

ESQUEMAS de PROTECCIÓN SOCIAL *para la POBLACIÓN MATERNA, NEONATAL e INFANTIL:*

Lecciones Aprendidas de la Región de América Latina



Esquemas de Protección Social *para la Población Materna, Neonatal e Infantil:*

LECCIONES APRENDIDAS DE LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA

Washington DC,
Junio, 2008



Edición original en inglés

Social protection in health scheme for mother and child population: lessons learned from the Latin American Region Pan American Health Organization

ISBN 978 92 75 12841 1

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil:

lecciones aprendidas de la Región de América Latina

Washington, D.C.: OPS, © 2008

ISBN 978 92 75 32841 5

I. Título

1. SEGURIDAD SOCIAL
2. SALUD MATERNO-INFANTIL
3. PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA
4. AMERICA LATINA

NLM HD 4826

Esta publicación fue producida por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (HSS/HP) de la “Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud” (OPS/OMS). Esta publicación se realizó a través del apoyo prestado por la Oficina de Desarrollo Sostenible Regional, Oficina para América Latina y el Caribe, “Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional” (USAID), según lo establecido en Subvención No. ALC-G-00-04-00002-00; la “Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo” (ASDI), según lo establecido en Subvención No. 163122 y el “Organismo de Cooperación Internacional Español” (AECI), según lo establecido en Subvención No. XI Op.es-AECI-MS-ISC de PAC III. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor (s) y no necesariamente reflejan los puntos de vista de USAID, ASDI ni AECI.

La versión electrónica de este documento está disponible en el Sitio web del “Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud” en América Latina y el Caribe y puede accederse a través de www.lachealthsys.org. Para cualquier pregunta o averiguaciones con respecto a este documento, sírvase contactar a acunamar@paho.org.

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

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 Desarrollo de Recursos Humanos, 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, portada y diagramación: *María Laura Reos / OPS/OMS*

Fotografía de *Danilo Vitoriano*

“Los determinantes primarios de enfermedad son principalmente económicos y sociales, por lo tanto los remedios también deben ser económicos y sociales.

La medicina y la política no pueden ni deben estar separadas.”

Geoffrey Rose

“Estrategia de medicina preventiva”, 1992.

“La salud es el resultado de un desarrollo socio-económico justo”

Sergio Arouca, 2003

PRESENTACIÓN

La tarea de identificar y describir los esquemas de protección social en salud para la población materna, neonatal e infantil en América Latina y el Caribe (ALC) es ardua, debido a la gran variedad de dichos esquemas que existen en la actualidad en la región. En tanto que casi todos los países latinoamericanos cuentan con programas de inmunización y nutrición estandarizados sobre la base de un consenso global que ha sido construido con experiencia mundial de larga data en relación a cuáles son las mejores intervenciones a implementar, los esquemas de protección social dirigidos a garantizar el acceso a servicios de salud a la población materno-infantil son heterogéneos y han alcanzado diversos grados de éxito en el cumplimiento de sus objetivos. Además de aquellos factores al interior del sector salud que impiden la entrega oportuna de servicios de salud de calidad, existe un número importante de condiciones fuera del sector salud que juegan un rol clave en el acceso a los servicios de salud y en los resultados en salud en los países de ALC. La situación política y los determinantes sociales de salud son de vital importancia en el funcionamiento de los esquemas de protección social en salud en la región, dado que la inestabilidad política y la inequidad configuran de manera importante el paisaje social de muchos países.

La disponibilidad de servicios integrales de salud reproductiva e infantil se mantiene como una meta no alcanzada en la mayor parte del mundo, y algunos países incluso han experimentado un estancamiento o un retroceso en sus indicadores de salud materna e infantil (OMS, 2005). Esta realidad ha impulsado a los encargados de la formulación de políticas y a las agencias internacionales de cooperación a concentrarse en la implementación de diversos esquemas de protección de la salud materna, neonatal e infantil con el fin de mejorar el acceso de esta población a los cuidados de salud. Aún cuando muchas de estas intervenciones están bien documentadas en términos de su impacto sobre procesos y resultados en salud en la región de ALC, se requiere de análisis comparativos adicionales para identificar lecciones aprendidas y para comprender el rol que estas intervenciones juegan en el entorno institucional más amplio de los sistemas de salud existentes, así como su relación con determinantes sociales de salud tales como la situación socio-económica, el género y el origen étnico.

En el contexto de esta necesidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha asociado con tres agencias de cooperación internacional con el propósito de estudiar los mejores métodos para revertir la situación de exclusión de los servicios de salud que afecta a la población materna, neonatal e infantil.

- OPS y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) han trabajado en conjunto desde el año 2000 apoyando los esfuerzos de los países de América Latina y el Caribe para abordar el fenómeno de la exclusión en salud y desarrollar estrategias

destinadas a extender la protección social en salud. OPS y ASDI se han concentrado en caracterizar la exclusión de los servicios de salud y en generar conciencia acerca del problema, promocionando y apoyando actividades de diálogo social entre un amplio espectro de actores sociales y políticos. Las actividades de diálogo social están dirigidas a poner en marcha Planes de Acción para reducir la exclusión y extender la protección en salud.

- Por su parte, el acuerdo de tres años entre la OPS/OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) firmado en junio del 2004, también pone un fuerte énfasis en la salud materna y neonatal. Este componente del acuerdo consiste en dos actividades principales:

1. Identificar, describir y documentar diversos modelos y experiencias de esquemas de protección social en salud en ALC que tengan relación con Salud Materna, Neonatal e Infantil (SMNI).¹
2. Sobre la base de los modelos y experiencias identificadas, desarrollar un análisis comparativo acerca de las fortalezas y debilidades de los distintos esquemas de protección social en salud para la población materno-infantil.

- Asimismo, en el contexto del 11avo Plan de Acción Conjunta PAC-XI, suscrito por la OPS/OMS y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), el tercer componente de dicho Plan dice relación con desarrollar acciones para ampliar la protección social en salud a la población materno, neonatal e infantil de acuerdo a las Metas de Desarrollo del Milenio 4 y 5, que apuntan a reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. El propósito de este componente es apoyar a los países en sus esfuerzos por desarrollar la capacidad institucional para diseñar, implementar y evaluar políticas públicas dirigidas a extender la protección social en salud a toda la población, con énfasis en la salud de madres, neonatos y niños.

Este análisis es el primer paso en un proceso dirigido a aumentar el conocimiento acerca de las dinámicas de acceso a la salud de esta población. Esperamos que este esfuerzo contribuya a al propósito de extender la protección social en salud a todas las madres, neonatos y niños de la región de ALC.

Pedro Brito
Gerente
Área de Sistemas y Servicios de Salud

1. Típicamente, la mayoría de las organizaciones, incluyendo la OMS, se refieren a la salud materno-infantil como SMI. En el Informe Mundial de la Salud de 2005, la OMS destaca la importancia de abordar específicamente las necesidades de salud de los recién nacidos. Por lo tanto, en este documento usaremos el acrónimo SMNI para referirnos a la salud materna, neonatal e infantil.

RECONOCIMIENTOS

Este informe es producto de una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), iniciada en 2004/2005 con el objetivo de identificar opciones para extender protección social en salud a la población materna, neonatal e infantil en la región de ALC. Se apoya fuertemente en conceptos, metodologías, análisis y datos desarrollados y obtenidos por la OPS/OMS y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) desde el año 2000 y en los desarrollos conceptuales de la Iniciativa Conjunta OPS-OIT en Extensión de Protección Social en Salud.

Dos equipos, uno de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HSS-HP) y el otro de las Unidades de Salud materna y de la Mujer (FCH-WM) y de Niños y Adolescentes (FCH-CA) trabajaron juntos para formular este informe, bajo la supervisión de Eduardo Levkovitz y Gina Tambini., dentro de las Área de Sistemas y Servicios de Salud y de Salud de la Familia y la Comunidad respectivamente.

Cecilia Acuña, de la Unidad de HSS-HP, dirigió el equipo de investigación y fue responsable de la elaboración del informe. En el equipo de investigación también participaron:

- Virginia Camacho, FCH-WM
- Andrew Griffin, HSS-HP
- Rafael Obregón, FCH-CA
- Jessica Rada, Interna, HSS-HP
- Caroline Ramagem, HSS-HP
- Sarah Watson, Interna HSS-HP

Soledad Urrutia de HSS-HP y Rachel Kauffmann de FCH-WM apoyaron de manera importante el proceso de recolección de información. Christine Sulek de HSS-HP, proporcionó apoyo administrativo. Sandra Molinari estuvo a cargo de la traducción al español del documento original en inglés.

Nos gustaría agradecer el valioso aporte realizado por los participantes en la reunión de expertos que tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina en Agosto de 2005, donde se presentó una versión preliminar de este informe. También agradecemos profundamente los comentarios hechos por los participantes en el Foro Regional "Protección Social en Salud para la población materna, neonata e infantil en América Latina: lecciones que indican el camino a seguir" que tuvo lugar en Tegucigalpa, Honduras, en Noviembre de 2006, donde el informe fue utilizado como documento base de la reunión. Finalmente, pero no menos importante, agradecemos las útiles contribuciones de nuestras contrapartes en la USAID, Kelly Saldaña y Peg Marshall. Todos los aportes mencionados ayudaron a mejorar este informe; sus deficiencias son exclusivamente de nuestra responsabilidad.

LISTA DE ACRÓNIMOS

AECI:	Agencia Española de Cooperación Internacional
ALC:	América Latina y el Caribe
ASDI:	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
AUGE:	Acceso Universal con Garantías Explícitas
BE:	Bono Escolar
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
BMI:	Bono Materno Infantil
CCPE:	Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEIAALC:	Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe
CDSS:	Comisión de Determinantes Sociales de Salud
CONAMU:	Consejo Nacional de las Mujeres
CRLI:	Monitoreo de Crecimiento, Rehidratación Oral, Lactancia Materna e Inmunización
DILOS:	Directorio Local de Salud
EDS:	Encuesta Demográfica y de Salud
ENDSA:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPSS:	Esquemas de Protección Social en Salud
ESSALUD:	Seguro Social de Salud de Perú
FONASA:	Fondo Nacional de Salud
FONNIN:	Fondo Nacional de Nutrición Infantil
GRADE:	Grupo de Análisis para el Desarrollo
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística
IESS:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IHSS:	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IIB:	Ingreso Interno Bruto
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
INB:	Ingreso Nacional Bruto
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
ISAPRE:	Instituciones de Salud Provisional
IRA:	Infecciones Respiratorias Agudas
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LMGYAI:	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
LPSMIG:	Ley de Provisión de Salud Materno-Infantil Gratuita
MIDEPLAN:	Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile
MINSAL:	Ministerio de Salud de Chile
MSP:	Ministerio de Salud Pública
MIEI:	Manejo Integral de Enfermedades de la Infancia

NSP:	Nuevo Sol Peruano
OCED:	Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PACS:	Programa de Agentes Comunitarios De Salud (Brasil)
PAE:	Programa de Alimentación Escolar
PIB:	Producto Interno Bruto
PNAC:	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPAE:	Países Pobres Altamente Endeudados
PPC:	Paridad ajustada por Poder de Compra
PPSSMI:	Política de Protección Social en Salud Materno-Infantil
PRAF:	Programa de Asignación Familiar
PROGRESA:	Programa de Educación, Salud y Alimentación
PSF:	Programa de Salud de la Familia (Brasil)
PSF:	Plan de Salud Familiar (Chile)
RSSALC:	Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud de América Latina y el Caribe
SBS:	Seguro Básico de Salud
SEG:	Seguro Escolar Gratuito
SIS:	Seguro Integral de Salud
SMI:	Salud Materno Infantil
SMNI:	Salud Materna, Neonatal e Infantil
SNMN:	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez
SPSMI:	Seguro Público de Salud Materno Infantil
SUMI:	Seguro Universal Materno Infantil
SUS:	Sistema Único de Salud (Brasil)
TGN:	Tesoro General de la Nación
TMI:	Tasa de Mortalidad Infantil
TMM:	Tasa de Mortalidad Materna
TMN:	Tasa de Mortalidad Neonatal
UNFPA:	Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de Población
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID:	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UTI:	Unidad de Tratamiento Intensivo

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo	-1-
1. Introducción	-5-
2. Antecedentes	-11-
3. Marco Conceptual	-19-
3.1) Descripción de los Esquemas de Protección Social en Salud (EPSS) actualmente en funcionamiento en la región	-19-
3.2) Análisis de las fortalezas y debilidades de los EPSS	-27-
4. Marco Analítico	-42-
4.1) Objetivos	-42-
4.2) Métodos	-43-
4.3) Conduciendo el análisis	-48-
4.4) Fuentes de Información	-49-
4.5) Limitaciones del análisis	-50-
5. Estudios de caso	-51-
5.1) Seguro Universal Materno Infantil (Bolivia)	-51-
5.2) Programa de Salud Familiar (Brasil)	-63-
5.3) Política de Protección de Salud Materno Infantil (Chile)	-73-
5.4) Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Ecuador)	-84-
5.5) Bono Materno-Infantil (Honduras)	-98-
5.6) Programa OPORTUNIDADES (México)	-110-
5.7) Seguro Integral de Salud (Perú)	-122-
6. Resultados	-135-
7. Discusión y lecciones aprendidas	-142-
Referencias	-154-

RESUMEN EJECUTIVO

En el contexto de los acuerdos vigentes entre la OPS/OMS y USAID, ASDI y AECl, se realizó una investigación acerca de los esquemas de protección social en salud (EPSS) dirigidos a la población materno-infantil en la región de América Latina. El método utilizado fue un análisis descriptivo de tipo transversal sobre la base de una revisión de la literatura, el Internet y fuentes secundarias.

Para los propósitos de este estudio, los Esquemas de Protección Social en Salud (EPSS) fueron definidos como intervenciones públicas destinadas a posibilitar que grupos e individuos satisfagan sus necesidades y demandas de salud a través del acceso a servicios de salud en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, independientemente de su capacidad de pago.¹

La información recolectada durante el proceso de investigación se utilizó como base para un análisis comparativo con dos objetivos:

- a) Identificar, describir y documentar distintos modelos y experiencias de esquemas de protección social en salud en ALC en lo que se refiere a salud materna, neonatal e infantil (SMNI)
- b) Sobre la base de los diferentes modelos y experiencias identificados, desarrollar un análisis comparativo de las fortalezas y debilidades de los diversos esquemas de protección social en salud para la población materna, neonatal e infantil con respecto a su capacidad para extender la cobertura de servicios de salud, mejorar la equidad en el acceso a los cuidados de salud y contrarrestar los determinantes sociales que afectan negativamente la situación de salud y/o que impiden la demanda por servicios de salud.

a) Descripción de los EPSS vigentes en la región

Con el fin de describir los EPSS vigentes en la región, construimos una tipología basada en el trabajo realizado por el Centro de Desarrollo y por el Proyecto de Salud de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo OCED (Drechsler, D., Johannes, J., 2005; Colombo, F., Tapay, N., 2004), en los análisis desarrollados por Wouter van Ginneken y Bonilla y Gruat para la OIT (Wouter van Ginneken, 1996; Bonilla y Gruat, 2003) así como en nuestras propias observaciones.

1. Esta definición proviene de la Resolución de la OPS-OMS CSP26.R.19 de septiembre de 2002, que define la Extensión de Protección Social en Salud como “la garantía de la sociedad otorga, a través de las distintas autoridades públicas, para que los individuos o grupos de individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas en salud a través de un acceso adecuado a los servicios de salud del sistema o a cualquier sub-sistema de salud existente en el país, independiente de su capacidad de pago.”

b) Análisis de fortalezas y debilidades

Se realizó un estudio multicéntrico de tipo transversal sobre la base de fuentes secundarias, revisión de literatura e información publicada en Internet. Basamos el análisis de fortalezas y debilidades en cuatro principios que fueron seleccionados tanto por su reconocida importancia en la SMNI como por ser puntos de consenso entre los expertos en salud materna e infantil (OMS, 2005; NU Proyecto de Desarrollo del Milenio, 2005; Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe, 2003). Los principios seleccionados fueron los siguientes;

- I. La equidad es un tema central para la SMNI
- II. La SMNI está fuertemente vinculada a los determinantes macro sociales de salud
- III. Mejorar la cobertura y el acceso a intervenciones técnicamente apropiadas es crucial para lograr mejores resultados en SMNI
- IV. El contexto es importante en el desarrollo de los EPSS. El análisis de los EPSS debe estar basado en su contexto social, político y económico

De acuerdo a estos principios se definieron tres parámetros de desempeño:

- i. La capacidad de los EPSS de aumentar la equidad en el acceso y/o en la utilización de los servicios de salud.
- ii. El grado en que los EPSS contribuyen a contrarrestar los determinantes sociales que deterioran la situación de salud o entorpecen la demanda por servicios de salud, es decir, el rol que los EPSS pueden jugar para darle forma al entorno social de manera que contribuya a mejorar la salud.
- iii. La capacidad de los EPSS para ampliar la cobertura y el acceso a intervenciones de salud técnicamente apropiadas a través de la eliminación de una o más causas de exclusión en salud.

Siete EPSS seleccionados para el análisis fueron caracterizados usando este marco. Los esquemas seleccionados fueron: El Seguro Universal Materno-Infantil-SUMI de Bolivia, El Programa de Salud Familiar-PSF de Brasil, la Política de Protección Social en Salud Materno-Infantil de Chile-PPSSMI, La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia-LMGYAI de Ecuador, el Bono Materno-Infantil-BMI de Honduras, el Programa OPORTUNIDADES de México, y el Seguro Integral de Salud- SIS de Perú.

La selección de los EPSS se basó en la disponibilidad de información confiable y en la importancia relativa del esquema en el país, medida por los recursos asignados a su implementación y su posición en la agenda pública. Las fortalezas y debilidades de los EPSS seleccionados se analizaron según su capacidad para cumplir con los tres parámetros de desempeño establecidos con anterioridad.

Adicionalmente se examinó el entorno general en el que opera cada EPSS, reconociendo la importancia que tiene el contexto social y político sobre el desempeño de las intervenciones en salud (CDSS 2005, Proyecto de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, 2005). Los elementos utilizados para describir el entorno general incluyeron el nivel de pobreza del país, el ingreso per cápita, el nivel educacional, el porcentaje de la población que habita en viviendas rurales o en asentamientos remotos, el origen étnico de la población, el acceso a agua, saneamiento y electricidad y las condiciones de empleo (niveles de desempleo y cantidad de trabajadores formales vs. informales). En los casos en que se encontró información disponible, se incluyó en el análisis la condición de las mujeres, la fortaleza de las instituciones, la distribución del poder y la situación de gobernabilidad².

Los siguientes fueron nuestros principales hallazgos del análisis de los EPSS:

a) Cuatro de los siete esquemas bajo análisis – El Seguro Universal Materno-Infantil de Bolivia (SUMI), la PPSMI Chilena (Política de Protección Social en Salud Materno-Infantil), el PSF de Brasil (Programa de Salud de la Familia), y el Programa OPORTUNIDADES de México han aumentado la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud. Tres esquemas, la LMGYAI de Ecuador (Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia), el BMI (Bono Materno-Infantil) de Honduras y el SIS de Perú (Seguro Integral de Salud) muestran resultados diversos y, en algunos casos, han aumentado la inequidad en el acceso y/o utilización de los servicios de salud.

b) Todos los esquemas analizados bajo análisis contribuyen a contrarrestar al menos un determinante social negativo, mayoritariamente la pobreza, pero sólo cuatro de ellos – el SUMI de Bolivia, el PSF de Brasil, la PPSMI de Chile y el OPORTUNIDADES de México – tienen un efecto claro e indiscutible. Los montos invertidos en la implementación del esquema, el grado de cobertura alcanzado, la continuidad de la aplicación del esquema a través del tiempo, el fortalecimiento de la posición de la mujer dentro del núcleo familiar y la promoción explícita de los derechos en salud parecen ser factores cruciales

2. Para los propósitos del análisis, adoptamos la definición del PNUD (PNUD, 1997) que entiende gobernabilidad como “el ejercicio de autoridad política, económica y administrativa en el manejo de los asuntos de un país en todos los niveles”. Esta definición comprende los complejos mecanismos, procesos, relaciones e instituciones a través de los cuales los ciudadanos y los grupos articulan sus intereses, ejercen sus derechos y obligaciones y median sus diferencias.

en la capacidad de los EPSS para contrarrestar determinantes sociales que afectan negativamente el estado de salud y/o inhiben la demanda por cuidados de salud.

c) Los siete esquemas bajo análisis contribuyen a extender la cobertura y/o aumentar el acceso a intervenciones técnicamente apropiadas a través de la reducción o eliminación de al menos una causa de exclusión en salud. La mayoría de los esquemas reducen la barrera económica de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, el análisis del SUMI de Bolivia, el BMI de Honduras y el SIS de Perú muestra que en países étnicamente diversos y/o con asentamientos humanos geográficamente dispersos, el sólo hecho de eliminar las barreras económicas no garantiza el acceso a los cuidados de salud.

d) Sólo dos esquemas –el PSF de Brasil y la PPSSMI de Chile- han incrementado la cobertura de intervenciones de salud técnicamente apropiadas. Tres esquemas –el SUMI de Bolivia, la LMGYAI de Ecuador y el SIS de Perú- han producido una sobrecarga adicional al sistema de salud al aumentar la demanda por servicios sin expandir de manera acorde la oferta de servicios, los recursos disponibles ni la infraestructura de salud.

e) Sólo en dos casos – el SUMI de Bolivia y la PPSMI de Chile- el esquema de protección social en salud ha alcanzado una cobertura mayor al 60% de la población blanco o elegible. Además de la continuidad en el tiempo y de la inversión en recursos e infraestructura, la capacidad institucional y el grado de descentralización en la administración del esquema parecen jugar un rol importante para lograr la cobertura esperada.

f) Aunque no recolectamos suficiente información sobre la sostenibilidad financiera de los esquemas, cuatro de los siete –SUMI, LMGYAI, BMI y SMI- enfrentan problemas de escasez de recursos financieros que amenazan su sostenibilidad.

Este informe plantea que los progresos en la salud materna e infantil sólo se pueden lograr a través de un enfoque integral, combinando intervenciones que aborden las barreras sociales, económicas, culturales y étnicas del acceso a la salud. Este enfoque integral debe estar basado en un pacto político y social de largo plazo.

1

INTRODUCCIÓN

La salud de las madres, recién nacidos, niños y niñas se encuentra en la actualidad en el centro de las agendas de los organismos multilaterales, las agencias de cooperación internacional y los gobiernos en todo el mundo. La relevancia del tema se ve claramente reflejada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, que son una expresión del consenso histórico logrado por la comunidad internacional respecto de cuáles son los desafíos prioritarios que deben ser enfrentados para mejorar la calidad de vida de las personas a nivel mundial y para alcanzar un desarrollo sostenible (OPS/OMS, 2004). Todos los ODM están directa o indirectamente relacionados con la salud y particularmente con la salud materna e infantil, como se puede observar en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM

Metas y objetivos	Indicadores
Meta 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre	
Objetivo 1: Entre 1990 y 2015 reducir a la mitad la proporción de personas cuyo ingreso es menor a US\$1 al día.	• Proporción de la población con ingresos menores de US\$ 1 (PPC) al día. • Índice de pobreza (porcentaje de la población por debajo de la línea de la pobreza nacional.) • Índice de brecha de pobreza (incidencia x profundidad de la pobreza) • Participación del quintil más bajo en el consumo nacional
Objetivo 2: Entre 1990 y 2015 reducir a la mitad la proporción de personas que sufren hambre	• Prevalencia de niños de bajo peso (menores de cinco años) • Proporción de la población por debajo del consumo mínimo de calorías
Meta 2: Lograr educación primaria universal	
Objetivo 3: Asegurar que para el 2015, todos los niños y niñas podrán completar la educación primaria	• Tasa neta de matrícula en educación primaria • Proporción de alumnos que comienzan 1er grado y llegan a 5to grado • Tasa de conclusión de educación primaria • Índice de alfabetización de la población entre 15 y 24 años

Meta 3: Promover la equidad de género y empoderar a las mujeres

Objetivo 4: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria preferiblemente en el 2005, y en todos los niveles de educación a más tardar en el 2015

- Proporción de niñas a niños en educación primaria, secundaria y terciaria
- Proporción de mujeres a hombres alfabetizados entre la población de 15 a 24 años
- Participación de mujeres asalariadas en el sector no-agrícola
- Proporción de mujeres en el parlamento nacional

Meta 4: Reducir la Mortalidad Infantil

Objetivo 5: Entre 1990 y 2015, reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de menores de 5 años

- Índice de mortalidad de menores de 5 años
- Índice de mortalidad infantil
- Proporción de niños de un año inmunizados contra el sarampión

Meta 5: Mejorar la Salud Materna

Objetivo 6: Entre 1990 y 20015, reducir la tasa de mortalidad materna en 75%.

- Tasa de mortalidad materna
- Proporción de nacimientos atendidos por personal de salud calificado

Meta 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Objetivo 7: Para el 2015, parar y empezar a revertir la propagación de VIH/SIDA

- Prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas entre los 15-24 años
- Índice de uso de condón de la tasa de prevalencia de anti-conceptivos
- Proporción de huérfanos que asisten al colegio en relación a la asistencia de no-huérfanos entre 10 y 14 años

Objetivo 8: Para el 2015, parar y empezar a revertir la incidencia de malaria y otras enfermedades importantes

- Prevalencia y tasa de defunción asociada a la malaria
- Proporción de la población en áreas de riesgo de malaria usando formas efectivas de prevención y tratamiento contra la malaria
- Prevalencia y tasas de defunción asociadas a la tuberculosis
- Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados bajo tratamiento acortado directamente observado (DOTS)

Meta 7: Asegurar la Sostenibilidad Ambiental

Objetivo 9: Integrar los principios del desarrollo sostenible a las políticas y programas de los países y revertir la pérdida de recursos ambientales.

- Proporción de tierra cubierta por bosque
- Proporción de área protegida para mantener diversidad biológica en relación al área total.
- Uso de energía (kilos de petróleo equivalente) por US\$ 1 del PIB (PPA)
- Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) y consumo de clorofluorocarbono que destruyen la capa de ozono (toneladas PDO)
- Proporción de la población que usa combustibles sólidos

Objetivo 10: Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible a agua potable segura y saneamiento básico para el 2015.

- Proporción de la población urbana y rural con acceso sostenible a una fuente mejorada de agua
- Proporción de la población urbana y rural con acceso a saneamiento mejorado

Objetivo 11: Lograr una mejora significativa en las vidas de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el 2020.

- Proporción de unidades familiares con acceso a titularidad segura

Meta 8: Desarrollar una Asociación Global para el Desarrollo

Objetivo 12: Desarrollar aun más un sistema financiero y de intercambio abierto, basado en reglas, que sea predecible y no discriminatorio (incluyendo un compromiso de buen gobierno, desarrollo y reducción de la pobreza tanto nacional como internacionalmente).

Objetivo 13: Abordar las necesidades especiales de los países menos desarrollados (incluyendo acceso a los mercados sin tarifas ni cuotas, un programa intensificado de reducción de deuda para los PPME y cancelación de la deuda bilateral oficial, y una AOD más generosa para los países comprometidos con la reducción de la pobreza)

Objetivo 14: Abordar las necesidades especiales de los países sin salida al mar y las pequeñas islas –estado en vías de desarrollo (a través del Programa de Acción para el Desarrollo Sostenible de las Pequeñas Islas-Estado en Vías de Desarrollo y las provisiones del 22ava Asamblea General)

Objetivo 15: Tratar integralmente los problemas de deuda de los países en desarrollo a través de medidas nacionales e internacionales para hacer que la deuda sea sostenible en el largo plazo

Objetivo 16: En cooperación con los países en desarrollo, desarrollar e implementar estrategias para un trabajo decente y productivo para la juventud

Objetivo 17: En los países en desarrollo y en cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a precios razonables a fármacos esenciales

Objetivo 18: En cooperación con el sector privado, hacer disponibles los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente de información y de comunicación.

FUENTE: “Los objetivos de Desarrollo del Milenio: una perspectiva Latinoamericana” CEPAL, 2005

En este contexto, la mejoría de la salud materna, neonatal e infantil ha dejado de ser un mero objeto de consideraciones técnicas y se ha convertido en un imperativo ético y político. Esto se debe al hecho que, a pesar de los avances impresionantes en la reducción de la mortalidad materna e infantil desde los años '50, la inequidad entre países y entre distintos grupos de población al interior de los países –especialmente la brecha entre ricos y pobres – ha aumentado en los últimos veinte años, produciendo un estancamiento y, en algunos casos, un retroceso en el progreso logrado en las condiciones de salud de estas poblaciones (OMS, 2005). Adicionalmente, tres factores han afectado de manera negativa los patrones de morbilidad y mortalidad materno-infantil en la Región de ALC: (i) las crisis económicas de la década del '80 y finales de la década de los '90, que redundaron en un crecimiento económico lento y volátil, altos niveles de inflación y desempleo y una disminución en la capacidad del sector público para proveer servicios de salud esenciales; (ii) las crisis sociales producidas por el aumento del desempleo y de la actividad económica informal, la distribución altamente desigual de los ingresos y la presencia reducida del Estado en áreas tales como educación y salud; y (iii) la epidemia de VIH/SIDA (OMS, 2005; Levkovitz, E., Acuña, C., 2003; CEPAL, 2005).

Cada año, alrededor de 23.000 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe. En doce países de la Región, la razón de mortalidad materna se mantiene por sobre las 100 muertes x 100.000 nacidos vivos (OPS/OMS, 2004). La mayoría de estas muertes son evitables (Fuerza de Tarea Regional de Consenso Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna, 2003). Dos de los principales determinantes de los altos índices de mortalidad materna en la Región son la demora para acceder a los servicios de salud debido al no-reconocimiento de señales de peligro y la falta de acceso oportuno a cuidados de salud de calidad provistos por personal entrenado, tanto durante el parto como en el post-parto (OPS/OMS-USAID, 2004). La mayoría de las mujeres que mueren son pobres, de origen indígena, con bajo nivel de educación y residentes en áreas rurales (OPS/OMS, 2004; OMS, 2005). Estas muertes tienen enormes repercusiones sociales, económicas y emocionales para las familias y las comunidades y son un factor determinante en la transmisión generacional de la pobreza.

En el año 2004, once países de la Región de las Américas tenían una tasa de mortalidad de menores de cinco años por sobre 40 por 1.000 nacidos vivos. En conjunto, estos países son responsables de aproximadamente 274.000 muertes de menores de cinco años, lo que equivale al 60.6% de todas las muertes para este grupo etáreo en América Latina y el Caribe (OPS/OMS-USAID, 2004 CEPAL, 2005). Al mismo tiempo, otros ocho países tenían tasas de mortalidad de menores de cinco años por debajo de 20 por 1.000 nacidos vivos. Estos datos ilustran la gran disparidad existente entre los países de la región. No obstante, los promedios nacionales no reflejan las disparidades existentes dentro de los países. El origen étnico, el nivel de ingresos de la familia y el lugar de residencia parecen ser las variables más fuertemente correlacionadas con la mortalidad de menores de cinco años en por lo menos siete países de la región –Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Perú y República Dominicana. En la región en su conjunto, el acceso a saneamiento básico y agua potable, el ingreso del hogar y el nivel de educación de la madre se mantienen como los determinantes más importantes de mortalidad en menores de cinco años. Por su parte, la falta de acceso a cuidados de salud adecuados ha adquirido una importancia creciente como causa de mortalidad infantil y neonatal. (OPS/OMS-USAID, 2004; OMS, 2005).

Las crecientes inequidades en el acceso de la población materna e infantil a los servicios de salud explican el estancamiento de las tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil observado en diversos países de ALC, a pesar de la existencia de intervenciones efectivas para prevenir o tratar las principales causas de muerte materna e infantil (OMS, 2005). La exclusión en salud –definida como la falta de acceso de ciertos grupos o individuos de la sociedad a bienes, servicios y oportunidades de salud que otros miembros de la sociedad disfrutaban (OPS/OMS, 2003)– se mantiene como un desafío que requiere urgente atención en la mayoría de los países de la Región.

Para abordar esta situación muchos gobiernos, instituciones financieras multilaterales y agencias internacionales de cooperación técnica han concentrado esfuerzos en promover e implementar esquemas de protección social en salud (EPSS) para la población materna, neonatal e infantil. Su objetivo es mejorar el acceso y la calidad de las intervenciones de SMNI, lo cual a su vez se espera que contribuya a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015 (OMS, 2005).

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha definido como prioridad para su cooperación técnica apoyar los esfuerzos de los países en eliminar la exclusión en salud a través de la extensión de protección social, entendida ésta como la garantía que la sociedad brinda a través del Estado para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas de salud mediante el acceso adecuado y oportuno a los cuidados de salud, sin que la capacidad de pago o las características culturales, sociales o personales sean factores restrictivos.³

Al mismo tiempo, la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil es un componente clave de la agenda de la OPS/OMS. Reconociendo la importancia de este tema y su impacto en el contexto internacional, los Estados Miembros aprobaron tres resoluciones claves durante la Conferencia Sanitaria Panamericana del año 2002: la Resolución CSP26.R.19, la Resolución CSP26.R 13-14 y la resolución CSP26.R 10. La primera resolución otorga un mandato a la OPS/OMS y la OIT para apoyar y fortalecer la extensión de la protección social en salud en los países como parte de sus actividades de cooperación técnica.

3. Op. Cit 1

La segunda urge a los Estados Miembros a comprometerse plenamente a redoblar esfuerzos para reducir la mortalidad materna aprobando una nueva estrategia regional. La tercera Resolución urge a los Estados Miembros a apoyar la aplicación y fortalecimiento de la Estrategia de Manejo Integrado de las Enfermedades de la Infancia (MIEI), con el fin de mejorar la salud de los niños y reducir la mortalidad infantil en la región. Adicionalmente, en el año 2004 el 45avo Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó la Resolución CD45.R3, que urge a los Estados Miembros a reforzar su compromiso político con la declaración del Milenio a través de la creación e implementación de planes nacionales para alcanzar los ODM.

La OPS/OMS y la AEI han acordado aunar esfuerzos para fortalecer las capacidades humanas, políticas, organizacionales e institucionales de los países de modo que éstos puedan extender la protección social en salud y reducir las inequidades en el acceso, utilización y financiamiento de los servicios de salud y en los resultados en salud (Acuerdo OPS-AEI 2005-2007). Al mismo tiempo, USAID y la OPS/OMS han desarrollado una fuerte relación de trabajo en áreas de interés común, entre ellas el fortalecimiento de los sistemas de salud y la salud materno-infantil. De igual manera, la OPS y ASDI han trabajado en conjunto desde el año 2000 apoyando los esfuerzos de países de ALC para caracterizar la exclusión en salud y desarrollar estrategias para extender la protección social en salud.

Dentro de este marco y a ocho años del plazo establecido para el logro de los ODM, resulta de crucial importancia examinar qué ha ocurrido con la salud de madres y niños en relación a la implementación de esquemas de protección social en salud y otras estrategias de extensión de la protección social en salud para estas poblaciones. El propósito de este documento es realizar un análisis comparativo de estos esquemas, con el objeto de generar una discusión que contribuya a entender por qué y bajo qué condiciones algunos de ellos funcionan mejor que otros en cuanto a garantizar el acceso a los servicios de salud materna, neonatal e infantil. A través de este análisis esperamos avanzar en la identificación de los mejores mecanismos para alcanzar protección social en salud universal para las madres, los recién nacidos y los(as) niños/niñas.

2

ANTECEDENTES

La protección de la salud de madres y niños no es un tema nuevo en la esfera de la política pública. Por el contrario, ha sido una prioridad en la agenda social de muchos países desde el siglo XIX, lo que explica en gran medida la drástica reducción de la mortalidad materna e infantil en todo el mundo en el siglo veinte. La creación de programas de salud pública para mejorar la salud de mujeres y niños se volvió prioritaria después de la Segunda Guerra Mundial y ello se puede observar en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que establece la obligación de todos los países de proporcionar especiales cuidados y asistencia a las madres y los niños.

Para poder analizar los esquemas de protección social en salud en América Latina, es importante entender el contexto en el cual fueron creados. Los sistemas de salud de la región fueron construidos en base a una mezcla de los modelos europeos de protección social. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurrió en la mayoría de los países europeos, los sistemas de salud latinoamericanos fueron conformados por subsistemas que se concentraron en las distintas necesidades de salud de segmentos específicos de la población agrupados por ingreso, nacionalidad, ocupación o clase social (Acuña, C., 2000 y 2005).

Este desarrollo reflejó el orden social altamente desigual heredado del proceso de colonización española y portuguesa, que creó un conjunto de instituciones para beneficiar a los colonos españoles/portugueses permitiéndoles extraer riquezas de la población indígena (Banco Mundial, 2006, 2:111-113; Banco Interamericano de Desarrollo, 2004 4:23-26). De este modo, el subsistema administrado por el Ministerio de

Salud se encargó de los servicios de salud para los pobres, heredando a veces programas públicos y privados de beneficencia; el subsistema de seguridad social se centró en los trabajadores del sector formal y a veces en sus familias y dependientes; y el subsistema privado se especializó en los grupos de mayores ingresos (Acuña, C., 2000; Rosenberg, H., y Andersson, B., 2000; OPS/OMS, 2003; Banco Mundial, 2006, 7:147). Este sistema institucional segmentado aún persiste en la mayoría de los países de la región con la excepción de Brasil, Canadá, Cuba, Chile, Colombia, Costa Rica y varios de los países de habla inglesa del Caribe.

La fragmentación es también una característica de los sistemas de salud en la región, donde múltiples agentes operan sin coordinación y a menudo en competencia unos con otros. La segmentación estructural mencionada en el párrafo anterior; una gobernabilidad débil; la ausencia de planificación integrada; interacciones a menudo inadecuadas entre el sector estatal y el no-estatal; y la debilidad de los mecanismos de referencia (OPS/OMS, 2003; CEPAL, 2005) son los factores que conducen a la fragmentación en los sistemas de salud. Los sistemas fragmentados crean obstáculos al uso eficiente de los recursos y al desarrollo de estándares adecuados de calidad. Los costos de transacción aumentan y resulta difícil garantizar un mismo nivel de servicios a poblaciones afiliadas a distintos esquemas de protección en salud. La segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud originan tanto inequidad como ineficiencia (Banco Mundial, 2006, 7:147).

Adicionalmente, en los años 1980s y 1990s las políticas de ajuste estructural (PAE), combinadas con la crisis internacional de petróleo, el deterioro de las condiciones de intercambio y guerras civiles tuvieron un profundo impacto en el entorno social y económico de la región. Según Milanovic (Milanovic B., 2005), 1980-2002 fue un periodo de desarrollo desigual entre los países del mundo. La tasa promedio de crecimiento anual para todos los países no ponderada por población fue de sólo 0.7 % por año, 2 puntos porcentuales menos que durante los veinte años anteriores (1960-1980). Considerando a los países individualmente, esto significa que muchos países no crecieron o que incluso decrecieron, como se puede observar en el cuadro 2.⁴

4. Según el mismo autor, el promedio no ponderado de la disminución en PIB per cápita real entre 1980 y 2002 entre los países que exhiben menores ingresos en 2002 que en 1980, fue de 20%

Cuadro 2: Ganadores y perdedores durante la era de globalización en ALC, 1980-2002

Variación del IIB (Ingreso Interno Bruto) real per cápita entre 1980 y 2002	País
Aumento mayor de 58%	Chile República Dominicana
Aumento entre 0% y 58%	Bahamas Barbados Brasil Colombia Costa Rica El Salvador Guyana Jamaica México Panamá Trinidad & Tobago
Pérdida entre 0% y 20%	Argentina Bolivia Ecuador Guatemala Honduras Paraguay Perú Uruguay
Pérdidas superiores al 20%	Haití Nicaragua Venezuela

FUENTE: Adaptado de Milanovic, B. "Why the poorest countries failed to catch up?" Carnegie Papers. Carnegie Endowment for International Peace, No. 62, noviembre 2005. Apéndice 1, página 30.

Los PAE usualmente seguían un conjunto de prescripciones que en esa época se pensaba que eran la mejor fórmula para el crecimiento económico. Estas políticas estimularon a los gobiernos de la región a liberalizar las regulaciones relativas al empleo, privatizar empresas públicas, descentralizar servicios y presupuestos, desregular los mercados de capital y recortar el gasto público. Enfrentados a una fuerte presión por parte de las instituciones financieras internacionales para disminuir el gasto público, la mayoría de los gobiernos de la región optaron por reducir el presupuesto de los programas sociales. Franco-Giraldo et al (2006) analizaron el impacto de los PAE sobre los indicadores de salud en ALC entre 1980 y 2000 y encontraron que la adopción de los PAE en la década de 1980 tuvo un efecto negativo sobre los indicadores sociales, específicamente sobre los relacionados con la situación de salud en América Latina y el Caribe. Estos efectos se siguieron observando durante la década siguiente.

La disminución del gasto público en programas sociales se dio a la par de una caída en el ingreso per cápita y un aumento del desempleo y de la actividad económica informal. Como resultado, los esquemas de protección social en salud provistos tanto por el subsistema administrado por el Ministerio de Salud como por las instituciones de Seguridad Social dejaron de cubrir a parte de la población que anteriormente protegían, dejando a millones de personas excluidas del acceso a bienes y servicios de salud (Levcovitz E., Acuña C., 2003; OIT, 2003). Esto se tradujo en un alto gasto de bolsillo en salud que en la actualidad alcanza cerca del 50% del gasto total en salud en varios países de la región (OPS/OMS, 2003). Diversos estudios muestran que cuando el gasto de bolsillo es alto, la capacidad de pago se convierte en el factor más importante en determinar si un individuo demandará o no los cuidados de salud que requiere (OMS, 2000 5:96-99; Banco Mundial, 1993).

Cuadro 3: Gasto de bolsillo en salud en las Américas

País	ISO3	Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud	Último año de medición	Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud
Antigua y Barbuda	ATG	29.4	100	2003	29.40
Argentina	ARG	51.4	55.6	2003	28.58
Bahamas	BHS	52.5	40.5	2003	21.26
Barbados	BRB	30.6	77.2	2003	23.62
Belize	BLZ	50.7	100	2003	50.70*
Bolivia	BOL	36	79.3	2003	28.55
Brazil	BRA	54.7	64.2	2003	35.12
Canada	CAN	30.1	49.6	2003	14.93
Chile	CHL	51.2	46.2	2003	23.65
Colombia	COL	15.9	47.2	2003	7.50
Costa Rica	CRI	21.2	88.7	2003	18.80
Cuba	CUB	13.2	75.2	2003	9.93
Dominica	DMA	28.7	100	2003	28.70
República Dominicana	DOM	66.8	70.8	2003	47.29
Ecuador	ECU	61.4	88.1	2003	54.09*
El Salvador	SLV	53.9	93.5	2003	50.40*
Grenada	GRD	26.4	100	2003	26.40
Guatemala	GTM	60.3	91.9	2003	55.42*

Guyana	GUY	17.4	100	2003	17.40
Haití	HTI	61.9	69.5	2003	43.02
Honduras	HND	43.5	85.8	2003	37.32
Jamaica	JAM	49.4	64.7	2003	31.96
México	MEX	53.6	94.2	2003	50.49*
Nicaragua	NIC	51.6	95.7	2003	49.38*
Panamá	PAN	33.6	82.2	2003	27.62
Paraguay	PRY	68.5	74.6	2003	51.10*
Perú	PER	51.7	79	2003	40.84
San Kitts y Nevis	KNA	36.2	100	2003	36.20
Santa Lucía	LCA	31.8	100	2003	31.80
San Vicente y las Granadinas	VCT	32.5	100	2003	32.50
Suriname	SUR	54.2	51.8	2003	28.08
Trinidad y Tobago	TTO	62.2	88.6	2003	55.11*
Estados Unidos de América	USA	55.4	24.3	2003	13.46
Uruguay	URY	72.8	25	2003	18.20
República Bolivariana de Venezuela	VEN	55.7	95.5	2003	53.19*

* Gasto de bolsillo cercano o superior a 50% del gasto total en salud.

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de OMS, incluyendo "Estadísticas Mundiales de Salud 2006" y el "Informe Mundial de Salud 2006".

A mediados de la década del '90 comenzó a adquirir fuerza la idea de que era importante proteger a los pobres de los golpes y las adversidades asociadas a una economía globalizada⁵. Muchos gobiernos de la región establecieron una serie de programas de salud y educación dirigidos a proteger a las poblaciones vulnerables. Adicionalmente, a esa fecha casi todos los países de América Latina y el Caribe habían establecido el derecho universal y gratuito a la salud en sus Cartas Constitucionales, aún cuando la materialización del derecho constitucional a la práctica concreta es aún incompleta en la mayoría de ellos (Mesa-Lago, 2005).

5. De acuerdo a estudios recientes, la globalización (entendida como la exposición a mercados internacionales) ha sido negativamente correlacionada con la asignación de recursos a programas sociales. Ver Avelino et al. "Globalization, Democracy, and Social Spending in Latin America, 1980-1997" y Kaufman & Segura-Ubiergo, Globalization, Domestic Politics, and Social Spending in Latin America: A Time-Series Cross-Section Analysis, 1973-97".

Cuadro 4: Años en que gobiernos de ALC promulgaron leyes reconociendo la salud como derecho universal

País	Derecho Constitucional	Ley Específica
Argentina	No Consagrado	Ley N°23.661 de 1989
Bolivia	Constitución de 1967	Decreto Presidencial N°25.265 de 1998
Brazil	Constitución de 1988	Ley N°8.080 de 1990
Chile	Constitución de 1980	Ley N°19.966 de 2005
Colombia	Constitución de 1991	Ley N°100 de 1993
Costa Rica	No Consagrado	Ley General de Salud N°5395 de 1973
Cuba	Constitución de 1976	Ley N°41 de 1983
República Dominicana	No Consagrado	Ley N°87 de 2001
Ecuador	Constitución de 1996	Ley N°80 RO 670 de 2002
El Salvador	Constitución de 1983	Decreto Legislativo 775 of 2005
Guatemala	Constitución de 1985	Ley de Desarrollo Social, Decreto N°42 de 2001
Guyana	Constitución de 1980	Ninguna
Haití	Constitución de 1987	Ninguna
Honduras	Constitución de 1982	Código de Salud de 1991
Mexico	Constitución de 1917	Ley General de Salud de 2003
Nicaragua	Constitución de 1987	Ley General de Salud N°423 de 2002
Panama	Constitución de 1972	Ley N°27 de 1998
Paraguay	Constitución de 1967	Ley N°836 de 1980
Perú	Constitución de 1993	Ley N°27.812 de 2002
Uruguay	No Consagrado	Ley N° 18.211 de 2007
Venezuela	Constitución de 1999	Decreto de Ley 2944 de 1998

FUENTE: Elaboración propia basada en documentos legales de los países y fuentes secundarias

Los países de la región también adoptaron una serie de reformas a sus sistemas de salud con un fuerte énfasis en medidas para incrementar la costo-efectividad y la sostenibilidad financiera y para otorgar un rol más importante al sector privado. Sin embargo dichas reformas no lograron los resultados esperados y se asiste hoy en día a un énfasis renovado en el rol del Estado para garantizar la protección social y el acceso equitativo a servicios de salud (FLACSO-Banco Mundial, 2002; Levkovitz, E., Acuña, C., 2003; OIT, 2003).

