



Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS
Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe
México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999

**PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

PRESENTACIÓN

Existe un consenso en las Américas sobre la creciente importancia y tamaño de la población no cubierta por las prestaciones de salud de la seguridad social, principalmente en el sector informal urbano y rural. En algunos países la cobertura es muy limitada tanto en lo que respecta al número de personas protegidas como las contingencias cubiertas.

En virtud de esta situación, y de conformidad con los objetivos de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se proponen llevar adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud para la población excluida, que sean efectivas, sostenibles y basadas en la evidencia.

La OIT, por medio del Departamento de la Seguridad Social y su programa Estrategias y Técnicas contra la Exclusión social y la Pobreza (STEP) y de su Oficina Regional para las Américas y el Caribe, y la OPS llevaron a cabo los siguientes estudios:

- (i) Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe;
- (ii) Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe;
- (iii) El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud;
- (iv) Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe.

Estos estudios servirán de base a los trabajos de la reunión de México (29 de noviembre - 1 de diciembre de 1999), reunión que constituye el punto de partida de esta iniciativa.

Asimismo, la OIT y la OPS han preparado un documento en el que ponen a consideración su posición frente al tema de la extensión de la protección social en salud para los excluidos en América Latina y el Caribe.

El presente informe corresponde al "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe". Fue elaborado con el objeto de identificar a la población excluida de los servicios de salud en los países de la región.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	I
RESUMEN EJECUTIVO	V
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO Y ENFOQUE METODOLÓGICO	3
1. Exclusión social y exclusión de la protección social en salud	3
2. La cobertura de los sistemas existentes	4
3. La accesibilidad a los servicios	6
4. La estructura y los procesos de los sistemas	9
5. El perfil de los excluidos	9
6. Limitaciones del estudio	10
III. ESTIMACIÓN DE LA EXCLUSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	11
1. Primera dimensión de la exclusión: el límite en el alcance de la cobertura	11
2. Segunda dimensión de la exclusión: las restricciones en la accesibilidad	14
2.1 Accesibilidad financiera	16
2.2 Accesibilidad geográfica	18
2.3 Accesibilidad laboral	20
2.4 Accesibilidad cultural	21
3. Tercera dimensión de la exclusión: estructura y proceso	21
3.1 La estructura	22
3.2 Los procesos	25
4. Perfil de los excluidos	29
IV. CONCLUSIONES	31

V. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA _____ 33

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se orienta a identificar los alcances de la exclusión de la protección social en salud, en términos del volumen de población afectada respecto de cada una de las variables seleccionadas, tal y como se presenta en la Tabla Resumen de Indicadores.

La metodología se organizó a través de tres enfoques complementarios, con el objeto de medir desde distintas perspectivas la exclusión de la protección social en salud, contemplando las características de los sistemas de salud en el conjunto de países que integra la Región. Estos enfoques son: Cobertura, Accesibilidad, y Estructura y Procesos.

El primer criterio de análisis, responde a la exclusión de la cobertura en salud, para lo cual tuvo que considerarse solo la cobertura de la seguridad social en salud, debido a la calidad de la información existente. La mayor proporción en términos de población excluida, según esta variable, se presenta en los países que tienen un sistema segmentado.

Por supuesto, este corte no significa necesariamente la falta de cobertura del sistema de salud en su conjunto, ya que estamos tomando solo uno de los tres subsistemas que lo conforman. Pero es sabido que, si bien el subsistema público funciona como el principal proveedor, mientras se financie la oferta y no las necesidades de la demanda, existe un gran riesgo de no estar en condiciones de brindar una cobertura real adecuada.

Sin embargo, debe puntualizarse que 217,8 millones de personas no cuentan en la Región con cobertura de la seguridad social. Por este motivo, sus necesidades en materia de atención médica se encuentran cubiertas por mecanismos de financiación de la oferta dentro del sector público y por tanto, están sujetas a los problemas de distribución del ingreso a los que hacen frente los países.

El segundo criterio seleccionado se refiere a la accesibilidad, planteando las distintas barreras de tipo: financiero, laboral, geográfico y cultural. En estos casos, debido a las limitaciones de los datos disponibles, se eligieron algunas variables consideradas representativas para cada una de las restricciones de accesibilidad a ser analizadas.

