moderado
Arequipa	0,0%	4,5%	41,0%	54,5%	Bajo
Ica	0,0%	1,3%	56,0%	42,6%	Bajo
Junín	0,0%	28,9%	71,1%	0,0%	Moderado
La Libertad	0,0%	18,9%	81,1%	0,0%	Moderado
Lambayeque	0,0%	25,8%	74,2%	0,0%	Moderado
Lima	0,0%	0,2%	14,1%	85,7%	Bajo
Loreto	0,0%	99,9%	0,1%	0,0%	Alto
Madre de Dios	0,0%	0,6%	99,4%	0,0%	Moderado
Moquegua	0,0%	1,0%	99,0%	0,0%	Moderado
Pasco	0,0%	53,7%	46,3%	0,0%	Moderado
Piura	0,0%	41,4%	58,6%	0,0%	Moderado
San Martín	0,0%	81,6%	18,4%	0,0%	Alto
Tacna	0,0%	0,0%	93,6%	6,4%	Moderado
Tumbes	0,0%	0,0%	89,7%	10,3%	Moderado
Ucayali	0,0%	74,3%	25,7%	0,0%	Alto
<i>Perú</i>	<i>9,6%</i>	<i>30,1%</i>	<i>29,6%</i>	<i>30,7%</i>	<i>Moderado</i>

3.4.3. PERFIL DE LOS EXCLUIDOS

La población con alto riesgo de exclusión está compuesta básicamente por población pobre (87%) que reside en zonas rurales (80%) y forman parte de la fuerza laboral no asalariada (68%). En términos etáreos, la población con alto riesgo de exclusión se ubica en el rango de edad de 17-45 años (71%). Este resultado es consistente con la hipótesis que la población independiente en edad de trabajar tiene un costo de oportunidad y económico de reportarse enfermo y por lo tanto se hallan incentivados a reprimir la demanda por servicios de salud.

Cuadro 24: Perfil de la población excluida

Indicador	Categoría	Composición de población con riesgo alto		
		Urbana	Rural	Perú
Sexo	Hombres	50%	50%	50%
Zona geográfica	Población rural			80%
Pobreza	Pobres	89%	87%	87%
PEA	PEA no asalariada, más dependientes sin contrato	67%	68%	68%
Nivel de educación	Sin ningún grado	21%	20%	21%
	Primaria	53%	52%	53%
	Secundaria	21%	24%	21%
	Universitaria	6%	4%	5%
Edad	Menores de 5 años	11%	12%	10%
	Entre 5-17 años	31%	36%	31%
	Entre 18-45 años	37%	35%	40%
	Entre 45-65 años	14%	12%	14%
	Mayor de 65 años	6%	5%	6%
Cobertura de seguro	No asegurados	62%	70%	58%
Demanda de servicios de salud	Tasa de asistencia			
	Población alto riesgo	42%	34%	38%
	Población bajo riesgo	80%	66%	73%
	Gasto de bolsillo			
	Población alto riesgo	2,20%	2,00%	2,00%
	Población bajo riesgo	3,11%	3,40%	3,20%

Fuente: ENAHO 2001.

Por otro lado, este grupo de riesgo está compuesto por escaso grado de instrucción (74%) reflejando problemas culturales para tener acceso a los servicios de salud (i.e. problema de reconocimiento de diagnóstico.) Finalmente, cabe resaltar, que no se observa ninguna diferenciación a un nivel de género. El fenómeno de la exclusión afecta de manera indiscriminada a hombres y mujeres (50% de cada género).

- En el Perú, un poco más de la mitad de sus habitantes vive en condición de pobreza. A esta característica muy vinculada a una parcial e informal incorporación de la población en edad de trabajar en el mercado laboral, se agregan patrones multi-étnicos y culturales excluyentes.
- Se identifica que las políticas de Protección Social, y en Salud específicamente, no han tenido el nivel de políticas de Estado. La importancia de desarrollar una política de Estado radica en su capacidad de dar estabilidad a una propuesta, de manera que logre modificar los marcos institucionales e introducir incentivos y mecanismos regulatorios efectivos en los mercados,⁴⁸ promoviendo de esta manera mecanismos de inclusión social.
- En una economía en la cual el mercado laboral absorbe con plenos derechos sólo al 25% de su población, el resto toma la forma de empleo independiente en unidades pequeñas de producción. Se requiere desarrollar políticas complementarias en dos direcciones: a) crear incentivos para la inversión en el marco de la descentralización económica, política y social, proceso que está siendo implementado desde noviembre de 2002; b) incrementar la productividad de las unidades pequeñas de producción vía el desarrollo de los mercados de crédito, acceso a capacitación, y especialmente incentivos al eslabonamiento entre la pequeña, la mediana, la gran empresa y el Estado.
- Para incrementar el capital humano, fundamental en el proceso de inclusión social, se requiere ampliar la oferta de bienes públicos (infraestructura, educación, salud y nutrición) con estrategias sostenibles y que garanticen su eficiencia.
- Teniendo en cuenta el crecimiento del empleo independiente en el Perú, su informalización general y la ausencia de mecanismos eficaces para incorporar a dicha población en esquemas de aseguramiento en salud, se hace conveniente repensar dichos esquemas. Para ello, se debería desarrollar una política de inclusión masiva, buscando mecanismos innovadores que permitan canalizar hacia un seguro solidario, el ahorro y una parte del gasto de bolsillo en salud que efectúan los grupos de población informales con alguna capacidad de pago. Ello requiere, además, garantizar las primas de la población pobre con financiamiento público.
- El estudio muestra disposición por parte de los grupos excluidos a incorporarse a un esquema de aseguramiento público en salud. Los grupos focales efectuados evidenciaron que buena parte de esta población estaría dispuesta a efectuar un pago anticipado diferenciado según ingresos, a cambio de una garantía de acceso a servicios integrales de salud de calidad (oportunidad en la atención y efectividad de los tratamientos).

⁴⁸ Las políticas de creación de mercados no deberían confundirse con las políticas de liberalización de mercados. Estas últimas asumen que el mercado se encuentra ya establecido. Esta confusión es lo que ha ocurrido en el Perú la década de los años noventa.

- La medición de la exclusión social en salud en el Perú,⁴⁹ indica que el perfil de la población excluida se corresponde con la pobreza (87%), residencia en zonas rurales (80%), e inserción en la fuerza laboral no asalariada (68%). En términos de edad, la población con alto riesgo de exclusión se ubica en el rango de edad de 17-45 años (71%).
- Adicionalmente, este grupo de riesgo está compuesto por escaso grado de instrucción (74%). Una alta proporción de la población indígena (andina y amazónica), cumple todos los criterios anteriores de exclusión social en salud.
- La población excluida en el Perú tiene acceso limitado y tardío a los servicios de salud debido a los siguientes factores: a) baja percepción del derecho a la salud y a su estado de salud; b) los bajos niveles de calidad y trato percibidos por los usuarios, y c) costo de oportunidad de reportarse enfermo y asistir al servicio de salud; Por lo tanto, este grupo se halla incentivado a reprimir su demanda por servicios de salud. En este sentido, los resultados estadísticos del procesamiento de las encuestas de consumo de hogares subestiman el problema de exclusión social en salud. Por esta razón, se ha realizado una estimación econométrica para cuantificar el problema.
- El análisis estadístico evidencia diferencias de acceso a los servicios de salud por género, sugiriendo patrones discriminatorios. En el análisis cualitativo a través de los grupos focales, las mujeres, sobre todo las que son madres, declararon reprimir su demanda por servicios de salud.
- Finalmente, el análisis sugiere que el problema de exclusión tiene que ser enfrentado simultáneamente desde una perspectiva nacional y sectorial sistémica. Dicha perspectiva implica actuar en los mercados básicos (laboral, seguros, crédito), desarrollar la institucionalidad política (políticas de Estado en contexto descentralizado) y promover los derechos ciudadanos y los valores culturales. En cada caso, es importante fortalecer las capacidades de los sujetos sociales menos favorecidos. Una política de información (Cuentas Nacionales de Salud, rendición de cuentas) y de sensibilización acerca de los niveles actuales de financiamiento y gasto en salud, es una pieza clave para el diseño de una política de Estado consensuada (a través de un diálogo social) entre los principales agentes económicos y sociales para universalizar la protección social en salud en el país.

En los cuadros 25, 26, 27 y 28 en las páginas a continuación, se encuentran otros datos estadísticos.

⁴⁹ Los hallazgos de este estudio son consistentes con aquellos de investigaciones anteriores (MINSA-OPS, 1999).

Cuadro 25: Comparativo de indicadores de exclusión

Dimensiones de la exclusión	Fuente de exclusión	Categoría	Indicador	ENNIV 2000		EMAHO 2001		ENDES 2000		Otras fuentes ²		
				Niveles	% de población	Niveles	% de población	Niveles	% de población	Niveles	% de población	
Externas al sistema de salud	Barreras de acceso	Económicas o financieras	Población en situación de pobreza	13.861.347	54%	14.648.989	56%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
			Población en situación de pobreza extrema	3.798.740	15%	6.493.467	24%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
			Población sin seguro de salud	16.888.210	66%	19.014.731	73%	19.326.701	72%	n.d.	n.d.	
			Población pobre no asegurada	10.231.028	40%	11.647.341	45%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
			Población pobre no asegurada que no utiliza servicios de salud por razones económicas	6.367.498	25%	6.570.100	25%	n.d.	n.d.	n.d.		
		Geográficas	Personas que residen en lugares distantes a un establecimiento de salud	2.862.411	11%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		
			Población rural	-	-	10.359.065	38%	8.937.804	38%	n.d.	n.d.	
		Laborales	Personal no asalariado e informal	9.771.495	56%	8.844.250	69%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
		Etnicas	Población perteneciente a minorías étnicas	4.222.602	16%	3.575.064	13%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
Internas	Estructura	Infraestructura	Déficit de camas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5.141.885	
			Exclusión de establecimientos públicos de III nivel (mayor nivel de complejidad)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4.377.164
		Capital humano	Déficit de médicos	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7.169.301
			Partos no institucionales	1.211.295	5%	n.d.	n.d.	8.975.480	33%	n.d.	n.d.	n.d.
Procesos		Suministro de servicios directos	Interrupción de programa de vacunas	n.d.	-	n.d.	n.d.	5.642.662	21%	n.d.	n.d.	
			Embarazos con controles debajo de la norma	6.258.202	24%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
			Población en riesgo de autoexclusión por razones de insatisfacción del servicio	2.611.521	11%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
			Personas con carencia de servicio de agua	6.301.140	26%	9.359.015	36%	9.687.237	41%	n.d.	n.d.	n.d.
		Suministro de servicios indirectos	Personas con carencia de servicio de desagüe	9.886.964	39%	13.564.331	52%	13.552.161	59%	n.d.	n.d.	
			Personas con carencia de servicio de electricidad	5.772.067	23%	9.005.045	35%	8.695.852	38%	n.d.	n.d.	
			Personas con carencia de dos o más servicios básicos	7.435.621	29%	11.213.647	43%	11.066.640	48%	n.d.	n.d.	

^{1/} Los porcentajes de población están expresados con relación a la PEA.

^{2/} Oficina General de Estadística del MINSA.

Cuadro 26: Indicadores de exclusión de la protección social y de los servicios de salud (como porcentaje de la población del dominio)

Dominio	Población pobre ^{1/}	Población en extrema pobreza	Población no asegurada	Población pobre no asegurada	
				Total	Población que no utiliza los sistemas de salud por razones económicas ^{2/}
Lima Área metropolitana	45,2%	4,7%	57,5%	23,4%	12,8%
Costa urbana	53,1%	8,4%	62,0%	36,2%	23,3%
Costa rural	64,4%	27,3%	75,0%	51,2%	31,2%
Sierra urbana	44,3%	6,6%	57,3%	50,0%	29,8%
Sierra rural	65,5%	30,2%	78,1%	51,5%	34,8%
Selva urbana	51,5%	11,6%	67,0%	38,3%	25,0%
Selva rural	69,2%	31,5%	78,9%	55,3%	33,1%
Perú	54,1%	14,8%	65,9%	39,9%	24,8%

Nota: 1/ Se está considerando tanto a la población en situación de pobreza extrema como a la no extrema.

2/ Se consideran razones económicas a insuficiencia de ingresos, tarifas elevadas o carencia de seguro.

Fuente: ENNIV, 2000.

Cuadro 27: Gasto en servicios de salud según condiciones socioeconómicas y género del jefe del hogar (como porcentaje del gasto familiar)

Dimensión de análisis	Gasto de bolsillo en salud				Gasto de alimentación	
	ENNIV 2000		ENAHO 2000		ENNIV 2000	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Perú	4,5%	3,9%	3,7%	3,7%	39,8%	37,7%
Por áreas						
Urbano	4,4%	5,2%	3,9%	3,2%	35,4%	35,7%
Rural	5,3%	4,8%	3,4%	3,1%	60,3%	59,4%
Por nivel de pobreza						
Pobres extremos	2,8%	1,9%	3,1%	2,3%	61,8%	60,8%
Pobres no extremos	3,7%	3,7%	3,5%	2,8%	50,0%	48,6%
No pobres	5,0%	4,0%	3,9%	3,5%	34,2%	32,6%
Por nivel de educación del jefe del hogar						
Sin instrucción	9,8%	4,1%	4,4%	3,4%	52,1%	51,3%
Inicial	5,8%	5,5%	4,1%	1,5%	48,3%	43,6%
Primaria	4,3%	2,9%	4,1%	3,3%	43,1%	31,7%
Secundaria	3,4%	2,1%	3,4%	2,9%	28,2%	29,7%
Universitaria	5,8%	4,3%	3,9%	3,4%	35,5%	32,2%
Por número de dependientes						
Menor o igual a 1	4,6%	4,0%	3,5%	3,3%	40,5%	37,8%
Entre 1 y 2	4,3%	3,5%	4,1%	3,1%	40,0%	35,9%
Entre 2 y 3	5,7%	4,8%	3,1%	2,4%	38,2%	43,2%
Entre 3 y 4	3,4%	2,6%	3,8%	3,2%	38,8%	41,8%
Más de 4	4,1%	2,3%	3,0%	3,2%	42,8%	38,8%

**Cuadro 28: Indicadores de exclusión de la protección social
y de los servicios de salud: de estructura**
(como porcentaje de la población del departamento)

Departamento	Suministro de servicios directos			
	Partos no institucionales	Exclusión expandida a población total ^{1/}	Tasa de abandono del plan de vacunación	Exclusión expandida a población total ^{2/}
Amazonas	73%	68,7%	35%	33,3%
Ancash	62%	53,4%	25%	21,8%
Apurímac	51%	45,5%	27%	24,0%
Arequipa	21%	15,6%	26%	20,0%
Ayacucho	53%	41,8%	41%	32,5%
Cajamarca	78%	66,3%	32%	26,9%
Cusco	61%	54,4%	29%	26,0%
Huancavelica	80%	72,2%	40%	36,1%
Huánuco	72%	66,2%	40%	37,2%
Ica	8%	5,5%	20%	14,6%
Junín	54%	42,7%	25%	20,0%
La Libertad	48%	37,9%	29%	22,7%
Lambayeque	43%	34,1%	26%	20,8%
Lima y Callao	13%	9,6%	22%	16,3%
Loreto	60%	57,7%	32%	30,6%
Madre de Dios	25%	22,7%	28%	25,3%
Moquegua	16%	11,9%	17%	12,1%
Pasco	49%	42,4%	42%	36,0%
Piura	37%	28,8%	15%	12,0%
Puno	79%	66,4%	31%	26,0%
San Martín	54%	45,4%	21%	26,0%
Tacna	18%	13,2%	15%	10,8%
Tumbes	14%	11,6%	10%	8,3%
Ucayali	54%	43,0%	27%	21,9%
<i>Total país</i>	48%	33,3%	28%	20,9%

Nota: 1/ Ajustado por la tasa de fecundidad de la población no asegurada y el tamaño medio del hogar.