Cuadro 5: Reformas sectoriales de salud de los años '80 y '90 en los países de ALC

Cambios asociados con la reforma	Problemas
Se realizó separación de funciones (rectoría, provisión, financiamiento, aseguramiento) en muchos países. El sector privado adquirió mayor importancia en el aseguramiento y en la provisión de servicios de salud	La creación, promoción y desregulación de los mercados del aseguramiento y provisión condujo a la multiplicación de agentes intermediarios en competencia, lo cual intensificó la fragmentación al interior del sistema, elevó los costos de transacción y debilitó el rol rector del Ministerio de Salud en muchos países
Se introdujo la idea de disciplina fiscal en el sector público de salud, con énfasis en la sostenibilidad financiera. Se inició la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento en salud	El gasto público se redujo drásticamente en la mayoría de los países. La introducción de cuotas de cobro a los usuarios y otros mecanismos de pago en el punto de atención aumentaron el gasto de bolsillo en la mayoría de los países
En muchos países mejoró la gestión de servicios, en algunos casos a través de la implementación de compromisos de gestión. Se inició la aplicación de criterios de eficiencia y efectividad en la provisión de servicios de salud.	La creciente competencia entre aseguradores y/o proveedores sin regulación estatal efectiva profundizó la segmentación dentro de los sistemas de salud. La introducción de incentivos económicos a la provisión de servicios de salud individual llevó a la priorización de servicios curativos por sobre acciones preventivas
Se implementaron mecanismos de focalización para extender cobertura y alcanzar a las poblaciones marginadas.	La introducción de paquetes básicos para los pobres profundizó la segmentación de los sistemas de salud. La creación de fondos separados para aquellos con capacidad contributiva y para los que no pueden contribuir condujo a la pérdida de solidaridad al interior del sistema y profundizó la inequidad en el acceso a los cuidados de salud así como en los resultados de salud. La cobertura no aumentó como se esperaba
La transparencia en el manejo administrativo, la calidad del servicio, la capacidad de respuesta al usuario y la libertad de elección del proveedor adquirieron un rol central en el desempeño de los sistemas de salud. Los derechos de los pacientes y usuarios se hicieron explícitos en muchos países	El incremento de la demanda por servicios de salud inducido por la promoción de derechos de los usuarios/pacientes no se acompañó de intervenciones destinadas a mejorar la provisión de dichos servicios
En la mayoría de los países se descentralizó la administración de los servicios de salud con el fin de aumentar la participación local en la administración de dichos servicios	Procesos incompletos de descentralización profundizaron la falta de rectoría y la inequidad geográfica en la provisión de servicios de salud

FUENTE: Elaboración propia basada en Fleury, S. 2003; OIT, 2003; Levkovitz E. y Acuña, C., 2003; Levkovitz, 2006; Mesa-Lago, 2006; Sojo, A. 2001; Banco Mundial, 2006; OMS, 2006; CEPAL, 2005; Perfiles de sistemas de salud de la región de ALC 2000-2006, OPS/OMS.

Aún cuando varios países de la región implementaron hace tiempo esquemas de protección social en salud que incorporan a la población materna e infantil, sólo recientemente la mayoría de los gobiernos ha mostrado un fuerte compromiso para abordar las necesidades de esta población de una forma más sostenible, influenciados de manera importante por el establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM. Algunos de estos países han implementado esquemas de protección social en salud para madres y niños en el contexto de iniciativas sociales y económicas más amplias, como parte de los Programas Estratégicos de Reducción de la Pobreza del Banco Mundial (PERP), la estrategia del Fondo Monetario Internacional hacia los Países Pobres Altamente Endeudados (PPAE) u otras iniciativas realizadas en conjunto con la comunidad internacional. Este compromiso se ha traducido en la creación o mejoramiento de una serie de esquemas de protección social en salud en la región.

Mientras algunos países han desarrollado programas focalizados, como el caso de Bolivia, Ecuador, Perú y Argentina, otros como Brasil y Chile han fortalecido sus estrategias de protección materno-infantil en el contexto más amplio de esquemas universales de protección social en salud. Es importante destacar que muchos países han implementado una mezcla de intervenciones dirigidas a proteger la salud de las madres, los recién nacidos y los niños.

3

MARCO CONCEPTUAL

3.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ESQUEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (EPSS) VIGENTES EN LA REGIÓN

3.1.1 ¿QUÉ ES UN ESQUEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD?

Para los propósitos de este estudio, un Esquema de Protección Social en Salud (EPSS) fue definido como una intervención pública dirigida a permitir que grupos y/o individuos satisfagan sus necesidades y demandas en salud mediante el acceso adecuado a las atenciones de salud y/o a otros bienes, servicios u oportunidades de salud en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, independientemente de su capacidad de pago. Esta definición se origina en el marco conceptual de 'Extensión de la Protección Social en Salud' de OPS/OMS – OIT, que define la Extensión de Protección Social en Salud como "la garantía que la sociedad otorga, a través de distintas autoridades públicas, de que todos los individuos o grupos de individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas en salud a través del acceso adecuado a los servicios de cualquiera de los subsistemas de salud existentes en el país, independientemente de su capacidad de pago".⁶

Lo que se encuentra en el centro de ambas definiciones es la idea de asegurar acceso a servicios de salud adecuados –esto es, en adecuadas condiciones de calidad, oportunidad y dignidad- para todos, sin que la

6. OPS-OMS, Resolución CSP26.R.19 de septiembre 2002.

situación económica del individuo o del hogar constituya una barrera de acceso. De acuerdo a Carrin y James (Carrin G. y James C., 2004) esta idea incorpora dos diferentes dimensiones de cobertura: cobertura de servicios de salud (servicios de salud adecuados) y cobertura de población (servicios de salud para todos). Esta idea también pone en juego una tercera dimensión: protección financiera (independientemente de la capacidad de pago) a través de la solidaridad en el financiamiento.

El concepto de protección social ha variado en el tiempo. En un comienzo respondía a la noción de “redes de seguridad” (safety nets)⁷, comprendida como “asistencia social minimalista en países demasiado pobres y administrativamente débiles como para introducir programas de bienestar social integrales” (Banco Mundial, 1993). Las redes de seguridad estaban dirigidas a proporcionar asistencia pública a aquellos que no podían arreglárselas de otro modo, con el objetivo de mantener a las personas fuera de la pobreza, garantizando un ingreso mínimo para satisfacer las necesidades básicas (Bonilla y Gruat, 2003; IDB, 2001). En este contexto, las redes de seguridad operan como un cojín temporal contra eventos específicos, principalmente a través de un mecanismo de transferencia de ingresos. Tal como Unger et al apuntan, es bienestar residual –no solidaridad– el valor que subyace al concepto de redes de seguridad (Unger et al, 2006). Este enfoque también contempla un rol limitado para el gobierno, favoreciendo por lo general soluciones provenientes de la sociedad civil y el sector privado.

La preocupación por la equidad y los derechos humanos en relación al acceso a servicios de salud, así como la magnitud y el carácter sostenido de la pobreza en algunos países, obligaron a re-conceptualizar la noción de protección social en salud. A pesar de que el enfoque de redes de seguridad aún es ampliamente utilizado, no logra abordar los determinantes estructurales que generan vulnerabilidad. Tampoco reconoce que el Estado puede tener un rol fundamental en proveer mecanismos para aumentar y mejorar el acceso de la población vulnerable a servicios de salud (OIT, 2003).

Con la expansión del trabajo asalariado a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, los esquemas de protección social relacionados con el empleo empezaron a tomar forma para cubrir un rango más amplio de riesgos, tales como desempleo, invalidez debido a la edad, accidentes o lesiones en el lugar de trabajo. De este modo, la protección social evolucionó de tener una función de red primaria de seguridad, a una función dual de protección y prevención de riesgos en el lugar de trabajo. Con el paso del tiempo se introdujeron mecanismos para la redistribución y asignación de los recursos y como resultado, el concepto de

7. La idea de protección social como redes de seguridad puede trazarse hasta la Ley del Pobre inglesa, cuya vigencia se extendió desde 1598 hasta 1948.

riesgo individual evolucionó hacia un enfoque colectivo del riesgo. Así, la solidaridad entre los asegurados se convirtió en un aspecto central de la protección social. Dos modelos de protección social –uno basado en la solidaridad entre los actores del mundo del trabajo (modelo Bismarckiano) y el otro basado en la solidaridad de la sociedad como un todo (modelo Beveridgiano)- serían aplicados más tarde, en diversas versiones, en toda Europa y también en el mundo en desarrollo.

En la década de los '90, el Banco Mundial desarrolló un nuevo enfoque de protección social, el llamado enfoque de 'manejo social del riesgo' (Banco Mundial 1999; BID 2000). Su objetivo es apoyar a los individuos, hogares y comunidades a enfrentar diversos riesgos, tales como el riesgo de caer en la pobreza. En el ámbito de salud, el enfoque contempla tanto reducir la exposición a riesgos a través de intervenciones focalizadas como aliviar las consecuencias de dicha exposición a través de la distribución de los riesgos en esquemas de aseguramiento, privados o informales. El enfoque se basa en la capacidad individual de manejar los riesgos y su objetivo es el bienestar individual. No considera la redistribución interpersonal del ingreso o de recursos como necesaria para lograr una mejor distribución del bienestar (Doryan et al. 2001 p.11).

Hoy en día, el crecimiento del trabajo informal, los cambios demográficos asociados al aumento de la expectativa de vida al nacer y una mayor movilidad vinculada a los movimientos migratorios han impulsado a muchos países, tanto industrializados como en desarrollo, a re-examinar sus sistemas de protección social. Con el fin de satisfacer mejor las necesidades cambiantes de las personas y para adaptarse a la creciente vulnerabilidad del mundo globalizado, el concepto de protección social en salud necesita ser ampliado (Bonilla y Gruat, 2003) e ir más allá de los enfoques de "redes de seguridad" y "manejo social del riesgo" –los cuales sólo consideran mecanismos de protección económica para hacer frente a eventos específicos- para abordar aquellos factores que se encuentran incrustados en la estructura social y que generan exclusión e inequidad en el acceso a los cuidados de salud (OPS/OMS 2003; Levcovitz E., Acuña C., 2003; Jordan, B., 1996).

3.1.2 ¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS EPSS?

Los esquemas de protección social en salud son importantes porque juegan un rol fundamental en mejorar el acceso a los cuidados de salud. Aún cuando no son necesarios ni suficientes para obtener servicios de salud, en la práctica siguen siendo uno de los factores más importantes para mejorar el acceso a dichos servicios. Los países industrializados

disminuyeron a la mitad su mortalidad materna a principios del siglo XX proporcionando servicios profesionales de matronas al momento del parto. La redujeron aún más -hasta alcanzar las cifras actuales- al mejorar el acceso a los servicios de salud después de la Segunda Guerra Mundial, a través de la implementación de esquemas de protección social Bismarckianos o Beveridgianos (OIT, 2003). Un número significativo de países en desarrollo han seguido el mismo camino en las últimas décadas (OMS, 2005).

El Comité Sobre las Consecuencias de la Falta de Aseguramiento en los EE.UU. encontró que los niños sin seguro médico tienen una probabilidad tres veces mayor de no recibir cuidados regulares de salud que los niños con cobertura (Instituto de Medicina, 2001). Uno de los principales roles de un esquema de protección social es la protección financiera. Como muestra la tabla 3, aquellos países de la región de ALC que poseen sistemas débiles de protección social en salud generalmente exhiben un gasto de bolsillo cercano o mayor al 50% del gasto total en salud. En estos países, el gasto de bolsillo en salud es mucho mayor en el quintil más pobre y representa la principal barrera de acceso a los cuidados de salud (OPS/OMS, 2003).

El género también parece jugar un rol en el gasto de bolsillo en salud. Las encuestas de hogares que incluyen información sobre gastos individuales, muestran que el gasto de bolsillo en salud de las mujeres es sistemáticamente más alto que el de los hombres en Brasil (1996-1997), República Dominicana (1996), Ecuador (1998), Paraguay (1996) y Perú (2000) (Naciones Unidas, 2005; CEPAL, 2005). Disminuir el gasto de bolsillo en salud, especialmente entre los pobres, es una meta establecida en muchas intervenciones como forma de eliminar las barreras económicas al acceso a los cuidados de salud y mejorar los resultados en salud (OMS 2005, OPS/OMS-OIT 2005, OPS/OMS 2003).

3.1.3 CONSTRUYENDO UNA TIPOLOGÍA DE EPSS DIRIGIDOS A O QUE INCLUYEN LA POBLACIÓN MATERNA, NEONATAL E INFANTIL ACTUALMENTE VIGENTES EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Reconociendo la diversidad de EPSS dirigidos a o que incluyen a las madres, recién nacidos y niños en la región, los agrupamos en distintos tipos de acuerdo a las tres dimensiones que surgen de la definición adoptada para los EPSS:

- a. Cobertura de servicios de salud
- b. Cobertura de población
- c. Protección financiera/Solidaridad en el financiamiento



Para cada dimensión se seleccionaron puntos de referencia extraídos de la literatura y considerados relevantes para el análisis de los EPSS en la región. Utilizamos especialmente los trabajos de D. Drechsler & J. Johannes (2005) y F. Colombo & N. Tapay (2004) para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) respecto de los esquemas de seguros de salud así como los estudios de W. Van Ginneken (1996), y A. Bonilla & J.V. Gruat (2003) para la Organización Internacional de Trabajo (OIT) en el campo de la protección social.

Para la primera dimensión, cobertura de servicios de salud, se seleccionaron los siguientes parámetros:

1. Grado de cobertura —es decir, si los beneficios y la cartera de servicios son integrales, complementarios, o suplementarios⁸
2. La existencia de una cartera de derechos garantizados
3. El tipo de provisión

Para la segunda dimensión, cobertura de población, se seleccionaron los siguientes parámetros:

1. Grado de selectividad, es decir, si el EPSS está abierto a toda la población o si está focalizado en un grupo específico de población
2. La población con derecho a cobertura
3. Las condiciones de acceso
4. El grado de distribución del riesgo, es decir el tamaño del pool.

Para la tercera dimensión, Protección financiera/Solidaridad en el financiamiento, se utilizaron los siguientes parámetros:

1. Modo de financiamiento
2. Origen de los fondos
3. Mecanismo de distribución de riesgos⁹
4. Gestión de recursos y el nivel de gestión, es decir, quién administra los recursos y a qué nivel territorial se administran dichos recursos.

8. Según Mossialos y Thomson, un paquete de seguro complementario proporciona cobertura complementaria para los servicios excluidos o no cubiertos en su totalidad por los canales regulares del estado, mientras que los paquetes de seguro suplementarios o substitutivos proporcionan acceso más rápido y dan más opciones al consumidor en cuanto a los servicios que ya están cubiertos por el estado. Ver Elias Mossialos y Sarah Thomson "Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment" en el *International Journal of Health Services* 2002; 32 (1):19-88. Un paquete de seguro integral es aquél que proporciona cobertura total.

9. Según Sekhri y Savedoff, la distribución de riesgos puede estar basada en la comunidad —es decir, transferencias entre personas sanas y enfermas; basada en ingresos —es decir transferencias entre individuos de altos ingresos y bajos ingresos; -o en riesgos individuales —es decir con mínima transferencia de riesgos entre individuos. Ver Neelam Sekhri y William Savedoff "Private health insurance: implications for developing countries", *Boletín de la OMS*, 2005; 83 (2): 127-34

El Cuadro 6 contiene la tipología de los EPSS que resultaron del análisis.

Cuadro 6: Tipología de los Esquemas de Protección Social en Salud (EPSS) dirigidos a o que incluyen la población Materna, Neonatal e Infantil

Tipo	Forma de financiamiento	Origen de los fondos	Mecanismo de distribución del riesgo	Administración y nivel administrativo	Grado de Selectividad	Quién tiene derecho a cobertura	Condición de acceso	Tamaño del pool	Existencia de una cartera explícita de derechos garantizados	Grado de cobertura	Tipo de Provisión
Seguro Público de Salud	Aportes/ cotizaciones	-Impuestos generales -Aporte individual obligatorio -Aporte individual voluntario -Co-pagos	-Basado en la comunidad -Basado en ingresos	Nacional, Min. de Salud	Universal	Individuo	Ciudadanía	Grande	Explícita	Integral	Público-Privada
		-Impuestos generales -Impuestos sobre la nómina -Co-pagos	-Basado en la comunidad -Basado en ingresos	Nacional -Agencia Pública -Sindicatos -Tripartita: Gobierno, Empleadores, empleados	Trabajadores formales y sus familias	Individuo / Dependientes	Condición de empleo (contrato de trabajo)	Grande	Variable	Integral	Público-Privada
Seguro de Salud Materno-Infantil		-Impuestos generales -Cobros a los usuarios -Co-pagos -Primas	Basado en ingresos	Nacional Subnacional - Agencia Pública - Min. de Salud - Gobiernos provinciales	Población objetivo: - Mujeres embarazadas o en edad reproductiva - Niños menores de 5 años	Individuo	-Edad -Prueba de embarazo -Prueba de parto -Prueba de medios económicos	Pequeño	Explícita	Complementaria	Pública
Ampliación del Seguro Social a trabajadores informales		-Impuestos generales -Aportes voluntarios de los trabajadores informales -Aportes Seguro Social	Basado en ingresos	Nacional Subnacional - Agencia Pública - Seguro Social	Población objetivo: -Trabajadores informales, en algunos casos sus familias	Individuo/ Dependientes	Condición de empleo	Grande	Explícita	Complementaria	Público Privada

Tipo	Forma de financiamiento	Origen de los fondos	Mecanismo de distribución del riesgo	Administración y nivel administrativo	Grado de Selectividad	Quién tiene derecho a cobertura	Condición de acceso	Tamaño del pool	Existencia de una cartera explícita de derechos garantizados	Grado de cobertura	Tipo de Provisión
Seguro Nacional de Salud	Impuestos	Impuestos generales	-Basado en la comunidad -Basado en ingresos	Nacional Subnacional - Gobiernos Provinciales	Universal	Individuo	Residencia	Grande	Explicta	Integral	Público Privada
Sistema Nacional de Salud	Impuestos	Impuestos generales	-Basado en la comunidad -Basado en ingresos	Nacional Subnacional Local Min. de Salud Gov. local	Universal	Individuo	Ciudadanía	Grande	No explícita	Integral	Público Privada
Provisión gratuita de servicios de atención primaria	Programas de salud con financiamiento público	Impuestos generales	-Basado en la comunidad	Nacional Subnacional Local Min. de Salud Gov. local	Universal	Individuo Familia	Ciudadanía Residencia	Grande	No explícita	Integral	Pública
Atención Materna e Infantil gratuita		-Impuestos generales -Otros ingresos (prestamos BID/BM)	-Basado en ingresos	Nacional Subnacional Local -Min. de Salud -Gov. local	Población objetivo: Mujeres embarazadas o en edad reproductiva Menores de 5 años	Individuo	Edad Prueba de embarazo Prueba de parto	Pequeño	Explicta	Complementaria	Pública
Transferencia condicionada de dinero	Asistencia Social con financiamiento público	-Impuestos generales -Otros ingresos (prestamos BID/BM)	-Basado en ingresos	Local -Gov. local	Población objetivo: Mujeres embarazadas Madres lactando Menores de cinco años Menores de 12 años con discapacidades Hogares pobres	Familia	Edad Prueba de Embarazo Prueba de medios económicos	Pequeño	Explicta	Complementaria	Pública
Transferencia condicionada de especies		-Impuestos generales	-Basado en ingresos	Local -Min. de Salud -Gov. local	Población objetivo: Mujeres embarazadas Madres lactando Menores de 6 años	Familia	Ciudadanía Prueba de medios económicos Lugar de residencia	Pequeño	Explicta	Complementaria	Pública

FUENTE: Recopilación propia basada en las categorías propuestas por Drechsler, D., Johannes, J., (2005); y Colombo, F., Tapay, N., (2004) para la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos-OCDE y por W. van Ginneken, (1996); y Bonilla y Gruat (2003) para la Organización Internacional del Trabajo-OIT.

De acuerdo a la tipología descrita, los EPSS dirigidos a o que incluyen a la población materna, neonatal e infantil en la región pueden ser clasificados de la siguiente manera:

Cuadro 7: Esquemas de Protección Social en Salud (EPSS) dirigidos a o que incluyen a madres, recién nacidos y niños en las Américas

Tipo	Ejemplo	País
Seguro Público	Fondo Nacional de Salud Seguro Popular de Salud	Chile México
Seguro Social de Salud	Caja Costarricense de Seguridad Social Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Instituto Mexicano de Seguridad Social MEDICARE	Costa Rica Guatemala México Estados Unidos
Extensión del Seguro Social a trabajadores informales	Seguro Social Campesino IMSS-Solidaridad	Ecuador México
Seguro Nacional de Salud	Seguro Nacional de Salud	Canadá
Sistema Nacional de Salud	Sistema Único de Salud Ministerio de Salud ^(*)	Brasil Barbados, Belice, Cuba, Nicaragua, Venezuela
Provisión gratuita de servicios de atención primaria	Programa de Salud Familiar Programa de Salud Familiar Programa Barrio Adentro	Brasil Chile Venezuela
Atención materna e infantil gratuita	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia Seguro Universal Materno-Infantil Seguro Provincial Materno-Infantil Seguro Integral de Salud	Ecuador Bolivia Argentina Perú
Transferencia condicionada de dinero	Bono materno-infantil Programa OPORTUNIDADES Bono Solidario Bolsa Familia	Honduras México Ecuador Brasil
Transferencia condicionada de especies	Plan Nacional de Alimentación Complementaria Plan Nacional de Alimentación Complementaria Programa Vaso de Leche	Chile Argentina Perú

FUENTE: recopilación propia sobre la base de fuentes secundarias

(*) La mayoría de los países latinoamericanos tienen un Sistema Nacional de Salud administrado por el Ministerio de Salud



3.2 ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS EPSS

3.2.1 EL DESAFÍO DE MEDIR EL DESEMPEÑO DE LOS EPSS

La evaluación de las intervenciones de salud pública dirigidas a proporcionar protección social en salud es intrínsecamente difícil debido a los múltiples factores que están involucrados en su diseño, implementación y resultados. Más aún, no existe un método estándar para evaluar el impacto de las intervenciones en salud pública en general –mucho menos las intervenciones públicas orientadas a extender la protección en salud a las madres, recién nacidos y niños- aparte de los enfoques de evaluación monetaria usados en el marco de análisis de costo-beneficio (Nelly M., McDaid, D., Ludbrook A., Powell J., 2005). Algunos de los desafíos que plantea el análisis del desempeño de los EPSS son:

1. **DISTINGUIR CAUSA Y EFECTO.** A diferencia de intervenciones clínicas basadas en el uso de medicamentos y otros procedimientos, las intervenciones en salud pública tales como los EPSS involucran una serie de estrategias y mecanismos para enfrentar problemas multi-causales y complejos, dificultando la identificación de los elementos del esquema responsables de un eventual cambio en la situación. Ello plantea la necesidad de considerar el efecto de factores mediadores o confundentes al implementar estas intervenciones en el mundo real. Kelly et al señalan que la variación en la efectividad y la probabilidad de éxito de las intervenciones están filtradas a través de dos conjuntos de factores mediadores que son, hasta cierto punto, independientes de los mecanismos de la intervención misma. Ellos son el entusiasmo, la experiencia y el compromiso del personal que lleva a cabo la intervención y la infraestructura local para la entrega de servicios (Nelly, M., McDaid, D., Ludbrook, A., Powell, J., 2005). Incluso cuando las intervenciones están bien definidas y circunscritas su desempeño y resultados dependen fuertemente de factores institucionales y otros elementos de contexto, como se puede observar al comparar el impacto de dos programas de nutrición y salud materna e infantil casi idénticos en dos países relativamente similares, Chile y Argentina, durante el mismo periodo de tiempo (Idiart A., 2004).

2. **EVALUAR LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO SOCIAL, POLÍTICO E INSTITUCIONAL SOBRE EL DESEMPEÑO DE LOS EPSS.** Los EPSS son implementados en un contexto que puede influir de manera importante sobre sus logros y deficiencias. Como señalan Travis et al, el entorno general de formulación de políticas, la inestabilidad política y la gobern-

abilidad son algunos de los factores externos al sector salud que pueden impactar la entrega de servicios de salud. Algunos hallazgos sugieren que en ciertos países, este amplio rango de restricciones institucionales y de políticas representa una barrera más importante que la restricción de recursos (Travis, P., Bennett, S., Haines, A., Pang, T., Bhutta, Z., Hyder, A., Pilemleier, N., Mills, A., Evans, T., 2004). Más aún, el contexto socioeconómico tiene implicaciones sobre cómo se diseñan y evalúan las intervenciones en salud pública y debe ser considerado en el análisis (Levcovitz E., Acuña C., 2003; Nelly M., McDaid D., Ludbrook A., Powell J., 2005).

3. IDENTIFICAR QUÉ ASPECTOS DEBERÍAN ANALIZARSE AL EVALUAR UN EPSS. El fin último de los EPSS –asegurar a todos un acceso adecuado a los cuidados de salud sin importar la capacidad de pago- es a menudo un objetivo de largo plazo, lo que plantea la necesidad de identificar indicadores que puedan ser utilizados para indicar el grado de progreso en el corto, mediano y largo plazo. Respecto de los EPSS dirigidos a o que incluyen la salud materna, neonatal e infantil, el análisis debe examinar: a) el impacto del esquema de protección social en salud sobre los principales determinantes de la situación de salud de esta población, b) los mecanismos utilizados para abordar las inequidades en el acceso y utilización de los servicios de salud, incluyendo las barreras de acceso, y c) en qué grado los EPSS mejoran la oferta y calidad de intervenciones específicas altamente correlacionadas con la SMNI, tales como la atención del parto por personal calificado.

4. REALIZAR ANÁLISIS COMPARATIVOS ENTRE PAÍSES. Si evaluar el desempeño de un EPSS específico es difícil, realizar análisis comparativos entre diversos EPSS en distintos países plantea enormes desafíos metodológicos. Travis et al destacan que de todos los desafíos metodológicos en la investigación en sistemas de salud, uno de los temas más conflictivos es el análisis comparativo entre países, debido a que los sistemas de salud operan en contextos tan diferentes (Travis P., Bennett S., Haines A., Pang T., Bhutta Z., Hyder A., Pilemleier N., Mills A., Evans T., 2004). Adicionalmente, los EPSS de los distintos países se encuentran en diversos estadios de maduración complicando aún más la comparación entre países, debido a que la efectividad de un esquema puede estar determinada por su evolución en el tiempo.



3.2.2 HACIA UNA LÍNEA DE BASE PARA EL ANÁLISIS DE LOS EPSS DIRIGIDOS A O QUE INCLUYEN A LAS MADRES, RECIÉN NACIDOS Y NIÑOS

3.2.2.1 ESTABLECIENDO LOS CIMIENTOS

A pesar de las restricciones mencionadas, existe una urgente necesidad de conocer cuáles EPSS, y bajo qué condiciones, se desempeñan mejor en proteger la salud materna, neonatal e infantil, con el fin de informar y apoyar el proceso de formulación de políticas en los países de la región. En la actualidad no existen análisis de las lecciones aprendidas en el área de los EPSS para la población materna, neonatal e infantil en América Latina y es necesario por lo tanto crear una línea de base para el análisis de los EPSS.

Un buen punto de partida es un análisis descriptivo de las fortalezas y debilidades de los EPSS, tomando en cuenta el contexto socio-político así como factores clave del entorno que afectan la SMNI. El análisis se basará sobre cuatro principios, seleccionados de acuerdo a su importancia bien documentada sobre el desempeño de los EPSS y sobre la SMNI (CEPAL, 2005; Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe, 2003; OMS, 2005; NU Proyecto del Milenio, 2005). Dichos principios son:

- I. La equidad es un elemento central para la SMNI y para alcanzar la meta de “salud para todos” de los EPSS. Mejorar la equidad en el acceso y en la utilización de los servicios de salud, así como también en los resultados en salud debería ser un objetivo de cualquier EPSS dirigido a o que incluye a la población materna, neonatal e infantil.
- II. La SMNI está fuertemente vinculada a los determinantes sociales de salud, los cuales tienen a su vez un profundo impacto sobre el desempeño de los EPSS. Los determinantes sociales pueden contribuir a reducir las disparidades en salud o pueden ser una fuente de inequidad, debido a que las madres, niños y niñas pobres, socialmente excluidos, desnutridos y sin acceso adecuado a alimentación, agua y saneamiento tienen una mayor probabilidad de sufrir enfermedades y tendrán menos probabilidades de tener los recursos para buscar –y obtener- servicios de salud de forma oportuna. Los EPSS deberían ser instrumentales en contrarrestar los determinantes sociales que deterioran la situación de salud y/o inhiben la demanda por servicios de salud.
- III. Mejorar la calidad y cobertura de las intervenciones técnicamente apropiadas es crucial para lograr mejores resultados en SMNI. Existe un consenso creciente en torno a la idea de que para que

esto sea posible, los sistemas de salud deben ser fortalecidos y deben incrementar sus capacidades en áreas clave tales como la fuerza de trabajo, el abastecimiento de fármacos, el financiamiento y los sistemas de información. Los EPSS pueden tener un rol en el fortalecimiento de los sistemas de salud mediante la implementación de estrategias integrales e integradas para mejorar la calidad y cobertura de intervenciones técnicamente apropiadas y altamente relacionadas con la salud materna, neonatal e infantil.

- IV. El contexto es importante en el desempeño de los EPSS. El análisis de los EPSS debe estar arraigado a su contexto social, político y económico.

I. LA EQUIDAD ES UN TEMA CENTRAL PARA LA SMI

Los conceptos de equidad/inequidad tienen sus raíces en el marco de la Teoría de la Justicia Distributiva de Rawls (1971), la cual desarrolla la idea de que todos los bienes sociales primarios –libertad y oportunidad, ingreso y riqueza, y las bases del auto-respeto- deben ser distribuidos de manera igualitaria, a no ser que una distribución desigual de uno o todos los bienes represente una ventaja para los miembros de la sociedad menos favorecidos.

De esta idea se desprende que hay al menos tres principios de equidad en salud que es necesario lograr (Oliver, Mossialos 2004):

1. Igual acceso a cuidados de salud para aquellos en igual necesidad de dicho cuidados
2. Igual utilización de servicios de salud para aquellos en igual necesidad de ellos
3. Resultados en salud equitativos

Cada uno de estos tres principios requiere de la satisfacción de distintas condiciones que los hacen más o menos apropiados para los objetivos operacionales de la implementación de políticas dentro del ámbito del sector de salud.

1. Igual acceso frente a igual necesidad se relaciona a la oferta de los servicios de salud y requiere condiciones por las cuales:
 - a) Aquellos con las mismas necesidades –por ejemplo, todas las personas que necesitan tratamiento para diabetes- tengan iguales oportunidades de acceso a los servicios de salud requeridos (esto se denomina “equidad horizontal”) y
 - b) Aquellos con necesidades desiguales o distintas – por ejemplo todas las mujeres diabéticas que también están embarazadas- tengan oportunidades apropiadamente desiguales de acceso a los servicios de salud requeridos (esto se llama “equidad vertical”)

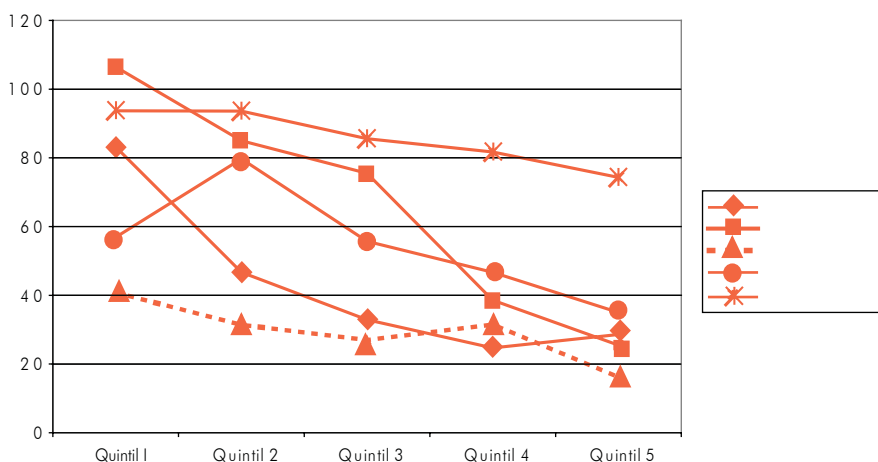
2. Igual utilización de servicios frente a igual necesidad tiene que ver con la demanda por servicios de salud y requiere que aquellos que tienen una misma necesidad de servicios de salud utilicen esos servicios por igual. Cabe notar que satisfacer este principio puede requerir que se anulen razones potencialmente aceptables para el uso desigual de los servicios de salud por parte de aquellos con la misma necesidad –por ejemplo, diferencias en estilo de vida, creencias o niveles de aversión al riesgo–.

3. Lograr resultados equitativos en salud requiere no sólo de la satisfacción de los dos primeros principios sino también de la participación activa de otras áreas de la política fiscal y social que inciden sobre el ingreso, empleo, educación, vivienda, nutrición y otros determinantes macro sociales de la salud.

Aunque existen diversos métodos para medir las inequidades en salud, el más utilizado es la medición de inequidades socioeconómicas, usando el ingreso como variable de clasificación para individuos y grupos –quizás debido a la importancia de la pobreza y la distribución del ingreso como determinantes de inequidad en salud–. La comparación de los resultados en salud entre los quintiles más ricos y más pobres proporciona evidencias sólidas para apoyar la afirmación de que la salud materna, neonatal e infantil está fuertemente vinculada a la equidad (Wagstaff, 2004; Bergman, L., Kawachi, I., 2000; Shen, C., Williamson, J., 1999; Daniels, N., Kennedy, B., Kawachi, I., 2000).

Gráfico 1

Distribución Mortalidad Infantil por Quintiles de Ingresos en Países Seleccionados AMÉRICA LATINA, 1999



FUENTE: DR. Gwatkin et al, "Diferencias socioeconómicas en salud, nutrición y población en países seleccionados. World Bank. Citado en Organización Panamericana de la Salud (OPS), Salud en las Américas, Edición 2002, Washington DC 2002.

Las crecientes inequidades en el acceso de la población materna e infantil a los servicios de salud explican el lento progreso, el estancamiento y, en algunos casos, el deterioro en las tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil registradas a través del mundo, a pesar de la existencia de intervenciones efectivas para prevenir o tratar las principales causas de muerte materna, neonatal e infantil (OMS, 2005). En la Región de ALC por ejemplo, a pesar de avances en la reducción de la mortalidad infantil, las tendencias en mortalidad neonatal prácticamente no muestran ningún progreso en los últimos diez años en una gran cantidad de países. Este estancamiento ha llamado la atención sobre la situación de los recién nacidos y clama por mayores esfuerzos para reducir estas muertes innecesarias (Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe, 2007).

Cada año nacen aproximadamente 11.624.300 de niños en América Latina y el Caribe, de los cuales 348.729 mueren antes de alcanzar su primer año de vida. Cerca de 174.364 de esas muertes ocurren dentro del período neonatal y 60% de las muertes neonatales ocurren dentro de la primera semana de vida. Los recién nacidos mueren principalmente debido a infecciones (32%), asfixia durante el parto (29%) y prematuridad y bajo peso al nacer (24%). Alrededor del 10% muere por anomalías congénitas. La mortalidad infantil (0-11 meses) es un indicador muy sensible de las condiciones generales de salud en un país y es utilizada a menudo como medida de inequidad (Royston y Armstrong 1989; OMS 1996; Shen y Williamson 1999) entre grupos sociales.

La mortalidad materna es mayor en los países más pobres que en los ricos y al interior de los países es significativamente mayor entre los desfavorecidos, los pobres, los indígenas y aquellos que viven en áreas rurales (OPS/OMS 2004; OMS 2005). La mala salud materna es el mayor contribuyente a la carga de enfermedad que afecta a las mujeres en los países en desarrollo y el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es mucho mayor en los países más pobres que en los más ricos (Castro y Camacho 2004). Más aún, los índices de mortalidad materna muestran una mayor disparidad entre las naciones ricas y pobres que cualquier otro indicador usado en salud pública (Shen y Williamson, 1999). En Bolivia, por ejemplo, la cobertura de partos institucionales en 1998 fue sólo de 39% en el quintil más pobre, comparado con un 95% en el quintil más rico (BID, 2004).

Se ha estimado que más de la mitad de las muertes de menores de cinco años a nivel mundial son atribuibles a cinco problemas: diarrea, neumonía, sarampión, VIH-SIDA y malaria (Caulfield y Black, 2002). La desnutrición está asociada a un 60% de esas muertes. Estas condiciones afectan desproporcionadamente a los pobres. La tasa de mortalidad promedio para menores de cinco años en los países industrializados

es actualmente de 6 por 1.000 nacidos vivos, pero se eleva a 274 por 1,000 en el mundo en desarrollo y a 119 por 1.000 en ALC (OMS, 2005). Más aún, la brecha en la tasa de mortalidad para menores de cinco años entre ricos y pobres al interior de los países se ha incrementado en menos cuatro de los países de ALC entre 1986 y 2000 (OMS, 2005).

II. LA SMNI ESTÁ FUERTEMENTE VINCULADA A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

A partir del trabajo pionero de Marmot y Wilkinson en la década de los ochenta, la importancia de los determinantes sociales de salud –definidos como todas las influencias no-genéticas y no-biológicas sobre la situación de salud de la población- han sido ampliamente reconocidos, especialmente como fuente de disparidades entre los grupos desfavorecidos y los que se encuentran en mejor situación en la sociedad (Marmot, M., Wilkinson, R., 1999; Berkman, L., Kawachi, I., 2000). El concepto de determinantes sociales en salud abarca los factores de riesgo individuales –tales como comportamientos riesgosos- y también los llamados “determinantes más amplios” que a su vez incluyen factores sociales, culturales y ambientales tales como posición social, educación, género, origen étnico, ingreso, empleo, vivienda y exclusión social (OMS, 2003; Wanless, 2004; Graham, 2004).

La importancia de las condiciones sociales y económicas sobre la salud materna e infantil ha sido reconocida desde hace mucho tiempo. La reducción de la mortalidad infantil en los últimos cincuenta años ha estado directamente relacionada con la mejoría de la situación socio-económica y de las condiciones de vida (Rashad, H., 1994). Durante la década del '70 el desarrollo socioeconómico y el progreso en las condiciones básicas de vida –es decir acceso a agua potable, saneamiento y nutrición- comenzaron a ser considerados como los factores clave para la mejoría de la salud infantil (OMS, 2005, p.103). Existe además una sólida base de información que indica que la salud infantil depende en gran medida de la situación de salud y educación de la madre, así como del ingreso familiar (Marmot M., Wilkinson R., 1999; Save the Children, 2005; Colmes J., 2002, Wamami et al, 2004). Respecto a la salud materna, Shen y Williamson (1999) encontraron que la situación de las mujeres, medida por indicadores tales como el nivel de educación en relación a los hombres, la edad al momento del primer matrimonio y la autonomía reproductiva son fuertes predictores de mortalidad materna.

Cuadro 8: El contexto social de alto riesgo en salud en la infancia

• Pobreza
• Mala distribución del ingreso
• Altas tasas de desempleo de ambos padres
• Alto nivel de discordia familiar
• Discriminación por género, oportunidades limitadas de educación y bajos niveles de alfabetización, especialmente en mujeres
• Bajos niveles de control de natalidad o lactancia materna
• Ausencia de integración de las mujeres en la participación social y de la seguridad legal y social

FUENTE: “Social determinants of health”, editado por Michael Marmot y William Wilkinson. Oxford University Press, 1999, Capítulo 3, páginas 44-57.

En 1998, UNICEF concibió un modelo conceptual para explicar la morbilidad y mortalidad infantil. Dicho modelo plantea que, entre otros factores, los sistemas políticos, sociales y económicos que determinan cómo se usan y controlan los recursos deben ser considerados para determinar el número y la distribución de niños que no tienen acceso a alimentación, guardería infantil, agua potable, saneamiento y servicios de salud. Este modelo también se puede aplicar a la salud materna y destaca cómo la distribución de poder, influencias políticas y recursos económicos dan forma al patrón de la salud mundial (Global Health Watch, 2005). El modelo identifica la cantidad, calidad y asignación de recursos como causas básicas de desnutrición, muerte y discapacidad infantil a nivel de la sociedad e insuficiente acceso a alimentos, cuidados maternos e infantiles inadecuados, agua y saneamiento de mala calidad y servicios de salud inadecuados como causas subyacentes a nivel de los hogares y las familias.

Graham (2004) propone una ruta para explicar cómo determinantes claves de salud se relacionan entre sí. En ella, los servicios sociales y de salud son considerados determinantes intermediarios de salud, debido a su rol en la provisión de intervenciones preventivas y también por su contribución a la reducción del impacto de enfermedades y lesiones mediante la provisión de cuidados y el apoyo y cuidados a aquellos que sufren condiciones discapacitantes. Por otro lado, cuando los costos asociados con los servicios de atención en salud empujan a las personas hacia la pobreza o aumentan la pobreza ya existente, el mismo sistema de salud se transforma en causa de pobreza y, por lo tanto, en determinante de mala salud (OMS-EURO, 2003, p.13).

Las intervenciones de salud también compensar o reducir los efectos negativos de otros determinantes de salud. Por ejemplo, Holmes plantea que el acceso a y la calidad de las instalaciones de salud a nivel comunitario tienden a sustituir la riqueza del hogar y la educación de la madre en la producción de salud infantil y que la infraestructura de salud pública -como agua potable y saneamiento- tienden a complementar la educación de la madre en la producción de salud infantil (Holmes, J., 2004). En esa misma línea, Barros et al proponen que intervenciones de salud bien diseñadas pueden reducir el efecto dañino de la pobreza sobre la salud infantil (Barros et al, 2003).

De este modo, se puede argumentar que para alcanzar sus metas, los EPSS deben compensar los determinantes sociales que deterioran el estado de la salud o limitan la demanda por servicios de salud.

III. MEJORAR LA CALIDAD Y COBERTURA DE INTERVENCIONES TÉCNICAMENTE APROPIADAS ES CRUCIAL PARA ALCANZAR MEJORES RESULTADOS EN SMNI

Mientras que la salud materna e infantil está en gran medida determinada por factores externos al sector salud, la calidad y el acceso oportuno a los servicios de salud juegan un rol crucial en la mortalidad materna, infantil y neonatal (lunes, R., 2001; OPS/OMS, 2003; Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe, 2003; OMS, 2005). Diversos estudios muestran que el principal factor determinante de la mortalidad materna y neonatal es el retraso en acceder a cuidados adecuados salud por personal entrenado durante el parto y post-parto (Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe, 2003; OPS/OMS, 2004; OMS, 2005).

El concepto de exclusión social en salud se refiere a la falta de acceso de ciertos grupos o personas a un conjunto de bienes, servicios y oportunidades que mejoran o mantienen la condición de salud y que otros individuos y grupos de esa misma sociedad disfrutan (PAHO/WHO, 2003). La exclusión social en salud es un fenómeno multi-causal y sus raíces se encuentran tanto dentro como fuera del sistema de salud. El acceso –entendido como la capacidad del individuo que tiene la necesidad de salud de ponerse en contacto con los mecanismo dirigidos a satisfacer estas necesidades – está determinado en gran medida por la cobertura –definida como la capacidad del proveedor de entregar los bienes y servicios de salud adecuados a quienes lo necesitan-. Por lo tanto, para que haya acceso, se requiere de dos condiciones:

- a) El individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para ponerse en contacto con el proveedor de los bienes y servicios dirigidos a satisfacer esa necesidad (demanda).
- b) El proveedor debe ser capaz de proporcionar el servicio o bien requerido (oferta).

Existen diversos factores dentro y fuera del sistema de salud que afectan la disponibilidad de bienes y servicios en la Región. Al interior de los sistemas de salud, estos factores se encuentran en:

- a) la arquitectura de los sistemas de salud, es decir, su grado de segmentación y fragmentación¹⁰
- b) la forma en la cual se organizan las intervenciones y se asignan los recursos
- c) la distribución geográfica de la red de provisión de servicios

a) Segmentación y fragmentación en los sistemas de salud.

En sistemas segmentados, la cobertura y calidad de las intervenciones de salud es mayor para los grupos de población con mayores ingresos y mejor posición social (OPS/OMS-SIDA, 2003; Behrman, Gaviria y Székely, 2003; Acuña, C., 2005). Las mejoras en la situación económica no alteran esta situación: los datos muestran que en sistemas de salud altamente segmentados, a medida que los países transitan desde un patrón de pobreza generalizada hacia uno de marginación, la brecha entre pobres y ricos en cobertura y utilización de servicios aumenta, para disminuir solamente cuando se alcanza el acceso universal. Si no se adoptan medidas específicas para ampliar la cobertura y promover la utilización de servicios de salud en todos los grupos de la población simultáneamente, la mejora en cobertura para la población total pasará por una fase de desigualdad creciente (OMS, 2005; 2:29-30).

La fragmentación actúa como obstáculo a la cobertura y calidad de los servicios de salud porque la existencia de diversos agentes operando sin coordinación dificulta la estandarización de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones e impide el establecimiento de mecanismos efectivos de referencia y contra-referencia. Estudios realizados en Bolivia, Brasil, El Salvador, Honduras y Nicaragua muestran que uno de los principales problemas para la implementación exitosa de intervenciones para reducir la mortalidad materna, es la dificultad

10. En relación a los conceptos de segmentación y fragmentación, adoptamos las definiciones elaboradas por OPS en 2003: Segmentación es la coexistencia de diversos subsistemas de salud con diferentes arreglos de financiamiento, afiliación y provisión “especializados” en diferentes segmentos de población determinados por el nivel de ingresos y la posición social. Fragmentación es la existencia de muchas entidades y/o agentes no integrados—al interior del sistema o en los subsistemas—que operan sin sinergia alguna y a menudo compitiendo entre sí.

para aplicar dichas medidas en distintos niveles territoriales, debido a la fragmentación existente dentro del subsistema público (OPS/OMS-USAID, 2004).

La segmentación y la fragmentación influyen en gran medida en la forma en la cual se organizan las intervenciones, en cómo se asignan los recursos y cómo se distribuye geográficamente la red de provisión de servicios.

b) Asignación de recursos y organización de las intervenciones en salud

Los sistemas de salud en la mayoría de los países de ALC enfrentan serios problemas de escasez y mala distribución de recursos. Las mayores limitaciones en este ámbito radican en la asignación, distribución y capacitación de los recursos humanos y en la cantidad y distribución del gasto público (CEPAL, 2005 V: 157-71). Lo último también explica la falta de un suministro adecuado de medicamentos y de sistemas de información.

Existe amplia evidencia que indica que el número y la calidad de los trabajadores de la salud se asocian de manera positiva al grado de cobertura de inmunizaciones, al alcance de los servicios de atención primaria y a la supervivencia materna, neonatal e infantil (OMS, 2006). Sin embargo, pocos países de la región de las Américas han tenido éxito en implementar políticas apropiadas de recursos humanos y la mayoría muestra una enorme diversidad en la combinación de habilidades de sus equipos de salud. Nuevamente, la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud han conducido a la persistencia de desequilibrios crónicos en la distribución de los recursos humanos y a un crecimiento asimétrico de la oferta y la demanda de personal entre el sub-sistema público, las organizaciones de Seguro Social y el sub-sector privado. También se observa inequidad entre regiones geográficas al interior de los países, con la fuerza de trabajo del sector salud concentrada en las áreas urbanas ricas (OPS/OMS, 2003).