En el caso de la accesibilidad financiera, se expresa la relación entre línea de pobreza y gasto en salud, como un indicador de la desigualdad existente. Los sectores más pobres gastan proporcionalmente una parte mayor de sus ingresos en servicios de salud, si se los compara con los sectores más acomodados. Esta brecha se manifiesta en la proporción de personas afectadas por barreras financieras.

Este indicador mide mejor la calidad o tipo de servicios a los cuales se accede, que la cantidad de personas que están excluidas del sistema. Por ello, no es posible determinar una dimensión de la exclusión medida desde el mismo prisma. De todos modos, sí es posible indicar que la población por debajo de la línea de pobreza seguramente no podrá acceder a diferentes niveles de los servicios de salud por presentar un ingreso inferior a

los 2 US dólares por día. Esto determina una población de 121 millones de personas. Dicha cifra, a juzgar por los resultados de los indicadores de salud de la Región, pareciera ser bastante acertada.

Otro factor fundamental de exclusión social ligado al segundo criterio de análisis lo constituye la estructura del mercado laboral. Los sistemas de seguridad social se dirigen principalmente a las personas que trabajan en el sector formal. Por tanto, el trabajo en el sector informal es a menudo un factor de exclusión del sistema de salud. En los últimos años, el 85% de los nuevos empleos en América Latina y el Caribe se crearon en el sector informal con la consiguiente pérdida de los beneficios de la seguridad social.

Es muy importante destacar que las tendencias observadas a nivel del mercado laboral no permiten esperar una incorporación importante de los trabajadores a los sistemas de seguridad social en los próximos años, si no se toman medidas específicas al respecto.

Para medir las barreras geográficas se partió de la información publicada por el PNUD. El número de personas que hace frente a la inaccesibilidad geográfica es de 107 millones, observándose una estrecha vinculación entre la inaccesibilidad geográfica y la proporción de población rural residente en los distintos países, especialmente en aquellos con sistemas de salud segmentados.

Estas semejanzas también pueden verificarse entre los grupos de población afectados por la exclusión, determinados por los indicadores de procesos directos (partos atendidos por profesionales, 83,6 millones de personas, y cobertura de inmunizaciones, 82 millones de personas), lo que permite inferir que esos sectores de la población están estrechamente vinculados entre sí. Si bien no se trata estrictamente de la misma población, se observa una amplia intersección entre ambos conjuntos poblacionales, que además presentan un volumen similar.

Aproximadamente 15,7 millones de personas pueden tener dificultades para acceder a los servicios en razón de un déficit de profesionales médicos y 267,5 millones en razón de un déficit de camas hospitalarias en relación con el estándar reconocido como óptimo.

Respecto del perfil de los excluidos, si bien va más allá del alcance de este estudio la cuantificación de las dimensiones de cada grupo, se ha podido avanzar en la identificación de los mismos en los distintos países de la Región. Los principales grupos excluidos los constituyen los pobres, los adultos mayores, las mujeres y niños, los grupos étnicos, los trabajadores informales, los desempleados y los subempleados y, más en general, la población rural.

En este sentido, puede establecerse que existe un grupo de países, cuyos sistemas de salud están segmentados y que al mismo tiempo, cuenta con una baja cobertura de la seguridad social en salud, donde los grupos de excluidos representan una mayor proporción respecto a la población total.

Se puede deducir que, además de los grupos excluidos de los servicios básicos, existen otros grupos que no acceden a servicios de mayor complejidad. Sin embargo, no puede precisarse cuál es su número.

La tabla que figura a continuación constituye un resumen de los niveles de la exclusión de la protección social en salud.