2/ Ajustado por el porcentaje de niños en edad de vacunación de la población no asegurada y el tamaño medio del hogar.

Fuente: ENDES.

3.5. PARAGUAY

3.5.1. DATOS GENERALES

En el Paraguay el Estado reconoce como derecho fundamental de la persona, el derecho a la salud, a través de la Constitución Nacional y legislaciones del sector que garantizan la protección y promoción de la salud a todos los ciudadanos. Sin embargo, una proporción importante se encuentra excluida por diferentes causas de los mecanismos existentes que permiten tal protección.

El sistema de protección de salud es segmentado y presenta una alta fragmentación a nivel de proveedores lo que ha llevado a la desarticulación de los diferentes subsectores, agravado por la falta de coordinación o integración entre los proveedores. La cobertura del Instituto Paraguayo de Salud (IPS) y de los seguros privados se concentra en Asunción y el Departamento Central, y principalmente en la población de medianos y altos ingresos. El 98,6% de la población más pobre no tiene seguro médico. El sector público atiende mayoritariamente a la población perteneciente a los tres primeros quintiles de ingreso.

El gasto de bolsillo es relevante (3% PIB), orientándose una buena parte a la compra de medicamentos (36,8%), y otra no menos importante a las consultas a farmacias, casa de curanderos, etc., síntomas del escaso desarrollo del aseguramiento de los servicios para la población.

Cuadro 29: Gasto en salud

Concepto	1997	1998	1999	2000	2001
Gasto total en salud/PIB	6,5	6,5	7,2	8,4	8,4
Gasto MSPyBS/PIB	1,1	1,2	1,3	1,4	1,3
Gasto IPS/PIB	1,1	1,5	1,6	1,8	1,4
Gasto público en salud /PIB	2,5	3,0	3,3	3,4	2,9
Gasto privado en salud/PIB	3,8	3,6	4,0	5,1	5,4
Gasto público en salud/ Gasto público total	5,3	6,8	8,0	8,1	7,2
Gasto del MSPyBS/Gasto de administración central	4,1	5,0	5,8	6,1	5,9

La medición y la determinación de las causas de la exclusión de la protección social en salud son de difícil aproximación por constituir un fenómeno complejo y multicausal. La desagregación de los diversos indicadores de exclusión, teniendo en consideración los quintiles de ingreso, niveles de pobreza, área geográfica de residencia e idioma hablado con más frecuencia dentro del hogar, ha permitido una mejor caracterización de la exclusión en el país.

Cuadro 30: Líneas de pobreza (valores por persona, octubre de 1999)

Dominio	Guaraníes (mensual)		US\$ (diario)	
	Extrema	Total	Extrema	Total
Asunción	105.995	235.359	1,1	2,4
Central urbano	104.809	232.981	1,1	2,3
Resto urbano	79.549	145.412	0,8	1,5
Rural	54.745	87.269	0,6	0,9

Nota: Tipo de cambio en octubre de 1999 = 3.311,7 Guaraníes por US\$.

La **demanda asistida**⁵⁰ ha resultado un indicador relevante para determinar el perfil de los excluidos en el Paraguay. En el año 1999, en promedio el 47% de este grupo no consultaba, el porcentaje era más divergente entre la población clasificada por quintiles de ingreso (67% en el quintil más bajo versus el 27% del quintil más alto) que por el área geográfica donde se reside (31% en Asunción versus 58% en el área rural) o por el idioma hablado con más frecuencia dentro del hogar (57% si solo habla guaraní versus 37% si solo habla español). La exclusión, medida por este indicador, ha aumentado desde 1997/1998 debido a que durante este último período solo el 36% de dicha población no consultaba.

De dicho porcentaje de población que no consulta, los grupos más excluidos están constituidos por la población entre 6 y 29 años, los que sólo hablan guaraní, los que no cuentan con seguro médico, los que no han asistido a instituciones de enseñanza formal o lo han hecho en niveles primarios, los que han asistido a instituciones de enseñanza pública, los del quintil más bajo de ingreso per cápita, los que no cuentan con corriente eléctrica en la casa y tienen letrina común como tipo de servicio sanitario, los que están abastecidos de agua a través de un manantial o pozo sin bomba, los desocupados, entre los ocupados los familiares no remunerados, el obrero privado y las empleadas domésticas y, aquellos que trabajan en el sector agrícola y la construcción.

Las cifras de la Encuesta de Hogares muestran, además, que aquellos que no consultan cuando están enfermos se automedican (80%), hecho que se ve reflejado en el elevado porcentaje de gastos en medicamentos de las familias. Del total de gastos familiares en salud, el 36,7% se gasta en medicamentos. En el área rural la situación es aún más marcada, ya que el porcentaje de gastos en medicamentos corresponde al 47,2% del total del gasto en salud, y al 51,8% y 54% en el primer (pobre extremo) y segundo quintil de ingresos de la población. Factores económicos y geográficos juegan también un rol importante.

⁵⁰ La demanda asistida se obtiene al preguntar a la persona si, habiéndose sentido enferma de una dolencia no leve, consultó o no consultó a un servicio de salud y por qué motivo.

Cuadro 31: Población enferma o accidentada que consultó por subsistemas, según quintiles (2000-2001)

Quintiles	Público	IPS	Privado
El 20% más pobre	17,9%	3,5%	16,0%
El 20% siguiente	21,3%	13,8%	15,1%
El 20% siguiente	26,8%	23,9%	18,6%
El 20% siguiente	23,0%	32,2%	20,7%
El 20% más rico	10,9%	26,6%	29,7%
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>

Los indicadores analizados demuestran un alto grado de inequidades existentes en el sector salud en Paraguay, tales como las disparidades regionales en el acceso a servicios de salud, la vulnerabilidad de los niños y sobre todo de los pobres, además de la de aquellos que sólo hablan guaraní, problema que sería más grave ya que no se ha podido evaluar la calidad de los servicios ni la oportunidad de la atención.

El mismo análisis utilizando la variable idioma guaraní como idioma de uso más frecuente en el hogar, proporciona los mismos resultados, con la única diferencia respecto al grupo de edad que reflejaría además exclusión en el grupo de 50 años y más. La línea de pobreza, por su parte, permite clasificar como excluidos a inactivos y a los que asisten a instituciones de enseñanza pre-escolar.

3.5.2. PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD Y PERFIL DE LOS EXCLUIDOS

¿Qué porcentaje de la población se encuentra excluida de los sistemas de protección de salud de acuerdo a las encuestas de hogares? Son varias las dimensiones de la exclusión en salud. Algunas de ellas, para el caso de Paraguay según las Encuestas de Hogares son las siguientes:

- Del total de la población que se enferma o accidenta el 32%, el 55% consulta en algún tipo de establecimiento. De este porcentaje, el 81% lo hace en algún hospital, clínica, puesto, centro o dispensario público o privado, y el resto en una farmacia, curandero u otros.
- Del total de la población enferma o accidentada que tiene seguro en el IPS, el 70% acude a esta instancia, observándose un porcentaje similar en el caso de los asegurados por la sanidad policial o militar. Este porcentaje alcanza al 88% y 75% en el caso de los asegurados con un seguro privado individual y laboral, respectivamente.
- En 1999, el 47% de la "población enferma o accidentada con dolencia no leve" no consultó, de los cuales el 3% no lo hace por razones geográficas, 15% por razones económicas, 80% porque se automedicaba

Cuadro 32: Perfil de los excluidos
(porcentaje respecto a cada grupo de la población)

Grupo de la población		Excluidos
Sexo	Hombre	42,3%
	Mujer	35,3%
	Total	38,6%
Grupo de edad	De 0-5 años	35,3%
	Entre 6-17 años	48,1%
	Entre 18-29 años	40,3%
	Entre 30-49 años	38,0%
	Entre 50-64 años	29,6%
	Más de 65 años	30,3%
	<i>Total</i>	38,6%
Idioma más hablado dentro del hogar	Guarani	48,3%
	Guarani/Castellano	29,3%
	Castellano	28,1%
	Otro	38,4%
	<i>Total</i>	38,6%
Tenencia de seguro médico	IPS	15,9%
	Seguro privado personal	17,8%
	Seguro privado laboral	10,3%
	Sanidad militar	20,7%
	Sanidad policial	26,8%
	No tiene	44,1%
	<i>Total</i>	38,6%
Asistencia a instituciones de enseñanza formal	Pre-escolar	38,7%
	Primario	46,5%
	Secundario	38,6%
	Superior	27,4%
	Universitario	26,0%
	Especial	100,0%
	No asiste	44,9%
	<i>Total</i>	38,6%
Institución donde asiste	Pública	48,6%
	Privada subvencionada	27,6%
	Otra privada	22,2%
	<i>Total</i>	38,6%
Quintiles por ingreso per cápita	Más pobre	58,2%
	II	47,1%
	III	36,8%
	IV	28,9%
	Más rico	16,5%
	<i>Total</i>	38,6%

y el resto por otras razones. Según los valores de este indicador, la exclusión en salud aumentó desde 1997/1998 debido a que durante este último período, el 36% de dicha población no consultó.

- Según la Constitución, todos los ciudadanos del Paraguay tienen garantizado un nivel básico de protección en salud, sin embargo, solo el 20% de la población (1 millón 120 mil habitantes) tiene algún tipo de seguro médico.
- El 31% de los partos en el país son “no institucionales”.
- El 47% de las mujeres embarazadas no tienen el número de controles prenatales recomendado.

La exclusión responde a diversas causas que determinan que el sistema no pueda en la práctica garantizar la cobertura de salud para toda la población, que por mandato legal o por afiliación está teóricamente cubierta por él. Una de las principales causas de exclusión es el **déficit de infraestructura adecuada**, la cual tiene que ver con la provisión de los servicios de salud y con la entrega de servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que la afectan. La cobertura de vacunación es una de las manifestaciones de dicho déficit.

- Del total de niños menores a 5 años el 82% tiene la vacuna BCG; 68% anti-sarampión; 81% alguna dosis de anti-polio y 79% alguna dosis de la Triple o DPT, en casi todos los casos con coberturas similares a partir del primer año de edad. El 61% de niños menores a 5 años tiene esquema completo de vacunación.
- La provisión de servicios de salud puede aproximarse de manera adecuada a través del número de médicos y camas por habitante, más que por el número de establecimientos, debido a que este último indicador incluye una diversidad amplia de instancias de distinto tamaño y complejidad. En este sentido, existe en promedio de 3,9 médicos por cada 10 mil habitantes y 7,9 camas por cada 10 mil habitantes. Sobre el número de camas puede indicarse además que la población del estrato con más ingresos (quintil V) tiene 60% más camas por habitante que la población del estrato más pobre (quintil I) y que en 87 distritos del país (40% respecto al total de distritos), el número de camas por 10 mil habitantes no llega a más de 3,8, implicando ello a la mitad de la población del país.
- El 43% de la población tiene servicio sanitario sin WC y el 53% se abastece de agua que no es potable.

Otra de las causas de la exclusión social en salud son las **barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud**, aún en condiciones en que existe la infraestructura adecuada. La información disponible muestra al respecto lo siguiente:

- El costo del traslado al centro de salud más cercano puede medirse en términos de tiempo. En este sentido, el 22% de la población enferma o accidentada que consulta se encuentra a más de 30 minutos en el área

Cuadro 33: Perfil de los excluidos
(porcentaje respecto a cada grupo de la población)

Grupo de la población		Excluidos
Corriente eléctrica	Tiene	35,8%
	No tiene	60,8%
	Total	38,6%
Tipo de servicio sanitario	WC red pública	16,7%
	WC pozo ciego	27,7%
	Excusado municipal	40,0%
	Letrina común	52,8%
	Otro	62,6%
	Total	38,6%
Tipo de abastecimiento de agua	CORPOSANA	22,4%
	SENASA	33,7%
	Red privada	38,0%
	Ycua o manantial	62,9%
	Pozo con bomba	34,5%
	Pozo sin bomba	54,1%
	Otro	41,0%
	Total	38,6%
Condición de actividad	Ocupados	38,6%
	Desocupados	45,6%
	Inactivos	39,3%
	Total	38,6%
Categoría de ocupación	Empleado público	15,0%
	Empleado privado	24,3%
	Obrero público	33,6%
	Obrero privado	44,9%
	Empleador o patrón	23,3%
	Cuenta propia	39,8%
	Familiar no remunerado	61,5%
	Empleado doméstico	36,6%
	Total	38,6%
Actividad económica de la empresa donde se trabaja	Agricultura, ganadería	50,7%
	Explotación de minas, canteras	35,6%
	Industrias manufactureras	38,3%
	Electricidad, agua	3,2%
	Construcción	47,7%
	Comercio	32,2%
	Transporte	29,5%
	Establecimientos financieros	35,6%
	Servicios comunales	30,4%
	Total	38,6%

urbana y más de 60 minutos en el área rural. Cabe agregar que el tiempo promedio utilizado al establecimiento de consulta, es dos veces mayor en el área rural que en la urbana, siendo más amplias las diferencias cuando el traslado se hace "a pie".

- En 1998, el 7% del total de gastos del Gobierno Central correspondió al sector "salud", porcentaje equivalente al 1,3% del PIB, y el gasto familiar en el mismo rubro (gasto de bolsillo) 3,0% del PIB.
- El 4% del gasto familiar total en Paraguay corresponde al gasto en salud, porcentaje que es equivalente a US\$ 244 por año. De este monto el 37% se destina a medicamentos; 30% a servicios de hospitales, clínicas, etc.; 12% a gastos dentales y el resto a otros rubros de salud. En Asunción, los hogares gastan en salud US\$ 489 por año, monto que es 3,2 veces mayor que en el área rural.
- El desempleo abierto (porcentaje de personas en edad de trabajar que no tienen trabajo, pero que desean tenerlo y han hecho alguna gestión para ello) fue en 1999 6,8%.
- En Paraguay no existe discriminación por sexo en la afiliación, por costo de los planes, por cobertura de los planes, por copagos u otros en alguno (uno o más) de los sistemas de protección de salud existentes, aunque para el caso del alumbramiento la mayoría condiciona el uso del seguro después de un período de vigencia del mismo.
- Si se toma en consideración la definición de trabajador informal como trabajadores privados no gerentes ni profesionales: a los por cuenta propia; a los familiares no remunerados; a los empleados, obreros o patrón en empresas con menos de 6 trabajadores, la proporción de este tipo de profesionales alcanza al 64% de los trabajadores del país. Por quintiles de ingreso per cápita puede distinguirse que el 93% de los trabajadores más pobres (quintil I) son informales.
- Teniendo en consideración la comparación entre la residencia actual y la de cinco años atrás, se estima que el 15% de la fuerza laboral del país tuvo una residencia diferente, es decir, puede ser considerado migrante interno.
- La tercera parte de la población se encuentra en condiciones de pobreza (es decir, tienen ingresos por debajo de la línea de pobreza total).