El subsistema público de salud ofrece pocos incentivos para atraer a profesionales calificados a comunidades pobres o rurales donde las tasas de mortalidad materna son las más altas. Más aún, las habilidades del personal que atiende partos varían enormemente y muchos de ellos no poseen la experiencia o el conocimiento necesarios para tratar adecuadamente las emergencias obstétricas (Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe, 2003 2: 28-33). Un número considerable de países de la región no cuentan con el personal necesario para proveer cobertura mínima de servicios¹¹. En países con

11. 25 profesionales por 10,000 habitantes, de acuerdo a la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto de OMS

baja densidad de personal de salud, la tasa de mortalidad en menores de cinco años es alrededor de 43 x 1.000 nacidos vivos; la razón de mortalidad materna se eleva a 148 x 100.000 nacidos vivos y la cobertura de partos atendidos por personal entrenado no excede de 74% (OPS/OMS, 2006).

El gasto público en salud es más bajo en los países de ALC que en el mundo desarrollado. Más aún, en los países de ALC que tienen sistemas de salud altamente segmentados, el gasto público es regresivo, lo que lleva a que los hogares pobres tengan un gasto de bolsillo proporcionalmente mayor (OPS/OMS, 2003; CEPAL, 2005 V: 160-61; OPS/OMS: Indicadores Básicos de Salud 2005). Sólo Costa Rica, Chile y Uruguay muestran un patrón progresivo de distribución del gasto público, es decir, concentrado en los grupos de menores ingresos (CEPAL, 2005 V: 160-61). Cuando el gasto público es bajo y regresivo, es difícil asegurar el apoyo financiero y la sostenibilidad económica de los servicios materno-infantiles a la población de bajos ingresos.

c) La distribución geográfica de la red de entrega de servicios y la infraestructura de salud.

La concentración de infraestructura para la entrega de servicios de salud en las áreas urbanas más ricas en muchos países de ALC conduce a la falta de cobertura en los territorios pobres, rurales y aislados. Por ejemplo, los establecimientos que proveen Servicios Obstétricos Esenciales (SEO) con frecuencia no están disponibles en esas áreas (Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe, 2003 2: 28-33), de modo que las personas que viven en esos territorios –a menudo pobres y de origen indígena– se encuentran excluidas del acceso a estos servicios de salud.

Esto deja a las mujeres con pocas opciones para los cuidados perinatales y el parto. Pueden dar a luz en sus hogares o viajar a hospitales distantes. Para las mujeres que viven en áreas rurales, viajar para consultas médicas a menudo es caro tanto en términos de transporte y de tiempo, lejos de la familia y el trabajo. El desequilibrio resultante de la centralización de la red de provisión de servicios y de cuidados médicos en las ciudades más ricas es una de las causas principales de mortalidad materna y/o infantil en Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala y México (OPS/OMS, 2003; Flores, W., 2005; Schwartzman, S., 2006¹²; Banco Mundial, 2006 7: 142-48).

12. Simon Schwartzman. Presentación en la Conferencia "The Struggle for Social Inclusion in Brazil. Policies to Combat Poverty and Inequality", Wilson Center, Brazil Program, Washington, DC, febrero de 2006.

IV. EL CONTEXTO ES IMPORTANTE EN EL DESEMPEÑO DE LOS EPSS

Como se mencionó en la sección 3.2.a, los esquemas de protección social en salud no se crean ni funcionan en el vacío. El contexto político, social y económico en el que se diseñan e implementan dichos esquemas –incluyendo factores tales como fortaleza institucional, gobernabilidad y asuntos relativos a género y etnicidad– pueden tener una gran influencia en el desempeño global del esquema de protección en salud. Más aún, es necesario tener en mente que para ser sostenible, la implementación de un determinado esquema de protección social en salud debe dar cuenta de la concepción que esa sociedad posee acerca del Estado y su función de bienestar social.

La gobernabilidad puede ser definida como el ejercicio de autoridad política, económica y administrativa en el manejo de los asuntos de un país en todos los niveles¹³ (PNUD, 1997) y también como el arte de conducir sociedades y organizaciones y el proceso mediante el cual, dentro de tradiciones aceptadas y marcos institucionales, se articulan intereses de diversos sectores de la sociedad, se toman decisiones y los tomadores de decisión se hacen responsables de sus decisiones (Plumptre y Graham, 2000). Bajo cualquier definición la gobernabilidad es clave para darle forma al EPSS de una manera orgánica, estableciendo un acuerdo público respecto de lo que debe hacer, reuniendo a los grupos de interés para realizar procesos estructurados de negociación, proveyendo el marco institucional para el funcionamiento del EPSS y promoviendo la solidaridad en la sociedad. Una gobernabilidad débil impide que el EPSS desarrolle su potencial y compromete su sostenibilidad en el tiempo.

La organización y funcionamiento de un EPSS requiere más que voluntad política. Requiere instituciones públicas sólidas a todos los niveles, que puedan hacerse responsables del proceso de toma de decisiones y que respondan a las necesidades de la población. Esto incluye supervisión por parte del aparato legislativo, un sistema judicial justo y transparente y reglas administrativas firmes y claras para asegurar que los recursos públicos son utilizados para alcanzar el máximo impacto en cuanto a los resultados de salud y no dilapidados mediante corrupción o mala administración (DFID, 2005). La falta de transparencia, monitoreo y evaluación de las políticas de protección social en salud limitan las posibilidades de retroalimentación y obstruyen una administración de recursos basada en resultados, ocasionando gastos ineficientes en programas que no cumplen sus objetivos establecidos.

13. Op. Cit. 3

Cuadro 9: Causas de la exclusión en salud

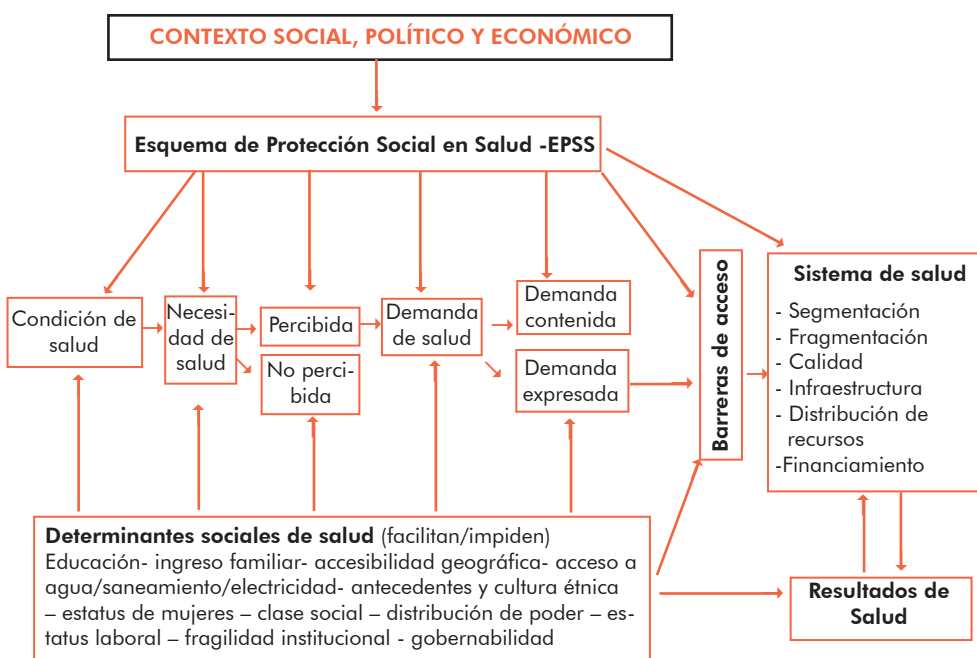
Dimensión	Causa	Área	Categoría
Interna del sistema de salud	Segmentación, Fragmentación	Arquitectura del sistema	a. Sistema de salud dividido en sub-componentes especializados en grupos de población de acuerdo a ingreso y posición social b. Agentes dentro del sistema operando sin coordinación en forma no sinérgica
	Regulación/fiscalización débil	Organización del sistema	Incapacidad de hacer cumplir las reglas y regulaciones
	Déficit de infraestructura	Provisión de bienes y/o servicios de salud	Falta/insuficiencia de establecimientos de salud
	Asignación/distribución inadecuada de los recursos	Provisión de bienes y/o servicios de salud	Falta de recursos humanos y/o tecnológicos, medicamentos, insumos médicos, equipamiento
	Mala calidad de los servicios que conduce a auto-exclusión	a. Calidad técnica b. Contacto en el punto de servicio	a. Errores en diagnóstico y/o tratamiento que redundan en falta de acceso a los servicios requeridos b. Tratamiento irrespetuoso al público, discriminación, establecimientos en mal estado
Externa al sistema de salud	Barreras que impiden al acceso al los servicios de salud	Geográfica	Aislamiento geográfico
		Económica	Incapacidad para financiar servicios de salud
		Cultural/étnica	Servicios de salud provistos en un idioma o modalidad que el usuario no entiende o que está en conflicto con sus creencias
		Género	Servicios de salud provistos sin adecuada consideración de las necesidades específicas de género
		Situación de empleo	Subempleo, empleo informal, desempleo
		Infraestructura pública no perteneciente al sector salud	Falta/insuficiencia de agua potable, sistemas de alcantarillado, caminos, transporte
		Provisión de bienes y/o servicios que afectan la situación de salud	Falta/insuficiencia de recolección de basura

FUENTE: Adaptado de "Exclusión en salud en America Latina y el Caribe" OPS/OMS, 2003

El género y la etnicidad son importantes en la implementación de políticas de protección social. Las mujeres que cumplen el rol de proveedoras de cuidados y jefas de hogar son mucho más vulnerables a cambios en las políticas sociales, debido a dichos cambios pueden alterar de forma dramática el equilibrio entre trabajo remunerado y el trabajo doméstico no remunerado (Investigaciones en Reducción de la Pobreza-REPOA, 2006). Adicionalmente, en países étnicamente diversos el EPSS no solo tiene que diseñar mecanismos para evitar la discriminación, sino que además debe adaptar la provisión de servicios de salud a diversas creencias y preferencias culturales.

El contexto económico –es decir, el monto del gasto público, la capacidad de recaudar impuestos, el grado de crecimiento económico, la estabilidad macroeconómica y, más importante aún, el nivel de pobreza- ciertamente le da forma a las políticas sociales y especialmente a las políticas de protección social en salud en la Región. La tendencia creciente a recolectar ingresos a través de impuestos indirectos acumulativos (impuestos a la venta) que tienen bajo impacto redistributivo y el fracaso en la implementación de reformas fiscales en el ámbito tributario, ha dejado a muchos países de la región con una débil capacidad redistributiva y un patrón altamente regresivo de recaudación de impuestos (CEPAL, 2005).

La interacción de los elementos claves descritos se puede representar de la siguiente manera:



4

MARCO ANALÍTICO

4.1 OBJETIVO

El objetivo del análisis es identificar y describir distintos esquemas de protección social en salud (EPSS) actualmente vigentes en países ALC y que dicen relación con la salud materna, neonatal e infantil (SMNI) y desarrollar un análisis comparativo de sus fortalezas y debilidades basado en el marco conceptual desarrollado en el Capítulo 3. Los pasos contemplados en el análisis son:

1. Caracterización del EPSS
2. Caracterización del entorno general en el cual el EPSS es implementado
3. Análisis de las fortalezas y debilidades del EPSS, basado en su habilidad de cumplir con los siguientes parámetros:
 - a) Aumentar la equidad en el acceso y/o utilización de los servicios de salud
 - b) Contrarrestar los determinantes sociales que deterioran el estatus de salud y/o limitan la demanda por servicios de salud
 - c) Extender la cobertura, aumentar el acceso y mejorar la calidad de intervenciones técnicamente apropiadas reduciendo o eliminando una o más causas de exclusión.



4.2 MÉTODO

Se utilizó un análisis descriptivo multicéntrico de tipo transversal basado en revisión de la literatura/Internet y de fuentes secundarias. Siete EPSS fueron seleccionados para el análisis de acuerdo a la disponibilidad de información confiable y a la importancia del esquema en el país, medida por los recursos que le son asignados y por su relevancia en la agenda pública.

4.2.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS EPSS

Cada uno de los siete EPSS bajo estudio fue caracterizado por los elementos listados en el Cuadro 6, de acuerdo a la tipología desarrollada en la sección 3.1 de este documento.

4.2.2 CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL EN EL CUAL EL EPSS ES IMPLEMENTADO

Se creó una matriz para analizar las condiciones que rodean al EPSS. La matriz se basó en el marco de Determinantes Sociales de Salud de Marmot y Wilkinson –explicado en el capítulo anterior– y en los factores contextuales/políticos más frecuentemente asociados con las condiciones de salud, principalmente la fragilidad/fortaleza institucional y gobernabilidad en relación a la estabilidad/inestabilidad política. El análisis es cualitativo y no pretende proveer una medida cuantitativa de cómo los determinantes sociales seleccionados afectan la situación de salud y la demanda por servicios de salud. Para construir la matriz, se utilizaron los siguientes criterios:

Cuadro 10: Criterios para examinar el efecto del contexto sobre la situación de salud y la demanda por servicios de salud

Factor Contextual	Situación	Situación de salud	Demanda por servicios de salud
Pobreza: % de personas viviendo bajo la línea de pobreza	Alta >30%	deteriora	impide
	Baja <30%	mejora	promueve
Nivel educacional: tasa de alfabetización en %	Alta >70%	mejora	promueve
	Baja <70%	deteriora	impide
Proporción de viviendas rurales/ asentamientos remotos	Numerosas >=30% de la población total viviendo en áreas rurales/remotas	deteriora	impide
	Escasas <% de la población total viviendo en áreas rurales/remotas	mejora	promueve
Acceso a agua potable, saneamiento y electricidad	Alto >70% de la población total cubierta	mejora	impide
	Escaso <70% de la población total cubierta	deteriora	impide
Instituciones gubernamentales	Fuertes	mejora	promueve
	Frágiles	deteriora	impide
Gobernabilidad del país	Estable políticamente	mejora	promueve
	Inestable políticamente	deteriora	impide
Desempleo	Alto >25% de población total está desempleada	deteriora	impide
	Bajo < 25% de población total está desempleada	mejora	promueve
Informalidad laboral	Alta > 50% del total de empleos	deteriora	impide
	Baja < 50% del total de empleos	mejora	promueve

Por lo tanto, la matriz del contexto general del país –como muestra el cuadro 11- debe ser interpretada sobre la base de los criterios seleccionados en el cuadro 10.

Cuadro 11: Contexto general del país

Factor Contextual	Situación de salud		Demanda por servicios de salud	
	deteriora	mejora	impide	promueve
Nivel de pobreza				
Nivel educacional				
N° de viviendas rurales/asentamientos remotos				
Acceso a agua potable/saneamiento/ electricidad				
Instituciones gubernamentales				
Gobernabilidad del país				
Desempleo				
Informalidad laboral				

4.2.3 ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL EPSS

Cada EPSS fue analizado de acuerdo a su habilidad para cumplir con los parámetros propuestos en el marco conceptual, tal como se muestra en el Cuadro 12.

Cuadro 12: Fortalezas y debilidades de los EPSS

Parámetro	Desempeño	
	sí	no
1. Aumenta la equidad en el acceso y/o utilización de los servicios de salud		
2. Contrarresta determinantes sociales que deterioran la situación de salud o impiden la demanda por servicios de salud		
3. Extiende la cobertura y/o aumenta el acceso a intervenciones técnicamente apropiadas reduciendo o eliminando una o más causas de exclusión		

Los tres parámetros fueron subdivididos en categorías más específicas con el fin de facilitar el análisis, tal como se observa en los cuadros 13, 14 y 15.

4.2.3.1 EQUIDAD

Cuadro 13: Desempeño de los EPSS: Equidad

Categoría	Desempeño	
	sí	no
1. Aumenta la equidad en el acceso a servicios de salud		
2. Aumenta la equidad en la utilización de servicios de salud		

4.2.3.2 DETERMINANTES SOCIALES

El mismo criterio que se usó para examinar el efecto del contexto sobre la situación de salud y la demanda por servicios de salud (Cuadro 8), fue utilizado para analizar si el EPSS es capaz de contrarrestar los determinantes sociales. Los determinantes sociales seleccionados fueron aquellos ampliamente reconocidos por su efecto sobre la situación de salud de acuerdo a lo planteado en el marco conceptual, sección 3.2.2.1.

Cuadro 14: Desempeño de los EPSS: Determinantes sociales

Categoría	Desempeño	
	sí	no
Contrarresta la pobreza eliminando o reduciendo las barreras económicas		
Promueve una mejor posición de la mujer en su núcleo social		
Promueve los derechos en salud a través de Cartas de Derecho, garantías explícitas, etc.		
Contrarresta el desempleo y el empleo informal eliminando o reduciendo las barreras económicas		
Contrarresta la falta de educación de las mujeres impulsando la demanda por servicios de salud		

4.2.3.3 COBERTURA Y ACCESO

Para analizar si los EPSS contribuyen o no a ampliar la cobertura y aumentar el acceso a intervenciones de salud técnicamente apropiadas, se construyó una matriz basada en las categorías establecidas en el marco conceptual, sección 3.2.2.1. La matriz se dividió en dos componentes: cobertura y acceso. Cada componente se midió a través de un parámetro específico: el número de personas cubiertas por el esquema como porcentaje de la población elegible (cobertura) y el número de

personas con acceso a bienes o servicios en salud proporcionados por el esquema (acceso). Adicionalmente, cada componente se dividió en sus respectivos sub-componentes para intentar explicar la causa del aumento registrado si lo hubiere.

Cuadro 15: Desempeño de los EPSS: Aumento de la cobertura y acceso a intervenciones técnicamente apropiadas mediante la eliminación de una o más causas de exclusión en salud

Categoría	EPSS	
	sí	no
Aumenta la cobertura (número de personas cubiertas como porcentaje de la población elegible)		
Establece una cartera única de beneficios garantizados con la misma calidad, contenidos y condiciones de entrega para todo los grupos socioeconómicos para evitar la segmentación		
Aumenta la coordinación/integración dentro del sistema para evitar la fragmentación		
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud mediante el aumento de la cantidad y competencias de los recursos humanos en áreas anteriormente desprovistas		
Mejora la asignación de recursos y organización de las intervenciones de salud mediante el incremento del financiamiento público asignado al esquema		
El gasto público asignado al esquema es progresivo		
Mejora la distribución geográfica de la red de entrega de servicios y la infraestructura de salud mediante el aumento del número/cantidad de establecimientos de salud, equipos, aparatos médicos y fármacos en áreas previamente excluidas		
Aumenta la cobertura de los sistemas de información		
Aumenta el acceso eliminando o reduciendo las barreras de acceso (número de personas con acceso a bienes o servicios proporcionados por el esquema)		
Elimina/reduce las barreras geográficas		
Elimina/reduce las barreras económicas		
Elimina/reduce las barreras de género		
Elimina/reduce las barreras de empleo		
Mejora el acceso a agua potable, alcantarillado, caminos y/o transporte		
Mejora la recolección de basura		

4.3 CONDUCIENDO EL ANÁLISIS

Se preparó un cuestionario para llevar a cabo el análisis. Para cada intervención se hicieron las siguientes preguntas:

Cuadro 16: Cuestionario

1.	¿Qué tipo de esquema de protección social o intervención se ha implementado?
2.	¿Es universal o focalizado?
3.	¿Qué parámetro de focalización se utilizó? (geográfica-por edad –por ingreso económico-por condición de salud)
4.	¿Cuál es su alcance (nacional-subnacional- local)?
5.	¿Cuánto tiempo de implementación tiene?
6.	¿Se basa en programas o intervenciones previas?
7.	¿Tiene garantías explícitas y/o un plan de beneficios?
8.	¿Quién tiene derecho a cobertura?
9.	¿Quiénes son los beneficiarios entre la población total materna e infantil del país?
10.	¿Qué bienes y servicios cubre?
11.	¿Quién está excluido?
12.	¿Cómo se relaciona con el sistema de salud?
13.	¿Quién lo administra? (sector público-privado con fines de lucro-ONG-donante-agencia de cooperación internacional)
14.	¿Está sujeto a regulación? ¿Quién lo regula?
15.	¿Ha aumentado el gasto público para proveer recursos al EPSS?
16.	¿Ha disminuido el gasto de bolsillo de la población blanco desde que se inició el EPSS?
17.	¿Cómo se financia? (presupuesto, fondos extra presupuestarios, impuestos, contribuciones de afiliados, donantes, otros)
18.	¿Existen mecanismos legales para la operación del esquema de protección social?
19.	¿Ha habido cambios en los resultados en salud después de la implementación del esquema de protección social?
20.	¿Ha habido cambios en los procesos de salud después de la implementación del esquema de protección social?
21.	¿Ha habido cambios en el acceso a los servicios de salud después de la implementación del esquema de protección social?
22.	El esquema de protección social ¿ha aumentado la equidad al interior del sistema?
23.	¿Ha mejorado la situación de exclusión en salud con la puesta en práctica del esquema?

Se utilizaron indicadores para guiar el análisis y en algunos casos como medida de equidad, de acuerdo al marco conceptual descrito en 3.2.b.1.1. No todos los indicadores listados a continuación fueron utilizados para analizar todos los EPSS. Se seleccionaron indicadores específicos de acuerdo a la disponibilidad de información y a su relevancia en el análisis de cada EPSS.

Cuadro 17: Conjunto de indicadores

Categoría	Indicador
Resultados de Salud	- Razón de mortalidad materna (RMM) - Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)
Procesos de Salud	- % de cobertura institucional del parto - % de mujeres con 4 controles prenatales - Número de controles prenatales - % de mujeres con un control prenatal antes del 4o mes de embarazo - % de mujeres controladas por sífilis durante el control prenatal, siguiendo estándares específicos - % de mujeres de origen indígena o afrodescendientes que usan métodos anticonceptivos modernos - Número de casos de tétano neonatal diagnosticados en recién nacidos menores de 28 días - % de niños/niñas entre 12-23 meses con cobertura completa de inmunización (DPT, sarampión, polio y BCG)
Exclusión	- % de mujeres con acceso a parto institucional - % de mujeres con controles prenatales completos - % de niños/niñas con cobertura inmunización completa - % de cobertura para Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años
Equidad	- % de mujeres con acceso a parto institucional según quintil de ingreso/origen étnico/ubicación geográfica (urbana-rural) y tipo de proveedor - Tiempo de espera para mujeres según quintil de ingreso/origen étnico/lugar de residencia - Tiempo de espera para menores de 5 años según quintil de ingreso/origen étnico/género/lugar de residencia - Utilización de servicios maternos e infantiles según quintiles de ingreso - Brecha entre la inmunización contra el sarampión y la BCG según quintiles de género e ingreso

4.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Fuentes secundarias: En esta investigación se usó información proveniente de las encuestas de Demografía y Salud-EDS, del Centro para la Prevención y Control de Enfermedades-CDC, de los Ministerios de Salud, de los Sistemas Nacionales de Estadísticas, de las Cuentas Nacionales de Salud, de OPS/OMS y de encuestas de hogares.

- b. Para la revisión de la literatura se seleccionaron artículos de revistas con sistema de revisión por pares, publicaciones e informes de Universidades, agencias internacionales de cooperación, Bancos de Desarrollo e instituciones académicas en inglés, portugués y español.
- c. La búsqueda en Internet se centró en los sitios Web de las siguientes instituciones:
 - Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional -USAID
 - Banco Interamericano de Desarrollo -BID
 - Banco Mundial
 - Comisión Económica para América Latina -CEPAL
 - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF
 - Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas-UNPFA
 - Global Watch
 - Organización Internacional del Trabajo-OIT
 - Organización Panamericana de la Salud-OPS
 - Organización Mundial de la salud-OMS
 - Partners for Health Reform PHR-Plus
 - Proyecto de Desarrollo del Milenio

4.5 LIMITACIONES DEL ANÁLISIS

La variabilidad de los datos, así como la multiplicidad de EPSS en funcionamiento, su grado de maduración y el amplio rango de determinantes sociales involucrados en cada caso dificultan extraer conclusiones sobre los efectos directos de los EPSS sobre la salud de la población materna, neonatal e infantil. El método analítico utilizado en este estudio permite obtener una visión general sobre cómo los diferentes EPSS se han desempeñado dadas las características y el contexto general en el cual se implementaron. Sin embargo, no es posible establecer relaciones causales o de asociación entre el desempeño de los EPSS y los resultados en SMNI.

5

ESTUDIOS DE CASO

5.1 Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) - BOLIVIA

1). CARACTERIZACIÓN DEL EPSS

El sistema de salud boliviano fue establecido en 1979 y se compone del sector público, la seguridad social y el sector privado. En 1996 el Ministerio de Salud y Bienestar Social lanzó el Plan de Salud “Para Vivir Mejor”, diseñado para fortalecer el sistema de salud y asegurar el acceso universal a servicios individuales, familiares y comunitarios de atención primaria. En el marco del Plan de Salud se han implementado sucesivamente tres EPSS para la población materna e infantil: el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), el Seguro Básico de Salud (SBS) y el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI). A pesar de su nombre, ellos no corresponden a esquemas de aseguramiento sino a programas de atención materna e infantil gratuita, levemente distintos entre sí.

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) fue creado en 1996 con el fin de reducir en un 50% el número de muertes maternas y a la mitad las muertes de niños menores de cinco años debidas a neumonía y diarrea. La creación del programa se basó sobre el supuesto de que reducir las barreras económicas mejoraría el acceso y aumentaría la utilización de servicios de salud. Con este fin, el programa se concentró en proporcionar servicios de salud gratuitos a mujeres embarazadas y a niños menores de 5 años. El SNMN se financiaba con fondos municipales y recursos del Tesoro General de la Nación (TGN) y de la cooperación internacional. Originalmente cubría 26 prestaciones de salud que

luego fueron expandidas a 32, a ser provistas en establecimientos del Ministerio de Salud así como en establecimientos de la Seguridad Social, iglesias y ONGs que habían firmado acuerdos con los Municipios locales. El conjunto de prestaciones incluía cuidados prenatales, trabajo de parto y parto, cuidados post parto, cesáreas, pre-eclampsia, eclampsia y otras emergencias obstétricas, así como cuidados al recién nacido, asfixia neonatal, neumonía, sepsis y diarrea, entre otras (UDAPE/UNICEF, 2006).

En 1998 el SNMN fue reemplazado por el Seguro Básico de Salud (SBS), el cual aumentó a 92 las prestaciones cubiertas por el programa, incluyendo complicaciones del recién nacido, enfermedades de transmisión sexual, cuidados post aborto, y algunos servicios dirigidos a la población general y financiados por programas nacionales (malaria, tuberculosis y cólera). Además de intervenciones de salud, el SBS incluía algunas pruebas de laboratorio, transferencia de pacientes referidas como resultado de emergencias obstétricas y visitas del personal de salud a comunidades rurales sin establecimientos de salud. El SBS no sólo amplió el conjunto de prestaciones sino que además extendió su provisión a todas las mujeres en edad reproductiva y también aumentó la base de proveedores, incorporando a toda la Seguridad Social y a proveedores sin fines de lucro.

Aún cuando el SUMI, creado en el año 2003, retuvo el objetivo de reducir la mortalidad materna e infantil aumentando la utilización de servicios de salud a través de la eliminación de las barreras económicas, también introdujo cambios sustanciales al sistema. Incorporó servicios materno-infantiles de alta complejidad al conjunto de prestaciones provisto, distinguiéndose así de los programas previos que se concentraban principalmente en cuidados básicos de salud. Con el fin de proveer cuidados de nivel complejo, el programa extendió su conjunto de beneficios a todos los servicios de salud institucionales existentes y los hizo disponibles para todas las mujeres embarazadas y hasta 6 meses después del parto y para los menores de 5 años. Este grupo recibía cuidados de salud en los tres niveles de servicios de salud del sistema público, el Seguro Social y en aquellos establecimientos privados designados como proveedores, todos ellos organizados en redes de salud de nivel municipal. Sin embargo el SUMI restringió la cobertura del programa, excluyendo del esquema a la población general y a las mujeres en edad reproductiva.¹⁴

14. Recientemente el gobierno boliviano decidió extender la cobertura de servicios gratuitos a todos los ciudadanos, comenzando por los ciudadanos mayores de 60 años (a través del Seguro de Vejez), para luego incorporar a todos los menores de 21 años y finalmente, a todos los ciudadanos (Seguro Universal de Salud). Sin embargo, la ratificación legislativa del Seguro Universal de Salud y la implementación del Seguro de Vejez se han visto obstaculizadas por desacuerdos entre el gobierno central y los gobiernos locales en relación al financiamiento de los programas.

Cuadro 18: La evolución del seguro universal materno-infantil en Bolivia

	SNMN	SBS	SUMI
Población objetivo	Mujeres embarazadas y niños menores de 5 años	Mujeres embarazadas, menores de 5 años y población general para intervenciones específicas	Mujeres embarazadas hasta 6 meses después del parto y menores de 5 años
Conjunto de beneficios (riesgos cubiertos)	32 intervenciones correspondientes al primer y segundo nivel de atención	92 intervenciones correspondientes al primer y segundo nivel de servicios	Universal, con pocas exclusiones. Incluye servicios complejos y dentales
Financiamiento	2,7% de transferencias de ingresos por impuestos del gobierno central a municipalidades (3,2% del 85% de fondos de "co-participación")	5,4% de transferencias de ingresos por impuestos del gobierno central a municipalidades (6,4% de 85% de fondos de co-participación)	10% de transferencias de ingresos por impuestos del gobierno central + 10% de la Cuenta del Diálogo Nacional ¹ para el Fondo Solidario Nacional -FSN
Distribución de los fondos	Distribución per cápita a municipalidades	Distribución per cápita a municipalidades	Distribución per cápita de transferencias de impuestos centrales + acceso basado en la demanda al FSN para cubrir los déficit
Mecanismo de pago	Reembolso de pago por servicios. Tarifas se establecen en forma centralizada	Reembolso de pago por servicios. Tarifas se establecen en forma centralizada	Reembolso de pago por servicios. Tarifas se establecen en forma centralizada
Administración	Municipalidad reembolsa a los establecimientos de salud	Municipalidad paga al distrito de salud, el cual consolida información de los establecimientos de salud	Municipalidad paga a la Administradora de la red de salud con aprobación previa del Directorio Local de Salud
Tarifas de los reembolsos	Basadas en costos variables (fármacos y otros insumos) + incentivos por partos y otros servicios prioritarios	Basadas en costos variables (fármacos y otros insumos) + incentivos por partos y otros servicios prioritarios	Basadas en costos variables y frecuencia estimada de casos; diferenciadas según niveles de complejidad de los establecimientos
Uso de fondos excedentes	Prohibido; se otorgaban excepciones específicas por una sola vez	Prohibido; se otorgaban excepciones específicas por una sola vez	Uso regular permitido para inversiones en salud

1. La Cuenta de Diálogo Nacional se estableció en Bolivia en el marco de la iniciativa de alivio de la carga de la deuda externa de los PPAAE.

FUENTE: Banco Mundial, 2003

El SUMI también busca:

- i) fortalecer los procesos de descentralización y la participación de organizaciones civiles en la administración de salud a través de la implementación de Directorios Locales de Salud (DILOS) y redes sociales
- ii) fortalecer la participación municipal en el financiamiento de fármacos, insumos y exámenes de laboratorio así como también en el pago a los proveedores de salud participantes por los fármacos, insumos y hospitalizaciones
- iii) proporcionar incentivos a los proveedores a través de un mecanismo basado en pagos por servicios.

El SUMI no sólo dobló los recursos asignados a nivel municipal (a 10% de las transferencias de ingresos por impuestos del gobierno central distribuidas a las municipalidades en una base per cápita), sino además creó un Fondo Nacional de Redistribución, financiado con 10% de la Cuenta Especial del Diálogo Nacional. Estos fondos adicionales no se distribuyen a las municipalidades sobre una base per cápita, pero están disponibles para las municipalidades cuyos recursos son insuficientes para cubrir las necesidades de salud de la población elegible. Por lo tanto, los recursos financieros para el programa provienen de tres fuentes:

- Tesoro General de la Nación – TGN: financia los recursos humanos del subsistema público de salud, el Seguro Social y otros establecimientos afiliados al programa cubren los recursos humanos con sus propios fondos.
- Impuestos: un porcentaje de los fondos de coparticipación (7% en 2003, 8% en 2004 y 10% en 2005) de cada municipalidad se usa para el pago de beneficios.
- Fondo Nacional de Redistribución.

La población beneficiaria se estimaba en 1.600,000 personas al año 2004 - cerca del 74% de la población elegible. Un total de 1.252,157 menores de 5 años, 327.700 mujeres (embarazadas o hasta 6 meses después del parto) y 273.085 recién nacidos estaban cubiertos por el programa.

Cuadro 19: Principales Características del Seguro Universal Materno-Infantil SUMI

Característica	Categoría
Tipo	Atención materno-infantil gratuita
Forma de financiamiento	Financiamiento público
Origen de los fondos	Impuestos generales Otros ingresos: fuentes extra presupuestarias (PPAE II)
Modo de distribución del riesgo	Basado en ingresos
Administración y nivel administrativo	Nacional – Subnacional – Ministerio de Salud Local Gobierno local
Grado de selectividad	Focalizado: Mujeres embarazadas o hasta seis meses después del parto y niños menores de 5 años
Quién tiene derecho a cobertura	Individuo
Condición de acceso	Atributo específico: prueba de edad/prueba de nacimiento/prueba de embarazo
Tamaño del pool	Pequeño
¿Cartera explícita?	Explícita
Grado de cobertura	Complementaria
Provisión	Principalmente pública

2). CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO GENERAL DONDE SE IMPLEMENTA EL EPSS

Información básica Bolivia es un país de bajos ingresos ubicado en la región andina de América del Sur. Al año 2002 el país tenía una población de aproximadamente 9.1 millones de habitantes, de los cuales 37 % vivía en áreas rurales. Más del 80% de la población es menor de 50 años, 13% es menor de 5 años y 48% está en edad reproductiva (15-49 años) (LACHSR, 2004). Bolivia es una república, con un presidente electo y dos cámaras legislativas. Evo Morales, el actual presidente y el primer Jefe de Estado Boliviano de origen indígena, asumió la presidencia del país en Enero de 2006. El presidente Morales ha hecho de la protección social en salud una prioridad, intentando expandir el SUMI hacia un seguro universal de salud.

Etnicidad Bolivia es un país multiétnico, con 36 pueblos indígenas distintos que conforman el 52,3% de la población total del país. Los principales pueblos indígenas son los Aymara (30%) y los Quechua (30%). Muchos de estos pueblos no hablan el español fluidamente. Los pueblos indígenas sufren de exclusión política y social y la tasa de pobreza entre

la población indígena (78%) es mucho mayor que entre los europeo-descendientes (menos de 50%) (UDAPE-OPS/OMS, 2004). De acuerdo a cifras de 2002, el 91,25% de la población indígena no tiene ninguna cobertura del Seguro Social ni de seguros privados de salud (UDAPE-OPS/OMS, 2004). En la sociedad boliviana persisten profundos conflictos relacionados con la distribución del poder, la tierra y la riqueza entre los descendientes de europeos y los pueblos originarios, lo cual plantea una amenaza a la gobernabilidad del país y obstaculiza la cohesión social (UDAPE-OPS/OMS, 2004; Pavez Wellmann, 2005).

Situación económica La mayoría de la población (64,6%) vive en condiciones de pobreza, convirtiendo a Bolivia en uno de los países más pobres de América Latina. La pobreza es especialmente severa en áreas rurales y entre grupos indígenas. Está asociada a altos niveles de disparidad de ingresos, siendo el ingreso promedio del decil más rico 15 veces superior al del 10% más pobre de la población. El desempleo y la informalidad son altos, con 50% de la población desempleada y un 64,1% de los trabajadores insertos en la economía informal. Las mujeres generalmente sufren peores condiciones de empleo, reciben salarios más bajos y tienen menor nivel educacional que los hombres. En 1999, el 16,4% de la población era analfabeta (UDAPE-OPS/OMS, 2004) y en 1997 la Encuesta Nacional de Empleo mostró que 8% de los hombres mayores de 15 años y 22% de las mujeres mayores de 15 años, eran analfabetos (OPS/OMS, 2002).

Situación de salud En el año 2003 la expectativa de vida al nacer era de 65 años; la tasa total de fertilidad permanecía alta comparada con otros países de la región, pero había disminuido de 4,8 en 1993 a 3,8 en 2003. La incidencia de exclusión de los servicios de salud entre la población general es de 77% (UDAPE-OPS/OMS, 2004) siendo el analfabetismo femenino y la pobreza sus principales causas. Según el Banco Mundial, las barreras de acceso que resultan de la diversidad cultural aún constituyen “los mayores desafíos para mejorar la salud entre los pobres en Bolivia” (Banco Mundial, 2004).

La red de provisión de servicios de salud de Bolivia consiste en 40 generales hospitales, 30 hospitales de especialidad, 149 hospitales básicos, 986 centros de salud y 1.408 puestos de salud. De estos establecimientos, 1.995 pertenecen al sector privado, 197 a la Seguridad Social, 254 a ONGs, 101 a la Iglesia y 66 al sector privado.

Los hogares continúan siendo una fuente importante de financiamiento para el sector salud y son responsables del un 30% del gasto total en salud. Entre 1999 y 2001, el costo de los cuidados de salud consumió más del 10% del gasto mensual total en alrededor del 10% de los hog-

ares bolivianos y más del 50% del gasto mensual total en un 1.2% de los hogares. Un 75% del gasto en salud de los hogares se utiliza en la compra de medicamentos en farmacias, este gasto representa un 20% del gasto total en salud del país (MECOVI, 2000).

Cuadro 20: Entorno General en Bolivia

Factor contextual	Condición de salud		Demanda por servicios de salud	
	Empeora	Mejora	Obstaculiza	Promueve
Pobreza	X		X	
Nivel educacional	X		X	
Vivienda rural/asentamiento remoto	X		X	
Acceso a agua/ saneamiento/electricidad	X			
Fortaleza/fragilidad de instituciones gubernamentales			X	
Gobernabilidad del país			X	
Desempleo	X		X	
Informalidad laboral	X		X	

3). ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL EPSS

NOTA: Los objetivos centrales de los tres EPSS implementados en Bolivia, así como sus estrategias de implementación, han sido muy similares. Por lo tanto y considerando el hecho que fueron implementados de manera consecutiva sin interrupción en el tiempo, y también debido a la falta de datos para el periodo 2003, el análisis se centrará en el efecto combinado de los tres esquemas, usando para todos ellos el término genérico SUMI con el fin de facilitar la lectura.

a). ¿Ha aumentado la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud?

La utilización de servicios institucionales de salud materna e infantil cubiertos por el programa aumentó con la implementación del SUMI. Entre 1994 y 2003 el porcentaje de madres que utilizó servicios de salud a través del esquema aumentó de 3.6% a 53.4% y la mayor tasa de crecimiento en la utilización de servicios de salud se concentró marcadamente en el quintil de menores ingresos (UDAPE-UNICEF, 2006). Más aún, entre 1994 y 2003 este quintil, que comprende el mayor número de personas excluidas de los servicios de salud (UDAPE-OPS/OMS,

2004), mostró el mayor incremento en la utilización de atención del parto por personal entrenado, aumentando su cobertura de 5,3% a 21,1% (UDAPE-UNICEF, 2006). La disminución de las tasas de mortalidad materna registrada en el mismo período (y que se comenta más abajo en la sección e) de este capítulo) puede estar relacionada a este aumento en la cobertura.

Sin embargo, persisten dos preocupaciones: (i) en los últimos años, la tasa de aumento de la cobertura ha estado disminuyendo, y (ii) la brecha de equidad entre el medio urbano y rural, entre indígenas y no-indígenas, y entre ricos y pobres, permanece alta. De acuerdo a datos del Ministerio de Salud, en el año 2003 la cobertura de partos institucionales fue de 55% en los distritos municipales más ricos, comparado con 41% de cobertura en los más pobres. De acuerdo a la encuesta MECOVI, en 2001 el 20% del quintil más pobre tenía acceso a atención del parto por personal entrenado, comparado con 89% del quintil más rico. Otros estudios encontraron que, controlando por ingreso y otras características, la probabilidad de tener atención institucional del parto es 29% más alta si la familia vive en áreas urbanas que si vive en áreas rurales, y es 17% menor si el jefe de hogar es de origen indígena (Banco Mundial, 2003).

b). ¿Ha contrarrestado los determinantes sociales que deterioran la situación de salud y/o impiden la demanda por servicios de salud?

Diversos determinantes sociales actúan como factores obstaculizadores en Bolivia, siendo los más importantes la pobreza, la discriminación relacionada con el origen étnico y la posición desventajosa de las mujeres en la sociedad. El SUMI ha contribuido a compensar la pobreza y el desempleo/empleo informal, aumentando la demanda por servicios de salud entre las personas del quintil más bajo de ingresos al eliminar las barreras económicas. Al parecer aún no ha alcanzado a las áreas rurales y las comunidades aisladas ni tampoco ha estimulado significativamente a las mujeres para que demanden servicios de salud. UDAPE encontró que los usuarios más frecuentes de los servicios públicos de salud eran madres urbanas con nivel educacional y de ingresos relativamente altos. Sin embargo, el uso de servicios públicos de salud entre madres sin educación formal aumentó en 300% entre 1994 y 2003, mientras que creció sólo en un 2% en madres con educación post-secundaria (UDAPE-UNICEF, 2006). A la fecha, el SUMI no ha establecido mecanismos para promover el derecho a la salud. Más aún, la discriminación por origen étnico sigue siendo un problema en la provisión de servicios de salud (UDAPE-OPS/OMS, 2004). La incapacidad del SUMI para cubrir adecuadamente a la población mayoritaria de origen indígena, plantea serias limitaciones a su efectividad global.

Cuadro 21: Desempeño del SUMI: Determinantes Sociales

Categoría	Desempeño	
	sí	no
Contrarresta la pobreza eliminando o reduciendo las barreras económicas	X	
Promueve una mejor posición de la mujer en su núcleo social		X
Promueve los derechos en salud a través de Cartas de Derechos, garantías explícitas, etc.		X
Contrarresta el desempleo/empleo informal eliminando o reduciendo barreras económicas	X	
Contrarresta la falta de educación de las mujeres promoviendo la demanda por servicios de salud	X	

c). ¿Ha aumentado el acceso y la cobertura de intervenciones en salud técnicamente apropiadas mediante la eliminación de una o más fuentes de exclusión en salud?

A la fecha, los resultados sugieren que el SUMI ha sido exitoso en remover las barreras económicas de acceso a los servicios de salud, lo cual se evidencia en el aumento observado en la cobertura de servicios prioritarios para la gente que se encuentra en los quintiles de menores ingresos. Sin embargo, a la fecha no ha abordado otras barreras de acceso que constituyen causas importantes de exclusión en salud en el país, como las barreras geográficas.

De acuerdo a la encuesta ENDSA, la atención calificada del parto (médicos, enfermeras) ha aumentado significativamente a nivel nacional, de 27% a 55,3% en 2003.¹⁵ La mayor tasa de aumento se registró entre 1998 y 2000, cuando se implementó el SBS. La utilización de servicios de salud también aumentó para el tratamiento de las neumonías en niños menores de 5 años. De acuerdo a USAID/PHR Plus, al menos parte de este aumento se puede atribuir al SUMI porque es mayor que el aumento en la utilización de servicios no cubiertos por el esquema y es también mayor que el incremento de servicios entregados por proveedores que no participan en el programa. En el caso del control prenatal del cuarto mes, el promedio nacional aumentó su cobertura de 26 % en 1996 a 40% en 2004 (UDAPE-UNICEF, 2006).

15. Otras encuestas demográficas y de salud estiman que la cobertura de atención profesional en el parto (doctores, enfermeras) aumentó de 43,2% en 1994 a 59,3% en 1998. UDAPE entrega cifras de 29% en 1989 y 53.4% en el 2003, con el mayor incremento concentrado entre 1998 y 2003 (UDAPE-UNICEF, 2006).

Los datos disponibles sugieren que el gasto público en salud asignado al SUMI es progresivo porque ha beneficiado principalmente a la población en el quintil más bajo de ingresos. Es importante destacar que el monto de los recursos financieros asignados al esquema ha aumentado de manera estable a lo largo de los años (por ejemplo, las transferencias de ingresos por impuestos desde el gobierno central a los Municipios para financiar el esquema fueron de 2.7% en 1996 a 10% en 2003), aunque el gasto público global en salud disminuyó en un 3.1% entre 1998 y 2002. El aumento de gasto total en salud en el país de 5% en 2001 a 7% en 2002 como porcentaje del PIB fue a expensas del gasto de bolsillo, que aumento en 7,1% en ese período.

El SUMI ha tenido poco impacto en la oferta de servicios de salud, lo cuales están desigualmente distribuidos en el país. La inadecuada distribución de la oferta de salud conduce a problemas importantes de acceso debido a las grandes distancias entre los establecimientos de salud y los hogares y a la baja capacidad instalada en las áreas rurales. Aún cuando un análisis de los resultados del Seguro Básico de Salud (SBS, 1998-2002) muestra que mejoró el financiamiento de salud, fortaleció las prioridades nacionales en salud, promovió la demanda por servicios de atención primaria y empoderó a los usuarios, la cobertura todavía es muy baja en el sub-sector público, con un 30% de población no cubierta (OPS-OMS, 2001 (c)). Aun persisten muchos problemas en el acceso a servicios debido la calidad de los servicios, especialmente en lo concerniente a aspectos técnicos en el tratamiento de emergencias obstétricas y la falta de adecuación cultural en la provisión de servicios de salud. El aumento en la demanda puede haber exacerbado la escasez de recursos humanos y de infraestructura.

El SUMI ha contribuido a superar la fragmentación del subsistema de salud público con respecto a las intervenciones materno-infantiles, estableciendo relaciones explícitas y mecanismos de coordinación entre diferentes niveles territoriales y administrativos dentro del subsistema público. No ha contribuido a reducir la segmentación del sistema de salud, ya que su meta no es la igualación de calidad, contenido y condiciones de entrega de los servicios de salud ofrecidos a diferentes grupos socio-económicos.

Cuadro 22: Desempeño del SUMI: Cobertura y Acceso

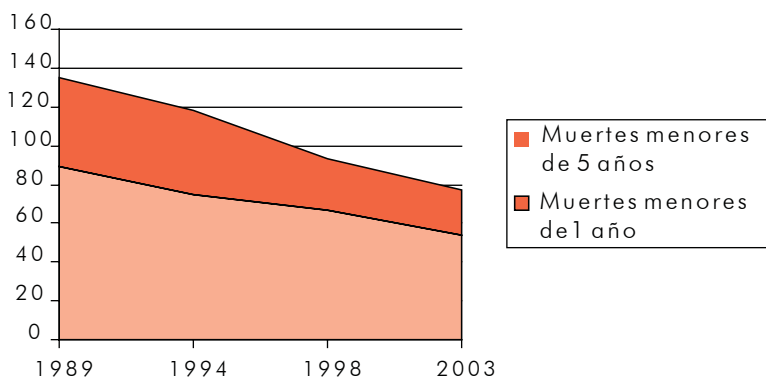
Categoría	SPHS	
	sí	no
Aumenta la cobertura (número de personas cubiertas como porcentaje de la población elegible)	X	
Establece una cartera única de beneficios garantizados con la misma calidad, contenidos y condiciones de entrega para todo los grupos socioeconómicos para evitar la segmentación		X
Aumenta la coordinación/integración dentro del sistema para evitar la segmentación	X	
Mejora la asignación de recursos y la organización de la intervenciones de salud aumentando la cantidad y competencias de los recursos humanos en áreas anteriormente excluidas		X
Mejora la asignación de recursos y organización de las intervenciones de salud aumentando el financiamiento público asignado al esquema	X	
El gasto público asignado al esquema es progresivo	X	
Mejora la distribución geográfica de la red de entrega de servicios y la infraestructura de salud aumentando el número/cantidad de establecimientos de salud, equipos, aparatos médicos y fármacos a la población anteriormente excluida		X
Aumenta la cobertura de los sistemas de información	X	
Aumenta el acceso (número de personas con acceso a bienes o servicios proporcionados por el esquema)	X	
Elimina/reduce las barreras geográficas		X
Elimina/reduce las barreras económicas	X	
Elimina/reduce las barreras de género		X
Elimina/reduce las barreras de empleo	X	
Mejora el acceso a agua potable, alcantarillado, caminos y/o transporte		X
Mejora la recolección de basura		X

d). ¿Han mejorado los resultados en salud?