Tabla resumen de los niveles de exclusión de la protección social en salud

Indicadores	Año de referencia	Estimación población excluida según el indicador considerado	
		En %	En miles
Cobertura			
Población sin cobertura de seguridad social en salud	1995	46.0	217.779
Accesibilidad			
Inaccesibilidad financiera	1989-1994	27.0	121.245
Inaccesibilidad geográfica	1995	22.2	107.013
Estructura			
Déficit oferta servicios médicos totales	1997	4.8	23.643
Déficit servicios médicos ajustados	1997	3.2	15.661
Déficit oferta de camas	1996	55.3	267.537
Procesos			
Partos no atendidos por personal capacitado	1996	17.0	83.558
Porcentaje de deserción entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura	1998	16.5	82.023
Población sin acceso a servicios de agua potable y/o alcantarillado	1995	32.1	152.675

PANORAMA DE LA EXCLUSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE¹

I. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, los países de América Latina y el Caribe han conocido evoluciones profundas, marcadas por períodos alternativos de crecimiento y de crisis económicas. Los sectores de la protección social y de la salud han sido objeto también de cambios importantes bajo el impulso de reformas de grandes proporciones. Si bien se han obtenido en el ámbito regional logros importantes en ambos sectores, aún subsisten serios problemas. Hoy en día, una gran proporción de la población está excluida de la protección social en salud y en consecuencia no tiene acceso a los servicios de salud en una forma adecuada, lo cual, no sólo constituye una injusticia, sino que representa un obstáculo para el desarrollo económico y social de los países de la región.

Es difícil estimar la magnitud de este problema ya que la exclusión no es un estado preciso fácilmente identificable. En la realidad, la exclusión adopta formas múltiples que van desde la falta total de acceso a la atención, hasta la exclusión respecto de algunas prestaciones. La exclusión se manifiesta bajo distintos aspectos en función de los factores que la determinan: insuficiencia o ausencia de oferta de atención, barreras financieras, geográficas o culturales, etc. La heterogeneidad o falta de datos disponibles dificultan aún más la tarea de medición de la exclusión.

A pesar de estas dificultades, es necesario estimar el grado de exclusión si se desea encararla. El presente documento aporta elementos de respuesta al respecto. Proporciona una estimación de la magnitud de la exclusión en sus diferentes formas y una descripción de las principales características sociales, económicas y culturales de los grupos excluidos.

A fin de acercarse lo más posible a la realidad, se ha utilizado una metodología que enfoca la exclusión desde tres perspectivas:

- el límite en el alcance de la cobertura brindada por los sistemas de protección social;
- la existencia de barreras financieras, geográficas, laborales y culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud;
- las restricciones en el uso de los servicios, puestas de manifiesto por variables vinculadas con la estructura y con los procesos.

¹ El presente documento ha sido elaborado bajo la dirección y supervisión de la OIT y la OPS/OMS. Por parte de la OIT participó el Departamento de Seguridad Social, su Programa STEP, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe, así como las Oficinas para la OIT en Lima y Santiago. Por parte de la OPS participó la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. El estudio correspondiente fue elaborado por la Fundación ISALUD bajo la dirección del Dr. Alejandro Abella.

Estas perspectivas reflejan la complejidad de la exclusión y la interrelación entre los factores que la originan.

Un grupo de investigadores ha elaborado un protocolo común para identificar y analizar las variables asociadas a las distintas dimensiones de exclusión de la protección social en salud, para ser aplicado en los 33 países que integran la Región. Se han utilizado datos preexistentes provenientes de diversas fuentes.

Cabe señalar que este documento no aborda las medidas adoptadas de cara a la reducción de la exclusión. Las mismas constituyen el objeto de otros documentos realizados en el marco de la preparación de la reunión de México, en particular del estudio

titulado "Elementos para el análisis comparado de la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe", y de la "Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe".

II. MARCO TEÓRICO Y ENFOQUE METODOLÓGICO

1. Exclusión social y exclusión de la protección social en salud

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

Cabe precisar que el concepto de pobreza y el de exclusión social no se superponen exactamente. Al respecto, el PNUD reconoce como pobreza humana a *la denegación de oportunidades y opciones fundamentales para el desarrollo humano*, y se refiere a la privación de tres elementos esenciales: la supervivencia, los conocimientos y el nivel decente de vida, dado por un aprovisionamiento económico general.