No se dispuso de información para los siguientes aspectos orientadores:

- Vías de transporte para tener acceso a los centros de salud más cercanos y porcentaje de funcionalidad de dichas vías.
- Porcentaje de trabajadores afiliados a más de un seguro
- Barreras que dan cuenta de la brecha entre cobertura legal y real
- Población indígena (que en Paraguay sólo alcanza al 1,8% de la población total).
- Migrantes externos
- Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados del cuadro anterior

Cuadro 34: Resumen de indicadores de exclusión en salud

Indicadores		Estimación de la población excluida	
		1997-1998	2000-2001
Cobertura	Legal	100,0%	100,0%
	Población que no consulta cuando está enferma o accidentada	51,6%	51,4%
	Población enferma o accidentada con dolencia no leve que no consulta	26,1%	38,6%
	Población sin seguro de salud	80,1%	81,1%
Accesibilidad	<i>Inaccessibilidad financiera</i>		
	Pobreza	33,7%	33,9%
	Población con dolencias no leves que no consulta por razones económicas	15,2%	33,2%
	<i>Inaccessibilidad geográfica</i>		
	Población con dolencias no leves que no consulta por razones geográficas	4,1%	6,9%
	<i>Inaccessibilidad cultural</i>		
	Población indígena	-	1,5%
	Población que habla guaraní con mayor frecuencia	49,4%	50,6%
	<i>Inaccessibilidad laboral</i>		
	Tasa de desempleo total	15,9%	15,3%
Población empleada en el sector informal/ Población ocupada	63,8%	63,4%	
Estructura	Déficit de oferta de servicios médicos (médicos por cada 10.000 habitantes)	3,9%	4,0%
	Déficit de oferta de camas (camas por cada 10.000 habitantes)	7,9%	6,7%
Procesos	Partos no institucionales	30,6%	27,3%
	Controles prenatales inferiores al normado	46,6%	35,7%
	Deserción entre vacuna BCG y antisaromponana	18,3%	15,4%
	Población sin acceso a agua potable	52,6%	45,5%

3.6. REPÚBLICA DOMINICANA

3.6.1. DATOS GENERALES

La República Dominicana es una nación republicana con un Gobierno democrático, encabezado por un Poder Ejecutivo que dirige el Presidente de la República, un Poder Legislativo bicameral y un Poder Judicial. El país se organiza política y administrativamente en 31 provincias y un Distrito Nacional, con un total de 117 municipios y 56 distritos municipales. La población estimada para el año 2001 es de 8.604.928 habitantes, 67% está ubicada en zonas urbanas y 33% en zonas rurales. Se estima que el 28% de los hogares urbanos y cerca del 60% de los hogares rurales son pobres, la pobreza extrema está entorno al 8% de la población.

La República Dominicana ocupa el lugar 86 en la clasificación de países según el Informe del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD y datos de 1999, siendo el valor de su IDH de 0,722.

Desde 1994 al 2000, el país ocupó los primeros lugares en el liderazgo del crecimiento económico en América Latina y el Caribe. Es un país que ha mantenido un sostenido crecimiento económico. El ingreso per cápita del país de 1995 pasó de US \$ 1.410 en 1990 a US \$ 2.080 en el año 1999, lo que significó un incremento de un 47%, superando los US\$ 2.100 en el año 2000. Esta situación contrasta con el desempeño económico de la República Dominicana en la década de los ochenta. En el período 1981-1990, el crecimiento promedio del Producto Interno Bruto fue de 2,3% versus 5,9% en el período 1991-2000. Por su lado, la tasa de inflación promedio en los años ochenta fue de 28,9% versus 7,5% en los años noventa.

La armónica marcha de la dinámica económica dominicana en los noventa está determinada por múltiples factores, entre los que están la estabilidad macroeconómica, mejoría de la infraestructura pública, incentivos a los sectores de zonas francas y turismo, el creciente flujo de remesas internacionales, el dinamismo de los Estados Unidos principal socio económico del país, y el crecimiento de la inversión extranjera. Este último resultado se ha potenciado por el proceso de capitalización de las empresas públicas. Debe destacarse que en el año 1990 se dio inicio a una serie de reformas económicas y de ley orientadas a modernizar el marco jurídico y propiciar un ambiente favorable a la inversión. Entre las reformas más significativas que tuvieron arancelaria, se pueden mencionar: tributaria, laboral, judicial y más recientemente la capitalización de las empresas públicas.

La orientación del modelo de crecimiento económico hacia los servicios no ha implicado que la República Dominicana escape a la volatilidad del crecimiento que ha caracterizado a América Latina en los años noventa. Con este nuevo modelo, surgen nuevos desafíos relacionados a la creciente vulnerabilidad externa de la economía. La dramática desaceleración de la economía dominicana en el 2001, precisamente es una evidencia del alto nivel de vulnerabilidad, en particular, frente a la desaceleración del crecimiento de la economía mundial, afectando el flujo de turistas hacia el país y las exportaciones de zonas francas hacia los Estados Unidos.

Aún los sectores más dinámicos y globalizados de la economía, enfrentan serios desafíos con respecto a la creciente competencia internacional. Los acuerdos comerciales impulsados a nivel bilateral, regional y en el seno de la Organización Mundial del Comercio (OMC) buscan eliminar al máximo las barreras de entradas de los bienes y servicios que se exportan a nivel mundial.

Este crecimiento económico sostenido no ha sido correspondido con un sustentable fortalecimiento del desarrollo a escala humana y social. Es decir, no hay una correspondencia de la producción de riquezas con la promoción de un

ambiente que de viabilidad al ejercicio del pleno derecho de las capacidades humanas. Destaca la relación entre crecimiento económico y desarrollo humano. Los recientes datos del último Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas en el 2001, ponen de manifiesto el divorcio entre crecimiento y desarrollo humano. El informe indica que la posición del país respecto al índice de desarrollo humano es de 19 respecto a 26 países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, la posición del país respecto al índice del PIB es 13 de 26, mientras la posición en el índice de esperanza de vida y escolaridad es 21 y 20 respectivamente. Mientras el país en los últimos 10 años ha tenido un excelente desempeño en el área económica, siendo líder en el crecimiento económico de la Región en los últimos cinco años, los indicadores de desarrollo social se mantienen rezagados lo que plantea la paradoja de crecimiento económico que genera exclusión social, desprotege a los grupos de mayor riesgo y genera poco impacto en el desarrollo humano.

En coherencia con el protocolo de Estudio de los Sistemas de Protección Social en Salud en cuatro países de América Latina y el Caribe, se presentan los resultados de la Exclusión Social en Salud en la República Dominicana. Es pertinente destacar que mientras para muchos países de Las Américas, las reformas en salud se iniciaron hace 20 años, el proceso de reforma y modernización del sector salud dominicano, tiene una evolución menor de 10 años, siendo en el 2001 el período en que se aprobó definitivamente en el Congreso y fue promulgado por el Poder Ejecutivo, el marco jurídico y rector de la reforma en salud y de la seguridad social.

Cuadro 35: Datos generales del país

Cantidad de habitantes	8.604.928
Ingreso per cápita (dólares estadounidenses)	2.200
Población urbana	67%
Población rural	33%
Hogares urbanos pobres	28%
Hogares rurales pobres	60%
Pobreza extrema	13,6%
ID Humano (lugar 87/174)	0,729
Tasa de desempleo	13,8%

3.6.2 PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD Y PERFIL DE LOS EXCLUIDOS

La exclusión social en salud en la República Dominicana es una evidencia de cientos de miles de dominicanos desprotegidos por el Sistema de Salud. Este resultado acontece con 6 millones de personas que están excluidas de la seguridad

social (previo a la Ley 87-01), con 141 mil niños menores de 5 años los cuales quedan sin recibir ningún tipo de vacunas, con 229 mil mayores de 65 años que no tienen atención de salud de calidad, casi un millón de episodios de violencia doméstica que no se reportan, con 400 mil familias con algún enfermo mental en el hogar que no recibe atención. No obstante, en la última década han mejorado la mayoría de sus indicadores globales en salud. La esperanza de vida se ha incrementado sustancialmente.

Cuadro 36: Población excluida

Indicador	Relación	Población excluida
Excluidos de los servicios de salud	31,4%	2.113.912
Personas sinseguro	76,4%	6.574.167
Niños menores de 5 años sin ninguna vacuna	15,5%	141.507
Partos institucionales	4,3%	n.d.
Mayores de 65 años sin atención de calidad	28,0%	113.424
Sin acceso a agua potable (nivel urbano)	17,0%	880.628
Sin acceso a agua potable (nivel rural)	49,6%	1.698.681
Sin acceso a alcantarillado sanitario urbano	4,6%	278.287
Sin acceso a alcantarillado sanitario rural	21,1%	722.624

Nota: n.d. = no disponible

El financiamiento de los servicios de salud predominante es el gasto directo de los bolsillos de las familias \$55,5 de cada 100 dólares que se gastan en el sector salud, son pagados directamente por las familias de sus bolsillos, en especial, las familias más pobres. Esto se demuestra con la información sobre la financiación, el gasto en salud y el desempeño de los servicios, sobretodo a partir de la realización de las Cuentas Nacionales en Salud (CNS). Se observan dispersiones y deficiencias en la información referida al financiamiento, al gasto y al desempeño de los servicios, no sólo entre las distintas instituciones y agentes, sino también, al interior de una misma institución. Destaca la baja cobertura de aseguramiento de la población, y la desviación de la inversión en salud hacia el gasto de personal y la construcción de infraestructura.

Llama la atención que el 55% del total del gasto procede directamente del bolsillo de los jefes de hogar y se destina al pago directo de servicios tanto públicos como privados de salud.

Este gasto de bolsillo de las familias es considerado muy elevado, si se valora que el PIB per capita del año 1999 fue de US\$ 2.000 corrientes y que el país muestra tasas de pobreza crítica rural y urbana de significación. Esta situación profundiza las inequidades en el sector, pues los hogares con menores recursos, realizan proporcionalmente mayores gastos directos en salud que los de ingresos más altos. Por otro lado, la recuperación de costos en los servicios de los hospitales

de SESPAS es heterogénea y subjetiva, no existen tarifas de recuperación de costos ni reglamentación al respecto, y la supervisión es escasa, limitándose a una auditoría interna de los hospitales.

Según el estudio de cuentas nacionales, tanto el subsector público como el privado destinan aproximadamente el 50% de su gasto a la atención curativa y porcentajes bajos a las actividades de promoción y prevención. Recientemente se observa una cierta preocupación del subsector privado por aumentar la financiación de este tipo de acciones, especialmente las ONG. En el subsector público la estrategia de promoción en salud se ha fortalecido con las siguientes medidas: i) formación de comités de salud; ii) la formación de las UNAPs; iii) la articulación de campañas de educación en salud para prevenir las ITS/SIDA, el Dengue y las inmunizaciones, entre otras, en este contexto se identifica la necesidad de hacer de la promoción de la salud una verdadera estrategia de acción intersectorial y de reorientación del sistema nacional de salud. Los gastos administrativos constituyen una proporción importante del total de gasto del sector público de salud, ya que se destina el 64,5% de su presupuesto a pagar sueldos y salarios.

Cuadro 37: Gasto en salud

Indicador	Millones de RD\$	Porcentaje
PIB	183.532,20	100,0%
Gasto en salud	11.918,70	6,5%
Hogares	7.441,20	4,1%
Otros privados	1.365,80	0,7%
Total sector privado	8.807,00	4,8%
Gobierno central	2.627,40	1,4%
Otros públicos	176,70	0,1%
Total sector público	2.804,10	1,5%
Resto del mundo	307,50	0,2%

La sociedad dominicana es inequitativa en términos de educación, empleo, renta, protección frente a riesgos y daños, y acceso a servicios de salud de calidad, al agua potable, a sistemas de eliminación de excretas y desechos sólidos. Las poblaciones más desfavorecidas se ubican en los barrios pobres de las principales ciudades, entre la población inmigrante, y en las 12 provincias de las regiones suroeste, centro y este del país, cuyos entornos son poco saludables. Las mujeres gestantes, los recién nacidos, las mujeres pobres que viven solas y, en particular las adolescentes, y ciertos grupos de trabajadores de la agricultura y del sector informal, se configuran como grupos especialmente vulnerables. También están excluidos una gran parte de los enfermos mentales y las personas afectadas de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes, enfermos de cáncer y otros procesos degenerativos, en especial de la tercera edad.

Cuadro 38: Exclusión social en salud (2001)

Indicadores	En relación con la población del país	Personas excluidas
Personas sin seguro de salud	76,4%	6.574.167
Niños menores de 5 años sin ninguna vacuna administrada	Promedio de 5 vacunas: 15,5% Desviación estándar: 8,7%	De 62.080 a 220.339 niños en promedio 141.507 niños
Partos institucionales con respecto al total de partos de país	4,3%	n.d.
Personas mayores de 65 años sin atención de calidad	382.767	229.660
Hipertensos arteriales sin atención	20% (1.157.985)	199.153
Casos de violencia contra la mujer no atendidos ni reportados	64%	1.024.586 sin reportar
Familias con enfermos mentales sin atención	25%	400.229 familias
Diabéticos sin atención	20% (17.209)	86.049
Pacientes tuberculosos que abandonan tratamiento	37 por cada 100.000	1.914
Hogares sin control preventivo de Dengue	45% hogares urbanos	603.345
Camas hospitalarias no ocupadas	Índice ocupacional: 43% 1,57 camas por cada 100.000 hab.	9.051 sin ofertar atención
Personas sin acceso al agua potable en el nivel urbano (60,2% de la población reside a nivel urbano)	17,0%	880.628
Personas sin acceso al agua potable en el nivel rural (39,8% de la población reside a nivel rural)	49,6%	1.698.681
Personas sin acceso a alcantarillado sanitario en el nivel urbano (60,2% de la población reside a nivel urbano)	4,6%	238.287
Personas sin acceso a alcantarillado sanitario en el nivel rural (39,8% de la población reside a nivel rural)	21,1%	722.624
Trabajadores informales y por cuenta propia de la Población Económicamente Activa (PEA) y con un desempleo de 18%	46%	1.320.200

Nota: n.d. = no disponible.

Fuente: Estudios de SESPAS-OPS-PHR-USAID, IDH-2000-PNUD, CERSS-Bernardo Defilló, Arismendi Díaz Santana y otros. CIPAF-SEM, Población: 8.604.928, Número de Hogares: 2.001.146.

La diversificación del mercado laboral y el gran crecimiento de la economía informal contribuyen a aumentar la situación de exclusión en salud. En República Dominicana, alrededor del 60% de la PEA se encuentra desempleada o inserta en la economía informal. Un 15,8% de la población se encuentra excluida por esta causa.

Cuadro 39: Excluidos según su inserción en el mercado laboral (2000)

Categoría de ocupación	Trabajadores	Dependientes	Total	Porcentaje
Formales	1.493.386	1.792.064	3.285.450	40,29%
Informales	1.626.863	1.952.236	3.579.099	43,89%
No remunerados	72.262	86.715	158.977	1,95%
Desocupados	514.307	617.169	1.131.476	13,87%
<i>Total</i>	<i>3.706.818</i>	<i>4.448.184</i>	<i>8.155.002</i>	<i>100,0%</i>

Excluidos	1.291.200	15,82%
Total población	8.161.822	

En su conjunto, el actual Modelo de Atención a las Personas está fragmentado, es de carácter curativo y predominio privado en el financiamiento y la provisión; está muy inducido por la demanda y muy centrado en la acción curativa médica; muestra fuerte tendencia a la especialización y a la actividad hospitalaria, y oferta una calidad baja, con una muy limitada participación de los individuos y comunidades en la gestión de los servicios y en las acciones de promoción de su salud. En este contexto, por iniciativa de la SESPAS, se ha iniciado el desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención (NMA), caracterizado por el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), que procura la atención integral de las personas. Genera la redistribución de recursos al dotar de una Unidad de Atención Primaria (UNAPS) por cada 500 a 700 familias que habitan en un mismo sector.