La tasa de Mortalidad Materna, la tasa de Mortalidad Infantil y la tasa de Mortalidad Neonatal disminuyeron en el período 1998-2003. La tasa de Mortalidad Infantil cayó de 75 x 1.000 nacidos vivos a 54 x 1.000 nacidos vivos y la tasa de Mortalidad Materna bajó de 390 a 229 por 100.000 nacidos vivos en el mismo periodo (UDAPE-UNICEF, 2006). No obstante, estas ganancias no siempre se distribuyeron de manera igualitaria. Mientras que el impacto del esquema sobre el riesgo de mortalidad infantil en las áreas urbanas fue significativo, dicho impacto fue prácticamente nulo en las áreas rurales; al mismo tiempo, el impacto del esquema sobre el riesgo de mortalidad en menores de cinco años fue el opuesto, es decir, se registró un mayor impacto en áreas rurales que

en áreas urbanas (UDAPE-UNICEF, 2006). Estos resultados dificultan extraer conexiones causales entre la implementación de los esquemas y la reducción de la mortalidad infantil. Sin embargo sí se puede argumentar que la tendencia general a la baja en la mortalidad materna y neonatal está ligada al incremento de la atención institucional del parto en los quintiles de menores ingresos, en los cuales se concentra la mortalidad neonatal y materna más alta. El aumento en la cobertura de partos institucionales se puede explicar por la reducción de las barreras económicas logradas con el establecimiento de los tres esquemas de protección social consecutivos. Cabe notar que a pesar de los importantes logros en la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil en los últimos años, dichas tasas todavía son altas comparadas con otros países de la región.

Gráfico N. 2
Tendencias de la Mortalidad Infantil y en
Menores de cinco años 1989-2003



FUENTE: UDAPE/UNICEF, 2006

Cuadro 23: Desempeño del SUMI

Objetivo	Desempeño
Aumenta la equidad en el acceso y/o la utilización de los servicios de salud	Ha aumentado la equidad en el acceso a servicios de salud. Aún existen brechas importantes de equidad
Contrarresta los determinantes sociales que deterioran la situación de salud o impiden la demanda por servicios de salud	Ha contribuido a contrarrestar la pobreza
Extiende la cobertura y/o aumenta el acceso a intervenciones técnicamente apropiadas reduciendo o eliminando una o más causas de exclusión	Ha aumentado el acceso de grupos anteriormente excluidos a través de la reducción de la barrera económica. Ha aumentado la cobertura de intervenciones técnicamente apropiadas

5.2 Programa de Salud Familiar (Program Saúde da Família – PSF) -BRASIL-

1). CARACTERÍSTICAS DEL EPSS

El Programa de Salud Familiar (PSF) es en realidad un conjunto de programas orientados a la comunidad que proporcionan una extensa variedad de servicios de atención primaria de salud. Como instrumento para ejecutar intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Salud, el PSF es considerado como el esfuerzo más importante del gobierno por mejorar la atención primaria de salud en Brasil. El PSF es el marco general para la implementación de una serie de programas de salud más pequeños. Estos incluyen el Programa de Salud Infantil (Saúde da Criança); el Programa de Salud de la Mujer (Saúde da Mulher); el Pacto Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal (Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal), dirigido a reducir las tasas actuales de mortalidad materna e infantil en 75% para el año 2015; y el Programa de Humanización Prenatal y del Nacimiento (Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento) dirigido a mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los cuidados en el pre-parto, parto y post-parto y también al recién nacido.

El PSF se creó en 1994 con el propósito de proveer cuidados preventivos de salud a un segmento más grande de la población a través de i) llegar a los municipios no cubiertos por Centros de Atención Primaria, ii) transformar el modelo de atención de salud de una estrategia pasiva a una más activa que involucrara a la comunidad y iii) proporcionar servicios de atención primaria de alta calidad, especialmente a los pobres. En 1998 el PSF se había convertido en el eje de un modelo de atención basado en los principios de la descentralización, la equidad y la responsabilidad compartida y que prioriza a los grupos con el mayor riesgo de enfermar y morir (Ministerio de Salud, Brasil, 2006).

Los servicios de salud son entregados por un equipo compuesto al menos por un médico de familia, una enfermera y cinco o seis agentes comunitarios que viven en la comunidad y que están entrenados para efectuar actividades de promoción de la salud. Cada equipo es asignado a una unidad territorial específica y es responsable de inscribir y monitorear la situación de la salud de aproximadamente 1.000 familias que viven en el área, proporcionando cuidados de primer nivel de atención y refiriendo a otros niveles de cuidado según sea necesario. La composición del equipo del PSF fue diseñada para promover un sentido de mutua responsabilidad, estimulando para ello la creación de

fuertes vínculos entre el equipo y la población atendida. Típicamente, los médicos y enfermeras entregan servicios en establecimientos de salud ubicados dentro de la comunidad, mientras los agentes comunitarios proporcionan servicios de educación y promoción de salud durante visitas a los hogares.

Los servicios incluidos en el PSF contienen una variedad de intervenciones requeridas así como normas acerca de su implementación. Los equipos del PSF asignan prioridades a acciones específicas de acuerdo al perfil de cada municipio. En 2005, el Ministerio de Salud publicó la “Agenda para la Salud Infantil Integral y la Reducción de la Mortalidad Infantil” (Agenda de Compromisos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil), la cual establece normas para la aplicación de intervenciones de salud materna e infantil en el contexto del PSF. De acuerdo con la Agenda, el conjunto mínimo de intervenciones que debe estar disponible para las madres y los recién nacidos, debe incluir:

- Cuidados prenatales
- Parto institucional (y parto en el hogar en municipios seleccionados en las regiones del Norte, Nordeste y Centro Occidente)
- Cuidados de post-parto
- Emergencias obstétricas, con acceso a camas en las Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI)
- Cuidados inmediatos a los recién nacidos en las salas de parto, con acceso a hospitalización y Unidades de Tratamiento Intensivo.

El PSF es la base para el sistema de “Programación Integrada Consensuada”, que organiza las referencias y contrarreferencias para evitar la fragmentación al interior de sistema de salud (Ministerio de Salud, Brasil, 2006). Es también el centro de un sistema de información de salud unificado: tanto el Sistema de Información Básica de Cuidados de Salud (SIAB) como la Tarjeta Nacional de Salud han sido implementados a través del PSF (Ministerio de Salud, Brasil, 2006).

El financiamiento para el PSF proviene principalmente de transferencias del gobierno federal sobre una base per cápita. El Ministerio de Salud ofrece incentivos a los municipios que consiguen una cobertura mayor del 70% de la población, pagando alrededor de US\$20.000 por equipo por año comparado con US\$10.000 para aquellos municipios con una cobertura inferior al 5%. A la fecha se han hecho inversiones considerables en el PSF.

Cuadro 24: Características principales del PSF

Característica	Categoría
Tipo	Provisión gratuita de servicios de atención primaria
Forma de financiamiento	Público
Origen de los fondos	Impuestos generales
Mecanismo de distribución del riesgo	Basado en la comunidad
Administración y nivel administrativo	Nacional- Sub nacional- Local Ministerio de Salud, Gobiernos locales
Grado de selectividad	Universal
Quién tiene derecho a cobertura	Familia
Condición de acceso	Lugar de residencia
Tamaño del pool	Grande
Existencia de una cartera explícita	No explícita
Grado de cobertura	ColIntegral
Tipo de provisión	Pública

2). CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO GENERAL EN EL QUE SE IMPLEMENTA EL EPSS

Información básica Brasil es un país de ingreso medio-alto ubicado en la región oriental de Sudamérica, bordeando el Océano Atlántico. Es el país de mayor tamaño en Sudamérica y comparte fronteras con cada país sudamericano excepto Chile y Ecuador. Brasil realizó un Censo en agosto del 2000 que reportó una población de 169.799.170, aunque en la actualidad dicha población se estima en 189 millones (Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística IBGE, 2004; 2007).

Economía Brasil tiene la peor desigualdad del ingreso de la región de las Américas y una de las más altas concentraciones de ingreso del mundo. Un estudio reciente del Banco Mundial muestra que el quintil más rico de la población de Brasil recibe el 67,5% del ingreso total del país, mientras el quintil más pobre de la población recibe sólo el 2,1% del ingreso (Banco Mundial, 2000). De acuerdo al IBGE, 57.7 millones de brasileños (35%) se encontraban bajo la línea de pobreza en el año 2003 y 22 millones eran extremadamente pobres.¹⁶ El PIB per cápita nacional (alrededor de US\$9.0000 ppp, de acuerdo al FMI) esconde drásticas inequidades regionales. Las tasas más altas de pobreza se encuentran en las regiones Norte y Noreste, donde 13.8 millones de personas son extremadamente pobres. La pobreza extrema es mayor en

16. Se define pobreza como el porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita menor a la mitad del sueldo mínimo mensual.

pequeños Municipios de menos de 50,000 habitantes, donde los servicios públicos son muy escasos (UNFPA, 2005)

Hubo un progreso considerable en el desarrollo de la mujer en la última década: el analfabetismo femenino bajó en un tercio, a pesar que la tasa de analfabetismo todavía es alta. La tasa de alfabetización de adultos (% en edad igual o mayor de 15 años) fue de 88.4 en 2003 (PNUD-IDH, 2005).

El desempleo alcanzó a 11,5% en el año 2004. Según una encuesta efectuada por el Instituto de Estadísticas IBGE, en 2004 había 2,1 millones de personas desempleadas en las seis áreas metropolitanas más importantes de Brasil. El sector informal ha crecido significativamente, representando alrededor de 25% del total de la población trabajadora del país.¹⁷

Salud Según la OMS (2005), la expectativa de vida en Brasil en 2003 era de 69 años y la tasa de mortalidad en menores de 5 años en 2000 era 23 por mil nacidos vivos. De acuerdo al Banco Mundial (2005), la tasa de mortalidad infantil en 2002 era de 20 por mil nacidos vivos, aunque Macinko et al entregan una cifra levemente superior de 28.9 por 1.000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna reportada por el país en el año 2000 era alrededor de 50 por 100.000 nacidos vivos, pero OMS entrega para ese mismo año una cifra de 260 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos (OMS, 2005). Las muertes por diarrea declinaron en dos tercios entre 1990 y 2002 y las muertes por infecciones respiratorias agudas disminuyeron a la mitad en el mismo periodo (Macinko et al, 2006).

En el año 2000 un 74% de la población total tenía acceso a agua potable y un 64% tenía acceso a saneamiento, con grandes diferencias entre el medio rural y el urbano: 95% de la población urbana tenía acceso a agua potable mientras que sólo 53% de la población rural tenía acceso a este servicio. La brecha de cobertura era similar en relación al saneamiento: 84% de la población urbana y 43% de la población rural de beneficiaban de saneamiento adecuado (OMS/UNICEF, 2001).

La mayoría de la población brasileña – el 83%- está concentrada en áreas urbanas, con la mayoría de los pobres viviendo en asentamientos conocidos como “favelas” (PNUD-IDH, 2005). A pesar de la tendencia hacia la urbanización, llegar a las comunidades alejadas todavía representa un desafío debido a la dimensión territorial y geográfica del país.

17. Artículo en internet: <http://www.brazzilmag.com/content/view/2480/49>



La Constitución Brasileira de 1988 reconoce la salud y la educación como derechos universales. La Constitución también determina que el Estado Brasileiro es responsable de asegurar que cada ciudadano tenga acceso igualitario y gratuito a los servicios de salud. Los cuidados de salud en Brasil se proveen a través de una combinación de dos subsistemas: el subsistema público y el privado. El subsistema público cubre a un 76% de la población a través del Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde – SUS) implementado en 1988 y compuesto por proveedores públicos y privados. El SUS ofrece servicios de salud integrales y gratuitos para todos, independiente de contribución o afiliación. El subsistema privado cubre a 25% de la población, la cual también puede acceder al subsistema público (OPS-OMS, 2005). En un país con disparidades tan enormes, el SUS ha sido un mecanismo importante para igualar el acceso a los servicios de salud.

Una de los objetivos de la creación del Sistema Único de Salud fue la de asegurar acceso universal a los cuidados de salud, especialmente a las poblaciones más vulnerables. Con este fin se implementó un nuevo modelo de atención primaria de salud, basado en los principios de la universalidad, igualdad e integralidad de las intervenciones de salud. En 1991 el Ministerio de Salud implementó el Programa de Agentes Comunitarios de Salud – PACS para abordar el tema de las altas tasas de mortalidad materna e infantil, especialmente en la región del Nordeste de Brasil. El PACS fue el antecesor del PSF, con su énfasis en la familia y su orientación hacia la demanda (Ministerio de Salud de Brasil, 2003). Le siguieron varios programas en la misma línea incluyendo el PSF, el Programa Farmacia Popular -el cual proveía acceso a más de 40 fármacos esenciales- y el Pacto Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.

McGuire (McGuire, 2001) destaca que, a pesar de haber tenido el crecimiento del PIB per cápita más rápido de América Latina entre 1960 y 1995, Brasil tuvo un bajo desempeño en la reducción de la mortalidad infantil. Según este autor, la desventaja socioeconómica de Brasil no fue la causa principal de su retraso en esta área, sino el descuido de los servicios de atención primaria para los pobres. La inauguración del Presidente Fernando Henrique Cardoso en 1995 inició un periodo de énfasis sin precedentes en la atención primaria de salud, a través de la creación del PSF y de los otros programas mencionados en el párrafo anterior. Según el entonces Ministro José Serra (Serra, 2001), el gasto federal en salud en ese periodo creció cerca de 30% en términos reales, mientras que la proporción del gasto total en salud invertida en atención primaria se incrementó de 17% a 25%. El gasto del gobierno general en salud fue de 45,9% del gasto total en salud para el año 2002, mientras que el gasto de bolsillo representó un 34,6% del gasto total en salud en el mismo año (PNUD-IDH, 2005).

Cuadro 25: Contexto general de Brasil

Factor contextual	Situación de salud		Demanda por servicios de salud	
	Deteriora	Mejora	Obstaculiza	Promueve
Pobreza	X		X	
Nivel educacional		X		X
Nº de viviendas rurales/poblados remotos		X		X
Acceso a agua/ saneamiento/ electricidad	X			
Fortaleza/fragilidad de instituciones gubernamentales		X		X
Gobernabilidad del país		X		X
Desempleo		X		X
Informalidad laboral		X		X

3). ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL EPSS

a) ¿Ha aumentado la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud?

El PSF ha tenido hasta la fecha un rol importante en el aumento del acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población anteriormente excluida. De acuerdo con encuestas nacionales de salud, desde 1987 hasta 1997 la proporción de población con acceso a cuidados básicos aumentó de 73% a 95% y la proporción de niños/niñas vacunados rutinariamente aumentó de 53% a 79% (Ministerio de Salud de Brasil, 2001). Desde 1986 hasta 1996, la proporción de mujeres que recibieron servicios prenatales por personal entrenado aumentó de 74% a 85% y los nacimientos institucionales aumentaron de 80% a 91%. Debido a que los brasileños con buena situación económica ya tenían una alta cobertura antes de la implementación del PSF, es razonable asumir que una proporción importante de las mejoras se lograron en la población anteriormente excluida (McGuire, 2001).

En las municipalidades más pobres (aquellas con un ingreso familiar per cápita promedio más bajo que un salario mínimo) la cobertura del PSF se ha expandido de un 10.75% de la población en 1998 a un 58.49% en 2004, mientras que en las municipalidades más ricas (aquellas con un ingreso familiar per cápita promedio igual o más alto que dos salarios mínimos) la cobertura se expandió sólo de 4.27% a 24.89% de la población en el mismo periodo de tiempo. A pesar de esta elevada cobertura, la proporción de madres que no recibían cuidados prenatales era más elevada en el quintil más pobre (21%) que en el más rico (4%).

Del mismo modo, el cuidado prenatal inadecuado era más común entre los pobres (50% en el quintil más pobre vs. 19% en el quintil más rico) (Barros et al. 2005). Según datos del Ministerio de Salud, el programa ha aumentado la cobertura gonal en el país de 15% de la población en 1994 a 42%.7 en el año 2005 (Ministerio de Salud de Brasil, 2006).

b). ¿Ha contrarrestado los determinantes sociales que deterioran el estado de salud y/u obstaculizan la demanda por servicios de salud?

El PSF ha contribuido a contrarrestar los efectos negativos de la pobreza y la informalidad laboral, pero aún se encuentra lejos de alcanzar un éxito completo. A pesar de que la demanda por servicios de salud incluidos en el esquema ha aumentado desde que se lanzó el programa, el hallazgo que los cuidados prenatales inadecuados son más comunes entre los pobres parece indicar que el programa necesita mejorar la calidad de los cuidados, no sólo la cobertura (Barros et. al, 2005). En un estudio efectuado en Sergipe en 2002, Barros et al encontraron que, aún cuando no había diferencia en la demanda por servicios de salud entre las personas de diferentes quintiles de ingreso, aquellos en los quintiles más bajos tenían mucha mayor probabilidad de recibir atención prenatal inadecuada, con cerca de un 50% de las personas pertenecientes a los dos quintiles más bajos recibiendo cuidados prenatales inadecuados, mientras que sólo un 20% de las personas pertenecientes al quintil de ingresos más alto recibían cuidados prenatales inadecuados (Barros et al, 2004).

El PSF también ha contribuido a promover los derechos en salud en al menos algunas áreas mediante la inclusión de garantías específicas: la Política Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos fue lanzada en el año 2005 e incluye programas de planificación familiar para el período 2005-2007 dirigidos a garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, adultos y adolescentes (OPS-OMS, 2005).

Cuadro 26: Desempeño del PSF: determinantes sociales

Categoría	Desempeño	
	sí	no
Contrarresta la pobreza eliminando o reduciendo barreras económicas	X	
Promueve la situación social de la mujer		X
Promueve los derechos en salud a través de Códigos de Derechos, garantías explícitas, etc.	X	
Contrarresta el desempleo/empleo informal eliminando o reduciendo barreras económicas	X	
Contrarresta la falta de educación de las mujeres promoviendo la demanda por servicios de salud	X	

c). ¿Ha aumentado el acceso y/o la cobertura de intervenciones técnicamente apropiadas eliminando al menos una fuente de exclusión de los servicios de salud?

Como programa centrado en el fortalecimiento de la entrega de servicios de salud, el PSF ha contribuido a expandir la infraestructura del sistema de salud a lugares que no tenían cobertura con anterioridad, especialmente los más pobres. En febrero de 2005 el PSF cubría a 83% de los municipios de Brasil, con 21.391 equipos de atención primaria (OPS-OMS, 2005). El programa ha alcanzado la cobertura más alta en el Nordeste – la región geográfica más pobre- con un 49,8% de la población cubierta por el PSF. El PSF también muestra un patrón de expansión de cobertura que ha favorecido a los municipios menos poblados, buscando claramente eliminar las barreras geográficas. Según el Ministerio de Salud, al año 2004 el programa cubría 65,29% de la población que vivía en municipios con menos de 20,000 habitantes, mientras que sólo el 27,5% de la población que vivía en municipios con más de 80,000 habitantes estaba cubierta por el PSF (Ministerio de Salud de Brasil, 2006).

El PSF ha intentado evitar la segmentación mediante el establecimiento de un conjunto de prestaciones que debe estar disponible para todas las madres y recién nacidos con la misma calidad, contenido y condiciones de entrega independientemente de la posición socioeconómica. Sin embargo, persisten los problemas relacionados a tiempos de espera, horarios de funcionamiento y acceso a servicios especializados, laboratorios y servicios de imagenología, lo que impulsa a aquellos que pueden pagar a salirse del programa (Macinko et al., 2005). Según Barros et al., en Porto Alegre, la mayor cobertura que exhibe el PSF entre los pobres es un resultado de la auto exclusión de aquellos con mejor situación económica debido a los problemas de calidad en la provisión (Barros et al. 2005).

Los resultados a la fecha sugieren que el PSF ha sido exitoso en remover las barreras económicas de acceso a servicios de atención primaria, como lo evidencia el aumento observado en la utilización de los servicios por la población pobre. A pesar de que el gasto público en salud ha experimentado alzas y caídas junto a las crisis económicas que han afectado al país, aumentó de 2,76% del PIB en 1990 a 3,6% del PIB en 2002 (Banco Mundial, 1995; PNUD, 2005). La cantidad del gasto público asignado al PSF da cuenta de una parte importante de este aumento. Las transferencias federales solamente representan el 40% del costo del programa, por lo que los fondos locales son muy importantes para su mantención (McGuire, 2001). Dado que la asignación de fon-

dos del Programa ha favorecido a los municipios más pobres, se puede asumir que el gasto público asignado al programa ha sido progresivo. Sin embargo, los hogares son una fuente importante de financiamiento para el sector, contribuyendo con 34,6% del gasto total en salud.

Cuadro 27: PSF: Cobertura y acceso

Categoría	EPSS	
	sí	no
Aumenta la cobertura (número de personas cubiertas como % de la población elegible)	X	
Establece una cartera única garantizada de beneficios con la misma calidad, contenidos y condiciones de entrega para todos los grupos socioeconómicos para evitar la segmentación	X	
Aumenta la coordinación/integración dentro del sistema para evitar la fragmentación	X	
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando el número y capacidades de los recursos humanos en áreas previamente excluidas	X	
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando la cantidad de gasto público asignado al esquema	X	
El gasto público asignado al esquema es progresivo	X	
Mejora la distribución geográfica de la red de entrega de servicios y de la infraestructura de salud aumentando la cantidad de establecimientos de salud, equipos, aparatos médicos y fármacos en áreas previamente excluidas	X	
Aumenta la cobertura de los servicios de información	X	
Aumenta el acceso (número de personas con acceso a bienes y servicios de salud proporcionados por el esquema)	X	
Elimina o reduce las barreras geográficas	X	
Elimina o reduce las barreras económicas	X	
Elimina o reduce las barreras de género		X
Elimina o reduce las barreras de la situación de empleo	X	
Mejora el acceso a agua potable, alcantarillado, caminos y/o transporte		X
Mejora la recolección de basura		X

d). ¿Han mejorado los resultados en salud?

De acuerdo a un estudio efectuado por Macinko, Guanais y Marinho de Souza (2003), el PSF ha contribuido a disminuir la mortalidad infantil en Brasil. En el período 1990-2002, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) disminuyó de 49,7 a 28,9 por mil nacidos vivos. Durante el mismo período, la cobertura promedio del PSF aumentó de 0 a 36%. Un 10% del aumento del PSF fue asociado a un 4,5% de disminución de la TMI, controlando por todos los otros determinantes de salud. Los resultados

indican que el PSF podría contribuir a reducir parte la TMI a través de una reducción de las muertes por diarrea. El PSF también ha sido asociado a un aumento en las tasas de vacunación, tasas de lactancia materna y al manejo materno de la diarrea y las infecciones respiratorias (Emond et al., 2002).

Aun cuando la razón de Mortalidad Materna declinó de 57.1 x 100.000 nacidos vivos en 1999 a 51.6 x 100.000 nacidos vivos en 2006 según datos del Ministerio de Salud, la mortalidad materna todavía es alta en Brasil comparada con otros países de América Latina y muy alta comparada con las cifras promedio de los países con ingresos medios-altos (Ministerio de Salud, 2006). Esto es especialmente cierto cuando se considera que la razón de mortalidad materna calculada por OMS para Brasil es de 260 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, lo cual pone al país muy arriba del promedio latinoamericano de 165 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y sólo por debajo de Bolivia y Perú (OMS, 2007). Ello sugiere que se deben realizar esfuerzos adicionales para mejorar la salud materna a través del PSF.

Según el Ministerio de Salud la tasa de hospitalizaciones disminuyó de 52.3 x 10,000 habitantes a 37.7 x 10,000 habitantes en los últimos tres años (Ministerio de Salud de Brasil, 2005) en las áreas cubiertas por el PSF, lo que indica que el programa ha sido exitoso en el manejo de los problemas de salud en el nivel primario de atención.

Cuadro 28: Desempeño del PSF

Objetivo	Desempeño
Aumenta la equidad en el acceso y/o utilización de servicios de salud	Ha aumentado la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud proporcionados por el programa
Contrarresta determinantes sociales que deterioran la situación de salud o impiden la demanda por servicios de salud	El programa ha ayudado a contrarrestar la pobreza y la falta de educación de las madres
Extiende la cobertura y/o aumenta el acceso a intervenciones técnicamente apropiadas reduciendo o eliminando una o más causas de exclusión	Ha aumentado el acceso reduciendo las barreras económicas y geográficas. Ha aumentado la cobertura (recursos humanos, establecimientos de salud) en áreas previamente excluidas

5.3 Una política de Estado integral y de largo plazo centrada en la protección de la salud materna e infantil: PPSMI -CHILE-

1). CARACTERÍSTICAS DEL EPSS

Chile tiene una larga historia de interés público por la protección de la salud de madres y niños. Los esfuerzos del Estado en este ámbito comenzaron en 1890 con la creación de la agencia de higiene pública y saneamiento. En 1924, con el establecimiento de la seguridad social, el Estado asumió un rol activo en la provisión de cuidados de salud a los trabajadores y sus familias. En 1938 se dio inicio al Programa de Cuidados Maternos y al Programa de Alimentación Complementaria para las esposas de los trabajadores y sus hijos menores de dos años. Ya en 1942, un programa de distribución gratuita de leche extendió su cobertura a niños y mujeres embarazadas sin seguro e indigentes, vinculando la entrega de estos beneficios a los controles de salud. El Servicio Nacional de Salud, creado en 1952, unificó al sistema de salud bajo una única institución pública con un objetivo: proteger la salud materna e infantil. Con este fin, se crearon tres programas: el Programa de Salud Materna y Perinatal; el Programa de Salud Infantil y Adolescente; y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, PNAC. Estos programas funcionan hasta la fecha (Idiart, 2004).

Durante el gobierno socialista de Salvador Allende el PNAC se extendió a todos los niños cursando la educación primaria y a todas las mujeres embarazadas, sin importar su situación de empleo o su condición de ingreso. Se mejoraron los programas existentes, se aplicaron esquemas nutricionales complementarios a la población infantil con problemas de desnutrición, y se enfatizaron los cuidados prenatales. Durante el régimen militar (1973-1989) y a pesar de severas reducciones del gasto público, los programas de salud materna e infantil volvieron a tener primera prioridad. Es importante destacar que la mortalidad infantil bajó de 65 a 20 por 1.000 entre 1974 y 1984, un período en que el ingreso per cápita real cayó de US\$5.184 a US\$4.844 (PPC en US\$, índice de base variable; Pen World Tables, 6,0). Hacia fines de la década de 1970, estos programas cubrían a aproximadamente un 95% de la población de infantil y de mujeres embarazadas (Idiart, 2004).

Según Foxley y Raczynsky, la caída en la tasa de natalidad, especialmente entre los pobres, explica un 25% -30% de la baja en la mortalidad infantil en este período (Foxley y Raczynsky, 1984:233). McGuire sostiene que el resto de la caída se debió en gran parte a una reasignación del gasto en salud (McGuire, 2001). El gobernante militar Augusto Pinochet

disminuyó el gasto en salud, pero canalizó la mayor parte de lo que quedó hacia servicios prenatales, monitoreo nutricional a menores de seis años, cuidados intensivos para niños desnutridos y expansión de la cobertura del PNAC a mujeres embarazadas, madres lactantes y menores de seis años (Hakim y Solimano, 1978; Foxley y Raczynsky, 1984; Castaneda, 1992). A comienzos de la década de los '80 y respondiendo a estudios nutricionales específicos, el PNAC fue transformado en un programa focalizado estrictamente dirigido a la población infantil con problemas de nutrición, con un enfoque curativo.

En 1990, el nuevo gobierno democrático comenzó a promover fuertes políticas sociales. El gasto público en salud se incrementó en un 50% en los siguientes cuatro años para enfrentar el deterioro de la infraestructura pública. Se implementó un programa nacional de inversiones en infraestructura y equipamiento en los hospitales públicos por un total de US\$ 500 millones en seis años (Jiménez de la Jara, Bosset, 1995). Se efectuaron inversiones importantes en establecimientos de atención primaria, con el fin de aumentar el acceso a servicios a este nivel y aliviar la presión en los hospitales y salas de emergencia. Adicionalmente, durante los años '90 ocurrieron importantes cambios en relación al Fondo Nacional de Salud, FONASA y a la implementación de programas específicos que impactaron la salud de madres y niños.

En 1994, el gobierno transformó el Fondo Nacional de Salud, FONASA, de agencia de administración financiera del sector salud a Seguro Público de Salud. En 1996, FONASA lanzó el Plan Nacional de Salud, un paquete de salud integral para toda la población, promoviendo sus modalidades entre el público con una fuerte campaña para atraer afiliados. En el mismo año, FONASA creó la Carta de Derechos de los Pacientes y estableció Unidades de Reclamo a lo largo del país, junto con una campaña para promover los derechos de las personas a la salud. El Plan de Salud de FONASA y la Carta de Derechos de los Pacientes impulsaron la demanda por servicios de salud de calidad, contribuyeron a aumentar la calidad de la provisión de servicios de salud en el sector público y aseguraron el acceso universal al parto institucional y a cuidados prenatales.

Debido a que los pobres concentran tanto los riesgos de salud como una baja capacidad de contribución, inmediatamente después de su transformación a seguro público FONASA se propuso diversificar su cartera de riesgos, atrayendo a diferentes grupos de ingresos y de población. Al hacerlo, empujó a los proveedores públicos a mejorar la calidad de sus servicios. Esta estrategia le ha permitido a FONASA ser financieramente sustentable y mejorar los estándares de calidad en los servicios de salud de todo el sistema.

En 1995 el gobierno lanzó el Plan de Salud Familiar (PSF), para ser entregado a nivel Municipal. El Plan consiste en la provisión gratuita de un conjunto integral de servicios de atención primaria dirigido a satisfacer las necesidades de salud de la familia, enfocándose en el fomento de la salud y cuidados preventivos. Incluye planificación familiar, cuidados pre y postnatales, controles de salud para los recién nacidos, orientación nutricional, visitas domiciliarias, inmunizaciones y la entrega de los productos del PNAC condicionada a la asistencia a los controles de salud. FONASA hace transferencias per cápita a las Municipalidades para asegurar la entrega del Plan y las referencias adecuadas. Mientras más pobre y remota es la Municipalidad, mayor es la transferencia per cápita. El Plan es provisto en todo el país. La matrona es el recurso humano más importante de este programa y el equipo de salud cuenta además con un médico general, un dentista, un nutricionista y un trabajador social (Castro, Camacho OPS/OMS, 2004).

Al año 2002 el PNAC cubría aproximadamente a un 80% de las mujeres embarazadas y los menores de seis años. El Programa es universal y entrega productos con distinta composición nutricional que se distribuyen de acuerdo a la situación nutricional de la persona y siempre ligada a los controles de salud. A través de los años, el PNAC no sólo ha permitido mejorar la situación nutricional de la población materna e infantil, sino que también ha promovido efectivamente una conducta de búsqueda de servicios de atención primaria entre los beneficiarios. En la actualidad el programa se articula con otro programa nutricional que se entrega en las salas de clases a la población escolar (Programa de Alimentación Escolar, PAE), con el fin de asegurar la provisión continua de cuidados nutricionales a esta población (Idiart, 2004).

Cuadro 29: Cobertura del PNAC según grupo etáreo, 2002

Edad	Total de población elegible	Población cubierta	Población cubierta % de la población elegible
0-24 meses	343,044	307,000	89.5%
25-72 meses	679,508	518,000	76.2%
Total de niños	1,022,552	825,000	80.5%
Mujeres embarazadas	93,617	80,903	86.4%
Total PNAC	1,116,169	905,903	81.2%

FUENTE: Riumallo, J., Pizarro, T., Rodríguez, L., Benavides, X. "Programa de suplementación alimentaria y de fortificación de alimentos con micronutrientes en Chile, Ministerio de Salud, Chile.

Para los propósitos del análisis, los beneficios provistos a madres y niños por el Seguro Público (FONASA), el Plan de Salud Familiar (PSF) y el PNAC serán tratados conjuntamente bajo la denominación PPSMI (Política de Protección Social de Salud Materno-Infantil).

Cuadro 30: Características Principales de la PPSMI

Característica	Categoría
Tipo	- Seguro Público de Salud - Provisión gratuita de servicios de atención primaria - Transferencia condicionada en especies
Forma de financiamiento	- Aportes/cotizaciones - Financiamiento público
Origen de los fondos	- Impuestos generales - Contribuciones individuales obligatorias - Contribuciones individuales voluntarias - Co-pagos
Mecanismo de distribución del riesgo	- Basado en ingresos (FONASA) - Basado en la comunidad (Plan de Salud Familiar y PNAC)
Administración y nivel administrativo	- Ministerio de Salud a nivel nacional, sub nacional y local - Gobierno local (Municipalidades)
Grado de selectividad	- Universal (FONASA, PSF) - Focalizado (PNAC): mujeres embarazadas, niños menores de seis años
Quién tiene derecho a cobertura	- Familia (PSF) - Individuo/dependientes (FONASA- PNAC)
Condiciones para el acceso	- Ciudadanía (PSF, FONASA) - Atributo específico: edad/prueba de parto/ prueba de embarazo (PNAC)
Tamaño del pool	Grande
¿Cartera explícita?	Explícita
Grado de cobertura	Integral
Provisión	Público-privada

2). CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO GENERA DONDE SE IMPLEMENTA EL EPSS

Información Básica Chile es un país de ingresos medio-altos ubicado en el cono sur de América del Sur. Según el último censo (2002), el país tiene una población total de 15.116.435 personas, de las cuales el 49,3% son hombres y el 50,7% mujeres. La población urbana representa un 86,6% de la población total y la población rural un 13,4%. En 2001 la tasa de fertilidad era de 2.0 hijos por mujer, una de las más bajas de la región.

Economía La pobreza ha estado disminuyendo en forma constante en el país en los últimos 15 años gracias a una combinación de medidas económicas y sociales. La incidencia de pobreza cayó de 40% en 1987 a 18,8% en 2003, mientras que la indigencia se redujo de 13% en 1987 a 2% en 2001. En el mismo año, la tasa de desempleo fue de 8% y los trabajadores informales representaban el 10% del total de trabajadores (Ministerio de Salud MINSAL, 2004). Según el Banco Central, en 2002 el ingreso per cápita era de US\$ 4.127. El país ha disfrutado de estabilidad política después de que un amplio movimiento social derrotó, a través de un referendo nacional, al gobierno militar que había tomado el poder en 1973 y que gobernó al país por 17 años.

Salud y Educación Los indicadores de salud en Chile están entre los mejores de ALC. Junto a Cuba y Costa Rica, Chile es considerado uno de los países que ha tenido éxito en sus esfuerzos por satisfacer las necesidades básicas de una gran parte de la población (Horwitz, 1987). La esperanza de vida al nacer era de 76,3 años en 2000 y la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años era de 0,8% en 2001. En el año 2002 la tasa de alfabetización de adultos jóvenes (15-24 años) era de 99% y la tasa de alfabetización de adultos era de 96%. La razón de mortalidad materna era 31 por 100.000 nacidos vivos en 2001 y 99,5% de los partos eran atendidos por personal calificado. En el mismo año, el gasto total en salud fue de un 7% del PIB y el gasto público en salud fue cercano al 49% del gasto total en salud. Del 51% de gasto privado en salud, cerca del 40% se usa para pagar primas o contribuciones a los seguros de salud públicos o privados.

Según el Banco Mundial, Chile ha logrado una mejoría considerable de indicadores sociales clave, tales como mortalidad infantil, expectativa de vida y cobertura educacional, a través de una combinación de intervenciones en tres áreas relevantes (educación, salud y vivienda) y a su sistema de programas sociales focalizados. La existencia de una oficina gubernamental específicamente orientada a la planificación de políticas sociales y a la evaluación de estas políticas (el Ministerio de Planificación – MIDEPLAN) también parece jugar un rol en esta mejoría. A pesar de que existe una alta concentración del ingreso en el país, los ajustes al ingreso a través de gasto social reducen de manera importante las disparidades económicas. El impacto de las políticas sociales en la reducción de las inequidades de ingreso ha aumentado a la par del aumento de la asignación presupuestaria a estos programas. Según cifras del 2000, las transferencias de ingreso en subsidios por educación, vivienda y salud incrementan en alrededor del 40% el ingreso de los hogares en los dos quintiles más pobres (Agostini y Brown, 2007).

El actual sistema de salud chileno se basa en el concepto de aseguramiento y exhibe una combinación de aseguradores y proveedores pú-

blicos y privados. El seguro público, llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el asegurador predominante. FONASA atiende a 68,3% de la población, incluyendo a aquellos que eligen afiliarse al seguro público y aquellos que debido a su condición de pobreza o indigencia no pueden contribuir y cuyas contribuciones las paga el Estado. Por el lado de los proveedores, el sector público – que consiste del sub-sistema Municipal para atención primaria y el Sistema Nacional de Servicios de Salud para atención secundaria, terciaria y especializada y servicios complementarios – es el principal proveedor y cuenta con una extensa red de servicios que abarca todo el país. Todo el sistema opera a través de un conjunto garantizado de prestaciones de salud. Las aseguradoras privadas – ISAPRES – pueden ofrecer distintos planes de salud, pero deben cubrir todas las prestaciones incluidas en el conjunto garantizado y no pueden proporcionar menos servicios que los proporcionados por el Seguro Público. El asegurador compra servicios de salud a proveedores públicos o privados para asegurar la cobertura del conjunto de prestaciones garantizadas a sus afiliados (MINSAL, 2005).

A pesar de que operan con fundamentos distintos – seguro social y planes individuales – los dos componentes de seguros – público y privado, FONASA e ISAPRES – tienen la obligación legal de cubrir los siguientes puntos en todos los planes: i) exámenes de medicina preventiva; ii) pagos por licencia médica; y iii) protección integral a mujeres embarazadas y menores de seis años. La última reforma introducida al sistema en 2004 creó el Acceso Universal con Garantías Explícitas, AUGE, que asegura el acceso a un plan único nacional de salud con condiciones similares de calidad, oportunidad, protección financiera y entrega de servicios de salud para todos, sin importar si el asegurador y/o el proveedor es privado o público. El AUGE busca eliminar la segmentación igualando el contenido, los costos y la calidad de la cartera de beneficios garantizada dentro del sistema, y reducir la fragmentación con respecto a los planes de aseguramiento.

Cuadro 31. Contexto general de Chile

Factor contextual	Situación de salud		Demanda por servicios de salud	
	Deteriora	Mejora	Obstaculiza	Promueve
Pobreza		X		X
Nivel educacional		X		X
N° de viviendas rurales/poblados remotos		X		X
Acceso a agua/ saneamiento/ electricidad		X		
Fortaleza/fragilidad de instituciones gubernamentales		X		X
Gobernabilidad del país		X		X
Desempleo		X		X
Informalidad laboral		X		X

3). ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL EPSS

a) ¿Ha aumentado la equidad en el acceso/utilización de los servicios de salud?

A pesar de que aún persisten diversos problemas de equidad que requieren ser enfrentados en el sistema dual de seguros de salud chileno, especialmente en los mecanismos de financiamiento del sistema, las tres estrategias analizadas claramente han aumentado la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud. Evaluaciones sucesivas del PNAC entre finales de la década del '70 y mediados de la década del '90 muestran que el programa consistentemente ha tenido mayor cobertura para las personas en los dos quintiles de ingresos más bajos de la población (MINSAL, 2000). Más aún, según Idiart (2004), los beneficiarios del programa consideran los beneficios del programa como parte de sus derechos de los ciudadanos. La cobertura general actual del programa es cercana al 80% del total de las madres y los menores de seis años en Chile.

Según Castro y Camacho (2004), la principal causa de la impresionante caída de la mortalidad materna en Chile ha sido la continua mejora en el acceso universal a servicios de salud reproductiva de calidad. Por ejemplo, entre 1990 y 2000, el número de mujeres que usaban métodos anticonceptivos bajo la atención del sistema público aumentó en un 34,5%. El Plan de Salud Familiar ha permitido a las familias pobres y aquellas que viven en lugares remotos y/o en municipios pobres tener acceso a los beneficios de la atención primaria. El rol de FONASA ha sido clave en aumentar la equidad en el acceso a servicios de salud secundarios, terciarios y especializados para la población materna e infantil.

b) ¿Ha contrarrestado los determinantes sociales que deterioran el estado de salud y/u obstaculizan la demanda por servicios de salud?

La situación general de Chile promueve el buen estado de salud de su población. Los determinantes sociales de salud más importantes tales como la tasa de alfabetismo, ingreso de las familias, posición de la mujer en la comunidad, infraestructura y gobernabilidad del país contribuyen a mejorar a situación de salud. Aquellos pocos que no contribuyen, son contrarrestados por el EPSS bajo análisis. El Plan de Salud Familiar ha contribuido a superar los determinantes sociales económicos negativos determinados por habitar en comunidades pobres y aisladas. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) ha ayudado a contrarrestar la pobreza y las condiciones de empleo difíciles (desempleo, informalidad).

Los tres programas han contribuido a promover la situación y los derechos de las mujeres en la sociedad chilena. FONASA ha llevado la delantera en la promoción de los derechos a la salud con su Carta de Derechos de los Pacientes, impulsando la demanda por servicios de salud de calidad entre los chilenos, sin importar su condición económica o social. En el mismo plano, el PNAC ha sido efectivo en la promoción de los derechos a servicios de salud y una adecuada nutrición para las mujeres embarazadas, y la población materna e infantil. El PNAC ha sido efectivo en promover los derechos de mujeres embarazadas, madres y niños a los cuidados de salud y a una nutrición adecuada. El PNAC también ha sido exitoso en la promoción de comportamientos de búsqueda de atención primaria entre sus beneficiarios, impulsando así la demanda por servicios de salud especialmente entre las madres y mujeres embarazadas (Idiart, 2004).

Cuadro 32: Desempeño del EPSS: Determinantes sociales

Categoría	Desempeño	
	sí	no
Contrarresta la pobreza eliminando o reduciendo las barreras económicas	X	
Promueve una mejor posición de la mujer en su núcleo social	X	
Promueve los derechos en salud a través de la Carta de Derechos, garantías explícitas, etc.	X	
Contrarresta el desempleo/empleo informal eliminando o reduciendo barreras económicas	X	
Contrarresta la falta de educación de las mujeres promoviendo la demanda por servicios de salud	X	

c) ¿Ha aumentado el acceso y la cobertura de intervenciones técnicamente apropiadas eliminando por lo menos una fuente de exclusión en salud?

El incremento observado en cobertura y utilización de servicios por lo pobres sugiere que la PPSMI ha sido exitosa en remover la barrera económica del acceso a servicios de atención primaria, nutrición complementaria y hospitalización y servicios especializados. Más aún, el hecho que los trabajadores independientes puedan escoger entre ISAPRE o FONASA y que los indigentes estén cubiertos por FONASA reduce el desempleo y la informalidad como barreras de acceso a los servicios de salud. En el año 2001 el Plan de Salud Familiar había alcanzado una cobertura de servicios prenatales de más de 90% y 100% de cobertura de inmunizaciones en todo el país. La atención calificada durante el parto aumentó de 45% en 1952 a 99.7% en 2000.



Castro y Camacho (2004) informan que la importante caída (en un 76,5%) de la tasa de mortalidad materna asociada a sepsis post parto en el período 1990-1998 se debió al Programa de Control de infecciones intra-hospitalarias, desarrollado como un componente del Sistema de Acreditación Hospitalaria. Sin embargo, aún persisten problemas relacionados a los tiempos de espera, calidad de los servicios, horarios de atención y satisfacción de los usuarios.

El gasto público asignado a los esquemas ha aumentado en forma sostenida a través del tiempo y exhibe un patrón progresivo de asignación. Como se ha mencionado anteriormente, a comienzos de los '90 se implementó un programa nacional de inversiones en infraestructura y equipamiento en los hospitales públicos para preparar el terreno para las reformas que serían implementadas y también se hicieron importantes inversiones en establecimientos de atención primaria. Sin embargo, los hogares siguen siendo una fuente importante de financiamiento para el sector, contribuyendo con 51% del gasto total en salud.

Eliminar la barrera geográfica es importante en un país con una geografía caprichosa como la chilena. El hecho que FONASA compense a las municipalidades por la pobreza y aislamiento geográfico en el Plan de Salud Familiar ha contribuido a superar las barreras geográficas y económicas de acceso a los servicios de atención primaria. La necesidad de integrar las tres intervenciones – PNAC, FONASA y el PSF – impulsó además la creación de un sistema de información uniformado que permite recolectar, registrar y administrar datos de todo el país en forma rutinaria.

La segmentación fue la característica principal introducida al sistema de salud chileno cuando se implementó el modelo dual de aseguramiento en la década de los '80. La última reforma introducida en el sistema en el año 2004 con la creación del sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, AUGE, se orienta específicamente a eliminar la segmentación. Sus resultados seguramente serán analizados en los años venideros.

Cuadro 33: PPSSMI: Cobertura y acceso

Categoría	EPSS	
	sí	no
Aumenta la cobertura (número de personas cubiertas como % de la población elegible)	X	
Establece una cartera única garantizada de beneficios con la misma calidad, contenidos y condiciones de entrega para todos los grupos socioeconómicos para evitar la segmentación	X	
Aumenta la coordinación/integración dentro del sistema para evitar la fragmentación	X	
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando el número y capacidades de los recursos humanos en áreas previamente excluidas	X	
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando la cantidad de gasto público asignado al esquema	X	
El gasto público asignado al esquema es progresivo	X	
Mejora la distribución geográfica de la red de entrega de servicios y de la infraestructura de salud aumentando la cantidad de establecimientos de salud, equipos, aparatos médicos y fármacos en áreas previamente excluidas	X	
Aumenta la cobertura de los servicios de información	X	
Aumenta el acceso (número de personas con acceso a bienes y servicios de salud proporcionados por el esquema)	X	
Elimina o reduce las barreras geográficas	X	
Elimina o reduce las barreras económicas	X	
Elimina o reduce las barreras de género		X
Elimina o reduce las barreras de la situación de empleo	X	
Mejora el acceso a agua potable, alcantarillado, caminos y/o transporte		X
Mejora la recolección de basura		X

d) ¿Han mejorado los resultados en salud?

Los resultados en salud y nutrición materna e infantil han mejorado dramáticamente en Chile en las últimas décadas. Según las estadísticas vitales del Ministerio de Salud, la mortalidad materna cayó de 40 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 17 por 100.000 nacidos vivos en 2002. Las principales causas de esta reducción son el aumento de la atención calificada del parto y las intervenciones de planificación familiar orientadas a prevenir los embarazos no deseados (MINSAL, 2004). De acuerdo a la misma fuente de información, los datos muestran una declinación sostenida de la mortalidad infantil en los últimos sesenta

años. En 1950, la TMI era de 136 por 1.000 nacidos vivos; en 1970 la tasa disminuyó a 79 por 1.000 nacidos vivos; en 1980 cayó a 31.8; en 1990 cayó a 16.8; y en 2002 era sólo de 7.8 por 1.000 nacidos vivos. Las causas principales de esta disminución serían la atención calificada del parto, los cuidados pediátricos periódicos en la atención primaria, el Programa de Alimentación Complementaria (PNAC) y el incremento del ingreso de las familias (MINSAL, 2004).