La exclusión social es un concepto amplio que, a menudo, se analiza en la literatura según dos ejes². El primer eje de análisis se concentra en la forma de la exclusión. Los individuos pueden experimentar situaciones de exclusión social en un plan físico (aislamiento geográfico), económico, político, etc. Este análisis pone el acento en el carácter multidimensional de la exclusión y la interrelación entre los factores que la caracterizan. El otro eje de análisis se centra en los actores y en las interacciones entre los mismos que originan la exclusión. Se considera que la organización de la sociedad y de las instituciones desempeñan un papel decisivo en la generación de fenómenos de exclusión.

Para caracterizar la exclusión de la protección social en salud, se debe recordar primero que la mayor parte de los sistemas latinoamericanos de salud están compuestos por **tres subsistemas** –seguridad social, público y privado– que presentan distintos grados de desarrollo, según el país del que se trate.

El primer subsector es el de la **seguridad social**, especialmente a través de los regímenes de enfermedad –maternidad– que en varios países complementa a la prestación pública. En general, las instituciones de seguridad social funcionan como proveedores y cubren a sectores de ingresos medios con derechos en virtud de la legislación. Este subsector suele contar con más fondos que el Ministerio de Salud y su campo de aplicación abarca a un sector más pequeño que el cubierto por este último.

El segundo subsector lo constituye el **subsistema público**, a través del Ministerio de Salud, es el principal proveedor de servicios preventivos y curativos, y tiene como clientela natural principalmente a los grupos poblacionales excluidos de los dos otros subsistemas.

² Arjan de Haan, Poverty Research Unit, University of Sussex, Social exclusion in policy and research: Operationalizing the concept, ILS nr 111, 1998.

El tercer subsector es el **privado**, centrado en la medicina curativa cubre mayoritariamente a los sectores medios-altos de la población y cuenta con instalaciones y servicios de mayor calidad. El sector privado se constituye a partir de prácticas heterogéneas, que van desde la medicina tradicional, minoritaria en la mayoría de los países y cuyos consumidores son los sectores medios y bajos, hasta las prestaciones que brindan las ONGs y los seguros privados con o sin fines de lucro.

La exclusión de la protección social en salud se entiende aquí como la imposibilidad de un individuo de obtener por medio de uno o varios de estos tres subsistemas³ la garantía de acceso a la salud⁴ en una forma adecuada.

La metodología se orienta a identificar la exclusión mediante la aplicación de un dispositivo de "aproximaciones sucesivas". El objetivo es determinar la magnitud de este fenómeno, expresada en la cantidad de población excluida de la protección social en salud en los países de América Latina y el Caribe e identificar los perfiles de los grupos que sufren las consecuencias de esta situación.

Para estos efectos, se han seleccionado un conjunto de variables que se analizan en todos los países estudiados, relacionadas con distintas dimensiones de la exclusión. En primer término, se considera el alcance de la cobertura ofrecida por los sistemas de protección social en salud. Luego, se examinan las diferentes barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud. Para ello se utilizan variables relacionadas con la accesibilidad. Finalmente, se utilizan variables vinculadas con las estructuras y los procesos.

Este estudio no pretende abordar la problemática de la exclusión social en toda su complejidad. Sin embargo, es importante considerar que, como se ha indicado antes, la exclusión social en general y la exclusión social de la protección social en salud en particular, constituyen el resultado de un conjunto de factores interdependientes y están directamente influenciadas por los actores y sus interrelaciones.

2. La cobertura de los sistemas existentes

La relación entre los tres subsistemas del sector salud presentados arriba no es igual en todos los países de América Latina y el Caribe, observándose diferencias en cuanto al grado de integración–/–segmentación entre los mismos respecto a la provisión y el financiamiento de los servicios, así como a la población beneficiaria de los mismos. Esto lleva a reflexionar sobre las limitaciones de acceso a los servicios, comparándolas con las que se refieren a su cobertura.

³ La cobertura por seguros privados comerciales no está considerada como parte del sistema de protección social a menos que dichos sistemas intervengan en el marco del sistema nacional de seguridad social, como es el caso en Chile. El hecho que un individuo utilice por su propia voluntad un seguro privado en complemento o en substitución de otros sistemas, se considera relacionado a la protección individual y no a la protección social.