En materia de rectoría y regulación el actual Gobierno, luego de un creativo proceso de negociación final, ha promulgado dos leyes fundamentales para el impacto de la exclusión social y la mejoría de la protección social en salud. La Ley de Salud 42-01 y la Ley de Seguridad Social 87-01 garantizan el marco regulatorio necesario para elevar la atención en salud y favorecer la inclusión social. La evaluación de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) evidencia debilidades en la rectoría y la normatización del sector salud. En los recursos humanos existe clara conciencia de que la situación del mercado laboral y las políticas de selección, nombramiento y gestión de personal de la SESPAS y del IDSS son inadecuadas, no están directamente asociadas a la productividad y la calidad, generan desmotivación, influyen negativamente en la calidad de la atención y por ello deben cambiarse.

La red de servicios de salud de SESPAS se ha estado modernizando, reconstruyendo y ampliando. Los grandes hospitales se encuentran en remodelación y equipamiento. Y aunque se registran 400 clínicas rurales y urbanas rehabilitadas, se puede indicar que debe realizarse un gran esfuerzo de organización de la oferta y distribución de la demanda por niveles de atención de acuerdo la Ley Seguridad Social 87-01. SESPAS está impulsando un programa de

regulación de los laboratorios clínicos y bancos de sangre, con participación de los subsectores público y privado, que todavía debe dar resultados.

Cuadro 40: Cobertura de seguros (2000)

Sistema	Afiliados	Porcentaje
IDSS	571.328	7,0%
ISFFAPOL	244.855	3,0%
Privados	979.419	12,0%
Doble cotización	-114.266	-1,4%
Asegurados	1.681.335	20,6%
SESPAS	3.917.675	48,0%
Total	5.599.010	68,6%
Excluidos	2.562.812	31,4%
<i>Total población</i>	<i>8.161.822 (1.569.581 hogares)</i>	

A pesar de la existencia de instituciones de seguridad social y de una diversidad de empresas aseguradoras y de prepago, con y sin fines de lucro, la cobertura de la seguridad social y en particular de seguro de salud alcanza tan solo al 24% de la población. Si se consideran algunos casos de doble afiliación (por ejemplo, el caso de los empleados de las empresas públicas productivas que está afiliados al IDSS y cuentan con seguros privados), la cobertura es aún más deficitaria. La cobertura teórica de la SESPAS, obtenida por diferencia, es del 76%. Sin embargo, la cobertura real estaría alrededor de 60% y solo para ciertos servicios. Además, las empresas aseguradoras y de prepago no cuentan con ninguna regulación ni supervisión respecto a los planes ofrecidos, la calidad de los servicios, el cumplimiento de los contratos, etc. Se destaca, por tanto, la desprotección que en seguro de salud sufre la población en el acceso a la atención de la salud, y en la reglamentación de la oferta de servicios cuando existe

El proceso de la descentralización y desconcentración en salud ha avanzado significativamente con el establecimiento y desarrollo de las DPS/DAS y las Direcciones Regionales de Salud (DRS), se ha acercado la gestión en salud a los problemas de los territorios población políticamente delimitados, además este proceso ha contribuido de forma importante a la vigilancia epidemiológica y a la reducción de la mortalidad infantil y materna. No obstante se observan retos y desafíos de este proceso: a) asegurar una completa y permanente transferencia de recursos y competencias; b) desarrollo de la supervisión como un proceso de aprendizaje en gestión descentralizada; c) la asunción de la nueva Ley de Salud y Seguridad Social en el ámbito de cada organismo territorial y d) desarrollar las capacidades de las DPS/DRS para la conducción y rectoría del Sistema Provincial

y Regional de Salud de forma que estos sistemas sean capaces de mejorar tanto la situación de salud como la eficiencia, eficacia, la equidad y participación social.

El estudio de la Exclusión Social en Salud (ESS) en el país es una herramienta de focalización del gasto, de detección de poblaciones desprotegidas, de conducción de proceso de la descentralización y desconcentración, y de toma de decisiones en los programas de salud. La exclusión social podrá ser impactada como un resultado adverso del crecimiento humano restringido, postergado y marginado de las políticas, planes y programas que oferta el Estado a la ciudadanía, si se estudia, se definen políticas, planes y proyectos para reducirlas. Programas y proyectos que aseguren la calidad de vida ascendente y la equidad en el acceso a oportunidades de desarrollo humano sostenible. Si se impacta su red de causas y efectos, y se aportan soluciones concretas de impacto.

Cuadro 41: Cobertura de aseguramiento a la salud (2001)

Entidades	Cobertura poblacional	Población cubierta	Planes de aseguramiento
Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)	7,1%	610.949	Cobertura de servicios médicos, cobertura de accidentes laborales, cobertura de pensiones
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional	2,5%	215.123	Cobertura de servicios médicos, cobertura de accidentes laborales, cobertura de pensiones
Compañías privadas, aseguradoras privadas e iguales médicas	12,0%	1.032.591	Cobertura de servicios médicos
Seguros autogestionados para maestros, médicos, billeteros y otros	2,0%	172.098	Cobertura de servicios médicos
<i>Total de población</i>	<i>23,6%</i>	<i>2.030.761</i>	

Fuente: SESPAS-OPS, *Evaluación del Proceso de Reforma y Perfil de Servicios de Salud de la República Dominicana, 2001. Gastos del Sector Salud por función y por subsectores, 1996 (en US\$). Población: 8.604.928 habitantes, 1998.*

Cuadro 42: Cobertura de aseguramiento a la salud y gasto de salud (1996)

Entidades	Población cubierta	Gasto en salud (US\$)	Gasto per cápita (US\$)
Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)	610.949	59.124.000	96,77
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional	215.123	5.686.000	26,43
Compañías privadas, aseguradoras privadas e iguales médicas	1.032.591	85.857.688	83,15
Seguros autogestionados para maestros, médicos, billeteros y otros	172.098	14.326.312	83,24
<i>Total de población</i>	<i>2.030.761</i>	<i>164.994.000</i>	Promedio = 72,40 Desviación estándar= 27,11

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud de República Dominicana, 1996. Estudio auspiciado por OPS/OMS, USAID-PHR. Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por US\$. Informe del Banco Central. PNUD, Desarrollo Humano en la República Dominicana, junio 2000.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS COMPARADO

Tal como se mencionó en el capítulo 2, para el análisis comparado se utilizaron dos fuentes de información:

- a) El resultado obtenido de los estudios de país realizado por los equipos nacionales
- b) Un análisis econométrico de las variables de exclusión en salud en los países

4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS ESTUDIOS DE PAÍS

Los países donde se realizó el estudio poseen tamaños poblacionales que oscilan entre los 5,6 y los 27 millones de habitantes, un gasto público en salud en general más bajo que el promedio para la región y una proporción de población pobre en torno al promedio regional. El resultado de la medición de los indicadores de exclusión en salud debida por un lado a barreras de entrada o factores “externos” al sistema de salud y por otro a factores “internos” o propios del sistema de salud de los seis países que participaron en el estudio, se puede encontrar en los cuadros siguientes.

Cuadro 43: Exclusión en salud medida a través de indicadores “externos” al sistema (barreras de entrada)

Indicadores	Ecuador	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	América Latina y el Caribe
Población (mill. hab.)	12.645.495	11.700.000 ^{3/}	6.600.000 ^{2/ 6/}	5.634.342	26.400.000 ^{2/}	8.604.928	523.600.000 ^{6/}
Porcentaje de población rural	37,0%	60,6%	56,0%	43,0%	38,0%	34,0% ^{1/}	s.d.
Porcentaje de población bajo la línea de pobreza	55,9%	56,7%	64,4%	33,7%	56,0%	29,0%	29,7% ^{1/}
Porcentaje de la población total bajo línea de pobreza extrema	21,0%	27,0%	47,4%	15,05%	24,0%	13,0%	s.d.
Ingreso nacional per cápita US\$ corrientes	1.210 ^{1/}	1.680 ^{1/}	860 ^{1/}	1.400 ^{1/}	2.080 ^{1/}	2.130 ^{1/}	s.d.
Ingreso nacional per cápita US\$ ajustados PPP	2.910 ^{1/}	3.770 ^{1/}	2.400 ^{1/}	4.450 ^{1/}	4.660 ^{1/}	5.710 ^{1/}	3.580 ^{6/}
Porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores	s.d.	68,0%	56,0%	64,0%	46,0%	46,0%	s.d.
Gasto total en salud (porcentaje del PIB)	3,7%	4,4% ^{3/}	6,7% ^{2/}	6,4%	4,8% ^{2/}	6,5%	6,0% ^{2/}
Gasto público en salud (porcentaje del PIB)	1,2% ^{2/}	2,3% ^{2/}	4,3% ^{2/}	3,0% ^{2/}	2,8% ^{2/}	2,0%	3,2% ^{4/}
Gasto público en salud (porcentaje del gasto total en salud)	23,7%	27,3%	s.d.	20,3%	23,0%	31,0%	53,6% ^{3/}
Gasto de bolsillo (porcentaje del gasto total en salud)	29,7%	31,0%	36,8% ^{6/}	51,0%	30,9% ^{5/}	55,5%	39,3% ^{6/}
Porcentaje de la población sin seguro de salud	77,0%	82,2%	83,1%	79,9%	73,0%	76,4%	s.d.
Años de medición (udp)	1997-2001	1997-2001	1997-2001	1997-2001	1996-2001	1996-2001	1995-2001

Nota: s.d. = sin datos.

udp: Para todos los datos se utilizó el último año disponible; s.d.: sin datos.

Fuentes: La mayoría de los datos que se muestran fueron obtenidos en este estudio. Cuando no es así, se indica la fuente en cada caso. 1/ "Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2002." Programa especial de análisis de salud. OPS/OMS. 2/ Human development Report 2003 – Millennium Development Goals: A Compact among nations to end human poverty. United Nations Development Programme –UNDP. 3/ "World development indicators 2001" Banco Mundial. 4/ "Health systems inequalities and poverty in Latin America and the Caribbean" PAHO/UNDP/World Bank. En el Capítulo: Health sector reform inequalities and poverty in Guatemala, Pág. 8. 5/ "The World Health Report 2000" OMS. 6/ Latin America & Caribbean Data Profile, The World Bank Group. 2001. 7/ Este dato no corresponde a un promedio, sino a un rango. Carmelo Mesa-Lago en "Shielding the poor. Social protection in the developing world", Capítulo 8. Editado por Nora Lustig. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C., 2001. 9/ Estadísticas para América Latina y el Caribe. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, 2000.

Cuadro 44: Exclusión en salud medida por indicadores “internos” o propios del sistema de salud

Indicadores	Ecuador	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana
Tipo de sistema de protección de salud	Segmentado	Segmentado	Segmentado	Segmentado	Segmentado	Segmentado
Esperanza de vida al nacer (años)	70,5	65,5	65,8	70,7	69,5	66,9
Porcentaje de población rural que vive a más de una hora de un centro de atención primaria con adecuada capacidad de resolución	3,86%	s.d.	18,8%	22,0%	9,0%	10,0%
Porcentaje de población rural que vive a más de 30 min. de un centro de atención primaria con adecuada capacidad de resolución	s.d.	s.d.	s.d.	22,0%	2,0%	0,0%
Porcentaje de población de origen indígena o afro-descendiente no cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud	13,9%	49,0%	14,0%	s.d.	13,0%	s.d.
Número de médicos/enfermeras por cada 10.000 habitantes	5 (enfer.)	s.d.	8,4	3,9 (med.)	8,3 / 3,2	18,6 y 3,0 ^{1/}
Nivel y distribución de camas hospitalarias por habitante	s.d.	s.d.	6,7	s.d.	s.d.	s.d.
Número de camas hospitalarias por 10.000 habitantes	s.d.	s.d.	9,0	7,9	17,7	23
Proporción de partos no institucionales	s.d.	s.d.	45,6%	31,0%	48,0%	5,0% ^{2/}
Proporción de mujeres embarazadas que no alcanzan el número normado de control prenatal	s.d.	s.d.	17,4%	47,0%	24,0%	3,0% ^{3/}
Tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con el menor porcentaje de cobertura	25,4%	s.d.	9,96%	18,0%	28,0%	25,0% ^{4/}
Porcentaje de niños menores de 5 años sin esquema completo de vacunación para su edad	s.d.	s.d.	16,3%	39,9%	s.d.	s.d.
Porcentaje de población sin acceso a alcantarillado	s.d.	71,2%	47,0%	43,0%	52,0%	55,4%
Porcentaje de población sin acceso a agua potable	60,0%	38,8%	26,0%	53,0%	36%	45,0%
Porcentaje de la población sin cobertura real de salud ^{5/}	20,7%	33,0% ^{6/}	39,3%	47,0%	31,0%	20,0%

Fuente: s.d. = sin datos. 1/ Asociación Médica Dominicana (AMD), mayo 2000 que reportó un total de 15.670 médicos, con una población estimada en 8.400.000 habitantes; y la Asociación de Enfermeras raduadas (AEG), marzo 2000, que reportó 2.603 enfermeras. 2/ En 1999 el 95% de los partos fueron hospitalarios. 3/ En 1999, el 97% de las embarazadas recibieron control prenatal, aunque no se documenta el promedio de citas realizadas. 4/ Con base en los informes de dosis aplicadas enviados por el PAI/SESPAS, la tasa de abandono entre BCG y HepB3 (tercera dosis de Hepatitis B) es de 30%; para BCGxDPT3 es de 25%. 5/ Corresponde a la diferencia de la cobertura real total de todo el sistema incluyendo público, seguridad social, comunitario y privado.

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. En el cuadro siguiente se muestran los factores asociados a la exclusión en salud por país.

Cuadro 45: Principales factores asociados con la exclusión en salud

País	Principales factores asociados con exclusión en salud
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> - La pobreza, principalmente la pobreza extrema - Inequidad del ingreso - Pertenencia a una comunidad indígena, especialmente si está asentada en el medio rural - La fragmentación y segmentación del sistema de protección de salud - Insuficiencia de la red de servicios básicos (saneamiento, educación, salud) con mayor desprotección en las zonas más pobres del país
Guatemala	<ul style="list-style-type: none"> - La pobreza, principalmente la pobreza extrema - Origen indígena - Vivir en una comunidad rural - Desempleo, subempleo, empleo informal - Bajo gasto público en salud - La segmentación y fragmentación del sistema de protección de salud
Honduras	<ul style="list-style-type: none"> - La pobreza - Origen Indígena y afro descendiente - La informalidad en el empleo - La ruralidad - Déficit de infraestructura adecuada del sistema de salud, en relación a la cama / habitantes y a médicos/habitante, con una alta concentración de los recursos en las ciudades más ricas del país (Tegucigalpa y San Pedro Sula).
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> - Ser monolingüe en guaraní - La pobreza - La segmentación y fragmentación del sistema de protección de salud - La existencia de barreras geográficas (vivir en comunidades rurales o alejadas de centros urbanos) - La informalidad del empleo
Perú	<ul style="list-style-type: none"> - La pobreza - La ruralidad - La falta de servicios público, saneamiento y electricidad en la vivienda - La discriminación racial - Déficit de infraestructura adecuada en el sistema de salud, en especial para la atención de la mujer embarazada - La informalidad del empleo - Escaso grado de instrucción
República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> - La inadecuada y desorganizada distribución de la oferta de salud - El elevado gasto de bolsillo como modo de financiamiento de las atenciones de salud, que es altamente regresivo (proporcionalmente, lo más pobres gastan en salud tres veces más que lo que gastan los ricos) - La baja cobertura de los sistemas de aseguramiento de salud existentes - La segmentación y fragmentación del sistema de protección de salud - La baja calidad de la atención de salud - Desempleo, subempleo, empleo informal - La escasa regulación

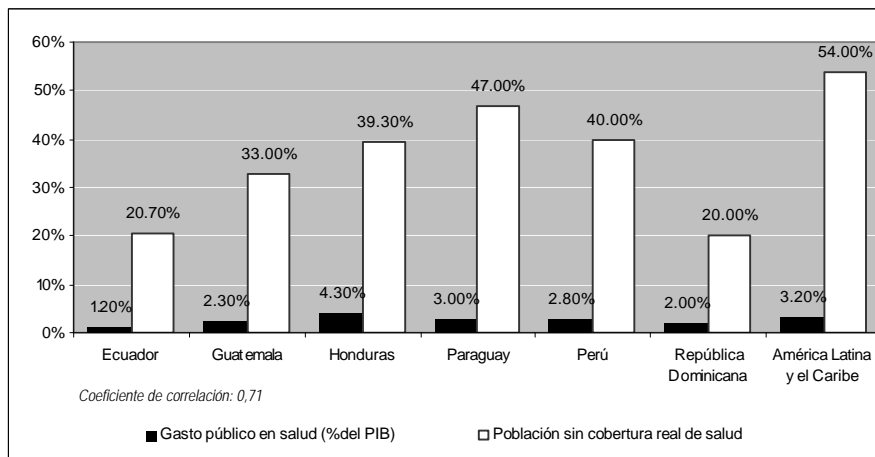
RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE EXCLUSIÓN EN SALUD

Al analizar algunos de estos factores se obtuvieron grados importantes de correlación, como lo muestran las gráficas siguientes. Estas asociaciones fueron luego confirmadas por el análisis econométrico de las variables de exclusión, como se verá más adelante.