Cuadro 34: Desempeño de la Política de Protección de la Salud Materno-Infantil

Objetivo	Desempeño
Aumenta la equidad en el acceso y/o utilización de los servicios de salud	Ha aumentado la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud
Contrarresta determinantes sociales que deterioran la situación de salud o impiden la demanda por servicios de salud	La PPSMI ha ayudado a contrarrestar la pobreza y el hecho de vivir en comunidades pobres y aisladas. Ha impulsado la demanda por servicios de salud mediante la promoción de derechos en salud.
Extiende la cobertura y/o aumenta el acceso a intervenciones técnicamente apropiadas reduciendo o eliminando una o más causas de exclusión	Ha aumentado el acceso reduciendo las barreras económicas y geográficas. Ha aumentado la cobertura (recursos humanos, establecimientos de salud) en áreas previamente excluidas.

5.4 Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) – ECUADOR

1). CARACTERÍSTICAS DEL EPSS

En 1990, Ecuador exhibía altas tasas de mortalidad materna e infantil. El anuario de estadísticas vitales del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas de Ecuador) informa que en 1990 la mortalidad materna alcanzó a 117 muertes por 100.000 nacimientos y la mortalidad infantil era de 30 muertes por 1.000 recién nacidos. Como respuesta a este desafío, en 1994 el gobierno aprobó la primera versión de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI). Desde entonces la ley ha experimentado reformas considerables, las más importantes de ellas en 1998 y en 2000 cuando fue enmendada para mejorar los mecanismos gerenciales y de asignación de recursos. La ley establece que todas las mujeres tienen derecho a servicios de salud de calidad gratuitos durante el embarazo y el post parto y que todos los niños menores de cinco años tienen derecho a cuidados de salud para el tratamiento de las enfermedades más comunes de la infancia. Una de las principales contribuciones de la LMGYAI es que establece un marco legal y financiero para la continuidad de las políticas de salud pública dirigidas a beneficiar a las mujeres y los niños a pesar de los frecuentes cambios de gobierno debidos a la inestabilidad política del país.

Las características principales de la LMGYAI son:

1. La ley redefine el rol del Estado en la provisión de protección social en salud a las mujeres y los niños mediante la garantía de acceso a un conjunto explícito de servicios de salud gratuitos para la población materno-infantil, como mecanismo para eliminar las barreras económicas que impiden que los grupos vulnerables accedan a los servicios de salud.
2. La ley opera a través de mecanismos que promueven una mejoría de la calidad y la responsabilidad en la provisión de servicios de salud, tales como guías clínicas, cálculo de costos de servicios para reembolso y acuerdos gerenciales con las municipalidades para la administración conjunta de servicios de salud (Hermida J. et al , 2005).
3. La ley descansa en la participación social, a través de la organización de comités de usuarios, para asegurar la calidad y capacidad de respuesta en la provisión de servicios de salud.

Dos elementos actuaron como el motor que impulsó la creación de la LMGYAI: el rol que jugaron los movimientos nacionales e internacionales de mujeres en presionar al Estado para abordar las necesidades

de las mujeres y el ímpetu creado por el proceso de reforma del sector salud en Ecuador. Cabe destacar el rol que el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) tuvo en la creación de la LMGYAI. El CONAMU abogó con fuerza por los derechos en salud reproductiva e hizo al Estado responsable de proteger los derechos a la salud de las mujeres y de la población infantil y de crear una fuente estable de recursos para enfrentar el desafío de las altas tasas de mortalidad materna e infantil (Proyecto de Garantía de Calidad, 2004).

La aprobación de la LMGYAI se plasmó en la creación del Programa de Maternidad Gratuita, un programa público bajo el auspicio del Ministerio de Salud Pública (MSP). El objetivo del Programa de Maternidad Gratuita es reducir las tasas de mortalidad materna, femenina e infantil mediante el aumento de la cobertura de los servicios de salud, la realización de actividades de promoción de la salud, la mejoría de la respuesta a las emergencias obstétricas y pediátricas y el desarrollo de un modelo de atención descentralizado y participativo.

Originalmente, sólo nueve intervenciones de salud estaban cubiertas por la LMGYAI. A fines de 2002 se agregaron nuevas prestaciones y a partir del año 2003 la ley incluyó 42 intervenciones (ver cuadro 35). El aumento se basó en las regulaciones de la propia ley, en las necesidades de la población y en el consenso entre las instituciones que forman el comité para apoyar y monitorear la implementación de la ley (Proyecto de Garantía de Calidad, 2004). La ley estipula que los servicios proporcionados deben estar disponibles a la población beneficiaria en todo el país a través de los establecimientos del Ministerio de Salud y en todos los niveles de atención. Las instituciones sin fines de lucro y los proveedores de medicina tradicional pueden acceder a los fondos de la ley a través de un proceso de acreditación y en el entendido de que los servicios deben ser proporcionados de manera gratuita a los usuarios (Ministerio de Salud, 2005).

Cuadro 35: Servicios proporcionados por la LMGYAI, 2003

Servicios proporcionados a las mujeres	Servicios proporcionados a menores de 5 años
Control prenatal Primer control Controles siguientes Servicios dentales Diagnóstico de VIH/SIDA Diagnóstico de anomalías congénitas Identificación temprana y referencia de mujeres embarazadas por parte de un agente comunitario Referencia temprana de embarazos de alto riesgo	Cuidados inmediatos al recién nacido Cuidados a recién nacidos saludables Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo congénito Cuidados a recién nacidos de bajo peso y prematuros Cuidados intensivos e intermedios de la asfixia perinatal Cuidados intensivos e intermedios de la ictericia y septicemia perinatal
Parto Parto normal Parto por cesárea Referencia temprana de parte de un agente comunitario que da como resultado un parto normal o cesárea	Servicios de salud a niños menores de cinco años de acuerdo a la estrategia de Atención Integrada de Enfermedades de la Infancia (AIEI) Control de salud a niños sanos menores de un año Control de salud a niños sanos menores de 5 años Servicios dentales Detección y tratamiento del abuso infantil Identificación temprana y referencia de niños menores de cinco años por un agente comunitario usando la AIEI Complicaciones intra-hospitalarias
Emergencias obstétricas Hipertensión del embarazo Hemorragia de la primera mitad del embarazo Hemorragia de la segunda mitad del embarazo Hemorragia durante el parto o post parto Sepsis	Transfusión de sangre y de productos de la sangre
Cuidados inmediatos del post parto Control de post parto Referencia de post parto y de recién nacidos hasta 7 días Detección y referencia de mujeres con hemorragias y complicaciones de post parto	
Planificación familiar y salud reproductiva Consejería y prevención Detección y tratamiento de violencia intrafamiliar contra la mujer, incluyendo análisis médico-forenses Esterilización tubaria bilateral Vasectomía Anticonceptivo oral diario – mujeres entre 34-64 años Detección temprana de cáncer de mama en mujeres de 34-64 años	
Enfermedades de transmisión sexual Diagnóstico y tratamiento de sífilis Diagnóstico y tratamiento de gonorrea Diagnóstico y tratamiento de herpes genital Diagnóstico y tratamiento de virus papiloma Diagnóstico y tratamiento de leucorrea	
Transfusión de sangre y de productos de la sangre	

FUENTE: Proyecto de Garantía de Calidad. "Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia del Ecuador (LMGYAI)." Febrero, 2004.



El financiamiento para la implementación de la LMGYAI proviene de diversas fuentes, incluyendo las siguientes (Proyecto de Garantía de Calidad de 2004):

1. Recursos gubernamentales – 3% de los ingresos del Impuesto a los Consumos Especiales (ICE).
2. Agencias internacionales de cooperación multilateral y bilateral: USAID, AECI, Fondo de Naciones Unidas para Actividades de la Población (UNFPA) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), OPS y Banco Mundial.
3. Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano: US\$15 millones anuales.
4. Fondo Nacional para la Nutrición Infantil (FONNIN): US\$3 millones anuales.
5. Municipalidades locales: responsables del costo de transporte de las emergencias obstétricas y pediátricas y de las actividades de promoción de la salud.

La LMGYAI no siempre ha tenido una asignación presupuestaria constante que asegure la continuidad y efectividad del programa. Según la OIT, entre 2001 y 2002 el presupuesto asignado a la LMGYAI disminuyó 54 %, de US\$ 10.4 millones a US\$ 5.6 millones o de 3,62% a 2,08% del presupuesto total asignado a programas sociales (OIT, 2003). Informes del gobierno indican que el presupuesto asignado a la LMGYAI aumentó a US\$ 21,9 millones en 2004 (Comité de Derechos de los Niños, 2005). Una asignación presupuestaria inestable y la dificultad para llegar a las comunidades indígenas más pobres han sido los principales problemas enfrentados por la LMGYAI en su proceso de implementación (Gobierno del Ecuador, Secretariado Nacional para el logro de los ODM, 2006).

Aunque la implementación de la LMGYAI es financiada por el gobierno, la campaña para reducir la mortalidad materna e infantil se ha beneficiado de un fuerte apoyo técnico y financiero de agencias de cooperación técnica y financiera a lo largo de los años. USAID, UNFPA, UNICEF y OPS-OMS han realizado inversiones en salud materna e infantil y una de las principales prioridades de los proyectos de salud pública financiados por el Banco Mundial han sido la reducción de la mortalidad materna e infantil (Hermida et al., 2005).

Cuadro 36: Principales características de la LMGYAI

Característica	Categoría
Tipo	Atención materno-infantil gratuita
Forma de financiamiento	Financiamiento público
Origen de los fondos	Impuestos generales Otros ingresos (fuentes extra presupuestarias: AECI, USAID, UNFPA, UNICEF, OPS-OMS y Banco Mundial)
Mecanismo de distribución del riesgo	Basado en ingresos
Administración y nivel administrativo	Ministerio de Salud a nivel nacional, sub-nacional y local
Grado de selectividad	Focalizado: Mujeres en edad reproductiva y menores de 5 años
Quién tiene derecho a cobertura	Individuo
Condición de acceso	Atributos específicos: edad/ certificado de nacimiento /prueba de embarazo
Tamaño del pool	Pequeño
¿Cartera explícita?	Explícita
Grado de cobertura	Complementaria
Provisión	Pública y privada sin fines de lucro

2). CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO GENERAL EN EL QUE SE IMPLEMENTA EL EPSS

Información básica y demográfica Ecuador es un país de ingresos medio-bajos ubicado en la región Andina de América Latina en el occidente de Sudamérica, entre Colombia y Perú. El país se caracteriza por una gran diversidad geográfica, económica y étnica. De acuerdo al Ministerio de Salud la población estimada para el año 2005 era de 13,215,089 habitantes (MSP, 2005). Según el Censo Nacional efectuado en 2001, 61% de la población es urbana y 39% es rural. La tasa de alfabetización para adultos (población mayor de 15 años) es 91,6%.

Se estima que la población indígena y afro-descendiente representa cerca del 30% de la población total, aunque las cifras presentan grandes variaciones. Existen 13 grupos étnicos o nacionalidades oficiales no hispánicas en Ecuador, de los cuales los Runa o Quechua constituyen el grupo más grande, representando cerca del 90% de los pueblos indígenas de Ecuador. La pobreza y la exclusión social están estrechamente vinculadas al origen indígena en Ecuador (CEPAL, 2005; OPS/OMS-ASDI, 2003). Sin embargo, después de un proceso largo y difícil, los grupos indígenas han construido complejas organizaciones sociales enraizadas

en la comunidad. Las organizaciones indígenas se han fortalecido y son cada vez más reconocidas como actores políticos y sociales en la esfera pública del país.

Economía Ecuador tiene importantes recursos petroleros, que representan alrededor de 40% de los ingresos por exportación del país y un tercio de los ingresos presupuestarios del gobierno central en los últimos años (Banco Mundial, 2006). A fines de la década de los noventa, Ecuador experimentó una severa crisis económica que resultó en una recesión económica profunda y una contracción del ingreso real. La pronunciada baja en los precios internacionales del petróleo condujo a la economía ecuatoriana en caída libre en 1999 y la pobreza empeoró significativamente. Entre 1995 y 2000, el número de pobres aumentó de 3,9 millones a 9,1 millones y las personas que vivían en condiciones de extrema pobreza aumentaron de 2,1 millones a 4,5 millones. En 2000, al borde de una hiperinflación y en medio de una seria crisis política, el Congreso aprobó varias reformas estructurales que proporcionaron el marco para la adopción del dólar de Estados Unidos como moneda legal. A pesar de que la dolarización estabilizó la economía y el crecimiento anual aumentó de 2,8% en 2000 a 6,9% en 2004, persiste una gran pobreza en el país. En 2004, 45% de la población se encontraba bajo la línea de pobreza (Banco Mundial, 2006). Otras fuentes dan cifras mayores de pobreza de cerca de 70% (Ministerio de Salud, 2005). Ecuador tiene el segundo índice más alto de pobreza en América del Sur y, de acuerdo al Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, el 60% de los ecuatorianos vive en condiciones de pobreza (CEPAL, 2005). Al año 2005, la tasa oficial de desempleo era de 9,7%, con un 47% de subempleo. Según la OIT, en 2003 el sector informal urbano representaba alrededor de 57% del total de la población trabajadora urbana (OIT, 2005).

Salud y Educación La expectativa de vida era de 70 años para ambos sexos y el porcentaje de la población de 60 años o más aumentó de 6,3% en 1993 a 7,5% en el año 2003. Entre 1993 y 2003 hubo una disminución de la tasa de fertilidad total de 3.5 a 2.7 hijos por mujer (OMS, 2005). Esto puede deberse en parte al aumento en los niveles educacionales de las mujeres, a su entrada al mercado laboral y a la migración de las áreas rurales a las urbanas.

La heterogeneidad demográfica, cultural y social de Ecuador continúa siendo una fuente de inequidad económica y de grandes diferencias en los estándares de vida y condiciones de salud. En la región Amazónica por ejemplo, donde hay una marcada mayor concentración de población indígena y pobre, las muertes prematuras son frecuentes y la expectativa de vida desde 1995 a 2000 se mantuvo en 59,6 años. Se ha estimado que 21% de la población del Amazonas no vive más de 40

años, mientras que en la provincia de Pichincha la expectativa de vida es casi 15 años mayor (74,5 años) y se espera que sólo un 6,8% fallezca antes de los 40 años. Se pueden observar inequidades similares cuando la expectativa de vida se estratifica de acuerdo al consumo per cápita de los hogares: las poblaciones de las provincias de bajo consumo tienen menor expectativa de vida que las de las provincias con mayores recursos (Banco Mundial, 2005). Alrededor del 67% de la población total tiene una cobertura adecuada de agua potable y 57% tiene acceso a saneamiento, con grandes disparidades entre las viviendas urbanas y las rurales (Gobierno de Ecuador: Informe Nacional sobre las Metas de Desarrollo del Milenio, 2005).

La razón de mortalidad materna estimada para el período 1999-2004 fue de 80 por 100.000 nacidos vivos, mientras que la razón ajustada de mortalidad materna en 2000 fue de 130 por 100.000 nacidos vivos (OPS, 2004; UNICEF, 2006). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004), en el período 1999-2004 la tasa estimada de mortalidad infantil fue de 29 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad de menores de cinco años fue de 34 por 1.000 nacidos vivos. Estas cifras ocultan grandes disparidades que pueden ser observadas cuando se estratifican según el origen étnico de la madre. Así, la tasa de mortalidad infantil en niños de madres indígenas -40 por 1.000 nacidos vivos- es 48% más alta que para los niños de madres mestizas -27 por 1.000 nacidos vivos- mientras la tasa de mortalidad para menores de cinco años es 50% más alta para hijos de madres indígenas -48 por 1.000 nacidos vivos- que para los hijos de madres mestizas -32 por 1.000 nacidos vivos-. De todos los niños menores de cinco años, 23% sufren de desnutrición crónica. Esta cifra aumenta a 47% en hijos de madres indígenas. Cabe destacar que la confiabilidad de los datos de mortalidad materna e infantil basados en informes estadísticos ha sido cuestionada, y las estimaciones basadas en encuestas de población muestran tasas significativamente más altas (Banco Mundial, 2005).

En 2002, el gasto total en salud fue de 4,8% del PIB y el gasto público en salud representó 36% del gasto total en salud. El gasto total per cápita en salud a tasas internacionales fue de US\$197,00 (OMS, 2005).

En las últimas dos décadas Ecuador ha sufrido una enorme inestabilidad política. Esto ha conducido a una inestabilidad económica y fiscal con cambios significativos en el presupuesto asignado a salud y educación. El gasto social es insuficiente, regresivo y fragmentado. Una evaluación realizada por el Banco Mundial (2002) encontró lo siguiente:

a) Ecuador tiene un rendimiento más bajo que el esperado en términos de educación y salud comparado con estándares internacionales, in-



cluso después de controlar por diferencias en el nivel de desarrollo.

b) El gasto social ha disminuido en el transcurso del tiempo, especialmente en educación y salud y tiende a ser pro-cíclico, de modo que hay menos recursos disponibles cuando más se necesitan.

c) El gasto en salud disminuyó de 1,3% del PIB en 1981 a 0,6% del PIB en 2000. Esta reducción junto a la del gasto en educación al parecer condujo a un traslado del énfasis desde los sectores de educación y salud a la asistencia social, especialmente después de la introducción del Bono Solidario.

d) El presupuesto asignado al sector social es altamente volátil y esto obstaculiza la continuidad y efectividad de los programas sociales.

La población de Ecuador enfrenta una combinación peligrosa de altos niveles de pobreza con bajo acceso a servicios institucionales de salud y existen muchos desafíos en la organización, administración y financiamiento del sector salud. En el año 2000, 25% a 30% de la población no tenía acceso a servicios de salud institucionales y tres cuartas partes de los ecuatorianos no estaban cubiertos por ningún tipo de seguro de salud (OPS-OMS, 2001 (a)). En 1998, una serie de reformas establecieron el derecho a la salud y el Ministerio de Salud se convirtió en la institución responsable de elaborar las políticas estatales en el sector. Las reformas también previeron una reestructuración del sector salud a través de la creación de un Sistema Nacional de Salud basado en la cobertura universal, la descentralización de la administración y la participación de los gobiernos locales y organizaciones sociales (OPS-OMS, 2001 (a)).

El sistema de salud de Ecuador está profundamente segmentado y consiste en instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro, cada una de ellas especializadas en distintos segmentos de la población de acuerdo a sus ingresos, aunque los más pobres no acceden a ningún tipo de atención (OPS/OMS-ASDI, 2003). El Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de Seguro Social (IESS) son las principales instituciones del sector público. El sistema de salud de Ecuador es también altamente fragmentado (OPS, 2003). Dentro del MSP hay pequeñas redes definidas por áreas geográficas y de población llamadas Áreas de Salud que siguen un modelo de administración descentralizada, especialmente en algunas actividades administrativas, de programación y presupuestarias. El IESS también opera bajo una administración descentralizada en nueve regiones que tienen una red de servicios que opera con planificación y directivas financieras centralizadas. Cada institución tiene su propia estructura de administración, organizacional y financiera independiente. Ellas no se articulan ni coordinan, lo que ha hecho muy difícil elaborar un plan nacional para promover la cobertura y calidad en la entrega de servicios de salud (OPS-OMS, 2001 (a)). Esto ha generado un sistema ineficiente, desigual, de mala calidad y en gran

parte inaccesible con más de 70% de la población no asegurada (OPS/OMS-ASDI, 2003). El Ministerio de Salud y otras instituciones públicas enfrentan severas limitaciones para proporcionar servicios de salud a casi la mitad de la población. La proporción de población actualmente cubierta por seguros de salud está entre las más bajas de ALC y los grupos socio-económicos más pobres tienen un acceso muy limitado a los servicios de salud (Banco Mundial, 2006). Según un estudio efectuado por la OPS/OMS en 2000, la incidencia de exclusión en salud en el país es de 51%, siendo las principales causas de exclusión el déficit de infraestructura en los establecimientos públicos y la falta de médicos (OPS/OMS-ASDI, 2003).

Posición de la mujer en la sociedad Las mujeres en Ecuador enfrentan problemas relacionados con violencia, discriminación y dificultades para ejercer sus derechos reproductivos y sexuales. Ellas son discriminadas por dos razones principales: su género y su origen étnico. A pesar de que legalmente las mujeres disfrutan de los mismos derechos que los hombres, la Oficina de Género informó en 2005 que las mujeres a menudo no acceden a los mismos derechos en la práctica. Las mujeres reciben aproximadamente el 65% del sueldo de los hombres por el mismo trabajo y hay menos mujeres que hombres empleadas en trabajos profesionales y en oficios calificados. Aunque la ley prohíbe la violencia contra las mujeres, incluida aquella dentro del matrimonio, los abusos son comunes (US Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, 2006). A pesar de que existe protección legal a los derechos de las mujeres en la política, el hogar y el empleo, la discriminación social contra las mujeres es generalizada, particularmente con respecto a la educación y las oportunidades económicas para aquellas que se encuentran en los estratos económicos más bajos. Por ejemplo, a pesar de los aumentos en la educación general, 12% de las mujeres son analfabetas, comparado con 8% de los hombres (OPS-OMS, 2001 (a)).

Cuadro 37: Contexto general de Ecuador

Factor contextual	Situación de salud		Demanda por servicios de salud	
	Deteriora	Mejora	Obstaculiza	Promueve
Pobreza	X		X	
Nivel educacional		X		X
N° de viviendas rurales/poblados remotos	X		X	
Acceso a agua/ saneamiento/ electricidad	X			
Fortaleza/fragilidad de instituciones gubernamentales	X			
Gobernabilidad del país	X		X	
Desempleo		X		X
Informalidad laboral	X		X	

3). ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL EPSS

a) ¿Ha aumentado la equidad en el acceso/utilización de los servicios de salud?

Informes recientes reportan resultados mixtos producto de la aplicación de la LMGYAI en términos de acceso y equidad. Vos et al encontraron que las inequidades en el acceso a los establecimientos de salud han aumentado, en parte debido a la introducción de tarifas a los usuarios y en parte porque la disponibilidad de insumos de salud, especialmente fármacos, han caído muy por debajo de los requerimientos (Vos et al, 2004). Hacia fines de 2003, cerca de 30% de las mujeres embarazadas estaban cubiertas por el programa, el cual sólo llega a una pequeña proporción de los grupos vulnerables. La cobertura entre mujeres indígenas y rurales es sólo de 19% y de 20% para el tercio más pobre de la población. De acuerdo a informes oficiales del gobierno, existen brechas importantes en el acceso a servicios de salud para la población materno-infantil de origen indígena que vive en comunidades rurales y las mujeres más pobres quedan excluidas de los beneficios de la ley (Gobierno de Ecuador: Informe Nacional sobre los ODM, 2005). Para combatir esta situación, el gobierno en la actualidad está diseñando un Seguro Universal de Salud (Gobierno de Ecuador, Secretariado Nacional para el logro de los ODM, 2006).

b) ¿Ha contrarrestado los determinantes sociales negativos?

La LMGYAI promueve los derechos en salud mediante la garantía de acceso a un conjunto explícito de servicios de salud gratuitos para madres y niños y a través de delegar la supervisión de la calidad y la capacidad de respuesta en la entrega de servicios de salud a instancias de participación social mediante la organización de comités de usuarios. Más aún, promueve la posición de las mujeres en la sociedad implementando mecanismos a través de los cuales las mujeres pueden ejercer sus derechos de salud sexual y reproductiva. A pesar de algunas dificultades para hacer efectiva la garantía de provisión de servicios de salud gratuitos incluidos en el conjunto de prestaciones durante los primeros años de la implementación de la Ley, informes recientes muestran que la LMGYAI ha disminuido efectivamente la barrera económica del acceso a la salud para la población objetivo (Hermida, J., et al, 2005). De acuerdo a la ENDEMAIN 2004, entre 1994 y 2004 ha habido un incremento en el porcentaje de madres recibiendo cuidados de salud prenatales (de 75% a 84%) y en los partos institucionales (de 64% a 75%) aunque los

servicios de salud para post parto aumentaron en sólo 3%, de 33% a 36%. Sin embargo, desde 2004 sólo 50% del total de los nacidos vivos en las áreas rurales tuvieron atención prenatal y partos institucionales y sólo un tercio de las madres indígenas y analfabetas se beneficiaron de atención prenatal y partos institucionales (ENDEMAIN, 2004).

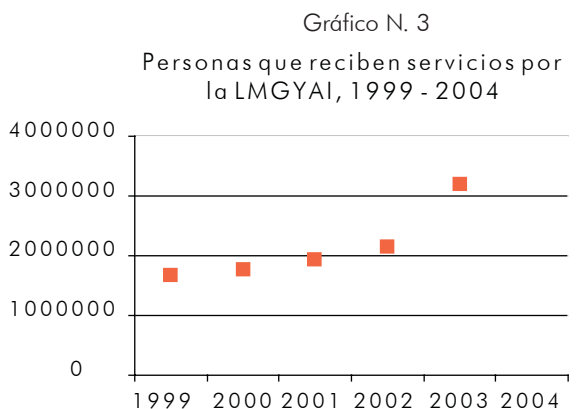
Cuadro 38: Desempeño de la LMGYAI: determinantes sociales

Categoría	Desempeño	
	sí	no
Contrarresta la pobreza eliminando o reduciendo barreras económicas		X
Promueve una mejor posición de la mujer en su núcleo social	X	
Promueve los derechos en salud a través de Cartas de Derechos, garantías explícitas, etc.	X	
Contrarresta el desempleo/empleo informal eliminando o reduciendo barreras económicas	X	
Contrarresta la falta de educación de las mujeres impulsando la demanda por servicios de salud		X

c). ¿Ha aumentado el acceso y la cobertura de intervenciones técnicamente apropiadas eliminando por lo menos una fuente de exclusión en salud?

El número de mujeres y niños que recibieron servicios de salud cubiertos por la LMGYAI aumentó de 1,600,000 en 1999 a 3,867,000 en 2004, lo que significa que la cobertura más que se duplicó en los cinco años de implementación del programa. Como lo muestra el gráfico a continuación, el acceso a los servicios proporcionados por la Ley ha aumentado. Estos resultados también pueden deberse al hecho que el número de servicios proporcionados por la LMGYAI ha aumentado a medida que la Ley ha sido sometida a revisiones (Proyecto de Garantía de Calidad, 2004).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del Gobierno del Ecuador para mejorar la salud materna e infantil a través de la LMGYAI, aproximadamente un 20% de las nacimientos aún no son atendidos (INEC, 2005). Este promedio nacional esconde porcentajes mucho mayores en algunas áreas: mientras que menos de 12% de los nacimientos en áreas urbanas no reciben atención institucional, 49% de todos los nacimientos que ocurren en el área rural no son atendidos y esta cifra sube a más del 70% en la región Amazónica (INEC, 2005).



Fuente: Proyecto de Garantía de Calidad. (Febrero 2004). Informe de Investigación # 62: Ley de Maternidad Gratuita y Atención Infantil (LMGYAI)

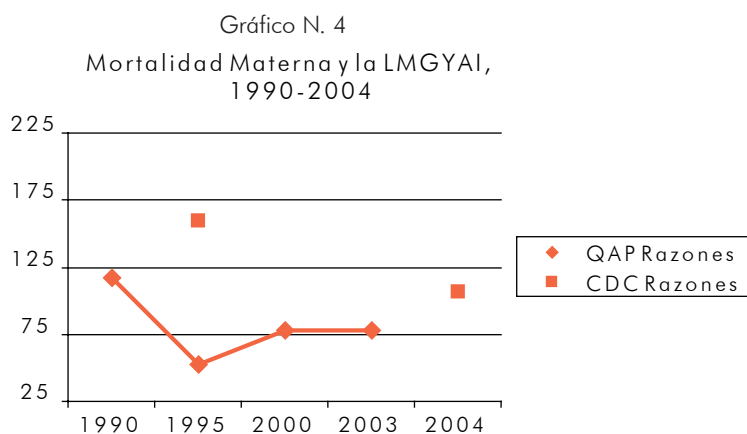
Cuadro 39: LMGYAI: Cobertura y Acceso

Categoría	EPSS	
	sí	no
Aumenta la cobertura (número de personas cubiertas como % de la población elegible)	X	
Establece una cartera única garantizada de beneficios con la misma calidad, contenidos y condiciones de entrega para todos los grupos socioeconómicos para evitar la segmentación	X	
Aumenta la coordinación/integración dentro del sistema para evitar la fragmentación		X
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando el número y las capacidades de los recursos humanos en áreas anteriormente excluidas		X
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando el gasto público asignado al esquema	X	
El gasto público asignado al esquema es progresivo		X
Mejora la distribución geográfica de la red de entrega de servicios y la infraestructura de salud aumentando la cantidad de establecimientos de salud, equipos, aparatos médicos y fármacos en áreas anteriormente excluidas		X
Aumenta la cobertura del sistema de información		X
Aumenta el acceso (número de personas con acceso a bienes y servicios de salud proporcionados por el esquema)	X	
Elimina/reduce la barrera geográfica		X
Elimina/reduce la barrera económica	X	
Elimina/reduce la barrera de género	X	
Elimina/reduce la barrera dada por la situación de empleo	X	
Mejora el acceso a agua potable, alcantarillado, caminos y/o transporte		X
Mejora la recolección de basura		X

d) ¿Han mejorado los resultados en salud?

Ecuador aún exhibe altas tasas de mortalidad neonatal, infantil y materna por causas prevenibles. La información disponible sugiere una disminución significativa en la mortalidad materna que coincide con el período en que el programa empezó a operar. De acuerdo a las estadísticas del INEC, la mortalidad materna cayó de 117 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 53 por 100.000 nacidos vivos en 1998, aunque existe cierta preocupación acerca de un alto grado de subregistro (Proyecto de Garantía de Calidad, 2004). A pesar de la brusca caída de la razón de mortalidad materna (RMM) en la primera mitad de los '90, la cifra aumentó a 77.8 en 2003 (INEC, 2003). El CDC entrega una cifra aún más elevada de 107 en el año 2004, lo cual sugiere que el alza percibida en la RMM puede ser resultado de un mejor registro y no de la cifra esté realmente aumentando (USAID, 2003-7). Considerando que la Ley se implementó en 1994 con las mujeres embarazadas como sus principales beneficiarias y fue profundamente revisada en 1998 incorporando varias prestaciones adicionales, se esperaría impacto mayor sobre la mortalidad materna.

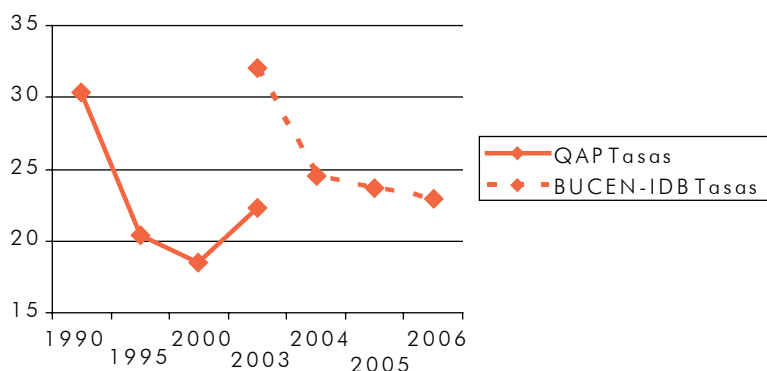
Según UNFPA, la LMGYAI no ha sido efectiva en reducir la morbilidad y mortalidad materna debido a serias restricciones en su implementación dadas por a) insuficientes recursos asignados al esquema y b) falta de organización en la descentralización de dichos recursos (UNFPA, 2005).



FUENTE: Proyecto de Garantía de Calidad.
(Febrero 2004). Informe de Investigación # 62:
Ley de Maternidad Gratuita y Atención Infantil
(LMGYAI).

La misma tendencia se puede observar al examinar las tasas de mortalidad infantil (TMI). La mortalidad infantil cayó de 140 en 1950-55 a 33 por 1.000 nacidos vivos en 1995-2000. Esta tendencia a la baja coincide con la disminución de la fertilidad en largo plazo, de 7 hijos por mujer en 1950 a 2,8 en 2000-2005. El gráfico a continuación muestra que la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 30,3 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 20,4 en 1995 y 18,5 en 2000. Sin embargo, en 2003 la tasa de mortalidad infantil era de 22,3. No es claro si la disminución inicial de la mortalidad infantil y el aumento siguiente registrado en 2003 está relacionado a la aplicación de la Ley debido a su cobertura relativamente baja entre la población infantil.

Gráfico N. 5
Tasa de Mortalidad Materna bajo
la LMGYAI



FUENTE: Proyecto de Garantía de Calidad. (Febrero 2004). Informe de Investigación # 62: Ley de Maternidad Gratuita y Atención Infantil (LMGYAI).

Cuadro 40: Desempeño de la LMGYAI

Objetivo	Desempeño
Aumenta la equidad en el acceso y/o utilización de los servicios de salud	Las inequidades en el acceso a los establecimientos de salud persisten y en algunos casos han aumentado
Contrarresta determinantes sociales que deterioran la situación de salud o impiden la demanda por servicios de salud	Promueve los derechos de salud y la posición de las mujeres en la sociedad
Extiende la cobertura y/o aumenta el acceso a intervenciones técnicamente apropiadas reduciendo o eliminando una o más causas de exclusión	Ha aumentado la cobertura de los servicios de salud incluidos en el conjunto de prestaciones. Ha aumentado el acceso reduciendo la barrera económica

5.5 Bono Materno-Infantil (BMI) -HONDURAS-

1). CARACTERÍSTICAS DEL EPSS

El Bono Materno Infantil (BMI) es parte del Programa de Asignación Familiar (PRAF), una iniciativa mas extensa lanzada en 1990 por el Gobierno de Honduras y apoyada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con el fin de proporcionar una red de seguridad a los más pobres protegiéndolos de la inseguridad alimentaria y la desnutrición durante los períodos de ajuste económico (BID, 2006). El PRAF es administrado por la Oficina de la Presidencia de la República y consiste en un programa de transferencias en dinero bajo tres componentes: el Bono Escolar (BE), el Bono para la Tercera Edad y el Bono Materno Infantil (BMI). De acuerdo a un informe preparado para el Banco Mundial, al año 2002 los tres programas en conjunto alcanzaban sólo al 4,7% de la población total del país (Ayala Consulting Co., 2003).

El BMI consiste en transferencias en efectivo entregadas a las madres a través de los establecimientos públicos de salud, por la cantidad de 50 Lempiras (Lps) (aproximadamente US\$3.00) mensuales por cada niño. La entrega de este incentivo financiero está condicionada a la utilización de los servicios de salud en los establecimientos de salud pública participantes. El programa fue implementado como respuesta a las altas tasas de desnutrición y pobreza, con los siguientes objetivos:

- i) complementar el ingreso de las familias pobres;
- ii) reducir la inseguridad alimenticia;
- iii) aliviar la desnutrición durante períodos de ajuste económicos, y
- iv) promover la utilización de servicios de salud preventivos y curativos para la población materno-infantil.

El programa está dirigido a las familias con mujeres embarazadas o amamantando, a los menores de 5 años y a los niños discapacitados menores de 12 años. Para ser elegible, las familias deben ser muy pobres -con ingresos familiares menores a US\$36,00 al año- deben tener tres o más necesidades básicas insatisfechas tales como alimentación, atención de salud o saneamiento, y deben someterse a controles prenatales periódicos, inmunizaciones, controles de niño sano y programas de capacitación en temas de salud y nutrición (BID, 2002). La transferencia consiste en un bono que se entrega a las madres y ellas pueden decidir como utilizarlo. En su primera etapa en el contexto del PRAF-I (1990-1998) el BMI estuvo dirigido a 203.600 beneficiarias. Una evaluación del PRAF-I efectuada por el BID mostró que el BMI

había llegado a 84% de su población objetivo. También identificó algunos problemas en la implementación del programa (BID, 2002). Los principales problemas eran:

1. Una preocupación centrada en el proceso de distribución del bono más que en los resultados.
2. Mala focalización, ya que el 40% de las beneficiarias del BMI estaban en los dos quintiles más ricos de la población.
3. Poca evidencia de que los incentivos a la demanda per se estaban mejorando la salud y/o las condiciones nutricionales de la población objetivo.

Buscando mejorar los resultados, la segunda etapa del programa, el PRAF-II (desde fines de 1998 a la fecha) busca hacer la transición de un modelo de compensación social a uno de acumulación de capital por parte de las familias más pobres. Para esto, se propusieron los siguientes cambios (BID, 2002):

- a) Mejorar la focalización hacia las familias más pobres
- b) Mejorar las capacidades de monitoreo y evaluación
- c) Mejorar los sistemas de información y administración
- d) Ofrecer incentivos a la oferta y a la demanda, para inducir una modificación de comportamientos tanto en los hogares como en los proveedores de servicios
- e) Reemplazar el BMI único por dos tipos de subsidios: i) una transferencia de US\$48 per cápita anuales (máximo de dos por familia) para promover una mejor nutrición de los niños y las embarazadas y fomentar su demanda por servicios de salud. La meta es proporcionar 69.000 subsidios anuales. ii) un subsidio a la oferta, dirigido a las ONGs para proporcionar educación en nutrición e higiene a aproximadamente 27.000 personas; y una transferencia de US\$5.000 a unos 150 centros de salud rurales para proporcionar servicios de salud adecuados a las beneficiarias del PRAF.

El mecanismo de focalización del programa ha cambiado en el transcurso de tiempo. Hasta 1998, los beneficiarios se seleccionaban en primer lugar de acuerdo a la prevalencia de desnutrición y pobreza, y en segundo lugar de acuerdo a su puntaje en el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas. El PRAF-II intentó establecer un sistema mas simple, seleccionando los municipios sobre la base de la incidencia de malnutrición y las familias sobre la base del ingreso familiar (Hernández F., 2006). Aun cuando el PRAF-I continúa en operaciones, en la actualidad se está implementando el PRAF-II en 70 municipios ubicados en los siete departamentos más pobres del país (Gobierno de Honduras – Oficina de la Presidencia, 2005), reemplazando al PRAF-I en esos municipios.

El componente de salud del programa consiste en una transferencia bi-anual por un total de Lps 644 por beneficiario (alrededor de US\$ 33,00 por año). Hay un límite de dos beneficiarios por familia. Las transferencias bajo la componente salud pueden complementarse con suplementos educacionales para niños en edad escolar, las cuales son levemente mayores (Lps 812 o US\$ 42,00) y están sujetas a la asistencia a la escuela (International Food Policy Research Institute, 2004). Honda y Davis estiman que la familia beneficiaria promedio recibe US\$ 17,00 mensuales de todos los beneficios del PRAF, lo cual representa un 8% del ingreso mensual en la línea de pobreza y un 10% del gasto total mensual del hogar (Honda y Davis, 2006). Esta programado que los beneficios tengan un incremento dramático en los años venideros, llegando a un rango de Lps 3.300 hasta un máximo de Lps 4.300 (135 a 225 dólares) por beneficiario por año (Hernández F., 2006). Este incremento convertirá a la transferencia de dinero en una porción mucho mayor del ingreso de los hogares, aproximándola a los beneficios del programa OPORTUNIDADES de México.

Desde 1998 el BMI también incluye un subsidio a la oferta llamado Incentivo a la Calidad en Salud (ICS) dirigido a los proveedores de salud (León, A., Martínez, R., Espíndola, E., y Schejtman, A., 2004). El ICS consiste de un paquete básico de fármacos y equipos médicos así como de fondos para capacitar y entregar incentivos al desempeño a los trabajadores de la salud, cubrir los gastos asociados a las emergencias obstétricas y proveer entrenamiento en nutrición e higiene a las madres. El presupuesto del ICS va de Lps.90.000 a Lps.220.000 al año, dependiendo de la población objetivo, la cantidad de trabajadores de la salud y los requerimientos específicos del centro de salud.

A pesar de que el BMI tiene alcance nacional, aún no ha logrado cobertura nacional. Al año 2004 estaba siendo implementado en 211 de un total de 298 municipios, incluyendo La Paz, Valle, Ocotepeque, Santa Bárbara, Copán, Olancho, Comayagua, El Paraíso y Francisco Morazán. De acuerdo a documentos oficiales, entre 1990 y 2005 el BMI benefició a cerca de 1.5 millones de personas (Hernández F., 2006). Entre 1998 y 2004, cerca del 4% de los beneficiarios -22.618 personas- eran mujeres embarazadas o amamantando (Gobierno de Honduras –Oficina de la Presidencia, 2005).

El financiamiento para el BMI proviene del presupuesto nacional, del BID, de la UNESCO, de la Unión Europea, de la UNICEF, de la OPS y de agencias bilaterales de cooperación.

Cuadro 41: Principales características del Bono Materno Infantil

Característica	Categoría
Tipo	Transferencia condicionada de dinero
Forma de financiamiento	Asistencia social con financiamiento público
Fuente de los fondos	Impuestos generales Otros ingresos (fuentes extra presupuestarias: BID, AECI, USAID, UNESCO, UNICEF, OPS, Unión Europea)
Método de distribución del riesgo	Basado en ingresos
Administración y nivel administrativo	Ministerio de Salud a nivel nacional, subnacional y local
Grado de selectividad	Focalizado: mujeres embarazadas o amamantando, niños menores de 5 años, niños discapacitados menores de 12 años.
Quién tiene derecho a cobertura	Familia
Condición de acceso	Atributo específico: prueba de medios para verificación de ingreso/ edad/prueba de parto/prueba de embarazo
Tamaño del pool de riesgo	Pequeño
¿Cartera explícita?	Explícita
Grado de cobertura	Complementario
Proveedor	Pública y privada sin fines de lucro (ONG)

2). CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO GENERAL EN QUE SE HA IMPLEMENTADO EL EPSS

Información Básica Honduras es un país de ingreso bajo ubicado en América Central, con una población total de 6.941.000 habitantes. Desde 1980, Honduras ha experimentado serios problemas macro-económicos caracterizados por una gran deuda externa, una baja tasa de crecimiento y un crecimiento extremadamente volátil. Durante la década de los noventa, el país también sufrió dos grandes sequías y dos huracanes que causaron gran destrucción y pérdidas a su paso. Existe además un problema de gobernabilidad que se expresa en regulaciones e instituciones débiles y una capacidad limitada de construir acuerdos e impulsar cambios constructivos. Honduras posee un sistema judicial débil, problemas de resolución de conflictos y poco control ciudadano sobre las políticas y la administración pública (BID, 2002).

Economía Honduras es el tercer país más pobre del Hemisferio Occidental después de Haití y Nicaragua. Su ingreso per cápita en la actualidad es más bajo en términos reales que hace 20 años (BID, 2002). Honduras depende en gran medida de la ayuda extranjera y esta dependencia ha aumentado después que el huracán Mitch azotó el país en 1998.

Según cifras del Banco Mundial, el Ingreso Nacional Bruto (INB) del país en 2004 era de US\$7,3 billones y el INB per cápita (método Atlas, dólares corrientes) era de US\$1.030, mientras que el INB per cápita para la región de ALC era de US\$3.600. A pesar de que la proporción de hogares viviendo bajo la línea de la pobreza disminuyó de 67,5% a 63,9% entre 1993 y 2002, los hogares viviendo en condiciones de extrema pobreza aumentaron de 45,1% a 45,2% en el mismo período (Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2002). La pobreza en Honduras se ve exacerbada por la inequidad en el ingreso, la cual aumentó en 3% entre 1991 y 1998 (Banco Mundial, 2004). En las áreas rurales, donde los hogares están distribuidos en pequeños poblados y áreas montañosas, 62,7% de la población vive en condiciones de extrema pobreza (Banco Mundial, 2004) y una encuesta de línea de base realizada por el BID en 2000 encontró que la cifra era de 70% en algunas comunidades (IFPRI 2001). Al año 2003, la población urbana era 45,6% de la población total y la rural representaba un 54,4% de la población total. Aunque la tasa de desempleo es baja -4,8% de la fuerza de trabajo en el año 2002- el 54,6% de los trabajadores esta inserto en la economía informal y el subempleo representaba 35,9% del empleo total en ese mismo año (INE, 2002). La baja productividad y los bajos salarios pueden explicarse por el bajo nivel educacional, que alcanza a un promedio de 5,3 años de escolaridad.

Salud y Educación En el año 2003 la tasa de alfabetización adulta (mayores de 15 años) era de 80%, y la expectativa de vida al nacer era de 67,6 años. En 2002, 68% de la población total tenía acceso a mejoras sanitarias y 90% de la población total tenía acceso a fuentes de agua mejoradas (PNUD, 2005) aunque un 47% de la población no tiene acceso a alcantarillado (OPS, 2004).

Debido a los altos niveles de pobreza y a la magnitud de la población rural, la mayoría de los hondureños no pueden pagar médicos, fármacos o transporte a establecimientos de salud. Según un estudio de la OPS/OMS, realizado en el año 2001 un 56% de la población total estaba excluida del acceso a servicios de salud. Las principales causas de exclusión eran el déficit en la infraestructura y de insumos médicos (OPS, 2004). Los garífunas, el principal grupo indígena, es uno de los grupos poblacionales más excluidos.

Otros indicadores sociales que afectan el desempeño de los servicios de salud son la proliferación de las áreas urbanas marginales, el aumento de la población mayor de 60 años y el hecho que más de la mitad de la población es menor de 19 años (OPS-OMS, 2001(b)). El país muestra también una coordinación débil en la red de servicios públicos de salud y una coordinación insuficiente entre los proveedores públicos y los privados (OPS-OMS, 2001(b)).



La tasa de mortalidad infantil (TMI) de Honduras ha disminuido en las últimas décadas, siguiendo la tendencia de la mayoría de los países de la región. Hubo una importante disminución que ocurrió en un corto período a mediados de la década de los noventa, cuando la TMI cayó de 50 a 42 por 1.000 nacidos vivos en 1996 (OPS, 2004). Sin embargo, la tendencia a la baja parece haber disminuido su ritmo y en 2003 la TMI era de 32 por 1.000 nacidos vivos. La prevalencia de desnutrición/bajo peso en menores de 5 años era 17%. Entre 1993 y 2001 la cobertura del programa ampliado de inmunizaciones en menores de un año excedía el 95% para algunas vacunas.

Entre 1990 y 1997 la razón de mortalidad materna en el país cayó de 182 a 108, lo que representa una reducción impresionante para un período de tiempo tan corto. Algunos investigadores sugieren que esto está relacionado a una relación de cooperación que se desarrolló entre donantes internacionales y funcionarios nacionales del sector salud, resultando en una efectiva transferencia de políticas y la institucionalización de la prioridad de reducir la mortalidad materna (Shiffman et al, 2004). En 2003 la razón de mortalidad materna de acuerdo a estimaciones modeladas era 110 por 100.000 nacidos vivos y las cifras para 2001 indican que 55,7% de los nacimientos fueron atendidos por personal de salud entrenado. En 2007, la tasa de fertilidad total era de 3.5 (CIA World Factbook), mientras que la tasa de fertilidad adolescente (15-19 años) era de 99 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre los 15 y los 19 años 103 (Global Health Facts, 2007). El embarazo adolescente es uno de los principales problemas de salud reproductiva en el país.

A pesar de que el sistema público de salud del país fue creado en 1959, fecha en que comenzó a operar el Instituto de Seguridad Social de Honduras, la expansión de servicios de salud en todas las regiones del país ha sido muy lenta. En 1990 se inició una reforma sectorial en el contexto de la modernización del Estado, pero no se estableció una agenda de reforma. En 1999, como parte de la reconstrucción y transformación nacional inmediatamente después del huracán Mitch, se establecieron las "Pautas de Políticas para 1999-2001" con el fin de satisfacer las expectativas de salud de la población con equidad, calidad, solidaridad y participación ciudadana y para fortalecer la red de salud y extender cobertura (OPS-OMS, 2001(b)).