⁴ Según OPS/OMS se define salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social de los individuos.

Por una parte, cuando el sistema está **segmentado**⁵, la exclusión de la seguridad social en los países de ingresos medianos y bajos –y en aquellos de ingresos superiores pero con una gran brecha entre los sectores de mayores y menores recursos– se manifiesta en las limitaciones del mercado para garantizar un acceso equitativo en cantidad y calidad de atención, y en la ausencia de un fondo colectivo de riesgos gestionado por el Estado que permita evitar la selección adversa. En la medida en que los sistemas no estén integrados, la accesibilidad a estos servicios se relaciona inversamente con la complejidad y con el costo de los mismos, por lo que el acceso a los servicios de diagnóstico y de hospitalización tiende a ser más restringido⁶.

Por otra parte, los países con mayor **integración** cuentan con Sistemas Nacionales de Salud, o bien existe una coordinación entre el sector público y el sistema de seguridad social, dividiéndose tareas y responsabilidades. La integración reduce la desigualdad en la atención entre zonas urbanas y rurales, aunque no se logre reducir el carácter curativo y urbano del sistema. En los países que cuentan con un sistema de salud integrado se observan mejores indicadores de salud y cobertura, perfiles epidemiológicos más avanzados y un nivel de producto en materia de inversión en salud per cápita superior al promedio.

Al respecto, Maceira afirma que *“en aquellos países con mayor coordinación en la oferta de servicios ya sea desde el interior del sector público como a partir de contratos entre públicos-privados y sistema de seguridad social - se alcanzan porcentajes de cobertura significativos, incluso con niveles de gasto menores, disminuyendo a medida que la segmentación se agudiza”*.

Desde la perspectiva de esta primera dimensión, el estudio se centrará en la cobertura brindada por los sistemas de salud, que se entiende como *la atención de salud de una población determinada en base a un conjunto de acciones normalizadas sobre el individuo y el medio ambiente*⁷, estableciendo la magnitud y distribución de la misma por parte de los distintos subsectores –público, seguridad social y privado– en cada país. Tal y como se indicara, este nivel de cobertura debe considerarse en relación con el nivel de integración o de segmentación del sistema de salud.

Para apreciar este nivel de cobertura, este estudio retoma la metodología propuesta por Mesa Lago, es decir que la cobertura puede diferenciarse entre **cobertura legal** –es aquella cobertura prescrita por ley, pero que no siempre está en vigor- y **cobertura estadística**– que proviene de las estimaciones de población protegida, más aproximada a la realidad pero no siempre fidedigna- ambas incluidas en el concepto de **cobertura teórica**. Por otra parte, éstas se distinguen de la **cobertura real** definida como la

⁵ En un sistema segmentado los distintos subsectores actúan sin coordinarse, por oposición a un sistema integrado.

⁶ Maceira observa que los sistemas segmentados de atención de la salud están definidos de modo tal, que los pacientes sin contención institucional son los que dirigen sus demandas entre prestadores. Tratándose de mercados donde la información del usuario es incompleta, este mecanismo limita la posibilidad de un tratamiento efectivo. Maceira, Fragmentación e Incentivos BID 1996.

⁷ Esta definición puede asimilarse a la de cobertura teórica, que se refiere a la población enunciada por el sistema como alcanzada por cada subsector.

diferencia entre la cobertura teórica que se ofrece a la población, y la proporción de población con problemas de acceso de diversa índole. Estas son las diferencias que ponen de manifiesto la magnitud de la "inaccesibilidad" a los servicios de salud.

Sin embargo, refiriéndose a la multi-dimensión del fenómeno, esta primera dimensión no proporciona más que una primera estimación del alcance de la exclusión. Así, por ejemplo, se espera que el sector público brinde atención preventiva y curativa a los no asegurados, principalmente a los indigentes y a aquellos grupos de menores ingresos, con arreglo al concepto de asistencia social. En realidad, a menudo, estos grupos no se benefician de la protección por distintos motivos⁸.