GASTO PÚBLICO EN SALUD Y COBERTURA DE SALUD

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, como se aprecia en el gráfico a continuación.

Gráfico 2: Relación gasto público en salud (porcentaje del gasto total en salud) vs. porcentaje de población sin cobertura real de salud



RURALIDAD

La población que habita en el medio rural sufre de exclusión en salud en diversos ámbitos y por diversas causas. De acuerdo a los datos obtenidos en los estudios nacionales, 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, como lo muestran las gráficas siguientes:

Gráfico 3: Relación de la población rural que vive a más de 1 hora del centro de atención primaria vs. porcentaje de población sin cobertura real de salud

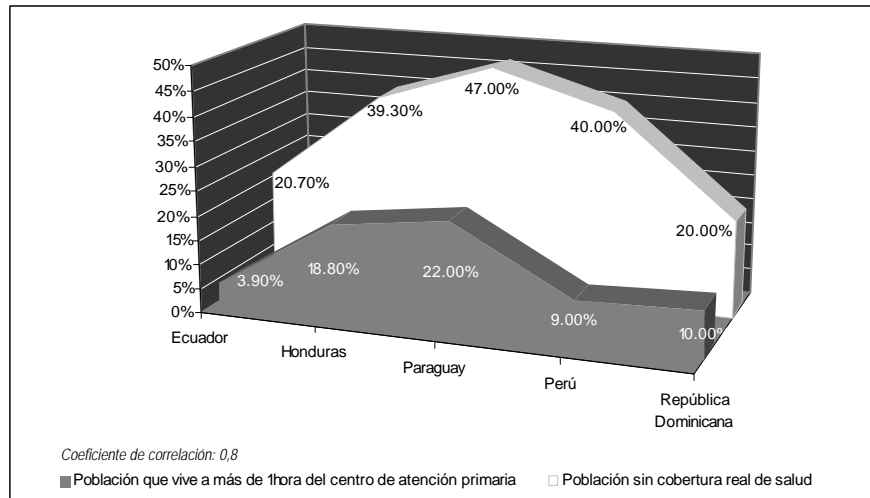


Gráfico 4: Relación de la población rural que vive a más de 1 hora del centro de atención primaria vs. porcentaje de población sin seguro de salud

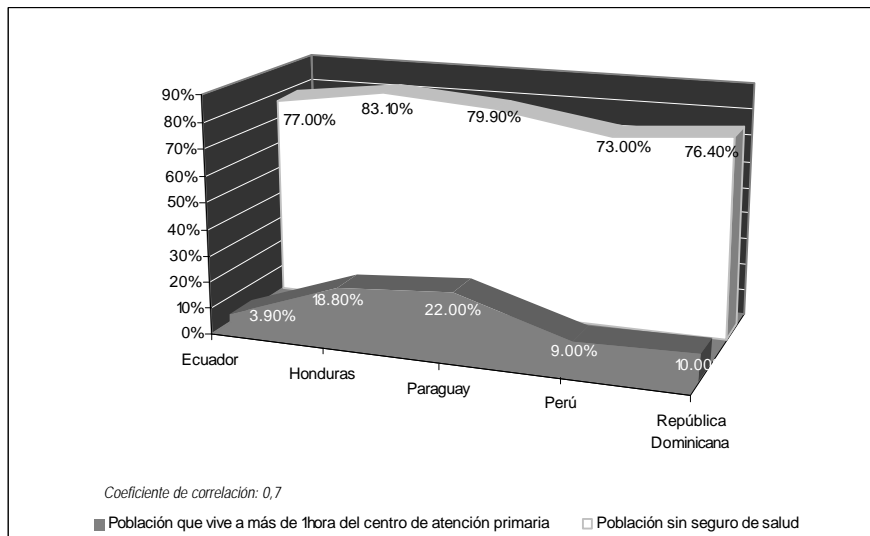
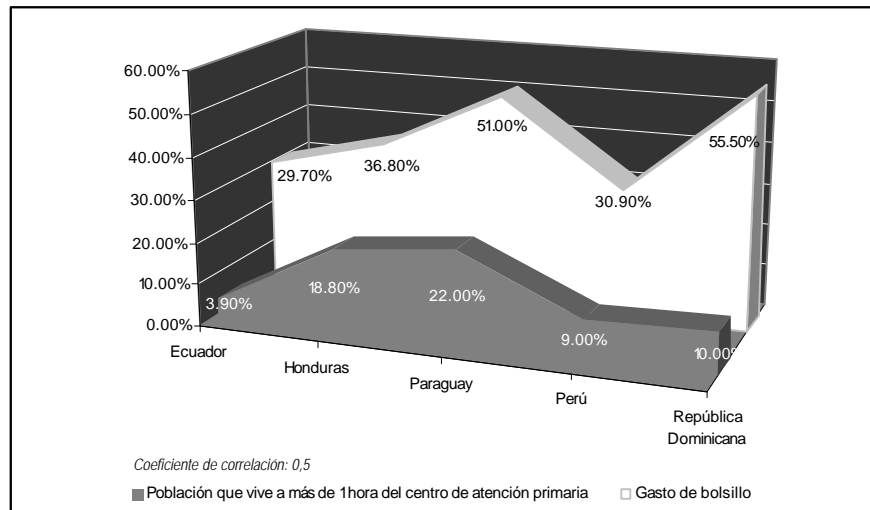


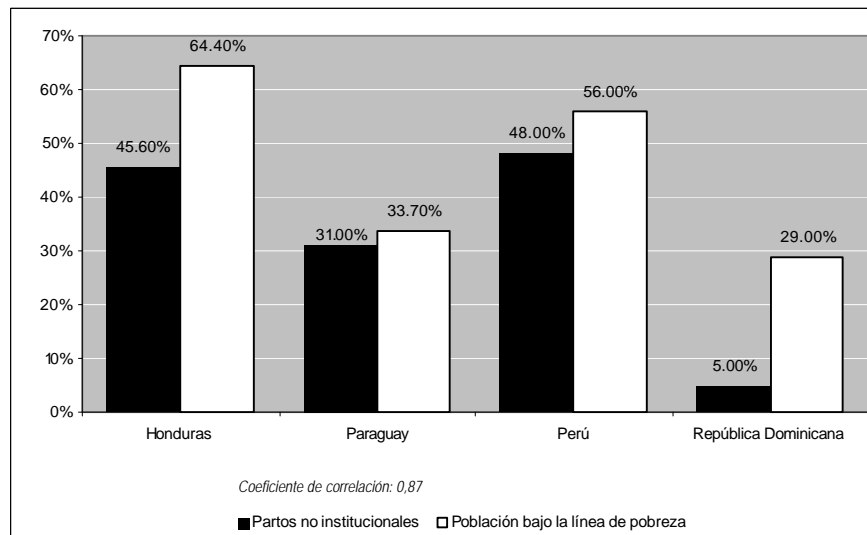
Gráfico 5: Relación del porcentaje de población rural que vive a más de 1 hora del centro de atención primaria vs. porcentaje de gasto de bolsillo (porcentaje del gasto total de salud)



POBREZA

De acuerdo a 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, como lo muestra la siguiente gráfica.

Gráfico 6: Relación de partos no institucionales vs. porcentaje de la población bajo la línea de pobreza



FACTOR ÉTNICO

El origen indígena aparece fuertemente asociado con la exclusión en salud en los países estudiados, 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 en los países. Esto se traduce en un alto gasto de bolsillo para estas poblaciones y se expresa además en una alta tasa de mortalidad infantil en los países, como se puede observar en las gráficas siguientes.

Gráfico 7: Relación de porcentaje de población indígena no cubierta en forma regular por servicios de salud vs. porcentaje de población sin cobertura real de salud

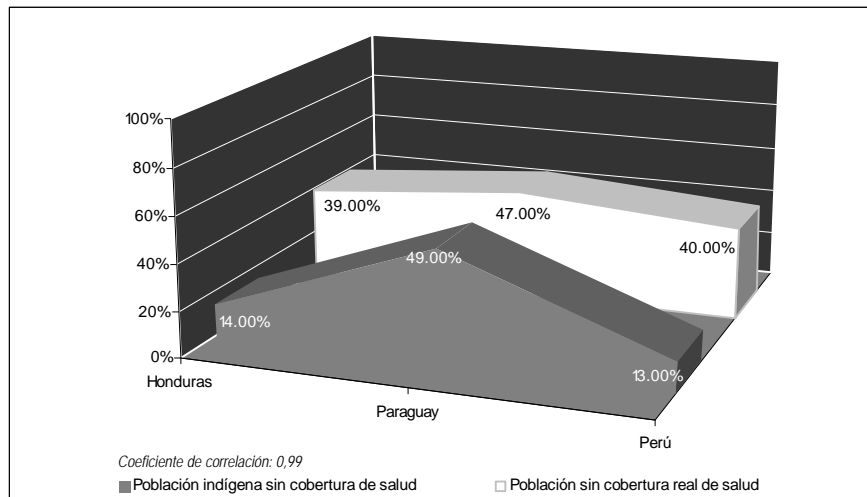


Gráfico 8: Relación de porcentaje de población indígena no cubierta en forma regular por servicios de salud vs. de gasto de bolsillo (como porcentaje de gasto total de salud)

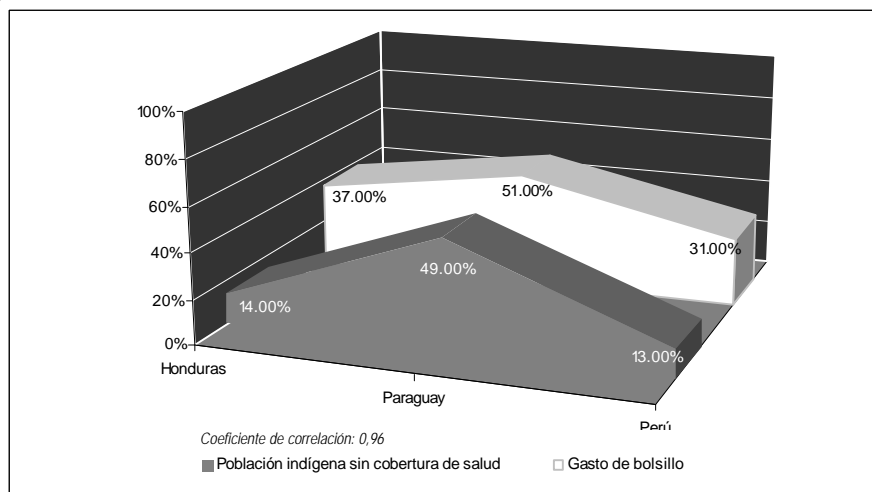
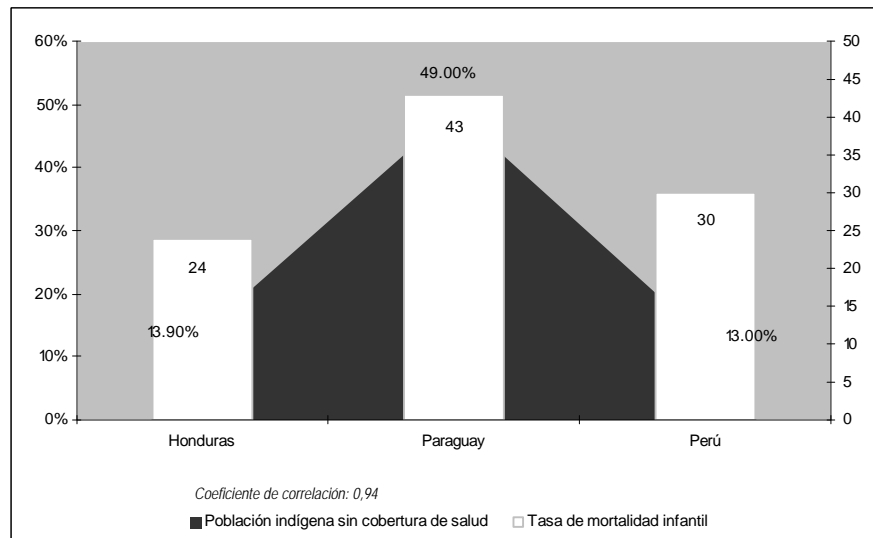


Gráfico 9: Relación de porcentaje de población indígena no cubierta en forma regular por servicios de salud vs. tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)



CONTENCIÓN DE LA DEMANDA DE SALUD

Se puede observar que la pobreza es una compañera permanente de la exclusión en salud en los países del estudio. 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. Por otra parte, el promedio del gasto en salud per cápita en el quintil I es seis veces más bajo que el promedio del gasto en salud per cápita del quintil V a pesar de que, proporcionalmente, el gasto de bolsillo es mayor en los quintiles de menores ingresos.

4.2. ANÁLISIS ECONOMETRICO DE LAS VARIABLES DE EXCLUSIÓN EN SALUD: ÍNDICE COMPUESTO DE EXCLUSIÓN

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 lo muestran los datos en el cuadro a continuación. 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.

Teniendo en consideración que la situación óptima es aquella en la que las personas no enfrentan ningún tipo de exclusión, se puede apreciar la magnitud del fenómeno de la exclusión en salud en los países estudiados al observar que, en promedio, **el 47% de la población** de los cuatro países 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.

Cuadro 46: Índice 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	

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. Ello se apreciará con mayor énfasis en el siguiente punto, que analiza el peso específico de los factores de exclusión.

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.

4.3. PESO ESPECÍFICO DE LOS FACTORES DE EXCLUSIÓN

La descomposición del índice según la contribución de los factores de exclusión (cuadro 47) revela que los factores que explicarían la exclusión varían entre los países:

PERÚ

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

⁵¹ Tal como se mencionara, este resultado deberá tomarse de manera referencial ya que el índice de exclusión del Ecuador puede encontrarse sesgado por la insuficiencia de información.

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.

ECUADOR

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 (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.

PARAGUAY

Al igual que en el Perú, 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.

HONDURAS

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.

PESO ESPECÍFICO DE LOS FACTORES EN TÉRMINOS GLOBALES

En general, en todos los países estudiados, destacan en el primer grupo de factores (internos o propios del sector salud), aquéllos 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.