En 2002 el gasto total en salud en Honduras como porcentaje del PIB había aumentado a 6,2%, de un 5,6% en 1998. El gasto público en salud en 2002 representaba un 51,2% del gasto total mientras que el 41,6% del gasto total correspondía a gasto de bolsillo. Las necesidades de salud de la población generalmente son satisfechas a través de servi-

cios públicos proporcionados por el gobierno central y/o municipal, empresas estatales autónomas y entidades privadas con y sin fines de lucro. De acuerdo a OPS/OMS la población hondureña tiene garantizado un nivel básico de protección en salud; sin embargo, en la práctica más de 30% de la población no lo recibe (OPS, 2004). De acuerdo a la misma fuente, se estimó que 83,1% de la población no está cubierta por ningún tipo de seguro y por lo tanto depende de los establecimientos públicos y a instituciones privadas sin fines de lucro.

El sector público está compuesto principalmente por el Ministerio de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). El Ministerio de Salud ha asumido un rol regulatorio y de conducción para el sector social, formulando políticas, supervisando las operaciones de las agencias que conforman el sistema y en general garantizando el derecho constitucional a la protección de la salud (OPS-OMS, 2001 (b)). El IHSS es una institución descentralizada que no sólo recauda y administra los ingresos de los impuestos cobrados a los trabajadores que participan y contribuyen a los sectores de la salud, sino que también se involucra en la promoción y protección de la salud y actividades de recuperación en áreas geográficas específicas a través de una red de atenciones compuesta por establecimientos ambulatorios y hospitalarios.

Cuadro 42: Contexto general de Honduras

Factor contextual	Situación de salud		Demanda por servicios de salud	
	Deteriora	Mejora	Obstaculiza	Promueve
Pobreza	X		X	
Nivel educacional		X		X
N° de viviendas rurales/poblados remotos	X		X	
Acceso a agua/ saneamiento/ electricidad	X			
Fortaleza/fragilidad de instituciones gubernamentales	X			
Gobernabilidad del país	X		X	
Desempleo		X		X
Informalidad laboral	X		X	



3). ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL EPSS

a). ¿Ha aumentado la equidad en el acceso/utilización de los servicios de salud?

De acuerdo a lo reportado por el BID, el BMI ha incrementado la utilización de recursos y el acceso a intervenciones de salud. Las inmunizaciones, los controles prenatales y los controles de salud han aumentado (BID, 2007). Sin embargo, no es claro que el BMI haya aumentado la equidad en el acceso y/o utilización de estos servicios, ni tampoco que haya mejorado la situación de salud (ver mas abajo). El BMI aun no cubre a toda la población elegible en las regiones focalizadas, debido a falta de recursos y a una inadecuada distribución de los bonos. Más aún, una evaluación del BID en 2002 encontró que el 40% de los beneficiarios del BMI en las áreas más pobres se encuentran en los dos quintiles más altos de ingreso (BID, 2002). Asimismo, de acuerdo a un informe de USAID existe preocupación debido a la falta de focalización de posibles beneficiarios debido a la “inadecuada identificación y métodos de inscripción, la aplicación inconsistente de criterios de elegibilidad, y la incapacidad del sistema de información de protegerse contra inscripciones múltiples en distintos centros por parte de los mismos beneficiarios” USAID, 1994).

b). ¿Ha contrarrestado los determinantes sociales que impactan negativamente sobre la situación de salud y/o impiden la demanda por servicios de salud?

Dada su naturaleza, se espera que el BMI contribuya a contrarrestar la pobreza. Sin embargo, no está claro si el programa ha logrado este objetivo en vista de la pobreza generalizada en el país, la limitada cantidad de recursos asignados al esquema y los problemas enfrentados en la aplicación del esquema hasta ahora. En su evaluación del esquema, el BID argumenta que la cantidad de dinero entregado a las familias es demasiado pequeña como para introducir cambios en su patrón de consumo, ya que representa menos de 5% del gasto total de la población objetivo (BID, 2002). Es importante destacar que esquemas similares de transferencias condicionadas de dinero implementados en México y Nicaragua representan un 20% y un 18% respectivamente del gasto total de las familias elegibles (BID, 2002).

Mientras dos de los cuatro objetivos del programa están relacionados a la desnutrición -reducir la inseguridad alimenticia y aliviar la desnutrición en períodos de ajuste económico- no se han encontrado cambios significativos en el consumo de calorías de las mujeres y niños que

participan en el programa y el aumento en el consumo de proteínas es menor que aquel alcanzado por otros programas (Bitrán y Muñoz, 2000). Esto puede deberse no solo al pequeño monto del bono sino también a la baja frecuencia de su entrega (dos veces al año) lo cual implica que el Bono no puede ser incorporado al presupuesto familiar en forma rutinaria (BID, 2002).

Un estudio realizado en 1995 mostró que el BMI ha tenido un efecto positivo e importante sobre la educación de las mujeres y que esto ha promovido una demanda mas adecuada de servicios de salud (Bitrán y Muñoz, 2000).

Cuadro 43: Desempeño del BMI: determinantes sociales

Categoría	Desempeño	
	sí	no
Contrarresta la pobreza eliminando o reduciendo barreras económicas		X
Fomenta la situación social de las mujeres		X
Fomenta los derechos en salud a través de Cartas de Derechos, garantías explícitas, etc.		X
Contrarresta el desempleo/empleo informal eliminando o reduciendo barreras económicas		X
Contrarresta la falta de educación de las mujeres impulsando la demanda por servicios de salud	X	

c). ¿Ha aumentado el acceso o la cobertura de intervenciones apropiadas eliminando una o mas fuentes de exclusión de los servicios de salud?

Un estudio efectuado en 1992 en tres regiones del país, encontró que la utilización de cuidados de salud y servicios preventivos por menores de cinco años aumentó dramáticamente entre 1990 y 1991 (Bitrán y Muñoz, 2000). El autor señala que esto se debió al BMI porque la utilización de servicios de salud por el mismo grupo de población disminuyó en el mismo período en los establecimientos de salud que no proporcionaban el BMI. Aunque en menor grado, los adultos también aumentaron sus demandas por servicios de salud en los establecimientos que proporcionaban el BMI. Una evaluación conducida por el BID en 2002 encontró que la utilización de servicios de salud y la educación de las madres en temas relativos a higiene y salud se ha incrementado así como el número de controles sano y el porcentaje de mujeres embarazadas con 5 o mas controles prenatales (BID, 2004).



El BMI ha aumentado su cobertura a lo largo del tiempo, aunque aun persisten muchos problemas en relación con la distribución de los bonos. Incrementar la demanda por servicios de salud puede ser crucial para reducir la mortalidad materna e infantil en el tiempo, ya que uno de los factores que previene esas muertes es un reconocimiento oportuno y adecuado de los signos de enfermedad y la subsiguiente demanda por cuidados de salud. Para lograr estos objetivos y para reducir las causas de la exclusión, el programa debería continuar aumentando la cobertura para llegar a los grupos más desfavorecidos.

Al BMI no se le ha asignado la prioridad más alta en relación al gasto público, ni siquiera al interior del Programa de Subsidios Familiares-PRAF. Por ejemplo, según el Informe del Gobierno de Honduras acerca de la Estrategia de Reducción de la Pobreza-ERP en el año 2005, en el segundo semestre de 2004 el presupuesto total asignado al área de fortalecimiento de la protección de grupos específicos –donde se ubica el PRAF- fue de 166,6 millones de Lempiras (US\$ 8,66 millones), de los cuales 139,7 millones (US\$ 7,3 millones) se desembolsaron a través del PRAF. Al BMI se le asignó un 10% de este presupuesto (Gobierno de Honduras, Oficina del Presidente, 2005). Más aun, la alta dependencia de recursos extra-presupuestarios provenientes de la cooperación internacional persiste como uno de los principales problemas del esquema y amenaza su sostenibilidad en el tiempo.

Uno de los objetivos del BMI es fomentar la utilización de servicios de salud introduciendo comportamientos que promueven la salud, para que eventualmente las personas espontáneamente demanden atención en salud cuando sea necesario. En este sentido, el BMI puede estar contribuyendo a reducir las barreras culturales que impiden que las personas demanden servicios de salud. Sin embargo, si el BMI fuera implementado en todo el país y fuera exitoso en alcanzar a todos los beneficiarios, el aumento resultante de la demanda por servicios de salud podría plantear serios problemas de infraestructura y recursos humanos necesarios para satisfacer esa demanda. La razón por la que esto no ocurre en la actualidad es la baja cobertura del programa debida a las limitaciones financieras.

Cuadro 44: BMI. Cobertura y Acceso

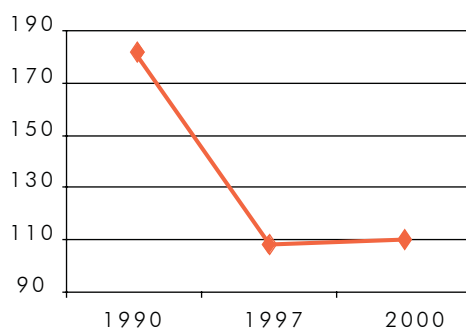
Categoría	EPSS	
	sí	no
Aumenta la cobertura (número de personas cubiertas como % de la población elegible)	X	
Establece una cartera única garantizada de beneficios con la misma calidad, contenidos y condiciones de entrega para todos los grupos socioeconómicos para evitar la segmentación		X
Aumenta la coordinación/integración dentro del sistema para evitar la fragmentación		X
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando el número y las capacidades de los recursos humanos en áreas anteriormente excluidas		X
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando el gasto público asignado al esquema		X
El gasto público asignado al esquema es progresivo		X
Mejora la distribución geográfica de la red de entrega de servicios y la infraestructura de salud aumentando la cantidad de establecimientos de salud, equipos, aparatos médicos y fármacos en áreas anteriormente excluidas		X
Aumenta la cobertura del sistema de información		X
Aumenta el acceso (número de personas con acceso a bienes y servicios de salud proporcionados por el esquema)	X	
Elimina/reduce la barrera geográfica		X
Elimina/reduce la barrera económica	X	
Elimina/reduce la barrera de género	X	
Elimina/reduce la barrera dada por la situación de empleo	X	
Mejora el acceso a agua potable, alcantarillado, caminos y/o transporte		X
Mejora la recolección de basura		X

d). ¿Han mejorado los resultados en salud?

La oficina de Evaluación y Auditoría del BID reportó en 2007 que el componente de salud del PRAF-II “no tenía impacto en la incidencia de desnutrición, diarrea o malnutrición” (BID, 2007). El BMI puede estar jugando un rol en la disminución de la TMI pero esto no es claro debido a la baja cobertura del esquema. La razón de Mortalidad Materna disminuyó significativamente durante el período 1990-2001, pero todavía es alta y el ritmo de declinación ha disminuido notablemente. En 1990, se registraban 182 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y en 1997, la cifra disminuyó a 108 por 100.000 nacidos vivos (Danel, 1999). Las cifras más recientes de razón de mortalidad materna muestran pocos cambios: se estimó en 110 por 1.000 nacidos vivos en 2000 (OMS, 2007).

Gráfico N. 6

Tasa de Mortalidad Materna bajo el PRAF, 1990 - 2001



Fuente: Danel 1997 y OMS 2007.

Cuadro 45: Desempeño del BMI

Objetivo	Desempeño
Aumenta la equidad en el acceso y/o utilización de los servicios de salud	No. Una proporción importante de beneficiarios se encuentra en los quintiles más altos de ingreso
Contrarresta los determinantes sociales que limitan la demanda por servicios de salud y/u obstaculizan la situación de salud	Parece contrarrestar la falta de educación de la madre
Aumenta el acceso y la cobertura de intervenciones de salud apropiadas reduciendo o eliminando por lo menos una causa de exclusión en salud	Contribuye a reducir la barrera económica

5.6 Programa de Educación, Salud y Alimentación (OPORTUNIDADES)-MÉXICO-

1). CARACTERÍSTICAS DEL EPSS

El Programa de Educación, Salud y Alimentación de México OPORTUNIDADES (originalmente llamado PROGRESA), es un esquema de transferencias condicionadas de dinero, diseñado para estimular a las familias a invertir en la salud, nutrición y educación de los niños. El incentivo financiero se distribuye a la madre de familia y su entrega está condicionada, entre otros factores, a la inscripción de la familia en el centro de salud mas cercano; a la utilización de servicios de salud, especialmente aquellos para mujeres embarazadas, madres amamantando y niños menores de cinco años; y a la asistencia mensual del(a) jefe de familia a clases de salud comunitaria (OPORTUNIDADES, Reglas de Operación, 2007). El programa comprende un amplio espectro de beneficios incluyendo servicios para adultos mayores y niños estudiando hasta el nivel universitario, pero este análisis se concentrará en el componente materno e infantil del esquema.

PROGRESA/OPORTUNIDADES fue diseñado para enfrentar la tasa obstinadamente alta de pobreza del país y para reemplazar un conjunto de subsidios alimenticios y otros programas de alivio a la pobreza ampliamente considerados inefectivos. El programa, originalmente implementado en las áreas rurales más pobres del país, se expandió rápidamente; en 2002 había sido expandido a 31 estados. Los fondos asignados al programa se incrementaron en forma acorde, de US\$ 34 millones en 1997 a US\$3,6 billones en 2007 (SEDESOL, 2007). El monto de la transferencia de dinero es grande y estos pagos en total representan cerca del 20% de los ingresos de las familias participantes (Coady, 2003; BID, 2002). En la actualidad, el programa atiende a cerca de 5 millones de familias, las cuales corresponden a aproximadamente un 25% de la población total de México, 50% de la población pobre del país y casi el 100% de la población extremadamente pobre (SEDESOL, 2007).

El programa asegura una asignación progresiva del gasto mediante el uso de tres niveles de focalización para seleccionar a sus beneficiarios. En el primer nivel, el gobierno determina las áreas geográficas generales donde se implementará el programa, sobre la base de un índice de desarrollo que considera el nivel de ingresos, la densidad de población y el acceso a salud y educación. A los pueblos que se encuentran dentro de estas áreas se les asigna un puntaje de pobreza de la comunidad

basado en información disponible en el Censo nacional sobre nivel de educación, empleo y condiciones de la vivienda. Finalmente, se seleccionan las familias pobres dentro de esos pueblos sobre la base de factores estrechamente asociados con el ingreso, recolectado por un censo comunitario especial. No existe un procedimiento de postulación; las familias son informadas acerca del programa y de su elegibilidad.¹⁸ El beneficio es válido por tres años, pero es condicional a que las familias cumplan con los requisitos estipulados por el programa. Al término de los tres años, se hace una revisión de las familias para determinar si aun son elegibles. Si todavía satisfacen los criterios económicos del programa, el beneficio se renueva.

OPORTUNIDADES requiere que las madres busquen atención preventiva incluyendo cuidados prenatales, control de niño sano, inmunizaciones y monitoreo de crecimiento para sus hijos menores de 5 años. Se exige que las mujeres embarazadas acudan a cinco controles prenatales en los primeros tres meses de embarazo, y que los niños menores de dos años reciban control de crecimiento y vacunas cada dos meses. Las mujeres que están amamantando deben cumplir con dos controles nutricionales por año. Además de dinero en efectivo, el programa ofrece suplementos alimentarios gratuitos a todas las mujeres embarazadas y niños menores de dos años, así como a los niños menores de cinco años que muestren signos de malnutrición.

EL financiamiento de OPORTUNIDADES proviene de impuestos generales y fuentes extra presupuestarias del BID y el Banco Mundial.

18. Cuando el programa comenzó en las áreas rurales, los requerimientos de elegibilidad eran revisados por la comunidad, la cual podía nominar a las familias excluidas en el evento de un error obvio de focalización. A continuación se implementaba un proceso de certificación de la elegibilidad. En las áreas urbanas, la elegibilidad se basaba en auto-selección debido al alto costo de realizar un censo previo a la implementación del programa.

Cuadro 46: Principales características del PROGRESA

Característica	Categoría
Tipo	Transferencia condicionada de dinero
Forma de financiamiento	Asistencia social con financiamiento público
Fuente de los fondos	Impuestos generales Otros ingresos (fuentes extra presupuestarias: BID, Banco Mundial)
Mecanismo de distribución del riesgo	Basado en ingresos
Administración y nivel administrativo	Ministerio de Desarrollo Social, con apoyo de los Ministerios de Educación y Salud a nivel nacional, subnacional y local
Grado de selectividad	Focalizado: mujeres embarazadas o amamantando, niños menores de 5 años de familias pobres
Quién tiene derecho a cobertura	Familia
Condición de acceso	Atributos específicos comprobados mediante prueba de medios: verificación de ingreso/edad/parto/embarazo
Tamaño del pool	Pequeño
¿Cartera explícita?	Explícita
Nivel de cobertura	Complementario
Proveedor	Público

2). CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO GENERAL DONDE SE IMPLEMENTA EN EPSS

Información básica y demográfica México es un país de ingresos medio-altos que consiste de 31 estados y 2.438 municipalidades. Según el Censo de 2005, la población total alcanza a alrededor de 103 millones de personas (INEGI, 2005). La mayoría de la población –un 75.5%- se encuentra concentrada en las áreas urbanas, con cerca de un tercio de los habitantes viviendo en cinco de las treinta y dos áreas metropolitanas del país (UNDP-HDR, 2005). México se caracteriza por una gran diversidad étnica y socioeconómica tanto dentro como entre regiones y estados. Esta diversidad es una fuente permanente de conflicto social y ha gatillado varias crisis políticas a lo largo de la historia del país (Banco Mundial, 2005; UNDP-HDR, 2005). Persisten significativas desigualdades entre las ciudades y los pueblos, y las áreas rurales –pobladas mayoritariamente por grupos indígenas- muestran peores indicadores en casi todos los aspectos del desarrollo social incluyendo salud, educación, empleo, ingreso y acceso a servicios básicos. En el año 2004, uno de cada tres residentes rurales se encontraba viviendo en la extrema pobreza, comparado con uno de cada diez residentes urbanos (Banco Mundial, 2006).

Gobernabilidad Las elecciones generales en 2002 en México terminaron con 70 años de gobierno del partido Revolucionario Institucional (PRI) y el sistema político unipartidista fue reemplazado por uno pluripartidista. A pesar de que este proceso se considera como un importante salto hacia la democracia, la gobernabilidad del país se ha debilitado significativamente en los últimos años, ensombreciendo las ganancias de la democracia. Algunos autores plantean que las huelgas y las protestas contra las políticas gubernamentales se incrementaron dramáticamente durante el gobierno de Vicente Fox.¹⁹ La violencia asociada al narcotráfico también ha aumentado en los últimos años (Power and Interest News Report, 2006).

Economía El Producto Interno Bruto (PIB) de México creció en 4,8% en 2006, alcanzando sobre 1.1 trillones de dólares (PPC) y el INB per cápita era US\$10.560 (PPC) en 2005 -el segundo ingreso per cápita más alto de América Latina-. Sin embargo, la pobreza permanece alta y en 2003 se estimaba que el 40% de la población vivía con menos de US\$2,00 al día, de los cuales un 9,9% vivía con menos de US\$1,00 al día (PNUD-IDH, 2005). El Ministerio de Desarrollo Social estima que un 17% de la población vive por debajo de la *línea de pobreza alimentaria*, es decir, no puede financiar la satisfacción de sus necesidades alimenticias básicas (Cruz de la Torre, Velásquez, 2006). Según cifras de este mismo Ministerio, 50 millones de mexicanos (cerca del 50% de la población) vive en la pobreza, de los cuales la mitad vive en la extrema pobreza o lo que el gobierno denomina “pobreza de capacidades”.²⁰ Esta cifra representa un avance en relación a la tasa de pobreza de 64% que tenía el país luego de la crisis financiera de 1994-1995.

El desempleo disminuyó de 3,7% en 1997 a 2,5% en 2003 cuando el número de empleos en la industria maquiladora creció significativamente (PNUD-IDH, 2005). Sin embargo, el 61,8% del total de las personas empleadas en México trabaja en la economía informal (Negrete, R., 2001) y los salarios reales para los pobres urbanos han disminuido en 5% desde 1991 a la fecha. Los salarios reales han caído sobre todo en el sector auto-empleado, donde los pobres se encuentran desproporcionadamente representados. Los salarios reales para los trabajadores extremadamente pobres auto-empleados y que no poseen capital habían disminuido en un 22% al año 2003 (Banco Mundial, 2006). Los ingresos reales para los trabajadores del sector manufacturero mexicano cayeron en un 2,6% acumulado entre 1995 y 2005 (Banco Mundial, 2006).

19. México eligió un nuevo presidente, Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, en Diciembre del 2006.

20. La pobreza de capacidades se define como vivir US\$ 2 o menos por día en las áreas rurales y menos de US\$3 al día en las áreas urbanas (SEDESOL, 2007).

Salud La expectativa de vida al nacer era de 75,1 en 2003 para ambos sexos, y la tasa de alfabetización (% de 15 años y mas) era de 90.3% (PNUD-IDH, 2005). Las tasas de fertilidad han disminuido de 2,7 en 1997 a 2,2 en 2007, pero el número promedio de hijos para mujeres en áreas rurales todavía es alto (2,3 comparado con 1,4 en áreas urbanas). En 2002, un 77% de la población tenía acceso a saneamiento mejorado y 91% tenía acceso a fuentes mejoradas de agua (PNUD-IDH, 2005).

En México el sistema de salud está compuesto de tres grandes sectores: la Seguridad Social, el sector público administrado por el Ministerio de Salud y el sector privado. El sector de la Seguridad Social cubre a los trabajadores formales e incluye al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores Estatales (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA) y la Marina. El Ministerio de Salud cubre a la población no asegurada en las áreas urbanas y rurales. En el año 2003 el gobierno creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual a su vez estableció el Seguro Popular. A través de una asignación de recursos del Gobierno Central y de los Estados, el Seguro Popular asegura acceso a un paquete básico de prestaciones de salud para familias y ciudadanos que debido a sus condiciones socioeconómicas y de empleo no están cubiertas por las instituciones de la Seguridad Social.

El sistema de salud mexicano se caracteriza por altos grados de segmentación y fragmentación, con una gran cantidad de diversos programas de cuidados de salud que coexisten sin coordinación y a menudo representando los intereses de fuerzas políticas en conflicto. Esto produce enormes ineficiencias en la provisión de servicios de salud. En 2005, las instituciones de la Seguridad Social cubrían a 55 millones de trabajadores asalariados en el sector formal, lo cual representa una disminución de 2.56% comparado con el año 2000, debido a variaciones en la tasa de desempleo. Los trabajadores informales, la población rural no asalariada y los desempleados sumaban 45 millones de personas en 2005. Ellos recibían cuidados de la Secretaría de Salud del gobierno central así como de las Secretarías de salud de los Estados respectivos, las cuales supervisan clínicas y hospitales públicos. Existen enormes diferencias entre los Estados en términos de la disponibilidad de recursos per capita para proveer servicios de salud y se registran problemas de acceso en las áreas rurales (OPS, 2007).

En el año 2004 la Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años en México era de 22.9 por 1.000 nacidos vivos, alta comparada con otros países de ingresos medio-altos en la región, tales como Chile y Uruguay (OPS, 2005). La razón de mortalidad materna, según estimados modelados, era de 83 por 100.000 nacidos vivos al año 2003 (Banco Mun-

dial, 2003). Esta cifra disminuyó a 60 por 100.000 nacidos vivos al año 2005, de acuerdo a estimaciones de la OMS/UNICEF/UNFPA/Banco Mundial (OMS, 2008). Las tasas de mortalidad tienen grandes variaciones de Estado a Estado, donde el Distrito Federal, Puebla, Oaxaca y Chihuahua tiene tasas más altas que otros departamentos. La mortalidad por enfermedades prevenibles es alta, especialmente en la región del sur, incluyendo muertes por desnutrición, infecciones comunes y enfermedades asociadas al embarazo y al parto (OPS, 2002). Las tasas de mortalidad son especialmente altas entre los 63 grupos indígenas del país, en los cuales la TMI es 58% más alta y la TMM es tres veces más alta que la de madres no indígenas (OPS, 2007).

Cuadro 47: Contexto general de México

Factor contextual	Situación de salud		Demanda por servicios de salud	
	Deteriora	Mejora	Obstaculiza	Promueve
Pobreza	X		X	
Nivel educacional		X		X
Vivienda rural/asentamientos remotos		X		X
Acceso a agua/ saneamiento/ electricidad		X		
Fortaleza/fragilidad institucional del gobierno		X		
Gobernabilidad del país	X			
Desempleo		X		X
Informalidad del empleo	X		X	

3). ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL EPSS

a). ¿Ha aumentado la equidad en el acceso/utilización de los servicios de salud?

OPORTUNIDADES tiene un fuerte componente de evaluación orientado a examinar la marcha del programa mediante la utilización de métodos cuali y cuantitativos. La evaluación permite identificar los ajustes necesarios en el diseño y ejecución del programa y apoya el seguimiento de sus objetivos y propósitos. A partir de 1999 se han realizado evaluaciones anuales del programa.

Estudios realizados en los inicios del esquema encontraron que el sistema de focalización aplicado en OPORTUNIDADES producía excelentes resultados, pero estos pueden haberse vuelto menos progresivos a medida que el programa fue extendiéndose. Encuestas de hogar realizadas in-

mediatamente antes y dos años del inicio del programa en cerca de 300 pueblos que habían recibido servicios y 200 pueblos que no los habían recibido, encontraron que casi 60% de los beneficiarios del PROGRESA pertenecían al 20% de la población más pobre de México; 80% de los beneficiarios estaban en los dos quintiles mas bajos de ingreso (Bitrán y Muñoz, 2000). El estudio atribuía estos resultados altamente progresivos a la selección de pueblos pobres y a que los beneficios están condicionados a la participación de los niños en programas de educación y salud (ya que los pobres tienen más hijos que las personas con mejor situación económica). Sin embargo, un estudio mas reciente del Banco Mundial encontró que solo un 30% de los beneficiarios del programa pertenecían al primer quintil de ingresos y solo un 60% se encontraban en los dos primeros quintiles (Lindert et al, 2005). No obstante, aquellos en los quintiles mas bajos reciben nueve veces mas beneficios que los beneficiarios de los quintiles mas altos (Lindert et al, 2005). Seria beneficioso estudiar con mayor detenimiento este ámbito de la operación de OPORTUNIDADES.

Un estudio del impacto de OPORTUNIDADES realizado en el año 2004 encontró un incremento significativamente alto (en un 50%) de la demanda por controles de salud en los pueblos donde se implementa el programa, en comparación con los pueblos donde no existe (Bautista, 2004). Este autor también encontró un fuerte aumento de las consultas de tipo curativo luego de la implementación del programa, el cual se compensó posteriormente con el incremento de las consultas preventivas, lo cual implica que mejores cuidados preventivos disminuyeron la necesidad de cuidados curativos. Los establecimientos públicos de salud tuvieron el doble de la demanda que los establecimientos privados, y el programa aumentó la utilización de servicios de salud para todos los grupos de edad, excepto para los niños de 0-2 años de edad (Gertler, 2000). Este autor plantea la hipótesis que OPORTUNIDADES debe haber tenido un impacto positivo en la prevención de enfermedades para este grupo etáreo, lo cual redundó en un menor numero de consultas. La evaluación también muestra que hubo un aumento en las visitas de control nutricional y que los niños de 0-5 años atendidos por el programa tienen 12% menos probabilidad de enfermarse que los niños que no reciben el beneficio.

Debido a que el programa ha operado en áreas rurales por un periodo mayor de tiempo, se ha prestado menor atención a su impacto en áreas urbanas. Resultados de corto plazo en estas áreas sin embargo, son igualmente promisorios. Una evaluación externa mostró que las familias urbanas incorporadas al programa aumentaron su demanda por servicios de salud en más del 25% en comparación con aquellas no incorporadas al programa. También se encontraron ligeras ganancias en la proporción de nacimientos atendidos por personal entrenado (Cruz de la Torre, Velásquez, 2005).



b). ¿Ha contrarrestado los determinantes sociales que deterioran la situación de salud y/o impiden la demanda por servicios de salud?

Los resultados a la fecha indican que el programa ha sido exitoso en aliviar la pobreza de las familias participantes. Una evaluación efectuada por el International Food Policy Research Institute en 2000 encontró que después de seis años de implementación el programa OPORTUNIDADES ha disminuido la pobreza en 8% en las áreas que se beneficiaban del programa, en comparación con las áreas no beneficiarias. Una razón importante para esto es el tamaño de la transferencia condicionada, que representa un aumento promedio de 20% del ingreso de los hogares que viven en la extrema pobreza. Más aún, Hoddinott y Skoufias encontraron que 70% de las transferencias de dinero habían sido utilizadas para aumentar la disponibilidad de alimentos en los hogares beneficiarios, tanto en términos de cantidad (calorías) como de calidad (proteínas y micro nutrientes) (Hoddinott y Skoufias, 2000).

Sin embargo, la reducción de la pobreza gracias al programa puede no ser equitativa. Un estudio encontró que, aun cuando el ingreso de las familias participantes efectivamente aumentó en el periodo 1997-2002, el mayor incremento se produjo en aquellos hogares que estaban en mejor situación económica al inicio del programa (Rubalcava y Teruel, 2003). Estos resultados coinciden con los hallazgos de Fuentes y Soto, que encontraron que la talla de niños menores de cinco años se correlacionaba positivamente con el nivel educacional y económico del padre en las familias beneficiarias, lo cual los condujo a especular que aquellas familias menos pobres son más capaces de utilizar el programa (Fuentes M. y Soto H., 2003). Asimismo parece existir poca relación, al menos en el corto plazo, entre el porcentaje de familias incorporadas a OPORTUNIDADES y la reducción de la pobreza a nivel del estado (Parker y Scott, 2001).

Como parte del esfuerzo orientado a contrarrestar el efecto negativo de la baja posición de la mujer en su entorno social sobre la situación de salud, OPORTUNIDADES tiene un enfoque explícito de género. El programa aborda la variable género de tres maneras:

- 1) Le entrega la transferencia en dinero específicamente a la mujer jefa de hogar de cada hogar participante,
- 2) las transferencias asociadas a la asistencia al colegio son más altas para las niñas que para los niños a nivel de escuela secundaria, y
- 3) los beneficios de atención de salud del programa se centran en mujeres embarazadas y madres amamantando.

Las mujeres participantes en el programa han adquirido mayor capacidad para decidir por sí mismas acerca del uso que le darán al ingreso que reciben de OPORTUNIDADES y han desarrollado más conciencia, confianza y control sobre sus actividades. Resultados de grupos focales mostraron que el programa ha promovido el reconocimiento a la contribución del rol de las mujeres en el cuidado de sus familias (Wodon, Q., De la Briere, B., Siaens, C., Yitzhaki, S., 2003). Los resultados son menos claros en lo referente a ciertas decisiones familiares importantes. Aun cuando Wodon et al encontraron que OPORTUNIDADES ha disminuido la probabilidad de que los maridos tomen decisiones sin consultar a sus esposas en cinco de ocho categorías de toma de decisión, un estudio de grupos focales similar encontró poco impacto en la toma de decisiones fuera del manejo de los asuntos diarios del hogar (Adato M. y Mindek D., 2003).

Cuadro 48: Desempeño del PROGRESA: determinantes sociales

Categoría	Desempeño	
	sí	no
Contrarresta la pobreza eliminando o reduciendo barreras económicas	X	
Promueve la posición social de la mujer en su entorno social	X	
Promueve los derechos en salud a través de Cartas de Derechos, garantías explícitas, etc.		X
Contrarresta el desempleo/trabajo informal eliminando o reduciendo barreras económicas	X	
Contrarresta la falta de educación de las mujeres fomentando la demanda por servicios de salud	X	

c). ¿Ha aumentado el acceso y la cobertura de intervenciones apropiadas eliminando por lo menos una causa de exclusión de los servicios de salud?

Un resumen de evaluaciones del programa realizado por Scoufias y McClafferty (2001) encontró que la asistencia de niños menores de seis años a controles de salud era 50% más alta en la población beneficiaria. De acuerdo a estudios mas recientes, esta proporción ha aumentado en el transcurso de la implementación del programa (Hernández M. et al, 2006).

El éxito de OPORTUNIDADES en el área de cuidados maternos y prenatales ha sido menos claro. El resumen de evaluaciones del programa realizado por Scoufias y McClafferty reporta un aumento de 8% en consultas médicas de mujeres embarazadas en su primer trimestre de em-

barazo (Scoufias y McClafferty, 2001). Sin embargo, Bautista informa que los controles prenatales en la práctica disminuyeron tanto en los centro de salud participantes como en aquellos no participantes en el programa entre 1996 y 2002. Los centros de salud incorporados a OPORTUNIDADES experimentaron una caída aun mayor (de 50%) de consultas que aquellos centros no incorporados al programa (Bautista, 2004). El programa si parece haber aumentado el acceso a controles prenatales de mayor calidad (medidos por el tiempo en que ocurre el primer control, el número de controles prenatales totales y las acciones realizadas en esos controles) en las áreas rurales, pero no ha tenido éxito en aumentar la proporción de partos atendidos por personal entrenado en estas áreas. Esta proporción ha caído en comparación con el porcentaje de cobertura para las mujeres no incorporadas al programa (Hernández-Prado et al, 2005). En las áreas urbanas se observan resultados similares: las mujeres incorporadas al programa tienen menor probabilidad de acceder a la atención del parto por personal médico calificado y/o ser atendidas institucionalmente en comparación con sus pares elegibles para estar en el programa pero no incorporadas a él y también cuando se las compara con las mujeres no elegibles (Hernández-Prado et al, 2005).

En una evaluación realizada en el estado de Chiapas, Ochoa y García encontraron escasas mejorías en el acceso a intervenciones de salud entre los beneficiarios del programa y observaron que con frecuencia, los no beneficiarios que tienen acceso a diversos programas de salud gratuita tenían mayor probabilidad de demandar cuidados de salud más allá de aquellas intervenciones que son prerequisites para recibir la transferencia en dinero (Ochoa y García, 2005). La principal explicación dada para estos resultados inesperados fue la mala calidad de los cuidados de salud ofrecidos bajo OPORTUNIDADES. Ochoa y García argumentan que el impacto del programa sobre la equidad en salud será limitado si no se asocia a una mejora sustancial de los servicios de salud proporcionados por los proveedores bajo él (Ochoa y García, 2005).

Cuadro 4: OPORTUNIDADES: Cobertura y Acceso

Categoría	EPSS	
	sí	no
Aumenta la cobertura (número de personas cubiertas como % de la población elegible)	X	
Establece una cartera única garantizada de beneficios con la misma calidad, contenidos y condiciones de entrega para todos los grupos socioeconómicos para evitar la segmentación		X
Aumenta la coordinación/integración dentro del sistema para evitar la fragmentación		X
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando el número y las capacidades de los recursos humanos en áreas anteriormente mal abastecidas		X
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando el gasto público asignado al esquema	X	
El gasto público asignado al esquema es progresivo	X	
Mejora la distribución geográfica de la red de entrega de servicios y la infraestructura de salud aumentando la cantidad de establecimientos de salud, equipos, aparatos médicos y fármacos en áreas anteriormente mal abastecidas		X
Aumenta la cobertura del sistema de información		X
Aumenta el acceso (número de personas con acceso a bienes y servicios de salud proporcionados por el esquema)	X	
Elimina/reduce la barrera geográfica		X
Elimina/reduce la barrera económica	X	
Elimina/reduce la barrera de género	X	
Elimina/reduce la barrera dada por la situación de empleo	X	
Mejora el acceso a agua potable, alcantarillado, caminos y/o transporte		X
Mejora la recolección de basura		X

d). ¿Han mejorado los resultados en salud?

Gertler encontró que los niños menores de 5 años participando en el programa tenían un 25% menos incidencia de morbilidad que sus pares no participantes y sugirió que las tasas de morbilidad caen mientras mayor es el tiempo que está el niño en el programa (Gertler, 2004). La mortalidad infantil también era 2% más baja en los pueblos incorporados a OPORTUNIDADES (Hernández B. et al, 2005). Esto puede estar relacionado con el hallazgo que el programa redujo los niveles de desnutrición infantil según medidas de peso y estatura: los niños entre 1 y 3 años de edad participantes en el programa experimentaron un 16% de incremento en su crecimiento anual comparados con niños no participantes (Behrman y Hoddinott, 2000). Este efecto parece ser progresivo: la incorporación a OPORTUNIDADES se asocia positivamente a un mayor crecimiento ponderal entre los niños de menor edad

y más pobres. La talla promedio de este grupo (niños menores de seis meses que viven en los hogares más pobres) era 1,1 cm. mayor, incluso cuando se ajustaba por edad y peso al nacer. OPORTUNIDADES también se asocia a tasas más bajas de anemia en bebés y niños de hogares rurales y de bajos ingresos (Rivera, J., Sotres-Alvarez, D., Habicht, J., Shamah, T., Villalpando, S., 2004).

El programa también parece haber tenido un efecto positivo sobre la mortalidad materna. El estudio de gran alcance más reciente del programa, realizado en 2003, encontró una reducción de 11% en la mortalidad materna en pueblos que tenían hogares incorporados al programa en comparación con aquellos pueblos que no tenían hogares incorporados. Este impacto era más fuerte en áreas de mediana y muy alta marginalización, pero no se elevaba proporcionalmente al porcentaje de personas incorporadas al programa (Hernández B. et al, 2005).

Cuadro 50: Desempeño de OPORTUNIDADES

Objetivo	Desempeño
Aumenta la equidad en el acceso y/o utilización de los servicios de salud	Si. La mayoría de los beneficiarios son pobres
Contrarresta los determinantes sociales que deterioran la situación de salud y/o impiden la demanda por servicios de salud	Ha ayudado a contrarrestar la pobreza. El tamaño de la transferencia en dinero representa un 25% de aumento en el ingreso de los hogares extremadamente pobres. Ha fomentado la demanda por servicios de salud entre las madres. Promueve una mejor situación social de las mujeres dentro de las familias y fomenta la asistencia de las niñas a la escuela
Aumenta el acceso y la cobertura de intervenciones técnicamente apropiadas reduciendo o eliminando por lo menos una causa de exclusión en salud	Ha contribuido a remover las barreras económicas. Ha aumentado el acceso a intervenciones de salud. No ha contribuido a aumentar la cobertura de intervenciones apropiadas

5.7 Seguro Integral de Salud (SIS) – PERÚ

1). CARACTERÍSTICAS DEL EPSS

El Seguro Integral de Salud (SIS) es parte de una estrategia mas extensa del Ministerio de Salud, en línea con las recomendaciones establecidas por los principales donantes internacionales, con el fin de reducir las altas tasas de mortalidad a través de la eliminación de las barreras económicas, culturales y de información que impiden a los hogares más pobres acceder a servicios de salud. El SIS fue creado en el año 2001 mediante la integración de dos iniciativas anteriores: el Seguro Materno-Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG).

El SEG había sido creado en 1997 para beneficiar a niños escolares entre 3 y 17 años de edad. Cubría cuidados de salud relacionados con accidentes y enfermedad y los servicios eran provistos en establecimientos públicos. Fue diseñado inicialmente como un proyecto piloto, pero el Presidente Fujimori ordenó su implementación a lo largo de todo el país (Holst, 2005).

El SMI por su parte fue diseñado para apoyar prioridades de salud pública centradas en las mujeres embarazadas, madres primerizas y niños entre 0 y 4 años. Se creó en 1998 y funcionaba como un subsidio a la demanda que financiaba los costos de servicios de salud según se necesitaran. Inicialmente se implementó en dos zonas piloto del país y en 1999 se expandió a cinco departamentos (Jaramillo y Parodi, 2004). El SMI cubría a las mujeres durante el embarazo y el post parto y a todos los niños desde el nacimiento hasta los 4 años de edad cuando no estaban afiliados a otros seguros de salud, públicos o privados. El SMI sólo cubría a la población de los departamentos donde se implementó. Aseguraba contra las principales enfermedades y riesgos de salud asociados al embarazo, e incluía controles periódicos de embarazo, partos naturales y cesáreas, controles de post parto, deficiencias nutricionales y salud dental. En el caso de los niños, el seguro cubría controles de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, diarrea y enfermedades respiratorias. La población beneficiaria estimada para el período 1999-2001 era de 718.121 personas (Jaramillo y Parodi, 2004). No hubo leyes que normaran la creación del SMI.

A pesar que el SMI estaba dirigido a grupos de bajos ingresos, generalmente del sector informal, sus beneficios no alcanzaron a la población objetivo. La cobertura del SMI era baja y sólo 33% de la población se afilió al programa. Cuando esta cifra se desagregaba según nivel económico, el SMI mostraba un patrón regresivo. Sólo 25% de los afili-

ados pertenecían al quintil de ingresos más bajo, mientras que la afiliación en el quintil más alto era de 37% según la encuesta ENDES de 2002. En otras palabras, casi una de cada tres personas que usaban el SMI no eran pobres (Jaramillo y Parodi, 2004).

El Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) hizo una evaluación del SMI y encontró los siguientes resultados (GRADE, 2004):

1. El SMI mejoró el acceso a servicios de salud de la población materno-infantil, pero el impacto en la equidad fue negativo. El SMI tuvo un impacto significativo sólo en el quintil más alto de ingresos.
2. El estudio encontró que cuando el gobierno trató de aumentar la cobertura y el acceso a servicios de salud, los más pobres no fueron los más beneficiados con el aumento. Los errores de focalización redundaron en filtraciones sustanciales hacia los grupos de mayores ingresos y en baja cobertura.

El SIS amplió la cobertura del SMI en términos geográficos y de población (Holst, 2005). Para lograr mejores resultados y marcar la diferencia entre el SIS y sus predecesores, el nuevo esquema se basó en tres planes de salud (Vera de la Torre, 2003):

- **Plan A**, para niños entre 0 y 4 años de edad
- **Plan B**, para niños entre 5 y 17 años de edad
- **Plan C**, para mujeres embarazadas

Los Planes A, B y C tienen la misma cobertura de los anteriores SMI y SEG. La población objetivo en áreas urbanas incluye aquellos que tienen trabajos inestables o precarios, mientras la población objetivo en áreas rurales se centra en aquellos que trabajan en el sector agrícola bajo el nivel de subsistencia. Los beneficiarios rurales son más homogéneos en términos culturales y étnicos que los beneficiarios urbanos ya que la mayoría son de origen indígena. La afiliación y el acceso al SIS deben producirse a nivel primario, generalmente en el puesto de salud más cercano al lugar de residencia del beneficiario. Se firma un contrato de afiliación con cada individuo. Los beneficiarios del SMI tenían acceso a los servicios ofrecidos principalmente en los establecimientos locales en los que estaban afiliados. Sin embargo, también podían elegir un establecimiento similar dentro de sus departamentos (Rödel y Holst, 2001).

Posteriormente se agregaron dos planes de salud con el objetivo de expandir la cobertura a otros grupos altamente vulnerables de la población:

- **Plan D**, destinado a brindar cobertura de servicios de emergencia para adultos
- **Plan E**, dirigido a grupos específicos de la población adulta

Según Vera de la Torre, se incorporaron cuatro grupos de población más como beneficiarios del SIS por decisión política y sin seguir ningún criterio de afiliación (Vera de la Torre, 2003):

- Líderes de los comedores populares
- Madres de menores beneficiarios del Programa de Alimentación Suplementaria “El vaso de leche”
- Madres que trabajan en guarderías infantiles públicas (Wawa wasi)
- Mujeres miembros de los Comités Locales de Administración de Salud (Comités de gestión)
- Limpiabotas

En el año 2007 el SIS inició un proceso de reorganización de su estructura y funciones para adaptarse a la extensión del aseguramiento establecida en el Decreto Supremo 004 2007, que modifica los planes existentes (gestantes, niños, adolescentes y atención de emergencias) ampliando la cobertura del SIS al conjunto de la población no asegurada, mediante dos componentes: el Subsidiado, para la población pobre (quintiles 1 y 2), y el Semi Subsidiado para la población con limitada capacidad de pago (quintil 3). El SIS oficializó además el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS), que incluyen un conjunto integral de atenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación, estructurado con base a la información existente acerca de las principales intervenciones de salud disponibles a nivel nacional. Este listado podrá ser ampliado, modificado y adecuado, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal del SIS, siempre de manera incremental, en orden de las prioridades sanitarias nacionales y regionales, y de acuerdo a criterios de costo-efectividad.

Los recursos financieros para el esquema provienen de la Tesorería Nacional. La mayor parte del financiamiento proviene de los impuestos generales. El Ministerio de Salud destina una cierta cantidad para cubrir el presupuesto y financiar los beneficios (Holster, 2005). Fondos del BID, el Banco Mundial y de agencias bilaterales de cooperación técnica como la cooperación belga también ayudan a financiar el esquema. El presupuesto anual asignado al SIS ha sido incrementado de 316.000.000 NSP (US\$106.485.865)²¹ en el año 2007 a 471.124.352 NSP (US\$158.759.760) para el año 2008, lo que representa un crecimiento aproximado del 50% en términos reales. (Dirección General de la Cooperación al Desarrollo de Bélgica. Enero, 2008)

21. Tasa de cambio: 1 US\$ = 2.96753 Nuevos Soles Peruanos

Cuadro 51: SIS. Plan de Beneficios

Plan	Población cubierta	Paquete de Salud	Servicios cubiertos
Plan A	Menores entre 0-4 años de edad	• Servicios de salud preventiva • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes • Cuidado de menores nacidos con HIV-SIDA • Servicios de transporte para emergencias • Gastos de funeral	• Cuidados inmediatos del recién nacido • Hospitalización para recién nacidos con patologías • Control de niño sano • Control a recién nacido con bajo peso • Servicios de emergencia • Fármacos • Rayos X y otros servicios de imagenología • Laboratorio • Cirugías • Servicios dentales (higiene, restauración, tratamiento, extracción) • Traslados • Gastos de funeral
Plan B	Menores y adolescentes entre 5-17 años de edad	• Diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes • Servicios de transporte para emergencias • Gastos de funeral	• Controles médicos • Servicios de emergencia • Fármacos • Rayos X y otros servicios de imagenología • Laboratorio • Cirugías • Servicios dentales (higiene, restauración, tratamiento, extracción) • Traslados • Gastos de funeral
Plan C	Mujeres embarazadas	• Cuidados prenatales • Partos institucionales normales y de alto riesgo • Atención de post parto (hasta 42 días después del parto) • Diagnóstico y tratamiento de otros problemas de salud • Servicio de transporte para emergencias • Gastos de funeral	• Controles médicos • Servicios de emergencia • Fármacos • Rayos X y otros servicios de imagenología • Laboratorio • Cirugías • Servicios dentales (higiene, restauración, tratamiento, extracción) • Traslados • Gastos de funeral
Plan D	Emergencias de salud en adultos	• Servicios inmediatos de emergencia • Servicios de transporte para emergencias • Gastos de funeral	• Servicios de emergencia • Fármacos • Rayos X y otros servicios de imagenología • Laboratorio • Cirugías • Traslados • Gastos de funeral
Plan E	Adultos focalizados	• Cuidados de salud • Servicios de transporte para emergencias • Gastos de funeral	• Controles médicos • Servicios de emergencia • Fármacos • Rayos X y otros servicios de imagenología • Laboratorio • Cirugías • Traslados • Gastos de funeral

FUENTE: Vera de la Torre, 2003; Banco Mundial, 2006.