3. La accesibilidad a los servicios

En segundo lugar, se analizan las diversas restricciones en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud. La accesibilidad se refiere a *la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población*, en relación con barreras de diversa índole. Se consideran en este caso cuatro aspectos: financiero, geográfico, laboral y cultural. El análisis de los distintos aspectos de la accesibilidad permite tener una idea más precisa en cuanto a la cobertura real.

a. Accesibilidad financiera

Se entiende por accesibilidad financiera la disponibilidad de recursos financieros por parte de la población para solventar los gastos directos (medicamentos, aranceles, copagos, etc.) o indirectos (transporte, lucro cesante) que representa el cuidado de la salud. Incluso en los sistemas públicos con cobertura universal y gratuita, la atención médica implica desembolsos directos para la población beneficiaria. Por este motivo, se puede considerar la existencia de barreras financieras en el acceso a la salud.

Por una parte, el gasto en salud está vinculado con el ingreso. Cuando una persona aumenta sus ingresos, puede destinar una proporción mayor de los mismos al cuidado de su salud. No obstante, cuando éstos se reducen, hay un mínimo gasto en salud que resulta inevitable, ya que de no realizarlo las personas pueden ver afectada su salud. Por ello, el gasto de las personas o desembolso directo para la salud es sumamente regresivo. Es decir que los pobres gastan en salud proporcionalmente más que los ricos.

Por otra parte, la accesibilidad financiera constituye una función directa del gasto público en salud. Dado que éste tiene una repercusión redistributiva comprobada (especialmente, la atención primaria), es de esperar que a mayores niveles de gasto público mayor sea la accesibilidad de los pobres a los servicios de salud, y en consecuencia, menores los niveles de exclusión. Además, cuando el gasto privado es mayor que el público, puede

⁸ En este marco, Mesa Lago advierte que la asistencia social dirigida a los grupos de menores ingresos depende del acceso que estos tengan a la atención de salud gratuita o muy subvencionada, porque la desigualdad en el acceso a los servicios agrava la incidencia de la pobreza. Mesa Lago Sistemas de Salud, Perú 1994.

esperarse que la financiación de las actividades sea menos equitativa y la exclusión mayor.

El análisis del gasto privado per capita en salud puede representar una manera de evaluar el desembolso que representa para los individuos el acceso a los servicios privados de salud, ya que no se cuenta con información precisa sobre el gasto de bolsillo en cada país. Asimismo, se tomará como indicador la proporción de la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza.

Para analizar las barreras de accesibilidad financiera se utilizan variables de tipo socioeconómico, como el ingreso per capita y la línea de pobreza, y variables relacionadas directamente con el sistema de salud, como el gasto público per capita en salud y el gasto privado per capita en salud.

b. Accesibilidad geográfica

El principio de *accesibilidad* tiene que ver con la distribución y la localización de los servicios, la anulación de barreras o limitantes, es decir con componentes fundamentales del concepto de *cobertura*, y supone la existencia de una oferta oportuna y sistemática de los servicios adecuados a la cantidad y a la estructura del volumen y a las características de las necesidades de la población, y a la naturaleza de las necesidades o problemas de la población en materia de salud.

Puede observarse que los grupos familiares residentes en zonas rurales están más afectados por la exclusión social no solamente a causa de la pobreza, sino también por la falta de oferta de servicios de salud adecuados cerca de su lugar de residencia.

Un indicador de accesibilidad geográfica ha sido elaborado por el PNUD con el fin de tomar en cuenta la dificultad que encuentra una parte importante de la población a recurrir a los servicios de salud. Este indicador es analizado a continuación.

c. Accesibilidad laboral

Un tercer factor fundamental de exclusión social está relacionado con la estructura del mercado laboral. Los sistemas de seguridad social se destinan principalmente a las personas que trabajan en el sector formal. Por lo tanto, el trabajo en el sector informal constituye a menudo un factor de exclusión de este tipo de sistemas. Asimismo, en el sector formal los empleos precarios y el trabajo clandestino no permiten, por lo general, que los trabajadores se beneficien de una protección social adecuada.