4.4. MAPA DE LA POBLACIÓN EXCLUIDA

Segmentando la población en categorías de riesgo de exclusión, se observa que Perú registra los menores porcentajes de población con riesgo severo de exclusión (9,6%), mientras que en el resto de países esta población fluctúa entre 22% (Ecuador) y 37,3% (Paraguay.) En términos absolutos, la población que registra niveles críticos de riesgos asciende a 1,7 millones en Honduras, 2,1 millones en Paraguay, 2,6 millones en Perú y 2,8 millones en Ecuador. Los datos se muestran en el cuadro a continuación.

Cuadro 47: Distribución de la población nacional según condiciones de riesgo de exclusión

Categoría de riesgo	Perú	Honduras	Paraguay	Ecuador
<i>En términos relativos</i>				
Severo	9,6%	26,5%	37,3%	22,0%
Alto	30,1%	29,7%	24,6%	29,0%
Medio	29,6%	27,5%	16,8%	24,0%
Bajo	30,7%	16,3%	21,3%	15,0%
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>
<i>En términos absolutos</i>				
Severo	2.590.379	1.775.174	2.103.070	2.827.326
Alto	8.101.260	1.990.995	1.385.138	3.755.826
Medio	7.979.437	1.839.728	974.491	4.374.369
Bajo	8.268.237	1.092.019	1.198.643	1.856.296
<i>Total</i>	<i>26.939.313</i>	<i>6.697.916</i>	<i>5.634.342</i>	<i>12.813.817</i>

Al interior de cada país, se han identificado las siguientes áreas críticas, es decir, zonas con porcentaje de población con niveles de riesgos severos y altos superiores al 60%:

- En el Ecuador se han identificado cuatro cantones en situación de riesgo severo y 11 en situación alto riesgo de exclusión. En el primer grupo se encuentran los cantones de Bolívar, Cañar, Cotopaxi y Las Esmeraldas. En el segundo caso, se ubican los cantones de Chimborazo, Imbabura, Loja, Los Ríos, Manabí, Morona Santiago, Napo, Pastaza, Sucumbíos, Tungurahua y Zamora.
- En Honduras, se han identificado cinco provincias en situación de riesgo severo y diez en situación de alto riesgo de exclusión. En el primer grupo se encuentran las provincias de Colón, Lempira, Ocotopeque, Olancho e Intibuca. Por su parte, las provincias con elevado porcentaje de población con alto riesgo de exclusión son: Atlántida, Comayagua, Copán, Choluteca, El Paraíso, Gracias a Dios, Isla de la Bahía, La Paz, Valle y Yoro.
- En Paraguay son cinco los departamentos que se encuentran en situación de riesgo severo, mientras que tres departamentos son clasificados como de alto riesgo de exclusión. Los departamentos en situación crítica son Concepción, San Pedro, Guará, Caaguazu y Caazapu. En el segundo grupo se ubican los departamentos de Cordillera, Itapua y Paraguari.
- En Perú se ha identificado once departamentos con nivel de riesgo severo y alto de exclusión en salud, resaltando los departamentos de la sierra sur, tales como Huancavelica, Huánuco, Cajamarca, Ayacucho, Cuzco, Apurímac, Puno y los departamentos localizados en la selva como Amazonas, Loreto, San Martín y Ucayali.
- En Guatemala los excluidos se encuentran en las tierras altas del norte y occidente del país.
- En República Dominicana, los excluidos están en las doce provincias de las Regiones Suroeste, Centro y Este del país y en los barrios pobres de las principales ciudades.

4.5. 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 etéreos, la población con alto riesgo de exclusión en salud se ubica en el rango de edad de 18-65 años (entre 47% y 54%). 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.⁵²

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.

⁵² "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.

Cuadro 48: ¿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
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
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
Perú	<ul style="list-style-type: none"> - Los pobres - Los desempleados, los trabajadores informales
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

Cuadro 49: Ecuador: Clasificación de la población según riesgo de exclusión (número de personas)

Departamentos	Severo	Alto	Medio	Bajo	Total
Azuay	147.688	240.964	238.206	-	626.858
Bolívar	163.462	20.203	-	-	183.666
Cañar	177.956	39.064	-	-	217.020
Carchi	-	-	-	168.261	168.261
Chimborazo	130.879	213.539	80.789	-	425.207
Cotopaxi	251.895	51.593	-	-	303.489
El Oro	102.116	166.610	291.120	-	559.846
Esmeraldas	113.791	185.658	134.535	-	433.984
Galápagos	-	-	-	331.600	331.600
Guayas	663.000	1.081.736	1.676.315	-	3.421.051
Imbabura	97.739	159.469	72.546	-	329.755
Loja	135.310	220.768	72.932	-	429.010
Los Ríos	181.354	295.893	185.596	-	662.844
Manabí	342.064	558.105	367.675	-	1.267.844
Morona Santiago	34.862	56.880	51.605	-	143.347
Napo	25.607	41.779	20.128	-	87.514
Pastaza	14.199	23.166	23.889	-	61.255
Pichincha	-	0	1.109.810	1.356.435	2.466.245
Sucumbios	36.309	59.241	49.223	-	144.774
Tungurahua	169.867	277.151	-	-	447.018
Zamora	39.229	64.005	-	-	103.234
<i>Total población</i>	<i>2.827.326</i>	<i>3.755.826</i>	<i>4.374.369</i>	<i>1.856.296</i>	<i>12.813.817</i>

Cuadro 50: Ecuador: Clasificación departamental según severidad del riesgo de exclusión (porcentajes)

Departamentos	Severo	Alto	Medio	Bajo	Total
Azuay	24%	38%	38%	0%	Alto
Bolívar	89%	11%	0%	0%	Severo
Cañar	82%	18%	0%	0%	Severo
Carchi	0%	0%	0%	100%	Bajo
Chimborazo	31%	50%	19%	0%	Alto
Cotopaxi	83%	17%	0%	0%	Severo
El Oro	18%	30%	52%	0%	Medio
Esmeraldas	26%	43%	31%	0%	Severo
Galápagos	0%	0%	0%	100%	Bajo
Guayas	19%	32%	49%	0%	Medio
Imbabura	30%	48%	22%	0%	Alto
Loja	32%	51%	17%	0%	Alto
Los Ríos	27%	45%	28%	0%	Alto
Manabí	27%	44%	29%	0%	Alto
Morona Santiago	24%	40%	36%	0%	Alto
Napo	29%	48%	23%	0%	Alto
Pastaza	23%	38%	39%	0%	Alto
Pichincha	0%	0%	45%	55%	Medio
Sucumbios	25%	41%	34%	0%	Alto
Tungurahua	38%	62%	0%	0%	Alto
Zamora	38%	62%	0%	0%	Alto
<i>Total población</i>	22%	29%	34%	14%	<i>Alto</i>

Cuadro 51: Honduras: Clasificación de la población según riesgo de exclusión (número de personas)

Departamentos	Severo	Alto	Medio	Bajo	Total
Atlántida	153.061	175.352	22.737	-	351.150
Colón	170.242	76.758	4.686	-	251.686
Comayagua	177.167	162.329	22.622	-	362.118
Copan	166.411	116.755	12.449	-	295.615
Cortés	-	507	279.496	962.684	1.242.687
Choluteca	26.447	354.937	16.665	-	398.049
El Paraiso	25.216	314.753	18.407	-	358.376
Francisco Morazán	-	27.271	1.060.759	121.184	1.209.214
Gracias a Dios	6.558	62.755	303	-	69.616
Intibuca	132.298	48.326	4.673	-	185.297
Islas de la Bahía	19.462	19.048	785	-	39.295
La Paz	99.384	56.202	5.178	-	160.764
Lempira	200.229	53.920	2.707	-	256.856
Ocatepeque	63.483	43.037	4.180	-	110.700
Olancho	266.256	119.699	41.488	1.752	429.195
Santa Bárbara	-	29.275	312.900	6.399	348.574
Valle	7.604	138.616	7.748	-	153.968
Yoro	261.356	191.455	21.945	-	474.756
<i>Total población</i>	<i>1.775.174</i>	<i>1.990.995</i>	<i>1.839.728</i>	<i>1.092.019</i>	<i>6.697.916</i>

Cuadro 52: Honduras: Clasificación de la población según riesgo de exclusión (porcentajes)

Departamentos	Severo	Alto	Medio	Bajo	Total
Atlántida	44%	50%	6%	0%	Alto
Colón	68%	30%	2%	0%	Severo
Comayagua	49%	45%	6%	0%	Alto
Copan	56%	39%	4%	0%	Alto
Cortés	0%	0%	22%	77%	Bajo
Choluteca	7%	89%	4%	0%	Alto
El Paraíso	7%	88%	5%	0%	Alto
Francisco Morazán	0%	2%	88%	10%	Moderado
Gracias a Dios	9%	90%	0%	0%	Alto
Intibuca	71%	26%	3%	0%	Severo
Islas de la Bahía	50%	48%	2%	0%	Alto
La Paz	62%	35%	3%	0%	Alto
Lempira	78%	21%	1%	0%	Severo
Ocatepeque	57%	39%	4%	0%	Severo
Olancho	62%	28%	10%	0%	Severo
Santa Bárbara	0%	8%	90%	2%	Moderado
Valle	5%	90%	5%	0%	Alto
Yoro	55%	40%	5%	0%	Alto
<i>Total población</i>	<i>27%</i>	<i>30%</i>	<i>27%</i>	<i>16%</i>	<i>Alto</i>

Cuadro 53: Paraguay: Clasificación de la población según riesgo de exclusión (número de personas)

Departamentos	Severo	Alto	Medio	Bajo	Total
Asunción	0	84.206	1.901	506.554	592.661
Concepción	185.148	43.085	58.403	810	287.446
San Pedro	324.656	11.062	54.269	700	390.687
Cordillera	152.915	71.326	58.779	7.245	290.265
Guairá	86.597	26.206	20.995	2.498	136.296
Caaguazú	300.761	70.145	97.550	3.546	472.002
Caazapá	128.406	17.091	12.190	1.964	159.651
Itapúa	262.033	118.640	120.629	8.844	510.146
Misiones	33.009	26.557	20.364	10.002	89.932
Paraguarí	128.515	26.670	33.877	1.670	190.732
Alto Panamá	193.142	241.089	177.503	22.287	634.021
Central	102.229	482.976	182.427	629.314	1.396.946
Ñeembucú	44.724	66.350	28.241	1.392	140.707
Amambay	29.110	62.503	17.639	1.562	110.814
Canindeyú	87.215	11.021	32.962	255	131.453
Pdte. Hayes	44.610	26.211	29.762	-	100.583
<i>Total población</i>	<i>2.103.070</i>	<i>1.385.138</i>	<i>947.491</i>	<i>1.198.643</i>	<i>5.634.342</i>

Cuadro 54: Paraguay: Clasificación departamental según severidad del riesgo de exclusión (porcentajes)

Departamentos	Severo	Alto	Medio	Bajo	Total
Asunción	0%	14%	0%	85%	Bajo
Concepción	64%	15%	20%	0%	Severo
San Pedro	83%	3%	14%	0%	Severo
Cordillera	53%	25%	20%	2%	Alto
Guairá	64%	19%	15%	2%	Severo
Caaguazú	64%	15%	21%	1%	Severo
Caazapá	80%	11%	8%	1%	Severo
Itapúa	51%	23%	24%	2%	Alto
Misiones	37%	30%	23%	11%	Moderado
Paraguarí	67%	14%	18%	1%	Severo
Alto Panamá	30%	38%	28%	4%	Moderado
Central	7%	35%	13%	45%	Moderado
Ñeembucú	32%	47%	20%	1%	Moderado
Amambay	26%	56%	16%	1%	Moderado
Canindeyú	66%	8%	25%	0%	Moderado
Pdte. Hayes	44%	26%	30%	0%	Moderado
<i>Total población</i>	<i>37%</i>	<i>25%</i>	<i>17%</i>	<i>21%</i>	<i>Alto</i>

Cuadro 55: Perú: Clasificación de la población según riesgo de exclusión (número de personas)

Departamentos	Severo	Alto	Medio	Bajo	Total
Cajamarca	609.663	713.141	190.609	-	1.513.413
Huanuco	399.798	340.794	76.260	-	816.852
Cusco	362.452	730.182	124.315	-	1.216.949
Huancavelica	349.033	109.802	-	-	458.835
Puno	292.603	956.711	-	-	1.249.314
Ancash	189.065	531.338	395.698	-	1.116.101
Ayacucho	169.623	361.083	30.388	-	561.094
Apurimac	122.642	308.190	39.122	-	469.954
Amazonas	84.351	310.390	38.243	-	432.984
Arequipa	-	50.231	459.143	609.774	1.119.148
Ica	-	9.172	383.186	291.562	683.920
Junin	-	362.566	893.487	-	1.256.053
La Libertad	-	284.297	1.216.361	-	1.500.658
Lambayeque	-	291.681	839.591	-	1.131.272
Lima	-	17.167	1.204.056	7.327.044	8.548.267
Loreto	-	924.461	818	-	925.279
Madre de Dios	-	616	103.396	-	104.012
Moquegua	-	1.571	159.310	-	160.881
Pasco	-	143.943	123.954	-	267.897
Piura	-	677.847	958.370	-	1.636.217
San Martín	-	581.405	130.887	-	712.292
Tacna	-	-	274.562	18.841	293.403
Tumbes	-	-	182.220	21.016	203.236
Ucayali	-	342.430	118.611	-	461.041
<i>Total población</i>	<i>2.590.379</i>	<i>8.101.260</i>	<i>7.979.437</i>	<i>8.268.237</i>	<i>26.939.313</i>

Fuente: ENAHO 2001, ENDES 2000, Oficina General de Estadística del MINSA.

**Cuadro 56: Perú: Clasificación departamental
según severidad del riesgo de exclusión (porcentajes)**

Departamentos	Severo	Alto	Medio	Bajo	Total
Cajamarca	40,3%	47,1%	12,6%	0,0%	Alto
Huanuco	48,9%	41,7%	9,3%	0,0%	Alto
Cusco	29,9%	60,0%	10,2%	0,0%	Alto
Huancavelica	76,1%	23,9%	0,0%	0,0%	Severo
Puno	23,4%	76,6%	0,0%	0,0%	Alto
Ancash	16,9%	47,6%	35,5%	0,0%	Moderado
Ayacucho	30,2%	64,4%	5,4%	0,0%	Alto
Apurimac	26,1%	65,6%	8,3%	0,0%	Alto
Amazonas	19,5%	71,7%	8,8%	0,0%	Alto
Arequipa	0,0%	4,5%	41,0%	54,5%	Bajo
Ica	0,0%	1,3%	56,0%	42,6%	Bajo
Junin	0,0%	28,9%	71,1%	0,0%	Moderado
La Libertad	0,0%	18,9%	81,1%	0,0%	Moderado
Lambayeque	0,0%	25,8%	74,2%	0,0%	Moderado
Lima	0,0%	0,2%	14,1%	85,7%	Bajo
Loreto	0,0%	99,9%	0,1%	0,0%	Alto
Madre de Dios	0,0%	0,6%	99,4%	0,0%	Moderado
Moquegua	0,0%	1,0%	99,0%	0,0%	Moderado
Pasco	0,0%	53,7%	46,3%	0,0%	Moderado
Piura	0,0%	41,4%	58,6%	0,0%	Moderado
San Martín	0,0%	81,6%	18,4%	0,0%	Alto
Tacna	0,0%	0,0%	93,6%	6,4%	Moderado
Tumbes	0,0%	0,0%	89,7%	10,3%	Moderado
Ucayali	0,0%	74,3%	25,7%	0,0%	Alto
<i>Total población</i>	<i>9,6%</i>	<i>30,1%</i>	<i>29,6%</i>	<i>30,7%</i>	<i>Moderado</i>

Fuente: ENAHO 2001, ENDES 2000, Oficina General de Estadística del MINSA.