Al igual que el SMI y el SEG, el SIS opera como subsidio a la demanda porque reembolsa a los proveedores de salud por los servicios prestados a beneficiarios del SIS, siempre y cuando estos beneficios se encuentren dentro del Plan de Beneficios garantizado. Cabe destacar que los pagos no son anticipados sino reembolsos a servicios proporcionados. El SIS utiliza los recursos humanos e infraestructura del Ministerio de Salud, dependiendo de los proveedores públicos para la provisión de servicios. No se permite a las ONGs, el Seguro Social ni los proveedores privados participar en el esquema como proveedores. Sólo en casos especiales los pacientes pueden ser referidos a establecimientos que no son públicos. Los servicios son proporcionados a los siguientes niveles:

- Puestos y centros de salud (urbanos y rurales): los servicios incluyen atención primaria, inmunizaciones, farmacia, obstetricia/ginecología y servicios dentales básicos. Algunos establecimientos hacen diagnóstico de laboratorio.
- Hospitales de primer y segundo nivel: proporcionan servicios de especialidades básicas tales como medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología. Los hospitales más grandes tienen especialidades adicionales tales como cardiología, gastroenterología, traumatología, neurología, etc.
- Tercer nivel: representado por el Instituto de Salud Infantil e Instituto Materno y Perinatal; estos dos institutos ofrecen tratamientos de alta complejidad tales como neonatología, neurocirugía, etc., y están equipados con unidades de tratamiento intensivo, scanners, ultrasonido, rayos x y diagnósticos complejos de laboratorio.

Según el Ministerio de Salud, en diciembre de 2005 el SIS cubría a 11.026.607 personas que representan a 39,5% de la población total (Ministerio de Salud, 2006).

Cuadro 52: Principales características del SIS

Característica	Categoría
Tipo	Provisión gratuita de servicios de salud de atención primaria y materno-infantiles
Forma de financiamiento	Fondos públicos
Fuente de los fondos	Impuestos generales Otros ingresos (fuentes extra presupuestarias: BID, Banco Mundial, cooperación belga)
Mecanismo de distribución del riesgo	Basado en ingresos
Administración y nivel administrativo	Ministerio de Salud a nivel nacional, subnacional y local
Grado de selectividad	Focalizado: población pobre en segmentos específicos – mujeres embarazadas o amamantando, niños entre 0-17 años, adultos en situación de emergencia de salud, adultos focalizados
Quién tiene derecho a cobertura	Individuo
Condición de acceso	Medios económicos con atributos específicos: verificación de ingreso/edad/parto/embarazo
Tamaño del pool de riesgo	Grande
¿Cartera explícita?	Explícita
Nivel de cobertura	Complementario
Provisión	Pública

2). CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO GENERAL DONDE SE IMPLEMENTÓ EL EPSS

Perú es un país de ingresos medio-bajos ubicado en la parte occidental de América del Sur, con una población total estimada en 28.3 millones de habitantes a julio de 2006, distribuida a lo largo de tres grandes regiones geográficas: la costa, el altiplano andino y la selva amazónica (PNUD-IDH, 2006). El PIB per capita es de alrededor de US\$2.000 pero existen grandes inequidades en la distribución del ingreso. Al año 2.000, el 72,8% de la población vivía en asentamientos urbanos mientras 27,2% de los peruanos vivían en viviendas rurales. Con respecto al acceso a agua y saneamiento, 77% de la población tenía acceso a una fuente mejorada de agua y 76% tenía acceso a saneamiento adecuado en ese mismo año (PNUD-HDR, 2002). La tasa de alfabetización adulta (mayores de 15 años) era de 87,7% en el 2004 (Banco Mundial, 2006).

A pesar que Perú es un país multiétnico con casi la mitad de su población de origen indígena, una pequeña elite de descendientes de españoles controla la mayor parte de la riqueza y el poder político, mientras la población indígena se encuentra excluida y forma la proporción mayor-

taria de los grupos poblacionales que viven en la pobreza (BBC News, 2006). El país está profundamente dividido política y económicamente y en su pasado reciente ha alternado entre la democracia y las dictaduras militares. Perú sufrió una guerra brutal contra rebeldes maoístas en la que murieron 69.000 personas en las décadas de los años ochenta y noventa (BBC News, 2006). El país ha enfrentando serias crisis de gobernabilidad en los últimos veinte años, con muy bajos índices de aprobación para el gobierno. Durante 2000 y 2001, Perú se vio envuelto en una controversia política turbulenta pero pacífica cuando un escándalo de corrupción terminó con el tercer mandato presidencial de Alberto Fujimori y un gobierno de transición gobernó al país hasta que Alejandro Toledo fue elegido a la Presidencia en julio de 2001 (Banco Mundial, 2006). En el año 2006 Alan García fue elegido Presidente de Perú.

Economía De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2004-2007, la pobreza total en el país disminuyó de 48,6% a 39,3% entre el año 2004 y el año 2007. La pobreza extrema por su parte varió de 17,1% en 2004 a 13,7% en 2007 (ENAHO, 2007). Según la misma fuente, tanto la pobreza total como la extrema pobreza predominan entre los pueblos indígenas de las áreas rurales en la región de la Sierra.

De acuerdo a datos de la Organización Internacional del Trabajo-OIT, Perú redujo su tasa de desempleo urbano de 10.1% en el tercer trimestre del año 2005 a 8.7% en el periodo similar del año 2007 (OIT, 2007). Esta cifra ubica el desempleo en el Perú por debajo de países como Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Uruguay y Venezuela comparados en el mismo período, pero por encima del promedio de la región, que se sitúa en 8,5%. Uno de los problemas más urgentes en el país es la falta de trabajo decente.²² De acuerdo a datos del Ministerio del Trabajo, el subempleo en el país es de 65% y entre un 65% y 70% de la población empleada se desempeña en la economía informal. Aún más, entre 2006 y 2007 la tasa de desempleo urbano disminuyó para los hombres pero no presentó variación para las mujeres, lo que implica que la brecha de desempleo por género aumentó. Estas condiciones laborales contribuyen al aumento del flujo migratorio hacia fuera del país. Datos de la Dirección de Migraciones y Naturalizaciones indican que un promedio diario de 1,150 peruanos (210 mil en total) viajaron legal o ilegalmente al exterior en el primer semestre del año 2006, un 39% más que en el mismo período de 2004.

Salud y Educación Las tasas de mortalidad materna e infantil en Perú se encuentran entre las más altas de América del Sur. A pesar de que

22. De acuerdo a la definición de la OIT, trabajo decente se define como “trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son protegidos y que cuenta con remuneración adecuada y protección social”

la mortalidad materna ha disminuido en los últimos diez años, la razón de Mortalidad Materna (RMM) permanece alta, con 164 muertes por 100.000 nacidos vivos reportadas en el país (Ministerio de Salud de Perú, 2002) y con cifras aún mayores de 410 muertes por 100.000 nacidos vivos estimadas por OMS (OMS, 2007). Estas cifras esconden grandes disparidades geográficas, con regiones rurales de bajos ingresos que tienen una RMM por sobre 500 por 100.00 nacidos vivos (Ministerio de Salud, 2001). Detrás de estas cifras está el hecho de que la cantidad de partos institucionales permanece baja en Perú porque el país continúa a la zaga de sus vecinos en cuanto a cobertura de intervenciones clínicas básicas. En el año 2000, un 59,3% de los partos fueron atendidos por personal calificado en el país, mientras que casi el 75% de los partos en las comunidades rurales de bajo ingresos no fueron institucionales (Banco Mundial, 2006; USAID, 2005). Las tasas de mortalidad infantil y en menores de cinco años han mejorado de manera significativa y en 2004 llegaron a 24 y 29,2 por 1.000 respectivamente (UNICEF, 2006). Sin embargo, a pesar de estas mejoras las tasas son altas para un país con los ingresos de Perú. Disminuir la mortalidad infantil requerirá concentrar esfuerzos en la mortalidad perinatal, ya que ésta ha aumentado en relación a otras causas de mortalidad infantil (Banco Mundial, PID, 2006).

Como en la mayor parte de los países de la región, los sistemas de salud en Perú están altamente fragmentados y segmentados. Dos subsistemas proporcionan servicios de salud: el subsistema público compuesto por el Ministerio de Salud y el Sistema de Seguro Social, y el subsistema privado, compuesto por proveedores con fines de lucro (clínicas, consultas médicas, etc.) y sin fines de lucro (ONGs). El Ministerio de Salud (MINSA) dirige el sector salud, formula las políticas de salud y provee servicios a la población pobre que no puede pagar un seguro; el Seguro Social de Perú ESSALUD cubre a los trabajadores del sector formal y el sector privado proporciona servicios a la población general que puede pagarlos.

Existen cuatro esquemas principales de aseguramiento en salud en el Perú: ESSALUD, el cual cubre a los trabajadores formales y a sus familias, el seguro para las fuerzas armadas y la policía, los seguros privados y el Seguro Integral de Salud (SIS). Según una encuesta del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) de 2002, en Perú sólo el 30% de la población tenía cobertura de ESSALUD y la mitad de la población no estaba cubierta por ningún esquema de aseguramiento.

Las inequidades en el acceso a servicios de salud y en los resultados en salud son una preocupación prioritaria en Perú. Entre los ocho países latinoamericanos que cuentan con una encuesta demográfica y de salud

(Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú), Perú exhibe la mayor inequidad en mortalidad infantil (Banco Mundial, 2006). Más aún, según un estudio efectuado por la OPS, en 2003 el 40% de la población estaba excluida del acceso a los servicios de salud. Los principales factores de riesgo de exclusión en salud son la pobreza y vivir en asentamientos rurales (OPS, 2003). Las inequidades geográficas en el acceso a la salud continúan produciendo resultados deficientes en salud en comparación con otros países de la región.

Cuadro 53: Contexto general de Perú

Factor contextual	Situación de salud		Demanda por servicios de salud	
	Deteriora	Mejora	Obstaculiza	Promueve
Pobreza	X		X	
Nivel educacional		X		X
Vivienda rural/asentamientos remotos		X		X
Acceso a agua/ saneamiento/ electricidad		X		
Fortaleza/fragilidad institucional del gobierno	X			
Gobernabilidad del país	X			
Desempleo		X		X
Informalidad del empleo	X		X	

3). ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL EPSS

a). ¿Ha aumentado la equidad en el acceso/utilización de los servicios de salud?

De acuerdo a diversos estudios, el SIS ha mejorado el acceso a servicios de salud para las personas en los quintiles más bajos de ingreso, incluyendo a la población indígena (Vera de la Torre, 2003; Banco Mundial IPD, 2006; Cotlear, 2006). Sin embargo, el esquema aún tiene que llegar a los pobres en forma más eficiente. En 2003, 64% de los beneficiarios del SIS pertenecían a los dos quintiles más pobres (Banco Mundial, 2005). Esto significa que casi el 50% de los recursos del SIS beneficiaban a la población no pobre. Un análisis de incidencia-beneficio realizado por el Banco Mundial en 2004 mostró que el SIS es relativamente pro-pobre a nivel de los hogares, con un coeficiente de concentración de -0,08, pero es relativamente regresivo (no pro-pobre) con respecto a su distribución geográfica, con un coeficiente de concentración de 0,04 (Cotlear D., 2006). A pesar de estas cifras, el esquema es aún el más equitativo de los programas sociales existentes en el país

(se puede comparar, por ejemplo, su coeficiente de concentración de -0.08 con el del gasto en los hospitales del Ministerio de Salud, que tiene un coeficiente de concentración de 0.21). Asimismo, como argumenta el Banco Mundial, que la pequeña donación que elimina la barrera económica de ingreso a cuidados hospitalarios para aquéllos que se encuentran en los quintiles más bajos de ingreso, a su vez mejora la focalización de subsidios mucho más grandes otorgados a los hospitales (Banco Mundial, 2007).

A pesar de que la afiliación al esquema y los recursos asignados a éste han favorecido a las regiones con altos niveles de pobreza, el mayor número de afiliados y la mayor cantidad de servicios de salud no se han concentrado en las poblaciones más pobres. Mientras en dos Direcciones de Salud (DISAS) la afiliación y los servicios de salud han beneficiado mayoritariamente a personas que viven en la extrema pobreza (Tumbes y Lima Sur), cinco DISAS (Ayacucho, Bagua, Jaén, Loreto y San Martín) muestran un patrón regresivo (Vera de la Torre, 2003).

b). ¿Ha contrarrestado los determinantes sociales que deterioran la situación de salud y/o evitan la demanda por servicios de salud?

Tanto el SEG como el SMI y SIS produjeron aumentos extraordinarios en la demanda por servicios de salud, especialmente materno-infantiles (Vera de la Torre, 2003). La implementación del SIS y la disponibilidad correspondiente de servicios gratuitos prenatales y de parto llevó a un aumento en la demanda por servicios maternos. Por ejemplo, los nacimientos institucionales aumentaron 10% entre 2000 y 2004. Sin embargo, el SIS no ha logrado incrementar la oferta de servicios a la par del aumento de la demanda, y se han suscitado quejas por reembolsos inadecuados o atrasados a los proveedores de servicios. Como resultado, los problemas financieros han puesto el peso del pago nuevamente en los usuarios (USAID, 2005).

Cuadro 54: Desempeño del SIS: determinantes sociales

Categoría	Desempeño	
	sí	no
Contrarresta la pobreza eliminando o reduciendo barreras económicas	X	
Promueve la posición social de las mujeres		X
Fomenta los derechos en salud a través de Cartas de Derechos, garantías explícitas, etc.		X
Contrarresta el desempleo/trabajo informal eliminando o reduciendo barreras económicas	X	
Contrarresta la falta de educación de las mujeres fomentando la demanda por servicios de salud		X

c). ¿Ha aumentado el acceso y la cobertura de intervenciones apropiadas en salud eliminando por lo menos una causa de exclusión de los servicios de salud?

El SIS ha aumentado el acceso a servicios de salud para la población materna e infantil (menores de cinco años). El porcentaje de mujeres embarazadas que habitan en las áreas de implementación del esquema y que tienen 4 o más controles prenatales aumentó de 32% en el año 2000 a más del 54% en el año 2006. Por su parte, el porcentaje de nacimientos atendidos por personal entrenado también se incrementó casi al doble en las áreas cubiertas, de 27% a 50.9% en el mismo periodo (Banco Mundial, 2007). Sin embargo, los servicios de salud para niños y adolescentes entre 5 y 17 años ha disminuido (Vera de la Torre, 2003).

El SIS utiliza establecimientos públicos para entregar servicios de salud, pero no ha mejorado la infraestructura pública de salud de manera acorde. El aumento de la demanda por servicios de salud ha impuesto una presión adicional sobre la utilización de los recursos del subsistema público. Y ha aumentado la fragmentación al interior del sistema por la vía de añadir otro esquema de aseguramiento más a los ya existentes en el país.

Aún cuando el gasto ejecutado para el SIS es 30% mayor que aquél destinado al SES y al SMI juntos, el análisis del gasto real por tratamiento muestra que el presupuesto para el SIS está muy por debajo del costo real (Vera de la Torre, 2003). En relación a la cobertura, un estudio efectuado en 2005 por la USAID identificó siete barreras operacionales a la provisión de servicios esenciales para la maternidad segura relacionada al SIS (USAID, 2005). Estas eran:

- La implementación del SIS por parte de establecimientos individuales es arbitraria e inconsistente, lo que acarrea confusión e incertidumbre para los usuarios que esperan, pero no reciben, servicios gratuitos ya sea porque el personal de los establecimientos de salud no conoce las pautas del SIS o porque la situación financiera del establecimiento no permite la provisión de todos los servicios ofrecidos por el SIS.
- La restricción del reembolso sólo a los servicios proporcionados por médicos. Bajo esta regla, el costo de los servicios proporcionados por matronas en casos de embarazo de bajo riesgo no son reembolsados y deben ser absorbidos por los establecimientos de salud.
- La atención profesional en partos en el hogar y el transporte desde el hogar a establecimientos de salud no están cubiertos

por el SIS. Esto fuerza a las mujeres de bajos ingresos a decidir entre tener el parto en el hogar o pagar de su bolsillo los costos del transporte a un establecimiento de salud.

- La disponibilidad de personal de la salud en diferentes establecimientos no corresponde al volumen de usuarios por el cual cada establecimiento es responsable.
- Las prácticas de provisión de servicios de salud no toman en consideración la cultura local.
- Las redes de salud no están organizadas de manera de facilitar el proceso de referencia y contrarreferencia.

Cuadro 55. SIS. Cobertura y acceso

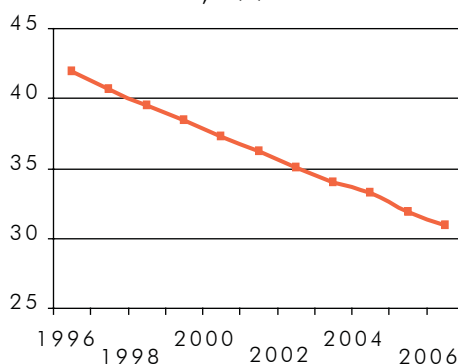
Categoría	EPSS	
	sí	no
Aumenta la cobertura (número de personas cubiertas como % de la población elegible)	X	
Establece una cartera única garantizada de beneficios con la misma calidad, contenidos y condiciones de entrega para todos los grupos socioeconómicos para evitar la segmentación		X
Aumenta la coordinación/integración dentro del sistema para evitar la fragmentación		X
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando el número y las capacidades de los recursos humanos en áreas previamente excluidas		X
Mejora la asignación de recursos y la organización de las intervenciones de salud aumentando la cantidad de gasto público asignado al esquema	X	
El gasto público asignado al esquema es progresivo	X	
Mejora la asignación geográfica de la red de entrega de servicios y la infraestructura de salud aumentando la cantidad de establecimientos de salud, equipos, aparatos médicos y fármacos en áreas anteriormente excluidas		X
Aumenta la cobertura del sistema de información		X
Aumenta el acceso (número de personas con acceso a bienes y servicios de salud proporcionados por el esquema)	X	
Elimina/reduce la barrera geográfica		X
Elimina/reduce la barrera económica	X	
Elimina/reduce la barrera de género	X	
Elimina/reduce la barrera dada por la situación de empleo	X	
Mejora el acceso a agua potable, alcantarillado, caminos y/o transporte		X
Mejora la recolección de basura		X

d) ¿Han mejorado los resultados en salud?

Los resultados de salud ciertamente han mejorado en Perú desde la implementación del SIS, pero no existe suficiente evidencia que asocie estas mejoras a la implementación del esquema. El banco Mundial informa

que la Tasa de Mortalidad Infantil-TMI cayó de 48 a 28.3 por 1.000 nacidos vivos en las áreas de desarrollo del esquema durante el periodo de implementación (2000-2006), una caída de casi 41%. Pero la TMI del país como un todo cayó en un 45% en ese periodo, lo que implica que los avances observados no se debieron necesariamente al desarrollo del esquema (Banco Mundial, 2007). Es difícil establecer cuánto de esta disminución se debe al SIS. El acceso a tratamiento de la diarrea aumentó en un 16% en el mismo período y esto sí parece ser atribuible al SIS. Los nacimientos atendidos por personal entrenado a través del SIS aumentaron en 9% (de 65,4% a 71,4% entre 2002 y 2004 (Ministerio de Salud, 2006). El hecho que la mortalidad perinatal haya aumentado en relación a otras causas de mortalidad infantil provoca preocupación en cuanto a la calidad y la cobertura de la atención perinatal.

Gráfico N. 7
Tasa de Mortalidad Infantil
en Perú, 1996 - 2006



FUENTE: United States Census Bureau, International Database, 2007.

Cuadro 56: Desempeño del SIS

Objetivo	Desempeño
Aumentar la equidad en el acceso y/o utilización de servicios de salud	A la fecha hay resultados mixtos. Ha aumentado la equidad a nivel individual (hogares); muestra un patrón regresivo en la distribución geográfica de la utilización de los servicios de salud.
Contrarrestar los determinantes sociales que obstaculizan la demanda por servicios de salud y/o deterioran la situación de salud	Ha aumentado la demanda por servicios de salud. Ayuda a contrarrestar la pobreza.
Aumentar el acceso y la cobertura de intervenciones técnicamente apropiadas reduciendo o eliminando por lo menos una causa de exclusión en salud	Ha aumentado el acceso reduciendo la barrera económica. La cobertura no se ha reforzado a la par del aumento de la demanda por servicios.

6

RESULTADOS

6.1 Panorama general de los EPSS analizados

Los siete EPSS analizados se clasifican de acuerdo al marco conceptual como lo muestra el Cuadro 57.

Cuadro 57: Esquemas de Protección Social en Salud (EPSS) analizados

Nombre	Tipo	País	Año de creación
Seguro Universal de Salud Materno-Infantil- SUMI	Atención materna e infantil gratuita	Bolivia	1996
Programa de Salud Familiar- PSF	Provisión gratuita de servicios de atención primaria	Brazil	1994
Política de Protección Social de Salud Materno-Infantil- PPSSMI	-Seguro Público -Provisión gratuita de servicios de atención primaria -Transferencia condicionada de dinero	Chile	1979 1995 1952
Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia- LMGYAI	Atención materna e infantil gratuita	Ecuador	1994
Bono Materno-Infantil- BMI	Transferencia condicionada de dinero	Honduras	1990
Programa de Educación, Salud y Alimentación- OPORTUNIDADES	Transferencia condicionada de dinero	México	1997
Seguro Integral de Salud – SIS	-Atención materna e infantil gratuita, -Provisión gratuita de servicios de atención primaria	Perú	2001

6.2 Análisis de las fortalezas y debilidades del EPSS

6.2.1 AUMENTAR LA EQUITAD EN EL ACCESO Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuatro de los siete esquemas bajo análisis – el SUMI de Bolivia, el PSF de Brasil, la PPSSMI de Chile, y el Programa OPORTUNIDADES de México – han aumentado la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud. Dos programas – la LMGYAI y el SIS – muestran resultados mixtos y en algunos casos han aumentado la inequidad en el acceso o la utilización de los servicios de salud. No se ha reunido suficiente información acerca del BMI que permita establecer si ha mejorado o no la equidad en el acceso, pero estudios de las versiones anteriores del programa encontraron que su efecto era limitado debido a deficiente focalización y baja cobertura.

La raíz de los problemas de equidad en la operación de la LMGYAI y del SIS es una combinación de focalización deficiente y baja utilización por parte de la población objetivo. Con frecuencia este último factor es el resultado de barreras geográficas o culturales –los servicios de salud no están disponibles en el área, o son ofrecidos en un idioma diferente o con un conjunto premisas culturales distintas de aquellas de los habitantes de la localidad. En el caso de la LMGYAI, los esfuerzos de expansión han sido demasiado pequeños como para atraer nuevos usuarios al programa.

Sin embargo, incluso aquellos programas con un impacto global progresivo enfrentan problemas. En Bolivia, el SUMI debe concentrarse en abordar las barreras culturales y geográficas para continuar mejorando la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud. Persisten grandes desigualdades entre las áreas rurales y urbanas y esta situación podría requerir una focalización más activa en madres y niños pobres que la que el SUMI puede lograr.

El mecanismo a través del cual OPORTUNIDADES focaliza a las familias elegibles – un proceso en dos etapas que involucra la selección de localidades en primer lugar y luego la selección de familias beneficiarias dentro de las localidades elegidas – ha sido destacado como la causa principal del carácter progresivo del programa, ya que sigue el criterio fundamental de focalizar a las familias más pobres dentro de los territorios más pobres. Sin embargo, la proporción de beneficiarios pertenecientes a los dos quintiles de ingreso más altos se ha incremen-

tado. Consecuentemente, aún no está claro si el programa en su versión expandida puede replicar el patrón progresivo de gasto de los primeros años del esquema. De no mediar una mejoría en los mecanismos de focalización, las familias de clase media pueden recibir pagos en dinero orientados a estimular su demanda por servicios que ya han utilizado.

En hecho que los EPSS de Chile y Brasil sean universales y entregados en forma horizontal puede explicar el aumento de la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud. En ambos casos las personas en mejor situación económica pueden optar por estar fuera del esquema, pero los pobres se quedan. El PSF de Brasil es una efectiva combinación de provisión horizontal y vertical con las áreas pobres siendo las primeras en recibir a los equipos de salud, mientras que la PPSSMI exhibe la cobertura de un programa maduro y bien financiado. El alcance nacional y el hecho que los EPSS se implementan en todo el territorio dan cuenta de la disminución de las disparidades geográficas en Chile y Brasil a pesar que la accesibilidad geográfica sigue siendo un desafío en ambos países, especialmente en Brasil debido a su tamaño.

6.2.2 SUPERAR LOS DETERMINANTES SOCIALES QUE INCIDEN NEGATIVAMENTE EN LA SITUACIÓN DE SALUD Y/O IMPIDEN LA DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD

Todos los esquemas analizados bajo análisis contribuyen a contrarrestar al menos un determinante social negativo, mayoritariamente la pobreza, pero sólo cuatro de ellos – el SUMI de Bolivia, el PSF de Brasil, la PPSSMI de Chile y el OPORTUNIDADES de México – tienen un efecto claro e indiscutible. Todos ellos han ayudado a contrarrestar la pobreza en la población cubierta, aumentando la demanda por servicios de salud.

En el caso de OPORTUNIDADES – un esquema de transferencia condicionada de dinero – la cantidad de la transferencia, que representa un 25% de aumento en el ingreso familiar, es crucial para ayudar a las familias beneficiarias a contrarrestar la pobreza. La alta cobertura alcanzada por el esquema, que permite que el programa llegue efectivamente a aquellos que lo necesitan, es también un componente importante de su éxito. Esto contrasta con el desempeño más ambiguo del BMI, cuyas transferencias, mucho más pequeñas, representan sólo una pequeña proporción del ingreso de las familias beneficiarias (alrededor del 10%, de acuerdo a algunas estimaciones). Será importante observar si el BMI alcanza mejores resultados en términos de contrarrestar los efectos de la pobreza sobre el estado de salud en los años venideros, a medida que el tamaño de las transferencias crece en forma significativa.

Otro esquema de transferencia condicionada, el PNAC chileno – ha cambiado exitosamente los patrones de demanda por servicios de salud a través de los años, a través de condicionar la entrega de leche y cereales a los exámenes médicos de rutina a las mujeres embarazadas y los niños/as. También ha mejorado la situación nutricional de la población materna e infantil. La continuidad del programa a través de diferentes gobiernos, un enfoque en la promoción de comportamientos de búsqueda de servicios de salud, una supervisión cercana de los resultados y un sentido de pertenencia nacional (el programa se entrega en establecimientos públicos y privados en todo el país) parecen ser la clave del éxito del PNAC. Las transferencias en especies del PNAC también facilitan que los recursos sean utilizados específicamente para beneficiar a las madres y a los niños pequeños a diferencia de lo que ocurre con OPORTUNIDADES y el BML, en los cuales las transferencias en dinero pueden ser usadas para satisfacer las necesidades de otros miembros del grupo familiar. En Chile, problemas de equidad al interior de la familia son abordados, al menos en parte, a través del Programa de Alimentación Escolar, que complementa al PNAC proporcionando beneficios a niños en edad escolar.

El Seguro Público de Salud de Chile, FONASA, ha proporcionado a los ciudadanos chilenos un alto grado de conciencia respecto de sus derechos en salud. Sucesivas campañas a través de los años para promover los Derechos de los Pacientes y hacer públicos los contenidos del conjunto prestaciones garantizado por el seguro público han cambiado los patrones de demanda por servicios de salud convirtiendo la calidad y el contenido de los planes de salud en asuntos centrales, mejorando consecuentemente la calidad de los servicios en los establecimientos públicos y estimulando a las compañías de seguros de salud, ISAPRES, a adoptar el plan de salud de FONASA como punto de referencia para sus propios diversos planes de salud. Sería de algún modo engañoso medir los resultados de corto o mediano plazo de otros EPSS contra aquellos que exhibe Chile después de, por ejemplo, cincuenta años de implementación del PNAC, pero algunos EPSS muestran signos alentadores de empoderamiento de sus beneficiarios. La LMGYAI, que ofrece un conjunto específico de beneficios determinados por ley, es muy clara respecto de los derechos de los pacientes, aunque resulta difícil establecer hasta qué punto los ecuatorianos están concientes de estos derechos. Brasil ofrece una declaración limitada de derechos de los pacientes en su Política Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos, la cual garantiza algunos derechos reproductivos.

El programa OPORTUNIDADES de México ha alcanzado el éxito más notable en el área de empoderamiento de las mujeres. La orientación específica del programa en temas de género (entregando los beneficios

a la cabeza femenina del hogar y aumentando los beneficios para estudiantes femeninas en el nivel secundario y superior), ha resultado en un aumento del empoderamiento de las mujeres. En el largo plazo, el programa podría aumentar el nivel educacional promedio de las niñas de las familias beneficiarias (debido a que los padres de las estudiantes mujeres reciben transferencias más altas), contribuyendo a contrarrestar un determinante social negativo importante. La LMGYI de Ecuador, aprobada con el apoyo específico de grupos de mujeres, contribuye a empoderar a las mujeres por la vía de hacer de su salud una prioridad nacional.

6.2.3 AUMENTAR EL ACCESO Y LA COBERTURA DE INTERVENCIONES DE SALUD TÉCNICAMENTE APROPIADAS ELIMINANDO UNA O MÁS CAUSAS DE EXCLUSIÓN EN SALUD

Encontramos que cuatro de los siete esquemas analizados han contribuido a aumentar el acceso a intervenciones de salud técnicamente apropiadas reduciendo por lo menos una causa de exclusión en salud. Todos ellos eliminan las barreras económicas, buscando proporcionar protección financiera. Todos ellos logran algún grado de solidaridad en el financiamiento por la vía de financiar las intervenciones a través de impuestos generales, junto con otras fuentes. Sin embargo, aún cuando todos los esquemas bajo análisis han aumentado el acceso a intervenciones de salud, en muchos casos no queda claro si han aumentado el acceso a cuidados de salud de calidad.

Tanto el Plan de Salud Familiar chileno como el Programa de Salud Familiar de Brasil han contribuido a superar el asilamiento geográfico así como también las disparidades de ingreso determinadas geográficamente, es decir, el efecto de vivir en localidades pobres. El alcance nacional de ambos programas, la importante inversión realizada la oferta de servicios –generalmente en establecimientos públicos de atención primaria- y el carácter progresivo del mecanismo de pago (en el caso de Chile), parecen ser factores que dan cuenta de este logro. El tamaño de la inversión, el grado de cobertura y la continuidad en el tiempo parecen ser factores cruciales en la habilidad del EPSS para abordar los determinantes sociales negativos. A pesar de estos éxitos, el PSF de Brasil enfrenta problemas de calidad de los cuidados.

La reducción de las barreras geográficas de acceso alcanzadas en Chile y Brasil no constituyen la norma en el desempeño de los esquemas analizados. En Perú, por ejemplo, el financiamiento insuficiente, una coordinación deficiente entre los centros de salud y la falta de transporte ha

dificultado el acceso a los cuidados de salud en áreas pobres y rurales. La deficiente distribución de los establecimientos de salud en Bolivia y Ecuador, donde los servicios tienden a concentrarse en áreas ricas y/o urbanas, implica que la barrera geográfica permanece como un impedimento para muchas mujeres, incluso cuando la barrera económica ha sido removida por el EPSS.

OPORTUNIDADES ha aumentado significativamente la utilización de servicios de salud, pero muchos usuarios reportan insatisfacción con la calidad y accesibilidad de los servicios, como se observa en el informe de Ochoa y García respecto de Chiapas. En el caso del SUMI de Bolivia, la baja calidad de los cuidados y una insuficiente adaptación cultural en la provisión de servicios parecen ser los mayores desafíos. Y aunque el BMI ha aumentado en forma significativa la demanda por servicios de salud en Honduras, no hay evidencia de que el incremento en la utilización de servicios ha conducido a una mejoría en los resultados de salud, lo cual indica que, o los cuidados son de baja calidad o existen otros determinantes sociales de salud que aún deben ser contrarrestados.

Sólo en dos casos, la PPSSMI de Chile y el SUMI de Bolivia, el esquema ha logrado más del 60% de cobertura de la población elegible. La alta cobertura da cuenta en gran medida del impacto de la PPSSMI, y es al menos en parte el resultado de un compromiso de largo plazo con el programa por parte del gobierno de Chile. Aún cuando, como se mencionó más arriba, la continuidad es crucial para lograr la cobertura esperada, la capacidad institucional y el grado de descentralización en la administración del programa parecen tener un rol importante para lograr la cobertura esperada, como se ha destacado cuando se analizan los resultados del SUMI de Bolivia y la LMGYAI de Ecuador.

Cuadro 58: Cobertura

Esquema de protección social	Alcance	Años de implementación	Cobertura reportada: población cubierta como % de la población elegible	Cobertura informada: número de personas cubiertas	Fecha del informe	Fuente
SUMI	nacional	9 años	74%	1,600,000	2004	Ministerio de Salud
PSF	nacional	11 años	42.7%	74,298,000	2005	Ministerio de Salud
PPSSMI	nacional	13 años PSF	90% (PSF)	13,500,000	2005	Ministerio de Salud
		28 años FONASA	68.3% (FONASA)	11,000,000	2007	
		53 años PNAC	81.2% (PNAC)	905,903	2004	
LMGYAI	nacional	9 años	30%	3,867,000	2004	Vos et al.
BMI	subnacional	15 años	51.8%	105,614	2004	Gobierno de Honduras
OPORTUNIDADES	nacional	8 años	40%	25,000,000	2007	SEDESOL
SIS	nacional	5 años	39.6%	11,026,607	2006	Ministerio de Salud

Cuadro 59: Cumplimiento con los parámetros de desempeño

EPSS	Aumenta equidad en acceso/ utilización de servicios		Contrarresta los determinantes sociales negativos		Aumenta el acceso Aumenta la cobertura			
	sí	no	sí	no	sí	no	yes	no
SUMI	X		X		X		X	
PSF	X		X		X		X	
PPSSMI	X		X		X		X	
LMGYAI		X	X		X		X	
BMI		X		X		X		X
OPORTUNIDADES	X		X		X			X
SIS		X	X		X			X

Aún no se han recolectado suficientes datos sobre la sostenibilidad financiera de los EPSS. Sin embargo, cuatro de los siete esquemas – SUMI, LMGYAI, BMI y SIS –enfrentan a una situación de insuficiencia de recursos financieros que amenaza su sostenibilidad.

7

DISCUSIÓN Y LECCIONES APRENDIDAS

Del análisis de los resultados de los diversos EPSS surgen algunas preguntas y también algunos asuntos importantes para la discusión.

a). **¿Resulta útil analizar los EPSS con los parámetros establecidos en este informe?**

Todos los parámetros establecidos en este documento (aumentar la equidad y la utilización de los servicios de salud; ayudar a contrarrestar los determinantes sociales negativos que deterioran la situación de salud u obstaculizan la demanda por servicios de salud; y aumentar el acceso y la cobertura de intervenciones apropiadas de salud) están alineados al objetivo declarado de dichos esquemas de contribuir a lograr acceso universal a intervenciones apropiadas de salud y aumentar la equidad en salud. Estos parámetros deberían utilizarse en forma rutinaria para monitorear el desempeño de los EPSS.

b). **La importancia de la atención primaria**

Existe una cantidad considerable de información que muestra que los sistemas basados en la Atención Primaria²³ “tienen mayor probabilidad de lograr resultados de salud mejores y más equitativos, ser más eficientes, proveer cuidados de salud a menor costo y alcanzar mayores niveles de satisfacción de los usuarios que aquellos sistemas con una

23. Adoptamos aquí la definición establecida en el documento “Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un documento de posición de la OPS/OMS”, publicado en Washington, DC en el año 2007. Por lo tanto, definimos un sistema basado en la APS como aquél que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema con un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud.



orientación débil hacia la APS" (OPS/OMS, 2007). En las Américas, la experiencia de Costa Rica ilustra que un sistema con un fuerte énfasis en APS puede mejorar los resultados de salud. Luego de cinco años de una reforma orientada hacia la APS, la mortalidad infantil en Costa Rica se redujo en un 13% incluso luego de controlar por otros determinantes de salud (OPS/OMS, 2007).

Los principales atributos de un sistema basado en la APS son: accesibilidad, continuidad, integralidad y coordinación. Esto implica que el equipo de atención primaria provee un continuo de cuidados que combina servicios preventivos, paliativos y curativos para una variedad de problemas de salud y para un amplio rango de pacientes, sin importar su clase social y su entorno cultural. Estudios realizados en México, Bolivia e India muestran que los programas de APS orientados a mejorar la salud de poblaciones socialmente deprivadas en países o territorios con menor grado de desarrollo, fueron exitosos en reducir las brechas de salud entre estos grupos y poblaciones mejor posicionadas socialmente, disminuyendo de este modo la inequidad (De Maeseneer et al., 2007).

Al orientarse hacia las necesidades de la población dentro de un territorio específico, la APS también tiene el potencial de empoderar a las comunidades adonde llega. Los equipos de APS identifican los problemas de salud de la comunidad, implementan intervenciones específicas para enfrentar los problemas de salud prioritarios y monitorean su impacto en el transcurso del tiempo. La APS también favorece la colaboración intersectorial como un mecanismo para enfrentar mejor las necesidades de la comunidad. En suma, el enfoque de APS operando en una red con otros sectores, puede promover la equidad en salud mediante un incremento de la cohesión social y el empoderamiento de la comunidad (De Maeseneer et al., 2007).

Los casos de Brasil y Chile muestran que asignar recursos a la atención primaria y llevar los servicios de salud adonde más se los necesita mejora significativamente la equidad en el acceso y en la utilización de servicios de salud, independientemente de la magnitud de gasto público en salud. Esta lección puede ser útil para continuar asignando recursos a la atención primaria a través de la LMGYAI en Ecuador.

c). Compromiso político y financiero sostenido, independientemente de la contingencia política

Las experiencias de los EPSS bajo análisis muestran que la sostenibilidad y el compromiso político de largo plazo son dos de los factores externos más importantes que determinan el éxito de un programa. Más que un acuerdo temporal u oportunista entre las partes, el apoyo político a un programa debe estar basado en un acuerdo de largo plazo de la sociedad. El SIS de Perú y la LMGYAI de Ecuador pueden beneficiarse de proceso de diálogo social y político para alcanzar un consenso amplio y apoyo para los EPSS de estos países.

Adicionalmente, es necesario realizar inversiones significativas de recursos para lograr un grado adecuado de protección en salud. Un factor muy importante de éxito en el caso de Chile ha sido el continuo apoyo a los programas de salud materna e infantil a lo largo del tiempo. Aún cuando hubo drásticas reducciones al gasto público en salud durante el gobierno de A. Pinochet, el hecho que los recursos remanentes fueran canalizados a los servicios maternos e infantiles permitió mantener los logros en este ámbito. Aún en medio de restricciones macroeconómicas, el análisis muestra que sólo los países que invierten en salud, educación y servicios públicos con una perspectiva de largo plazo, logran el desarrollo social que se requiere para lograr el desarrollo económico.

Un gasto demasiado bajo en el esquema puede ser casi tan desfavorable como cero gasto. Una comparación de los resultados del BMI de Honduras y OPORTUNIDADES en México ilustra la importancia de una adecuada asignación de recursos para el EPSS. Las pequeñas transferencias provistas por el BMI han tenido poco éxito en sacar a las familias de la pobreza, simplemente porque representan una proporción demasiado pequeña del ingreso promedio de las familias. En México, un mayor compromiso financiero se ha traducido en transferencias de mayor tamaño que han tenido un impacto real en el ingreso familiar. Reconociendo este problema, el gobierno de Honduras se ha comprometido a incrementar las transferencias de manera significativa, pero no es posible saber si este aumento del financiamiento será mantenido por sucesivas administraciones. Adicionalmente, tal como muestran las experiencias del SIS y de la LMGYAI, el compromiso político de eliminar la barrera económica de acceso a los cuidados de salud puede no alcanzar los resultados esperados si no existe un esfuerzo paralelo para mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios.

En el contexto de la urgencia creada por una pobreza difundida y altas tasas de mortalidad materna e infantil, las intervenciones que ayudan a lograr ganancias rápidas en el mejoramiento de los resultados en salud para la población materno-infantil pueden confundirse con soluciones sostenibles. Sin embargo, en un contexto caracterizado por baja capacidad institucional y falta de financiamiento sostenible, un progreso adicional en la mejora de los resultados en salud para esta población que vayan más allá de estas ganancias iniciales puede ser cada vez más difícil. El caso chileno muestra que mejorías adicionales en la situación de salud de la población materna e infantil dependen fuertemente de fortalecer la capacidad institucional y de estimular el desarrollo económico y social, especialmente mejorar la calidad de vida a través de proporcionar acceso equitativo al empleo y servicios básicos tales como carreteras, transporte, electricidad, áreas recreacionales, recolección de basura, agua y saneamiento.

d). Estigma vs. cohesión social

Entre otras definiciones, la cohesión social puede ser definida como “el proceso en marcha de desarrollar una comunidad de valores y desafíos compartidos e iguales oportunidades dentro de un país determinado, sobre la base de un sentido de confianza, esperanza y reciprocidad entre todos los ciudadanos”.²⁴ El estigma, la discriminación, diferencias marcadas en ingreso y acceso a bienes y servicios y la exclusión social, han sido identificados como factores conducentes a la falta de cohesión social (OMS, 2003). Por otra parte, la protección social en salud y el cuidado de la salud con perspectiva de largo plazo, son temas esenciales en el contexto de la cohesión social. De acuerdo al Consorcio GTZ-OIT-OMS (2007), la protección social tiene el potencial de promover el crecimiento económico a través de tres canales; uno de ellos es su contribución a la cohesión social y a la paz social, ambas prerrequisitos para un desarrollo económico sostenible. La cohesión social implica la existencia de algún tipo de esfuerzo conjunto. Comprende reglas y valores compartidos que proporcionan a los miembros de la sociedad un sentido de pertenencia al mismo cuerpo social. Los ejemplos del PNAC y FONASA en Chile y el PSF de Brasil indican que la propiedad compartida y la conciencia sobre el derecho a la salud son herramientas poderosas para aumentar el sentido de ciudadanía, crear un sentimiento de responsabilidad social y contribuir a mejorar la cohesión social.

El estigma es un problema al que se enfrentan los responsables de las políticas en relación a la implementación de esquemas de protección social, especialmente cuando quieren llegar a una población diversa

24. Social Cohesion Network, Policy Research Initiative, disponible en: <http://www.schoolnet.ca/pri-prp/networks/cohsoc/socialco-e.htm>

en términos de condición social, ingreso y origen étnico. El análisis del SUMI de Bolivia, la LMGYAI de Ecuador y el SIS de Perú sugieren que mejorías adicionales en la cobertura podrían requerir entrenar a los trabajadores y administradores de salud para combatir el estigma relacionado con origen étnico en el punto de servicio.

e). Debe existir un equilibrio entre estimular la demanda por servicios de salud, aumentar el acceso a servicios de salud y mejorar la infraestructura de salud

Los heterogéneos logros de los EPSS examinados en este documento muestran que la simple eliminación de una o más barreras de acceso a los cuidados de salud no es suficiente para garantizar salud para todos. Una protección social en salud efectiva es el resultado de una combinación de acciones en múltiples frentes. El análisis del SUMI de Bolivia, de la LMGYAI de Ecuador y del SIS de Perú indican que los esfuerzos para aumentar el acceso a servicios ya disponibles y estimular la demanda por cuidados de salud sin fortalecer la infraestructura del sistema de salud de manera acorde, puede poner en tensión a la red de provisión y afectar la calidad y disponibilidad de los servicios tanto para las personas que son nuevas en el sistema como para las que ya estaban cubiertas por éste antes de que se implementara el esquema. Con el fin de evitar que esto suceda, se debe fortalecer la red de provisión de servicios en la medida en que los programas son expandidos.

Los primeros años de implementación del SIS en Perú son instructivos en este aspecto. El esquema fue exitoso en aumentar la demanda por cuidados de salud sin haber preparado adecuadamente los centros de salud y el apoyo gerencial para el incremento en la demanda. Como consecuencia de esto, el pago lento o inexistente a los médicos hizo que éstos fueran reticentes a aceptar pacientes del SIS. Y centros de salud equipados de manera insuficiente a menudo no contaban con los recursos necesarios para proveer el conjunto garantizado de prestaciones a todos los beneficiarios que lo requerían.

El caso de Ecuador también es ilustrativo. La aprobación de la LMGYAI removió técnicamente la barrera económica a los cuidados de salud para la población materno-infantil. Pero el aumento de la demanda por servicios de salud que vino a continuación tensionó los recursos de la red de provisión, generando limitaciones al acceso por baja disponibilidad de algunos bienes y servicios, como por ejemplo medicamentos. La cobertura permanece baja en las áreas rurales y entre las comunidades

indígenas. Mejoras en la infraestructura de salud para manejar mejor la nueva demanda y permitir la expansión de los servicios a lo largo del país ayudarán a la LMGYAI a alcanzar sus objetivos.

Los problemas de infraestructura también pueden afectar la sostenibilidad del BMI en Honduras. Los desiguales resultados del BMI al menos no han puesto un estrés mayor sobre el sistema de salud del país, que ya está sobrecargado. Pero si aumenta la demanda, será necesario fortalecer la infraestructura de provisión en forma acorde. Incluso aquellos países con esquemas más exitosos como México y Brasil han sentido la presión que el incremento de la demanda pone sobre la infraestructura de salud. En Brasil, la baja calidad de los servicios de salud es mucho más común entre los usuarios del PSF que entre aquellos que recurren a servicios privados de atención primaria.²⁵ En México, la mayoría de las muertes en niños pequeños tiene lugar en los hospitales, de modo que reducir la mortalidad infantil requerirá prestar atención a la infraestructura, los recursos humanos y la calidad de los cuidados (Aguilera, 2007).

f). Superar la barrera económica es importante pero no suficiente

En países con diversidad étnica y/o con asentamientos humanos geográficamente dispersos, remover la barrera geográfica puede no ser suficiente para eliminar la exclusión y dar acceso a servicios de salud, como lo demuestra el SUMI de Bolivia, el BMI de Honduras, y el SIS de Perú. Se deben llevar a cabo mayores esfuerzos para reducir o eliminar las barreras culturales y geográficas. Asimismo, es necesario prestar mayor atención a los problemas de las redes de provisión que resultan en la negación de servicios (ver sección “e” más arriba).

En Bolivia, la provisión de cuidados gratuitos para la población materno-infantil no ha sido suficiente para contrarrestar las brechas de equidad existentes entre los grupos poblacionales ubicados en los diversos quintiles de ingreso y entre las poblaciones rurales y urbanas. Aunque la implementación del SUMI ha aumentado la utilización de servicios a nivel general, no ha corregido las inequidades que existían previamente y el afiliado promedio es aún el habitante urbano relativamente bien educado. Esto puede deberse en parte a barreras geográficas: muchos de aquellos que viven en áreas rurales no pueden llegar a los centros de salud (el Ministerio de Salud de Bolivia está realizando un esfuerzo para combatir el aislamiento de las comunidades respecto de los cen-

25. Barros, Aluisio J.D., Cesar G. Victora, Juraci Cesar, Nelson Arns Neumann y Andréo D. Bertoldo “Brazil: Are health and nutrition programs reaching the neediest?” en *Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services*. Banco Mundial, Washington D.C., 2005

tros de salud mediante la adición de brigadas móviles de salud bajo el programa Extensa). Asimismo, las barreras culturales pueden todavía dificultar la utilización de servicios de salud.