Cuadro 57: Riesgo de exclusión según atributos individuales

Indicador	Categorías	Porcentaje de población con riesgo alto		
		Honduras	Paraguay	Ecuador
Sexo	Hombre	56%	62%	41%
	Mujer	56%	61%	40%
Pobreza	Pobres	54%	77%	54%
	No pobres	18%	53%	16%
PEA	Dependiente	42%	38%	27%
	No asalariada más dependientes sin contrato	66%	73%	56%
	Desempleados	58%	55%	23%
Nivel de educación	Sin ningún grado	65%	n.d.	59%
	Primaria	59%	n.d.	52%
	Secundaria	36%	n.d.	28%
	Universitaria	15%	n.d.	17%
Edad	Menores de 5 años	61%	n.d.	48%
	Entre 5-17 años	61%	n.d.	47%
	Entre 18-45 años	51%	n.d.	36%
	Entre 46-65 años	53%	n.d.	37%
	Mayor de 65 años	56%	n.d.	38%
Cobertura de seguro	Sin cobertura	71%	70%	45%
	Con cobertura	2%	26%	35%

Nota: n.d. = no disponible

Cuadro 58: Perfil de la población excluida

Indicador	Categorías	Composición de población con riesgo alto		
		Honduras	Paraguay	Ecuador
Sexo	Hombres	49%	50%	50%
Zona geográfica	Población rural	72%	60%	80%
Pobreza	Pobres	84%	42%	87%
PEA	No asalariada más dependientes sin contrato	65%	36%	68%
Nivel de educación	Sin ningún grado	37%	n.d.	21%
	Primaria	53%	n.d.	53%
	Secundaria	9%	n.d.	21%
	Universitaria	1%	n.d.	5%
Edad	Menores de 5 años	19%	n.d.	10%
	Entre 5-17 años	37%	n.d.	31%
	Entre 17-45 años	34%	n.d.	40%
	Entre 45-65 años	10%	n.d.	14%
	Mayor de 65 años	0,3%	n.d.	6%
Cobertura de seguro	Sin cobertura	99%	91%	58%
Indicadores de demanda de servicios de salud	Tasa de asistencia			
	Alto riesgo	n.d.	n.d.	38%
	Bajo riesgo	n.d.	n.d.	73%
	Gasto de bolsillo			
Alto riesgo	n.d.	n.d.	2,0%	
Bajo riesgo	n.d.	n.d.	3,2%	

Nota: n.d. = no disponible

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

5.1. VALIDEZ DE LA GUÍA METODOLÓGICA Y DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

La propuesta metodológica contenida en la guía para la caracterización de la exclusión utilizada en este estudio mostró ser:

- Aplicable por equipos nacionales de diversa capacidad técnica, en distintos países y compatible con los sistemas de información existentes en los países
- Útil para describir el fenómeno a estudiar en sus distintas dimensiones
- Flexible, ya que permite incorporar elementos adicionales de acuerdo a las características propias del país, sin deteriorar su comparabilidad y complementando la información contenida en la guía.
- Reproducible, ya que fue aplicada en diversos países, bajo distintas condiciones y en distintos periodos de tiempos.
- Consistente en cuanto a la coherencia interna entre sus componentes, ya que, como se muestra en los capítulos 3 y 4, el análisis de la información resultante de los estudios de país fue confirmado por el análisis econométrico global.

Por su parte, el conjunto de las metodologías utilizadas para la caracterización de la exclusión en salud en este estudio, mostró ser altamente explicativo del fenómeno de la exclusión en salud en sus distintas dimensiones y también de manera integrada.

La caracterización de la exclusión realizada de esta manera, puede constituir un instrumento importante para la definición de políticas en los países.

Los resultados del estudio confirman las premisas iniciales del estudio, a saber:

- La exclusión en salud es una entidad distinguible y susceptible de caracterizar.

- Es posible identificar indicadores para medir la exclusión en salud.
- La exclusión en salud puede a su vez ser utilizada como una medida del éxito o fracaso de las políticas destinadas a mejorar la situación de salud.
- Los sistemas de protección de salud no son neutrales respecto de la exclusión en salud sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de exclusión dependiendo de su estructura. Es posible identificar los elementos determinantes de exclusión al interior de la arquitectura de un sistema.

5.2. LIMITACIONES DE LA METODOLOGÍA

- La metodología utilizada es altamente dependiente de los indicadores seleccionados para hacer la medición, de modo que una limitada selección de indicadores determinará serias restricciones al diagnóstico.
- La gran cantidad de información requerida para hacer el estudio plantea el riesgo de que no toda la información esté disponible en todos los países.
- Existen aspectos de la exclusión en salud que es necesario profundizar con estudios más específicos, especialmente aquéllos relativos a la calidad de los servicios entregados, a la variable género y al componente étnico/cultural.

5.3. LECCIONES APRENDIDAS

- La exclusión en salud es un concepto nuevo que presenta desafíos metodológicos en su caracterización. Es necesario por tanto profundizar en su estudio y generar mayor conciencia respecto de la existencia de este fenómeno.
- El análisis de los problemas de salud se ve beneficiado por un abordaje desde la perspectiva de la exclusión social en salud. No sólo permite identificar con precisión los grupos excluidos y sus principales carencias, sino distinguir factores causales de la exclusión de orden estructural de aquellos de responsabilidad sectorial y que son por lo tanto susceptibles de un abordaje más inmediato. Por otra parte, la exclusión en salud puede ser utilizada como un indicador de éxito de las intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud de las personas.
- Las variables externas al sistema de salud: pobreza, ruralidad, discriminación étnica e informalidad del empleo poseen un alto valor explicativo del fenómeno de la exclusión en salud en los países estudiados. En este contexto, se puede afirmar que ciertos elementos que distinguen a la exclusión social también aparecen claramente al estudiar la exclusión en salud. Sin embargo, existen dimensiones de la exclusión en salud que parecen depender de variables más propias del

sector salud, tales como el modelo de provisión de servicios; el déficit de infraestructura adecuada para responder a la demanda de salud; y la asignación de recursos al interior de la red de servicios.

- La exclusión dada por la baja proporción de población que accede a servicios básicos (saneamiento, agua potable, electricidad), indica que la acción del Estado no está llegando a una gran cantidad de hogares en los países estudiados.
- Dada la característica dinámica del fenómeno de la exclusión en salud, es necesario generar las condiciones necesarias para que su caracterización pueda ser asumida por los equipos nacionales como una tarea periódica.

5.4. CONCLUSIONES IMPORTANTES PARA LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS

El carácter multidimensional de la exclusión en salud requiere de políticas multisectoriales

El resultado del estudio econométrico revela dos aspectos fundamentales de las condiciones de exclusión de la población clasificada como excluida en salud:

- En primer lugar, que la población excluida enfrenta múltiples fuentes de exclusión en todos los países estudiados.
- En segundo lugar, que su grado de exclusión es casi total.

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

Las grandes variaciones regionales de la exclusión en salud requieren de políticas de carácter territorial

Una conclusión que destaca del estudio es que tanto la exclusión en salud como sus condiciones determinantes presentan grandes variaciones al interior de los países. Es recomendable entonces que dentro del conjunto de estrategias a desarrollar para reducir la exclusión en salud, existan algunas con carácter regional específicamente orientadas a extender la protección social de salud en las zonas geográficas más afectadas.

La importancia de la lucha contra la pobreza

La pobreza resulta determinante para la exclusión en salud en los países estudiados y en todos ellos es reconocida como uno de los factores condicionantes más importantes. La exclusión en salud perpetúa la pobreza. Por lo tanto, las

estrategias de lucha contra la pobreza están muy ligadas al combate contra la exclusión en salud.

La lucha contra la exclusión en salud es también la lucha contra la discriminación étnica

La población indígena se encuentra sistemáticamente en el grupo de los excluidos en salud, en especial la población indígena rural. Formar parte de la población indígena constituye un factor de riesgo de exclusión en salud en al menos tres países del estudio (Perú, Guatemala y Ecuador).

En el caso de Paraguay, el principal factor de riesgo de exclusión en salud es de carácter cultural y consiste en ser monolingüe en guaraní, aún cuando esto no se considera equivalente a ser de origen indígena en la cultura de los habitantes del país.

En República Dominicana, el principal factor condicionante de exclusión en salud es la pertenencia al grupo de inmigrantes haitianos.

Esta información revela la importancia de incorporar las políticas contra la discriminación racial al conjunto de estrategias de combate a la exclusión en salud.

Las estrategias contra la exclusión en salud deben considerar a la Seguridad Social

El estudio muestra que no contar con un seguro de salud resulta ser una barrera importante de acceso a las atenciones de salud muy ligada a la condición laboral, como en los casos de Paraguay, Perú y Honduras. Este hecho plantea la necesidad de revisar la estructura de los regímenes de seguridad social existentes en estos países.

5.5. ASPECTOS QUE REQUIEREN DE ESTUDIOS ADICIONALES

La variable género

A pesar de que con los indicadores utilizados no se capta una diferenciación significativa en los grados de exclusión en salud por género y el fenómeno de la exclusión parece afectar de manera indiscriminada a hombres y mujeres en el nivel de análisis trabajado, existen importantes indicios de discriminación a las niñas en el caso peruano, de discriminación a las mujeres jefas de hogar en el caso guatemalteco y de discriminación a las mujeres en cuanto a los tiempos de

espera por atención en el caso ecuatoriano que sugieren la necesidad de ahondar en indicadores más específicos y vinculantes entre edad, género y exclusión en salud.

La calidad de los servicios entregados

La variable de calidad de los servicios de salud no aparece asociada a la exclusión en los países estudiados. Es posible que esto se deba a que los indicadores utilizados no captan adecuadamente esta variable o a que no existe información suficiente al respecto en los países estudiados. El estudio econométrico sugiere que tal vez esté descartada del índice por su asociación con la condición rural del la vivienda del individuo. Es necesario profundizar en este aspecto para determinar si contribuye a la exclusión en salud.

El factor étnico-cultural

A pesar de que el estudio muestra una asociación entre exclusión en salud y discriminación racial/cultural, no queda claro si esta relación está dada principalmente por el idioma, por los atributos físicos de las etnias —color de piel, rasgos, vestimenta—, por las dinámicas sociales al interior de cada grupo étnico o por su posición socio-económica en la comunidad en que viven. Se requiere estudiar esta relación en forma más específica para comprender mejor el fenómeno y poder hacer recomendaciones de política al respecto.

5.6. QUEDA UN LARGO CAMINO QUE RECORRER

Concebimos este estudio como el comienzo de un largo camino para llegar a comprender el complejo conjunto de causas y relaciones que determinan la exclusión en salud.

Como tal, no pretende tener un carácter conclusivo, sino más bien aportar elementos que contribuyan a la discusión en este campo. Esperamos generar debate e interés por la exclusión en salud como un problema crucial a enfrentar en los países y también en el seno de los organismos de cooperación internacional.

Por sobre todo, esperamos contribuir a la causa de mejorar las condiciones de vida y promover la integración a la sociedad de los excluidos del mundo, en igualdad de derechos y con respeto a su dignidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Central de Honduras. *"Honduras en Cifras"*. 1997/1999, 1999/2001.
- Banco Interamericano de Desarrollo *"Progreso económico y social en América Latina. Informe 1996. Tema Especial: "Cómo organizar con éxito los servicios sociales"*. Washington D.C., 1996.
- Banco Interamericano de Desarrollo *"Health services in Latin America and Asia"*, Capítulos Cinco, Seis y Trece. Editado por Carlos Gerardo Molina y José Núñez del Arco, 2001.
- 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.
- Bessis, Sophie. *"De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde"*. UNESCO. París, 1995.
- Behrman, Jere; Gaviria, Alejandro; y Székely Miguel en *"Who's in and who's out. Social exclusion in Latin America"*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington DC, 2003.
- Bhalla A. S. y Lapeyre Frederic. *"Poverty and exclusion in a global world"*. Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña. 1999.
- Cámara de Comercio de Quito - Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), *"Informe de sobre el Desarrollo Humano en el Ecuador"*, editado por el PNUD, 1999.
- Censo de Población y Vivienda. Honduras. 2002.
- Comisión Europea *"Towards a Europe of solidarity"*, Comunicado 542 de la Comisión , Bruselas, 1992.
- ECV Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador. Quito, 1999.
- ENCOVI Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Guatemala, 2000.
- ENNIV 2000. Encuesta Nacional de Niveles de Vida. Perú, 2000.
- Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000. *"Cuánto"*. Lima 2001.
- ENDES 2000. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Perú, 2000.
- ENESF *"Encuesta de Epidemiología y Salud familiar"*. Honduras, 1991-1992; 1997; 2001.
- Espin- Andersen, G. *"The Three Worlds of Welfare Capitalism"*. Princeton University Press, 1990.

- Figueroa, Adolfo: *"La exclusión social como una teoría de la distribución"* en "Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe" Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.
- Foster, J. Greer J. y Thorbecke E. "A class of the Composable Poverty Measures". En *Econometría*, Vol. 52, p 761-765. 1984.
- Grosh, M. y J. Baker "Proxy Means Test for Targeting Social Programs. Simulations and Speculations" En *Living Standards Measurement Study*, No 118. Washington D.C. 1995.
- Hidalgo A., Corugedo I., Del Llano J. *Economía de la Salud*. Ediciones Pirámide. Madrid. España, 2000.
- INE: Encuesta de Hogares: Mayo 2002.
- Jordan, Bill "A theory of poverty and social exclusion". Cambridge. 1996.
- Madies, Claudia V; Chiarvetti, Silvia; y Chrony, Marina "Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud", en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. ½, Julio - Agosto 2000.
- Madueño, Miguel "Perú: Análisis de Demanda y Servicios de Salud". Documento técnico preparado para el Ministerio de Salud de Perú (Proyecto 2000-MINSA, 2002).
- Ministerio de Salud de Perú. "Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006". Lima, 2002.
- Ministerio de Salud de Perú- Organización Panamericana de la Salud (OPS-MINSA, 1997) "Equidad en la Atención de Salud, Perú 1997" Lima, 1999.
- Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Bienestar Social (Secretaría Técnica del Frente Social), Ministerio de Vivienda, Ministerio el Trabajo y Recursos Humanos, INFA, CONAMU —Ecuador.
- Naciones Unidas en Guatemala. Base de datos de la Sistema de "La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano". Cuadro 3.1, Pag. 43, 2000.
- Organización Internacional del Trabajo - Organización Panamericana de la Salud OIT/OPS "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y El Caribe" OIT/OPS, México, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Estudios de exclusión en salud en Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana para el estudio "Caracterización de la exclusión en salud en América Latina y el Caribe", 2001-2003.
- Organización Panamericana de Salud OPS/OMS "Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2001" Programa especial de análisis de salud. OPS/OMS
- Organización Panamericana de Salud OPS/OMS/HPS "Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud" OPS-OMS/HSP, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud OPS-MINSA. Perú: *Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000*. Lima, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud OPS. "Gasto Nacional de Salud en las Américas: Situación Actual y Tendencias". Documento de Trabajo. Políticas Públicas y de Salud,

- División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Febrero 2002.
- Organización Panamericana de la Salud OPS-MINSA. *"Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud 2002-2006"*. Lima, 2002.
- Banco Central de República Dominicana *"Cuentas Nacionales de Salud de República Dominicana"*. Preparado con el auspicio de Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS; USAID-PHR; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 1996.
- Robles, M. "Informe de Consultoría para el Programa MECOVI". Proyecto elaborado por encargo de INEI. Manuscrito. Lima. Septiembre, 1998.
- Rosenberg, H.; y Andersson, B. "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe", en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. ½, Julio - Agosto 2000.
- SECLPLAN. *"Proyecciones de Población sobre la base del censo de 1988"*—Honduras, 1988.
- Secretaría de Finanzas - Honduras. *"Memoria 2001"*. 2001
- Secretaría de la Presidencia - Honduras. *"Estudio sobre el Gasto en Servicios Sociales Básicos"*, 1999.
- Secretaría de Salud-Honduras. *"Investigación de mortalidad en mujeres en edad reproductiva"*. Honduras, 1990 y 1997
- SESPAS-OPS, *"Evaluación del Proceso de Reforma y Perfil de Servicios de Salud"*. República Dominicana, 2001.
- Sen, Amartya. *"Development as freedom"* USA, 1999.
- Silver, Hillary *"Three paradigms of social exclusion"* en Rodgers et al. (eds), *"Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses"* International Institute for Labour Studies, Ginebra. 1995.
- Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. *"La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano 2000"*. Cuadro 3.1, Pag. 43, 2000.
- Spicker, P. "Exclusion" en el Journal of Common Market Studies, vol. 35, Número 1, 1997.
- Texto de creación de la Unidad de Exclusión Social por el Primer Ministro inglés, en la página Web de exclusión social del Gobierno Británico.
- United Nations Development Programme - UNDP — *"Human Development Report"*, 2001. Oxford University Press. Tablas 1 (pag. 145) y 3 (pag. 155), 2001.
- Vergara, Carlos *"El contexto de la 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"* en Bulletin of the World Health Organization 2002;80:97-105.
- Whitehead, M. *"The concepts and principles of equity and health"* en el International Journal of Health Services, 1992; 22:429-45.

ANEXO A

LIMITACIONES DEL ANÁLISIS INDEPENDIENTE DE LOS INDICADORES

Las técnicas se limitan a identificar de manera independiente a la población excluida (*head count*) en cada una de las dimensiones de análisis y fuentes de exclusión que se propongan, presentan algunas limitaciones, entre las principales se pueden mencionar las siguientes:

- a. No satisface la propiedad de **monotonidad** o discontinuidad, que es importante para analizar la evolución temporal del indicador de exclusión. De acuerdo a esta propiedad, cambios favorables o desfavorables en las condiciones de acceso o de la dotación de infraestructura o de capital humano debieran reflejarse en una mejora o deterioro, respectivamente, del indicador de exclusión. Ello no necesariamente se cumple debido a que el *head count*, al ser una variable discreta, hace abstracción de las diferencias en el grado de exclusión de la población y por lo tanto, cualquier cambio que se produzca en alguna fuente de exclusión (v.gr. reducción de la pobreza extrema), podría reflejarse sólo en una recomposición al interior de la población que se clasifica como excluida, sin afectar el indicador global de exclusión.
- b. El *head count* no satisface la propiedad de **reflexividad**, la cual es relevante para efectuar comparaciones de las condiciones de exclusión entre diferentes áreas geográficas. De acuerdo a esta propiedad, aquel país que muestre una mejor distribución en las condiciones de acceso, por ejemplo, debiera ser el que registre el menor grado de exclusión. Así, el 61% de la población del Ecuador es pobre, mientras que en Honduras este porcentaje es de 63%. De acuerdo a estos resultados, se podría inferir que las condiciones de exclusión de carácter económico son similares en ambos países; sin embargo analizando la distribución de la población pobre se observa que en el Ecuador el 21% de la población se encuentra en situación de pobreza extrema frente al 47% reportado en Honduras. En consecuencia, en el agregado, el grado de exclusión de los servicios de salud desde un punto de

vista económico sería menor en el Ecuador, lo cual es contradictorio con el resultado que se obtendría de sólo considerar el *head-count* en el análisis. Esto se debe a que el *head-count* no toma en consideración las diferencias en el grado o intensidad de la exclusión en los individuos y como consecuencia de ello, sus resultados no son concluyentes para realizar comparaciones intra e interregional; lo cual impide identificar zonas prioritarias y definir criterios eficientes de asignación de los recursos financieros para ejecutar las EPSS a nivel departamental.

- c. No cumple con la propiedad de ***monotonidad de subgrupos*** ni la de ***descomposición aditiva***. La primera está referida a que si el grado de exclusión de un subgrupo poblacional varía, ceteris paribus, el indicador global debiera variar en la misma dirección. Por otro lado, la segunda propiedad hace referencia a que el indicador global de exclusión pueda ser expresado como:
- El promedio ponderado del indicador de exclusión de cada uno de los segmentos poblacionales; y
 - El promedio ponderado de los diferentes dimensiones y fuentes que explicarían la exclusión social en un país.

Ello es importante, por cuanto permite identificar la contribución relativa de cada factor de exclusión en el riesgo individual de exclusión, lo cual es fundamental para priorizar y orientar las estrategias de extensión de la protección a ser aplicadas.

Para corregir los sesgos de medición señalados, se plantea una metodología para la medición integral de la población excluida basada en la construcción de un ***índice compuesto de exclusión***.

ANEXO B

ÍNDICE COMPUESTO DE EXCLUSIÓN

Se plantea evaluar la exclusión a partir del cálculo de un indicador continuo de exclusión basado en la familia de medidas propuesta por Foster, Greer y Thorbecke (FGT), (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 al nivel de satisfacción total?
3. **La severidad de la exclusión:** ¿Cuál es el grado de desigualdad entre los niveles de exclusión de la población?

Formalmente la familia de medidas de insatisfacción FGT se define en como:

$$I_{\gamma}^q = (1/n) \sum_{i=1}^q ((S^* - S_i)/S^*)^{\gamma}$$

Donde: I_{γ} = índice global de exclusión
 N = población total
 S_i = nivel de exclusión del individuo i
 S^* = nivel óptimo de inclusión
 Q = total de población reportada como excluida
 γ = coeficiente de aversión a la exclusión ($\gamma = 0$)

Si $\gamma = 0$, entonces el índice de insatisfacción se reduce a:

$$I_{\gamma=0} = q/n = H$$

Donde H es el ratio *head-count*, es decir el porcentaje de población clasificados como excluidos. Tal como se expuso anteriormente, este indicador al ser discontinuo es insensitivo al grado de exclusión de los usuarios, lo cual limita su uso para el análisis de impacto de políticas de extensión de la protección social en salud (EPSS).

Por el contrario, si $\gamma = 1$ el índice global de exclusión se expresaría de la siguiente manera:

$$I_{\gamma=1} = (1/n) \sum_{i=1}^q ((S^* - S_i)/S^*) = H^*B$$

Donde B representa la brecha media de exclusión de la población de un país y está medido por:

$$B = (1/q) \sum_{i=1}^q ((S^* - S_i)/S^*)$$

En este escenario, el índice global refleja tanto la incidencia de la exclusión (dado por H) y la intensidad de la misma (representado por B) y puede ser interpretado como el **esfuerzo potencial requerido para eliminar la exclusión mediante programas de EPSS**. No obstante, este tipo de indicador es insensible a la distribución del grado de exclusión: una mejora de las condiciones de exclusión en la población excluida puede dejar invariable el indicador H*B. Para que este efecto pueda ser capturado por el índice se requiere asignar una mayor ponderación a la variable distributiva de los usuarios insatisfechos a través de valores superiores de a (>1). En el caso específico que $\alpha = 2$ se obtiene que:

$$I_{\alpha=2} = H*(B^2 + (1-B)^{2*\alpha})$$

Donde s representa el coeficiente de variabilidad del grado de exclusión de la población excluida. De acuerdo a esta expresión, cambios en el grado de exclusión son atribuibles a dos fuentes: (a) la brecha de exclusión y (b) la desigualdad en el grado de exclusión.

Debido a que todas las medidas de FGT expresan la brecha de exclusión como un porcentaje del nivel óptimo de inclusión, todas ellas se encuentran en el rango de 0 a 1, representando los valores cercanos a 0 como los de menor grado de exclusión y los cercanos a 1 de mayor grado de exclusión. Conforme a aumenta, las FGT tienden a disminuir, así: $I_{\alpha-1} > I_{\alpha}$.

Una característica especial de las medidas FGT es que son aditivas desagregables. De este modo, la exclusión global en un país puede ser expresada como el promedio ponderado de los niveles de exclusión de diferentes segmentos poblacionales. En consecuencia, el índice de exclusión puede ser expresado como:

$$I_{\alpha} = \sum_{j=1}^m (n_j^m / n) I_{\alpha, j}$$

- Donde I_{α} = índice de exclusión global
 $I_{\alpha, j}$ = índice de exclusión del grupo j
 n_j = número de individuos pertenecientes al subgrupo j
 n = población total
 m = total de segmentos poblacionales.

ANEXO C

ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA EL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE EXCLUSIÓN (FGT2)

Para estimar el índice de exclusión para la muestra de cuatro países latinoamericanos (Ecuador, Honduras, Paraguay y Perú) se consideró un coeficiente de aversión (?) igual a 2. Para cada país se calcularon los cuatro componentes que definen el índice global: (a) el *head-count*, referido al porcentaje de población excluida; (b) la brecha de exclusión para cada uno de las dimensiones y fuentes de exclusión; (c) las ponderaciones de cada uno de las dimensiones de análisis y (d) el coeficiente de variabilidad del grado de exclusión.

Con relación a la estimación del *head-count*, éste se aproximó siguiendo la metodología propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Es decir, se calculó un *head count* parcial para cada uno de los indicadores que seleccionados como representativos de las dimensiones y fuentes de exclusión expresados en la guía metodológica de la OPS. La relación de indicadores, así como los criterios de clasificación de la población excluida utilizados en la muestra de países seleccionados, son reportados en la tabla I. **La brecha de exclusión** mide la distancia del nivel de exclusión (S) de un individuo respecto al nivel óptimo, referida a una situación de no exclusión (S*), para lo cual se requiere que los niveles o grados de exclusión estén expresados en valores cardinales. ¿Cómo conciliar estos requerimientos con el tipo de información proporcionada por las encuestas para cada uno de los indicadores representativos de las fuentes de exclusión, los cuales son reportados como valores cualitativos? Para resolver este problema se utilizará una metodología de **cálculo de la brecha basadas en escalas óptimas** (optimal scaling) (Grosh, M. y J. Baker (1995), Robles, M. (1998)).⁵³

Esta metodología aproxima la brecha media de exclusión de un país (B) a partir de: (1) un promedio ponderado de las brechas parciales de exclusión de cada uno de los dimensiones y fuentes de exclusión y (2) la transformación de

⁵³ Se desarrolla la formalización del método de transformación basado en escalas óptimas.

cada posibilidad de respuesta cualitativa que reporta el individuo en un valor cardinal (S_j), correspondiendo el valor transformado de la respuesta de mejor calificación como el de no exclusión (S^*_j).

Para la estimación de las ponderaciones, así como para la transformación de las escalas categóricas en numérica se aplicaron los algoritmos de Componentes Principales y de Escala Óptima (*Optimal Scaling*), respectivamente. Cabe señalar, que ambos conjuntos de parámetros se estimaron de manera integrada utilizando el método de *Mínimos Cuadrados Alternados (Alternating Least Squares)*. La ventaja de introducir una métrica a las variables nominales es que ello permite darle a cada categoría un valor diferenciado según su contribución al nivel de exclusión del individuo.

El método de los componentes principales, que es un caso especial del método de análisis factorial, tiene como propósito construir a partir de la combinación lineal de un conjunto de variables Z_i ($i = 1, 2, \dots, k$), nuevas variables P_i denominados componentes principales, $P_i = \sum_{i=1}^k a_i Z_i$.

Donde a_i son sus respectivos pesos o ponderaciones. El número de componentes principales definirá las dimensiones o grado de independencia que existe entre el conjunto de las k variables Z . Para poder calcular los componentes principales se deberán estimar los a_i sujeto a dos restricciones: (1) que los componentes principales se hallen incorrelacionados (principio de ortogonalidad) y (2) que el primer componente principal absorba y acumule la mayor variabilidad de la información y así sucesivamente.

Trasladando esta metodología al campo de la medición del riesgo de exclusión en salud, el primer componente principal P_1 es el equivalente a un índice de riesgo, extraído de una función de riesgo no observable. A partir de dos conjuntos de datos: la información socioeconómica de los hogares y de la estructura y procesos productivos de los servicios de salud, ambos representativos de las dimensiones y fuentes de exclusión, P_1 provee una representación más parsimoniosa de los datos y contribuye a explicar la mayor fuente de variación del sistema. Por ello, en el presente trabajo se aplicó el Modelo de Componentes Principales, truncando la solución del modelo a un único componente principal. Ello es así, debido a que el primer componente, obtenido a partir de una combinación lineal del conjunto de indicadores referenciales de las fuentes de exclusión, es el que absorbe y acumula la máxima variabilidad de la información y el que permite obtener la mejor representación de la función de riesgo de los individuos u hogares que lleve a un ordenamiento (ranking) de los hogares según el valor obtenido de P_1 .

Por otro lado, la aplicación de los algoritmos basados en Escala Óptima y Mínimos Cuadrados Alternados *realizan transformaciones no lineales del conjunto de variables cualitativas o categóricas*, con el objetivo de maximizar la bondad del ajuste de los modelos que se proponen en el punto (c). El principio básico del EA-MCA es dividir el conjunto de parámetros en dos subconjuntos mutuamente excluyentes y exhaustivos: (1) el primero contiene los parámetros del modelo (ponderaciones); y (2) el segundo, los parámetros de los datos o categorías (parámetros de escala óptima).

El proceso de optimización se desarrolla a partir de estimaciones condicionales de los parámetros, es decir, mediante el cálculo de los estimadores mínimo cuadráticos de un subconjunto de parámetros y manteniendo fijos los parámetros del otro subconjunto. Cuando los estimadores condicionales son hallados, los antiguos estimadores son reemplazados con los nuevos valores. El proceso continúa calculando los estimadores condicionales para el siguiente subconjunto de parámetros y así, sucesivamente, se van alternando las estimaciones: primero la de los parámetros del modelo y luego la de los parámetros de los datos, hasta que converjan los resultados.

ANEXO D

DESCOMPOSICIÓN DEL ÍNDICE DE EXCLUSIÓN

Variable	Peso relativo en el índice de exclusión			
	Ecuador	Honduras	Paraguay	Perú
Pobreza	23%	2%	4%	13%
Aseguramiento de salud	n.d.	17%	4%	3%
Área geográfica	n.d.	11%	2%	16%
PEA	n.d.	3%	13%	2%
Discriminación étnica	7%	n.d.	8%	7%
Género	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Suministro de agua	11%	3%	9%	5%
Servicios sanitarios	n.d.	4%	3%	3%
Electricidad	n.d.	5%	11%	5%
Disponibilidad de establecimientos públicos de III nivel	21%	n.d.	n.d.	6%
Médicos por cada 1.000 habitantes	13%	25%	5%	7%
Camas por cada 1.000 habitantes	7%	4%	14%	5%
Partos no institucionales	n.d.	19%	14%	15%
Controles de embarazos debajo de norma	n.d.	7%	14%	13%
Abandono de vacunas	18%	n.d.	n.d.	n.v.
Calidad	n.d.	n.d.	n.d.	n.v.
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
Resumen:				
<i>Barreras de entrada</i>	<i>41%</i>	<i>45%</i>	<i>53%</i>	<i>54%</i>
Económicos	23%	20%	8%	16%
Geográficas	n.d.	11%	2%	16%
Laborales	n.d.	3%	13%	2%
Étnicas	7%	n.d.	8%	7%
Suministros servicios públicos	11%	12%	23%	14%
<i>Internas al sistema de salud</i>	<i>59%</i>	<i>55%</i>	<i>47%</i>	<i>46%</i>
Estructura	41%	29%	19%	19%
Suministros de servicios	18%	26%	28%	27%

Nota: n.d. = no disponible; n.v. = no válido.