En Honduras, la utilización de servicios ha aumentado notoriamente entre los beneficiarios del BMI, pero no existe evidencia de que los resultados de salud hayan mejorado en forma acorde. Esto es un recordatorio de que asegurar el acceso a cuidados de salud no es lo mismo que asegurar el acceso a la salud. La baja calidad de los servicios y los determinantes sociales negativos pueden anular incluso la cobertura más alta. El caso de Honduras puede indicar que eliminar la barrera económica a los cuidados de salud no es suficiente para contrarrestar los efectos negativos de la pobreza sobre la situación de salud.

Los países que han tenido éxito en eliminar la barrera geográfica como México, Brasil y Chile generalmente lo han logrado mediante el uso de programas focalizados (OPORTUNIDADES, PNAC) o universales cuya implementación es focalizada en áreas geográficas de difícil acceso (Programa Saude da Familia de Brasil y Programa de Salud Familiar de Chile). Sin embargo, un programa exitoso como ambos PSF puede encontrar dificultades para cubrir grandes áreas de tierra escasamente pobladas. La aislada región Amazónica de Brasil tiene tasas de cobertura mucho menores que aquellas del resto del país, a menudo bajo 25%; y algunas áreas no están cubiertas (Sampaio, 2007).

g). El desafío de la migración

La migración es un fenómeno ampliamente diseminado en los países de ALC, tanto dentro de los países como entre ellos. En algunos casos, se ha demostrado que la migración ha tenido efectos positivos sobre ciertos indicadores de salud, incluyendo la mortalidad materna e infantil (Development Research Centre, 2005). Esto puede deberse a que los migrantes generalmente viajan desde las áreas rurales hacia las urbanas, donde los servicios de salud están más disponibles y más institucionalizados. Pero la situación de salud de los migrantes rurales-urbanos generalmente es peor que la de otros residentes de las ciudades y lo migrantes, especialmente aquellos que forman parte de movimientos migratorios ilegales o forzados, enfrentan muchos peligros durante su trayecto (Development Research Centre, 2005).

Los esquemas focalizados en ciertas áreas geográficas, así como aquellos esquemas universales que concentran su implementación inicial en ciertos territorios enfrentan el desafío de cubrir a los migrantes, tanto aquellos que llegan al área como los que provienen de ésta. Este es un problema que pueden enfrentar los esquemas basados en el ter-

ritorio, tales como el OPORTUNIDADES. Los esquemas de transferencias condicionadas de dinero, que condicionan la entrega del beneficio al cumplimiento de ciertas co-responsabilidades, son particularmente proclives a dejar caer a los trabajadores temporeros o temporales por entre las rendijas del sistema. El cumplimiento de co-responsabilidades en esquemas como el OPORTUNIDADES y el BMI requiere del registro en el centro local de salud, para lo cual es necesario tener residencia establecida en un lugar. Estos programas deben desarrollar la capacidad de compartir información de modo de permitir a sus beneficiarios cumplir con sus responsabilidades y recibir cuidados de salud a lo largo del país. Más aún, los esquemas exitosos focalizados geográficamente pueden atraer más migrantes a sus áreas de operación, poniendo estrés adicional en la infraestructura local de salud. Sólo los esquemas verdaderamente universales que eliminan tanto la barrera económica como la geográfica son capaces de cubrir a los migrantes en todos los puntos de su vida.

La migración del campo a la ciudad compensa la concentración de servicios de salud en las áreas urbanas frecuente en tantos países de ALC, por la vía de concentrar la población en dichas áreas. El desafío para estos países radica en incorporar totalmente tanto a las poblaciones urbanas como rurales en la red de protección social en salud.

El uso de la ciudadanía como condición de acceso plantea el mismo desafío con respecto a esquemas nacionales que deben enfrentar la inmigración desde otros países, generalmente más pobres. Y mientras que la condición de ciudadanía dificulta la afiliación de los inmigrantes a algunos EPSS, ellos enfrentan un riesgo igual sino mayor, de mala salud. Muchos estudios muestran que los inmigrantes, especialmente los ilegales, son mucho más vulnerables que los habitantes legales de un país y que a menudo no cuentan con ninguna forma de protección social (Sabates-Wheeler, 2003). Se deberían considerar acuerdos interpaíses e inter-regiones para superar estas restricciones. El desarrollo de mecanismos de portabilidad de la protección social en salud a través de fronteras nacionales puede ser clave para alcanzar una verdadera protección social en salud universal.

h). Las ventajas y limitaciones de los programas focalizados

La focalización es con frecuencia un enfoque sub-óptimo para proveer protección social: resulta difícil evitar errores de inclusión o exclusión, es costosa y administrativamente difícil de manejar y reduce la solidaridad social (Shepherd, Marcus, Barrientos, 2004). Sin embargo, focalizar tiene ciertas ventajas para llegar a los grupos vulnerables o excluidos cuando el acceso universal o equitativo a los cuidados de salud se encuentra fuera de alcance. Los programas focalizados de transferencia de dinero o en especies han tenido éxito en aumentar la demanda por servicios de salud cuando están condicionados a comportamientos de búsqueda de servicios de salud y usados como incentivos para la utilización de los servicios de salud, como en el caso del PNAC en Chile y el OPORTUNIDADES en México. De acuerdo a lo aprendido de estas experiencias, los programas de transferencias condicionadas logran mejores resultados cuando están dirigidos a familias en vez de individuos y cuando es la madre la que recibe el beneficio monetario o en especies. El caso de OPORTUNIDADES también muestra que dar el control del beneficio monetario a la madre mejora la posición de las mujeres dentro de la familia.

Sin embargo, entregar esquemas de transferencias condicionadas focalizados por edad en un escenario de pobreza diseminada sin apoyo adicional a las familias, plantea el problema de la equidad al interior del hogar y cómo se distribuyen los recursos dentro de la familia. Lo que ocurre con el alimento o el dinero asignado a niños menores de cinco años y mujeres embarazadas una vez que llega al hogar donde se encuentran otros miembros de la familia que alimentar y diversas necesidades familiares que satisfacer, es imposible de controlar. El hecho que el BMI de Honduras ha logrado sólo modestas mejorías en la situación nutricional de los niños pobres, obliga a preguntarse cómo fue usado el dinero recibido por esta vía.

Además, focalizar los servicios maternos e infantiles usando la edad o el embarazo como criterio principal plantea una cuestión de justicia respecto del acceso a la salud para el resto de las mujeres en edad reproductiva y para los niños/as fuera del rango de edad. Aún cuando los esquemas focalizados pueden proporcionar servicios preventivos que



podrían beneficiar a los niños cubiertos por el esquema una vez que crecen, esto puede no ser suficiente para satisfacer sus necesidades de salud, especialmente cuando no hay otros servicios disponibles para ellos de forma regular. Es importante explorar si las ganancias en la prevención de la mortalidad en la población menor de cinco años se traducen en una mejor calidad de vida y mayor expectativa de vida para los niños/as que se encuentran sin servicios de salud entre los seis y los quince años, edad en la cual son nuevamente focalizados por programas relacionados con la salud reproductiva.

En el caso de los servicios de salud para las mujeres, focalizar sólo a las embarazadas plantea la duda de si esto es un incentivo para que las mujeres pobres se embaracen con el fin de acceder a los servicios de salud y los beneficios relacionados. Mientras que las tasas de fertilidad disminuyeron en Bolivia entre 1989 y 2000 bajo el SBS el cual incluía a las mujeres en edad fértil, sería útil verificar la tendencia de la tasa de fertilidad entre los pobres a partir del año 2003, cuando bajo el SUMI los beneficios se restringieron a las mujeres embarazadas.

El PNAC chileno es un ejemplo exitoso del uso de mecanismos de focalización por edad para alcanzar cobertura universal y al mismo tiempo lograr equidad vertical y horizontal. El PNAC está orientado a niños menores de seis años y para los niños que se encuentran fuera de ese rango de edad el programa se continúa con el Programa de Alimentación Escolar, proporcionado en los establecimientos escolares.

Los esquemas de aseguramiento que focalizan a los pobres deben enfrentar el desafío de un grupo poblacional más riesgoso que aumenta en inversa proporción a la capacidad de pago de los beneficiarios. La experiencia del FONASA en Chile y el SIS de Perú muestran que para ser sostenibles, los esquemas de aseguramiento deben buscar el mayor grado posible de diversidad de los beneficiarios en términos de edad, condición social, ingreso y actividad económica.

Cualesquiera que sea el criterio de selección, focalizar en un grupo de población específica requiere invertir en tecnología de focalización y supervisión continua, para que los beneficiarios actuales del programa no terminen siendo aquellos pertenecientes a los quintiles más altos de ingreso, como ha ocurrido con el SIS en Perú. Cuando la tecnología

de focalización no se encuentra plenamente desarrollada, la mejor focalización es la más pequeña. La focalización puede ser realizada allí donde existen categorías simples que le dan sentido al esfuerzo de focalizar (edad, ubicación geográfica, grados conocidos de exclusión de un grupo poblacional específico), dentro de las cuales la provisión de servicios debería ser idealmente universal. A medida que las capacidades administrativas evolucionan, se pueden incorporar mecanismos más sofisticados de focalización.

La focalización basada en categorías de enfermedad debiera ser evitada a cualquier costo, debido a las desventajas que ha mostrado en la práctica. Desde un punto de vista operacional, la principal limitación de los programas centrados en una enfermedad es que los fondos son dirigidos a través de canales estrechos hacia un programa/enfermedad específico, de modo que el gobierno tiene una gran cantidad de dinero para apoyar ciertas actividades relacionadas con ese programa –por ejemplo, la distribución de antiretrovirales a madres y niños- pero no puede usar esos recursos para apoyar la provisión de cuidados básicos de salud tales como servicios obstétricos y controles de niño sano. Las debilidades de los programas focalizados por enfermedad y administrados fuera del sistema de salud con su propio presupuesto, gerencia y personal han sido ampliamente reconocidos: baja o ninguna participación comunitaria, enfoque liderado por el donante que ha debilitado la Autoridad Sanitaria Nacional, falta de coordinación entre las actividades de diversos donantes, poco impacto sobre la equidad, drenaje de recursos humanos desde el sistema de salud hacia los programas focalizados (Garrett, 2007; Jack, 2007; Lewis, 2005). Esta forma de focalización debería ser cuidadosamente evitada al crear esquemas de protección social en salud.

i). La necesaria curva de aprendizaje

Los desiguales resultados de a LMGYAI y del SIS muestran que debe ocurrir un proceso necesario de aprendizaje para que el esquema mejore sus resultados. Ambos esquemas muestran mejorías en el tiempo, tanto en su capacidad de aumentar el acceso a servicios de salud como en mejorar la equidad en el acceso y utilización de dichos servicios. Esto es muy claro en el caso del SIS, cuyo desempeño es notablemente mejor que el de sus predecesores SMI y SEG.



En suma, tal como sugieren otros estudios, el mantenimiento de los progresos de largo plazo en maternidad segura y salud infantil, depende de mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud como un todo. Esto a su vez implica que las reformas sectoriales de salud tienen gran impacto en alcanzar dichos objetivos.

Las mejoras resultantes de los enfoques verticales y focalizados pueden generar expectativas mientras deterioran el sistema de salud. Aunque se pueden obtener logros importantes en el corto plazo a través de la implementación de programas focalizados, las claves para alcanzar éxito en el largo plazo son el desarrollo integral del sistema de salud y políticas intersectoriales adecuadas.

Una voluntad política sostenida y el compromiso de mejorar los resultados sociales constituyen claramente factores cruciales para extender exitosamente la protección social en salud a todas las madres y niños. La continuidad en las decisiones, las inversiones y los resultados parece ser la llave del éxito, independientemente de la contingencia política. No existen soluciones de la noche a la mañana en esta materia.

Extender la cobertura financiera mediante la fusión de diversos esquemas parciales y extender los derechos a toda la población obviamente requiere de un incremento suficiente de los fondos públicos como para asegurar una provisión adecuada de servicios, con un plan de beneficios que cubra un amplio rango de intervenciones, incluyendo aquellas requeridas para mejorar la salud de madres, recién nacidos y niños. El desafío radica en capturar las diferentes fuentes de financiamiento para expandir tanto el acceso como la protección financiera de un modo estable y predecible. En la mayoría de los países, la sostenibilidad financiera sólo será alcanzada en el corto y mediano plazo dirigiendo la mirada a todas las fuentes de financiamiento: externas y domésticas, públicas y privadas.

Tal como el Dr. Abraham Horwitz declaró hace ya mucho tiempo, existe un “conjunto dorado” de acciones que conducen al éxito en la protección de la salud de madres, recién nacidos y niños: estas acciones incluyen asegurar la provisión de servicios de salud y el acceso equitativo a esos servicios, tomar decisiones de política basadas en buenos sistemas de información, así como realizar intervenciones en educación, agua y saneamiento, planificación familiar y nutrición.

La tecnología y el conocimiento para extender la protección social en salud a todas las madres y los niños se encuentran disponibles. Para lograrlo se requiere del acuerdo y el alineamiento de todos los actores involucrados tanto de la comunidad nacional como internacional.

REFERENCES

1. Acosta O. and Ramírez J.C. “*Las redes de protección social: modelo incompleto*” Document 141 CEPAL, 2004.
2. Acuña, C. “*Evolución y reforma de los sistemas de protección de la salud en los países del MERCOSUR y en Chile*” Friedrich Ebert Stiftung, 2000. Available at www.fes.org.ar/Publicaciones/serie_prosur/Prosur_CeciliaAcunia.pdf.
3. Acuña, C. “*Exclusion, social protection and the right to health*” March, 2005. Available at <http://www.lachsr.org/extension/pdf/exclus-dersalud-ceciacuna.pdf>.
4. Adato, Michael and Dubravka Mindek “*Progreso y el “empoderamiento” de la mujer: evidencia de seis estados mexicanos*” in *Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Alimentación y Salud 2000. Impacto en trabajo y las relaciones interfamiliares*. SEDESOL, México 2003.
5. Agostini Claudio A. and Brown Philip H. “*Cash Transfers and Poverty Reduction in Chile*” Universidad Alberto Hurtado, 2007. Available at: <http://economia.uahurtado.cl/pdf/publicaciones/inv187.pdf>.
6. Aguilera, Nelly. “*Mecanismos de protección social y acceso a la salud para la población materno-infantil en México: ¿más allá del Seguro Popular?*” Presentation given at “Challenges in Social Protection in Health for Mother and Chile Populations: equity access and health” Conference April 23-27, Mexico D.F. Held by Health Systems Strengthening Division, PAHO/WHO.
7. Annick, M. “*The Chilean Health system: 20 years of reform*”. Journal of Public Health, Mexico 2002;44 (1):60-68.
8. Avelino et al. “*Globalization, Democracy, and Social Spending in Latin America, 1980-1997*”. Documento a ser presentado en la tercera reunión de la Asociación Brasileña de Ciencia Política.
9. Ayala Consulting Co. “*Taller sobre programas de transferencias condicionadas (PTCs): experiencias operativas*” Informe final. Quito, Marzo 2003.
10. BID (IADB) “*Shielding the poor: social protection in the developing world*” Edited by Nora Lustig/IDB, Washington, DC 2001.
 -----, “*Country Program Evaluation Honduras 2001-2006*.” Office of Evaluation and Oversight, OVE. Washington D.C., April 2007.
 -----, “*Country Program Evaluation Honduras*” RE-263-2 Office of evaluation and oversight, (OVE) 2002.
 -----, “*Construyendo la cohesión social en América Latina y el Caribe*” Washington D.C., 2004.
 -----, “*Informe de terminación de proyecto (Programa de asignación familiar)*” Washington DC Octubre 2006.
 -----, “*Honduras. Programa integral de protección social (HO-0222). Propuesta de préstamo*” 2004.
11. BM (WB) “*World Development Report 1993: Investing in Health*”, 1993. The World Bank “*World Development Report 1993: Investing in Health*”, 1993.

- , "Chile: Poverty and Income Distribution in a High- Growth Economy 1987-1998", Washington D.C., 2000.
- , "Ecuador - Health Insurance Project. Project Information Document (PID). Appraisal stage" Report No: AB1827, October, 2005.
- , "Implementation Completion and Results Report (IBRD-45270)" Report No. ICR000073. Washington D.C., March 6, 2007.
- "Improving education, health care, and social assistance for the poor. Peru" 2006.
- "Income Generation and social protection for the poor", 2006.
- "Peru - Second Health Reform Program. Project Information Document (PID). Concept stage" Report N° AB1925, 2006.
- , "Project appraisal document on a proposed loan in the amount of US\$ 90.0 million to the republic of Ecuador for a health insurance strategy for the poor support project in support of the first phase of the universal health insurance program" Report No: 34488-EC January, 2006.
- "Project Information Document (PID) Concept stage" Report N° AB1925, 2006.
- The World Bank Report No: 34488-EC "Project appraisal document on a proposed loan in the amount of US\$ 90.0 million to the republic of Ecuador for a health insurance strategy for the poor support project n support of the first phase of the universal health insurance program" January, 2006.
- The World Bank Report N°: 28270-BO "Implementation completion report on an adaptable program credit in the amount of 17.8 million to the Republic of Bolivia for a Health sector reform project (APL-I)" 2004.
- The World Bank Report No: AB1827 "Project Information Document (PID). Appraisal stage" October, 2005.
- , Report N°: 28270-BO "Implementation completion report on an adaptable program credit in the amount of 17.8 million to the Republic of Bolivia for a Health sector reform project (APL-I)" 2004.
- "World Development Indicators database" 2006. Disponible en www.worldbank.org/external/CPPProfile
- "World Development Report 2006. Equity and development" 2005, Page 147.
12. Barros, Aluísio J.D., Andréa D. Bertoldi, Juraci Cesar, Cesar G. Victora. "Family Health Program Brazil: Coverage and Access" Presentation given at the "Reaching the Poor: What Works," conference, Washington D.C., February 2004.
 13. Barros, Victora, Cesar, Neumann, and Bertoldo "Brazil: Are health and nutrition programs reaching the neediest?" HNP discussion paper N°9. World Bank, 2005.
 14. Bautista, Sergio. "Documentos de Investigación, 9: Evaluación del efecto de OPORTUNIDADES sobre la utilización de servicios de salud en el medio rural." Secretaría de Desarrollo Social, México, D.F., May 2004. Available at <http://www.sedesol.gob.mx/archivos/70/File/Docu%2009%20.pdf>.
 15. Bautista S., Martinez S., Bertozzi S., Gertler P. " Evaluacion del efecto de OPORTUNIDADES sobre la utilizacion de servicios en el medio rural". Resultados de la evaluacion externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Documentos finales. Mexico DF, 2003. Available: www.oportunidades.gob.mx/e_oportunidades/evaluacionimpacto/2003/abril/oportunidadesevaluacionexterna_2003.pdf.
 16. Behrman Jere, Gaviria Alejandro, Székely Miguel "Who's In and who's Out. Social exclusion in Latin America" Inter American Development Bank, Washington, DC, 2003.

17. Behrman, Jere, and J. Hoddinott “An Evaluation of the Impact of PROGRESA on Preschool Child Height” International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2000.
18. Belgium Cooperation Agency. “Programa de Apoyo Financiero Sectorial al Seguro Integral de Salud (SIS) en los Departamentos de Ayacucho, Apurímac y Cajamarca” January 2008.
19. Berkman Lisa and Kawachi Ichiro Editors “Social Epidemiology”, Chapter 2. Oxford University Press, 2000.
20. Bitran R., Muñoz C., “Focalización en la salud: conceptos y análisis de experiencias” LACRSS Iniciativa de Reforma del sector salud N°45, Septiembre 2000.
21. Bonilla A., Gruat J.V. “Social protection. A life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development” International Labour Office, ILO. Geneva, 2003.
22. Bouillon César, Buvinic Mayra, Jarque Carlos “Construyendo la cohesión social en América Latina y el Caribe” IADB, 2004.
23. Camacho V., Biro A. “Bolivia Case Study. International Collaboration in Governmental Initiatives: The National Insurance Program for Mothers and Children (MCHI) and the Basic Health Insurance Program (BHI)”.
24. Carrin G. and James C. “Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period”. WHO-Geneva 2004.
25. Castaneda Tarsicio “Combating poverty: innovative social reforms in Chile during the 1980s” International Center for Economic Growth. San Francisco, CA 1992.
26. Castro R., Camacho V. “Reducción de la Mortalidad Materna en Chile 1950-2000” PAHO/WHO, 2005.
27. Caulfield L., Black R. “Malnutrition and the global burden of disease: underweight and causes-specific mortality” WHO, 2002.
28. Central Intelligence Agency (CIA) “The World Factbook: Honduras 2007” Available at <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ho.html>>
----- “The World Factbook: Peru 2006” Available at <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/pe.html>>
29. CEPAL- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) “The Millennium Development Goals: A Latin American and Caribbean Perspective” Santiago, Chile March 2005.
----- “Shaping the Future of Social Protection: Access, Financing and Solidarity” 31st Session of ECLAC, Montevideo, Uruguay, March 2006.
30. CEPAL, UNICEF, CESIB “Building equity from childhood and adolescence in the Iberoamerican region” 2001.
31. Children Rights Committee “Respuestas escritas del gobierno de Ecuador relativas a la lista de preguntas (CRC/C/Q/ECU/2) formuladas por el Comité en relación con el examen del segundo y el tercer informes periódicos del Ecuador (CRC/C/65/Add. 28)”, 2005.
32. Coady, David “Alleviating Structural Poverty in Developing Countries: The Approach of PROGRESA in Mexico” Background Paper for the 2004 World Development Report, February, 2003. Available at http://econ.worldbank.org/files/27999_Coady.pdf.
33. Colombo F., Tapay N. “Proposal for a taxonomy of health insurance” Organization for Economic Cooperation and Development-OECD. OECD Health Project. Paris, June 2004.
34. Commission on Social Determinants of Health-CSDH “Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health” Draft paper prepared for the second meeting of the Commission on Social Determinants of Health, WHO, Geneva 2005.

35. Cotlear, Daniel, Ed. "A New Social Contract for Peru: An Agenda for Improving Education, Health Care and the Social Safety Net." World Bank Country Study No. 35037. The World Bank, Washington D.C., 2006.
36. Coury J, Lafebre A. "The USAID Population Program in Ecuador. A graduation report", October 2001.
37. Cruz, Carlos, de la Torre, Rodolfo and Velázquez, César "Evaluación externa del Impacto del Programa OPORTUNIDADES 2001-2006: Informe Compilatorio" Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexico 2006 (HN113.5/E83/2006).
38. Danel, Isabella. "Maternal Mortality Reduction in Honduras: A Case Study" The World Bank, Washington D.C., 1999.
39. Daniels N., Kennedy B., Kawachi I. "Justice is good for our health: how greater economic equality would promote public health" Boston Review February/March issue 2000. Available at www.bostonreview.net/BR25.1/daniels.html.
40. Davis, Terry "Revised strategy for social cohesion" Council of Europe, 2006. Available at www.coe.int.
41. Department for International Development-DFID "From commitment to action: health" HM Treasury, 2005.
42. Development Research Centre on Migration, Globalisation, and Poverty "Migration and the Millennium Development Goals for Health" Sussex Centre for Migration Research, University of Sussex, February 2005.
43. Dirección General de la Cooperación al Desarrollo de Bélgica. "Programa de Apoyo Financiero Sectorial al Seguro Integral de Salud (SIS) en los Departamentos de Ayacucho, Apurímac y Cajamarca" Enero, 2008.
44. Doryan Eduardo, Holzmann Robert et al "The world Bank's approach to social protection in a globalizing world" 2001. Available at <http://www1.worldbank.org/sp/>
45. Drechsler Denis, Jutting Johannes "Private health insurance in low and middle income countries: scope, limitations, and policy responses" OECD Development Centre, 2005. Available at http://hc.wharton.upenn.edu/impactconference/drechsler_031005.pdf .
46. ENAHO. Peruvian National Statistics and Institute Encuesta Nacional de Hogares, 2004-2007.
47. Emond A., Pollock J., Da Costa N., Maranhao T., Macedo A. "The effectiveness of community based interventions to improve maternal and infant health in the Northeast of Brazil" Rev Panam Salud Pública 2002;12(2):101-10.
48. Evans Timothy, Whitehead Margaret, Diderichsen Finn, Bhuiya Abbas, Wirth Meg "Challenging inequities in health" Oxford University Press, 2001.
49. FLACSO- The World Bank "Desarrollo social en América Latina: Temas y desafíos para las políticas públicas" Carlos Sojo Editor, 2002.
50. Fleury, Sonia "Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América latina: Chile, Brasil y Colombia" in "Servicios de salud en América Latina y Asia", Chapter 1. IADB, 2003.
51. Flores, Walter "Inequidades geográficas en la mortalidad infantil en Guatemala: magnitud y factores asociados" Project Extension of primary health care system in Guatemala. European Union/Government of Guatemala, April 2005.
52. Foxley Alejandro, and Raczynsky Dagmar "Vulnerable groups in recessionary situations: the case of children and the youth in Chile" World Development 12 N°3 (march), 233-246.

53. Franco-Giraldo A, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980–2000. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(5):291–9.
54. Fuentes, Marcos and Humberto Soto. “*Perfil de la desnutrición de los niños menores de 5 años en comunidades rurales altamente marginadas*,” in *Evaluación de los Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación 2000*. SEDESOL, México 2003.
55. Garrett, Laurie “*The Challenge of global health*” *Foreign Affairs*, Jan-Feb 2007
56. Gertler, Paul J. and Simone Boyce. “*An Experiment in Incentive-Based Welfare: The Impact of PROGRESA on Health in Mexico*”. April 3, 2001.
57. Gertler, Paul J. “*Final Report: The Impact of PROGRESA on Health*” International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2000.
-----, “*Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from Progresa’s control randomized experiment*” *Am Econ Rev* 2004; 94(2): 336-341.
58. Global Health Facts “*Adolescent Fertility Rate*” Available at <http://www.globalhealthfacts.org/topic.jsp?i=71&srt=1> Accessed August 1, 2007.
59. Global Health Watch 2005/2006 Report. Available at http://www.ghwatch.org/2005_report.php
60. Gobierno de Honduras “*Principales logros 2002-2003*” January 2004.
61. Goodburn Elizabeth, Campbell Oona “*Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key*” in *BMJ* Volume 322, 14 April 2001. Downloaded from www.bmj.com.
62. Government of Ecuador: National Report on MDGs, 2005.
63. Government of Ecuador, National Secretariat for the attainment of the MDG’s “*Ecuador y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*” April, 2006.
64. Government of Honduras, Office of the President “*Informe de avance de la ERP Segundo trimestre 2004. Volumen 1 Número 2*”, 2005.
65. Government of Honduras, Office of the President “*Informe de avance de la ERP 2005*”
66. Graham H., Kelly M., “*Health inequalities: concepts, framework and policy*” Health Development Agency -HDA, 2004. Available at www.renewal.net/documents/RNET/research/Healthinequalitiesconcepts.pdf
67. Graham H., “*Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings*” *The Milbank Quarterly*, 2004; 82(1):101-24.
68. Group for the analysis of development-GRADE “*Targeted public health insurance in Peru: Incidence and impact on access and equity in access to health care*”, 2004.
69. GTZ-ILO-WHO “*Consortium on Social health protection in Developing countries*”. Web page cover. Available at: www.shi-conference.de/social_protection_in_health.html
70. Hakim Peter and Solimano Giorgio “*Development, reform and malnutrition in Chile*”. MIT Press. Cambridge, MA 1978.
71. Handa, Sudhanshu and Benjamin Davis. “*The Experience of Conditional Cash Transfers in Latin America and the Caribbean*.” ESA Working Paper No. 06-07, Agricultural and Development Economics Division of the Food and Agriculture Organization, United Nations. May 2006.
72. Hermida J., Romero P., Abarca X., Vaca L., Robalino M.E., Vieira L. “*The Law for the provision of free maternity and child care in Ecuador*” Quality Assurance Project, LACHSR Report N° 62. Published for the US Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.

73. Hermida J., Robalino M.E., Vaca L., Ayabaca P., Romero P., and Vieira L. “*Scaling up and institutionalizing continuous quality improvement in the free maternity and child care program in Ecuador*” LACHSR Report Number 65. Quality Assurance Project, USAID 2005.
74. Hernández-Ávila, Mauricio, Bernardo Hernández-Prado and José E. Urquieta-Salomón “Evaluación Externa de Impacto del Programa OPORTUNIDADES” Vol. 1: Health and Education. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2006.
75. Hernandez B., Ramirez D., Moreno H., Laird N. “*Evaluacion del impacto de OPORTUNIDADES en la mortalidad materna e infantil*”. Resultados de la evaluacion externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Documentos finales. Mexico DF, 2003. Available at: www.oportunidades.gob.mx/e_oportunidades/evaluacionimpacto/2003/abril/oportunidadesevaluacionexterna2003.pdf.
76. Hernández, Franklin. “*Family Allowance Program (PRAF) Honduras*” Presentation given at the Health Systems Strengthening Regional Forum, November 8-10, 2006. Available online at: www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=157&Itemid=166
77. Hernández-Prado, Bernardo, José E. Urquieta-Salomón, María Dolores Ramírez Villalobos, José Luis Figueroa “*Impacto de OPORTUNIDADES en la Salud Reproductiva de la Población Beneficiaria*” in Evaluación externa de impacto del programa OPORTUNIDADES 2004 Tomo II: Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2005.
78. Hernández-Prado B., Ramirez D., Moreno H., Laird N. “*Evaluacion del impacto de OPORTUNIDADES en la mortalidad materna e infantil*”. In “Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES.” Instituto de Salud Pública, Cuernavaca, México, 2005. Available at: www.oportunidades.gob.mx/e_oportunidades/evaluacionimpacto/2003/abril/oportunidades_evaluacionexterna2003.pdf
79. Hoddinott J., Skoufias E. “*Final Report: The impact of PROGRESA on consumption*” International Food Policy Research Institute, Washington DC, 2000.
80. Holmes, Jessica “*Does health infrastructure substitute or complement mother’s education and households resources?*” Middlebury College working papers number 0240, 2002. Available at www.middlebury.edu/services/econ/repec/mdl/ancoec/02-40.pdf
81. Holst, J. “*Health micro insurance: a comparison of four publicly-run schemes in Latin America*” CGAP Working group on micro insurance. Good and bad practices. Case study N°18, 2005.
82. Horwitz, Abraham “*Comparative public health: Costa Rica, Cuba, and Chile*” The United Nations University Press. Food and Nutrition Bulletin 1987; 9(3):?
83. Idiart, Alma “*Institutional factors and neo-liberal trends: maternal health and nutrition programs in Argentina and Chile in the past two decades*” Paper to be presented at SASE 2004, 16th Annual Meeting on Socio-Economics. Network: Rethinking the welfare state. Welfare state in Latin America. George Washington University, Washington DC, July 8-11, 2004.
84. Interagency Strategic Consensus for Latin America and the Caribbean “*Reduction of maternal mortality and morbidity*” Washington, DC 2003.
85. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). “*Population Clock*” found at <http://www.ibge.gov.br/home> and accessed on July 13, 2007.
-----, Report on Employment in Brazil, 2005
86. Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, INE “*Encuesta de Mejoría de las Condiciones de Vida, MECOVI*” 2000.
87. Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras, INE “*Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples*” 2002.

88. International Food Policy Research Institute “*Está dando buenos resultados el PROGRESA?*” 2000.
89. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, Report on Employment in Brazil, 2005.
90. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile-INE “*Informe de una década: 1990-2000*” Santiago, Chile 2001.
91. Institute of Medicine “*Coverage matters. Insurance and health care*”. National Academy Press, 2001.
92. Jack, Andrew “*From symptom to system*” The New York Times, September 28, 2007.
93. Jaramillo, Miguel y S. Parodi. 2004. “*El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso*”. GRADE, Working paper N° 46.
94. Jimenez de la Jara Jorge,, Bossert Thomas “*Chilean health sector reform : lessons from four reform periods*”, Health Policy, Elsevier:vol:32(1-3):p:155-166, 1995.
95. Iunes, Roberto “*Health sector organization/reorganization in Latin America and the Caribbean*” in *Health services in Latin America and Asia* INDES-IADB Washington, DC 2001.
96. Kaufman y Segura-Ubiergo, “*Globalization, Domestic Politics, and Social Spending in Latin America: A Time-Series Cross-Section Analysis, 1973–97*”. *World Politics* 53 (Julio 2001), 553–87.
97. Kelly Michael, McDaid David, Ludbrook Anne, Powell Jane, “*Economic appraisal of public health interventions*” Health Development Agency-NHS 2005. Available at www.hda.nhs.uk
98. León A., Martínez R., Espíndola E., and Schejtman A “*Pobreza, hambre y seguridad alimentaria en Centroamérica y Panamá*” Document 88 CEPAL, 2004.
99. Levcovitz Eduardo “*Riesgos y consecuencias de la segmentación / fragmentación de los sistemas de salud*”, Foro sobre Desarrollo de los Sistemas de Salud y Seguridad Social. Riesgos y Desafíos de cara al Siglo XXI, San José, Costa Rica, Agosto 2005.
100. Levcovitz Eduardo, Acuña, Cecilia “*Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud*” Revista Gerencia y Políticas de Salud. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana Vol. 5, Diciembre 2003.
101. Levcovitz Eduardo “*Nuevas estrategias para extender la protección en salud. Desafíos de la protección social para la organización de los sistemas de salud en América latina y el Caribe*” Paper presented at the American Regional Conference of the International Association of Social Security. Belize, 2006.
102. Lewis Maureen “*A War Chest for Fighting HIV/AIDS*” *Finance and development, a quarterly magazine of the IMF* December 2005, Volume 42, Number 4.
103. Lindert, Kathy. “*Designing and Implementing Household Targeting Systems: Lessons from LAC and the US*” Presented at “*Protecting the Vulnerable: the Design and Implementation of Effective Safety Nets*” held by the World Bank, November 28-December 9, 2005.
104. .Lindert, Kathy, Emmanuel Skoufias, and Joseph Shapiro. “*Redistributing Income to the Poor and the Rich: Public Transfers in Latin America and the Caribbean*” The World Bank, October 2005.
105. Macinko James, Guanais Frederico, Marinho de Souza Maria de Fatima “*An evaluation of the impact of the Family Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002*” .
106. McGuire James “*Democracy, Social policy, and mortality decline in Brazil*” Department of Government, Wesleyan University. Middletown, CT 2001.

107. Magnussen Lesley, Ehiri John, Jolly Pauline “*Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy*” Health Affairs 2004; Vol 23 Issue 3: 167-176.
108. Marmot Michael, Wilkinson William “*Social determinants of health*” Oxford University Press, 1999.
110. Mesa-Lago, Carmelo “*Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*” CEPAL, 2005.
109. Milanovic Branko “*Why did the poorest countries fail to catch up?*” Carnegie papers. Carnegie Endowment for International Peace. N° 62, November 2005. Available www.CarnegieEndowment.org/pubs.
110. Ministry of Health, Ecuador “*Declaración de compromiso sobre VIH-SIDA, Informe intermedio del gobierno de Ecuador relativo al seguimiento de sus obligaciones periodo 2003-2005*”. Ecuador, 2005.
111. Ministry of Health, Chile “*Health care reform in Chile*” Santiago, Chile, 2004.
112. Ministry of Health, Brazil “*Saude da familia no Brasil. Um análise de indicadores selecionados 1998-2004*”. Brasília-DF, 2006. ISBN 85-334-1000-X.
113. Ministry of Health, Peru “*Seguro Integral de Salud*” 2006.
114. Mosley W., Chen L. “*An analytical framework for the study of child survival in developing countries*” Population Development Review 1984; 10:25-45.
115. Mossialos E., Thomson S. “*Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment*” on the International Journal of Health Services 2002;32 (1):19-88.
116. Nigenda G., Gonzales-Robledo L. “*Lessons offered by Latin American cash transfer programs, Mexico’s Oportunidades and Nicaragua’s SPN. Implications for African countries*” Centre for social and economic analysis. Mexican Health Foundation, 2005.
117. Negrete, R. “*The Mexican experience: why employment in the informal sector and not-protected employment should not be deemed as one and the same?*” Fifth meeting of the Delhi group, 2001.
118. Ochoa and Garcia, “*Are health status and health care improving under OPORTUNIDADES?: the case of the rural state of Chiapas, South Mexico*” Presentation made at Forum 9, Mumbai, India, 12-16 September 2005.
119. OIT (ILO) “*International Symposium Solidarity and Social Protection in Developing Countries*” Proceedings. Turin, Italy 2003.
 -----“*Informal economy in the Americas: current situation, policy priorities and good practices*” April, 2005.
 -----“*Análisis de las políticas y programas sociales en Ecuador*” Serie Documentos de Trabajo 167. Peru, 2003.
 ----- Panorama Laboral, 2007.
120. Oliver A., Mossialos E. “*Equity of access to health care: outlining the foundations for action*” in Journal of epidemiological Community Health 2004; 58:655-658. Available at www.jech.com
121. Oliveira-Cruz V., Kurowski C. and Mills A. “*Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate*” in Journal of International Development, J. Int. Dev. 2003; 15: 67-86.
122. OMS (WHO) “*Mortalidad materna en 2005: Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*”, 2008.
 -----“*Social Determinants of Health: the solid facts*” Second Edition, 2003. Available at www.who.int/social_determinants/link/publications/en

- The World Health Report 2000 *“Health systems: Improving performance”* Geneva, 2000.
- The World Health Report 2005 *“Make every mother and child count”* Geneva, 2005.
- The World Health Report 2006 *“Working together for health”* Geneva, 2006.
- *“World Health Statistics 2007: Core Health Indicators.”* Available at www.who.int/whosis/en/index.html. 2007.
- 123. OMS(WHO)/EURO *“Health systems confront poverty”* Public Health Case Studies, No 1, 2003. Available at www.euro.who.int/document/e80225.pdf
- 124. OPS(PAHO) Pan-American Sanitary Conference. Resolution CSP26.R.19. Washington, D.C., September 2002.
- 125. OPS/OMS (PAHO/WHO) *“Salud en las Américas 2007”*.
 - CE134/10 *“Millennium Development Goals and Health Targets”* Working paper presented to the 134th Session of the Executive Committee. Washington D.C., Mayo 2004.
 - *“Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean”* Washington D.C., 2003.
 - *“Health Basic Indicators”* 2005.
 - *“Health Basic Indicators”* Regional Core Health Data Initiative Washington D.C., 2004.
 - *“Health in the Americas”* 2007.
 - *“Human Resources for Health –critical challenges for the Region of the Americas: roundtables”* CD47/19. Document presented at the 47th Directing Council. Washington DC, 2006.
 - *“Millennium Development Goals and Health Targets”* Working paper CE134/10 presented to the 134th Session of the Executive Committee. Washington D.C., May 2004.
 - *“Profile of the Health Services System of Bolivia”* Health Systems Strengthening in Latin America and the Caribbean. Washington D.C., November 2001(c).
 - *“Profile of the Health Services System of Ecuador”* Health Systems Strengthening in Latin America and the Caribbean. Washington D.C., November 2001(a).
 - *“Profile of the Health Services System of Honduras”* Health Systems Strengthening in Latin America and the Caribbean. Washington D.C. November 2001(b).
 - *“Profile of the Health Services System of Mexico”* Health Systems Strengthening in Latin America and the Caribbean. Washington D.C., April 2002.
 - *“Scaling-up health systems through the integration of PHC, Tuberculosis and other infectious diseases, and maternal and neonatal health”* Draft for discussion. PAHO-USAID LACHSR Initiative 2005-2007.
- 126. OPS/ OIT(PAHO/ ILO) *“Elements for the comparative analysis of extension of social protection in health in Latin America and the Caribbean”* Working document N° 4, 1999.
- 127. OPS/OMS *“ILO-PAHO initiative on the extension of social protection in health”* Washington, D.C., 2005.
- 128. OPS/OMS-USAID *“Regional Maternal Mortality Reduction Initiative”* Final Report. OPS-USAID-Quality Assurance Project. October, 2004.
- 129. OPS/OMS-SIDA Reports on the characterization of exclusion in health in LAC countries, 2001-2004. Available at <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>
- 130. PHR Plus *“Improving access to maternal health care through insurance”* N°3-June 2003.
- 131. Parker, SW and J Scott. *“Indicadores de seguimiento, evaluación y seguimiento 1997-2001 y Encuestas de Evaluación 2000.”* En: Evaluación externa de Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa) 2001. México, CIDE 2001.

132. Pavez Wellmann, Alejandro “La cuestión boliviana” 2005. Disponible en: www.bolpress.com/art.php?Cod=2005000816.
133. Princeton University “Child health in rural Mexico: did PROGRESA improve children’s morbidity risks?”, 2005.
134. Programa de Encuestas de Demografía y Salud (Measure/DHS+) 1990-2005.
135. Programa de Encuestas Nacional de Salud Familiar, CDC 1990-2004.
136. Programa OPORTUNIDADES. 2007.
137. Quality Assurance Project “Scaling up and institutionalizing continuous quality improvement in the free maternity and child care program in Ecuador”. February 2004. Available at <http://www.lachsr.org/en/pdf/65lacserie-eng.pdf>.
138. Rashad, Hoda “Evaluation of the impact of health interventions” Policy research paper N°6, 1994. Available at www.iussp.org/Publications_on_site/PRP/prp6.php.
139. Rawls, John “A theory of Justice. Justice as fairness” Harvard University Press, 1971.
140. Rivera J., Sotres-Alvarez D., Habicht J., Shamah T., Villalpando S., “Impact of the Mexican Program for education, health, and nutrition (PROGRESA) on rates of growth and anemia in infants and young children” Journal of the American Medical Association, JAMA. 2004; 291:2563-2570.
141. Riumallo J., Pizarro T., Rodriguez L., Benavides X. “Programa de suplementacion alimentaria y de fortificacion de alimentos con micronutrientes en Chile”. Ministry of Health, Chile year? Available at: www.infoleche.com/fepale/lechesalud/revistahtml/Art%20Chile/Programa%20Chile.htm
142. Rosenberg Hernan, Andersson Bernt “Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe” in Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8 N° 1-2, Julio-Agosto 2000.
143. Rubalcava, Luis and Graciela Teruel “Análisis sobre el cambio en variables demográficas y económicas de los hogares beneficiarios del Programa OPORTUNIDADES 1997-2002.” In Resultados de la evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES 2002. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
144. Sabates-Wheeler, Rachel and Myrtha Waite “Migration and Social Protection: A Concept Paper” Institute of Development Studies, Sussex, December 2003.
1645. Salomonsson Camilla, Sjolander Stefan “Guatemala: En las peores condiciones de pobreza en Centro América. Factibilidad de la función de planeación del gobierno y el estatus de los procedimientos de planeación del Ministerio de Salud” Guatemala, Mayo 2005.
1646. Saltman Richard, Busse Reinhard, Figueras Josep “Social Health Insurance Systems in Western Europe” European Observatory on Health Systems and Policy Series, 2004.
147. Save the Children “State of the World’s mothers 2005: The power and promise of girls’ education”.
148. Schommer, Martin “Change of social structure and reform of social security: a comparison of Germany and Great Britain, 1980-2000” Mannheim Centre for European Social Research–MZES, Fifth Research Programme 2002-2004. Research Area 2, Social Services and Social Security, March 2006. Available at http://www.mzes.uni-mannheim.de/res_prog_02/fp_2002-1_5.html.
149. Sedesol (Secretaria de Desarrollo Social), Government of Mexico. “OPORTUNIDADES: un programa de resultados” May 2007.
150. Sekhri N., Savedoff W. “Private health insurance: implications for developing countries” WHO Bulletin, 2005; 83 (2):127-34.

151. Shen Ce, Williamson John “*Maternal mortality, women status, and economic dependency in less developed countries: a cross-national analysis*” in *Social Science & Medicine* 49 (1999) 197-214.
152. Shepherd Andrew, Marcus Rachel, Barrientos Armando “*Policy Paper on Social Protection*” DFID, 2004.
153. Skoufia and McClafferty “*Is PROGRESA working? Survey of results of evaluation by IFPRI*” N° 118, 2000.
154. Sojo, Ana “*Reforming health care management in Latin America*”. ECLAC, 2001.
155. Travis P., Bennett S., Haines A., Pang T., Bhutta Z., Hyder A., Pielemeier N., Mills A., Evans T. “*Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals*” *The Lancet*, 2004; 364:900-06. Available at www.thelancet.com
156. US Bureau of Democracy, Human Rights and Labor “*Country Reports on Human Rights practices, 2005*”. March, 2006.
157. UDAPE-OPS/OMS “*Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia*” La Paz, 2004. Disponible en www.lachealthsys.org/countrystudies/Bolivia
----- “*Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia*” Bolivia, 2004. Available at: www.lachealthsys.org/documents/extension/infobolivia.pdf
158. USAID-PAHO “*Program description: Grant agreement between USAID and PAHO, October 2004-September 2007*”. Washington DC, August 2004.
159. UDAPE “*Third Report: Progress in the Millennium Development Goals associated to the human development. Bolivia 2003-2004*” Bolivia, 2005.
160. UN Millennium Project 2005 “*Who’s got the power? Transforming health systems for women and children*” Chapter 2 p.25-48 Task Force on Child Health and Maternal Health. Available at: www.hsnet.org/speakout.html
161. UNDP “*Human Development Report, 2005*” Available at: www.undp.org/statistics/data/countries.
162. United States Bureau of Democracy, Human Rights and Labor “*Country Reports on Human Rights practices, 2005*”. March, 2006.
163. Unger Jean Pierre, De Paepe Pierre, Ghilbert Patricia, Soors Werner, Green Andrew “*Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle-income countries*” *International Journal of Integrated Care* 2006;6. Available at: www.ijic.org
164. UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe “*Reformas del sector salud y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Tendencias e interrelaciones-una revisión*” México, 2005.
165. UNICEF “*At a glance: Ecuador*” 2006. Available at: www.unicef.org/infobycountry/ecuador_statistics.html
166. USAID. “*Comparing the Costs and Effectiveness of Alternative Food Security and Nutrition Programs in Honduras*.” Washington DC, 1994.
----- “*Core package final report: overcoming operational policy barriers to the provision of services essential to safe motherhood in Peru*” POLICY Project, March 2005.
----- “*USAID Country Health Statistical Report: Ecuador*” Washington D.C., October 2003; September 2004; June 2005; May 2007.
167. USAID-PAHO “*Program description: Grant agreement between USAID and PAHO, October 2004-September 2007*”. Washington DC, August 2004.
168. Van Ginneken, Wouter “*Social security for the informal workers: Issues, options and tasks*” Working paper. International Labour Office-ILO, 1996.

169. Vera de la Torre J., “*Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú*” ForoSalud, Cuaderno de trabajo N°2, 2003.
180. Vos R., Cuesta J., Leon M., Lucio R., Rosero J. “*Ecuador Public Expenditure Review 2004*”. Final Draft, 14 May 2004.
181. Wagstaff Adam, Bustreo Flavia, Bryce Jennifer, Claeson Mariam, and the WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group “*Child health: reaching the poor*” in American Journal of Public Health. 2004;94:726-736.
182. Wanless Derek “*Securing good health for the whole population*” Final Report. February, 2004. Available at www.who.int/social_determinants/link/publications/en.
183. Wamami H., Thorlkild T., Nordrehaug A., Tumwine J., Peterson S. “*Mothers’ education but not fathers’ education, household assets or land ownership is the best predictor of child health inequalities in rural Uganda*” International Journal for Equity in Health 2004, 3:9. Available at www.equityhealthj.com/content/3/1/9.
184. Whitehead, Margaret “The concepts and principles of equity and health” In the International Journal of Health Services, 1992; 22:429-45.
185. Wodon Q., De la Briere B., Siaens C., Yitzhaki S. “*The impact of public transfers on inequality and social welfare: comparing Mexico’s PROGRESA to other government programs* , 2003.