Se observó en la región una doble tendencia a nivel de la relación entre el empleo y el mercado laboral. Por un lado, el sector informal de la economía ha crecido en la mayoría de los países de la región. En los últimos años, el 85% de los nuevos empleos en América Latina y el Caribe se crearon en dicho sector⁹, proliferando los empleos de baja

⁹ OIT - Director General, Trabajo Decente y Protección para Todos. Prioridad de las Américas, 1999.

productividad; tal el caso de los trabajadores por cuenta propia, de los asalariados de microempresas y de los trabajadores domésticos, quienes no cuentan con estabilidad laboral ni protección social. En la década de los 90, también creció el desempleo, que tiende a ser más acentuado entre las mujeres, los jóvenes y las personas de menores ingresos¹⁰.

Por otra parte, los empleos del sector formal se han precarizado. En la búsqueda de mayor competitividad, las grandes empresas de la región han actuado en función de dos tendencias; en primer lugar, han reducido su personal, lo cual ha impulsado a los individuos a buscar actividades en el sector informal. En segundo lugar, las empresas han tendido a flexibilizar el trabajo, modificando las modalidades de contratación y las cláusulas de licenciamiento¹¹. Esta tendencia tuvo como consecuencia la creación de nuevos tipos de empleo, no solamente en forma de contratos atípicos, sino también de empleos no registrados o clandestinos. Obviamente, el nivel de protección social de los trabajadores sujetos a este tipo de empleo es por lo general de muy baja calidad, o simplemente no existe.

Esta nueva forma de exclusión es difícil de estimar. La tendencia a la informalidad del mercado de trabajo en los países latinoamericanos se determina mediante el porcentaje de empleo en este sector. Es evidente que esta variable no significa que el conjunto de los individuos que trabaja en el sector informal está excluido de la protección social en salud. Sin embargo, la probabilidad de marginación y de exclusión social de esta población es más grande que en el sector formal.

d. Accesibilidad cultural

La accesibilidad cultural constituye el cuarto y último elemento abordado en este análisis relativo a los problemas de accesibilidad. Se refiere a *los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que éstas imponen en el acceso a los servicios*. En esta clasificación pueden incluirse variables de distinta índole, tales como las características socio-sanitarias de las diversas etnias respecto a la población total, así como también la utilización de la medicina tradicional, el curanderismo y la automedicación, entre otras modalidades que deben ser estudiadas a título complementario. Otros elementos de orden moral pueden igualmente favorecer la exclusión social como la desconfianza en las instituciones públicas o la ignorancia de los principios de anticipación del riesgo.

Teniendo en cuenta que esta dimensión de la exclusión es más cualitativa que cuantitativa, es difícil proporcionar una medida de carácter estadístico. Asimismo, por aproximación restrictiva y no exhaustiva, se considera la proporción de población perteneciente a minorías étnicas con relación a la población total, reconociendo que los pueblos indígenas presentan, a menudo, condiciones de salud significativamente más

¹⁰ Lustig y Deutsch (1998) afirman que el desempleo manifiesto perjudica especialmente a los pobres, ya que no se benefician de los mecanismos de protección social específicos por estar insertos en el mercado informal.

¹¹ OIT - V. Tokman y D. Martínez, Inseguridad laboral y competitividad: modalidades de contratación, 1999.

precarias que la media de la población. Si bien existen grandes restricciones para obtener datos que permitan evaluar adecuadamente las condiciones de salud y la cobertura de la población indígena, los estudios realizados ponen de manifiesto la brecha que los separa de los estándares alcanzados por el conjunto del resto de la población.

4. La estructura y los procesos de los sistemas

Después de haber analizado la exclusión de la protección social en salud desde la perspectiva de la cobertura y de la accesibilidad, el estudio analiza las variables que tienen que ver con la estructura y con los procesos de sistemas de salud.

La **estructura** se define como *las características relativamente estables del sistema de atención*, e incluye los recursos necesarios para el suministro de asistencia médica, entre los que figuran número, distribución, capacidades y experiencias del personal profesional y el equipo de los hospitales y otras instalaciones. En el marco de este estudio, se incorporan sólo las siguientes variables: *proporción de médicos por habitante y camas por habitante*.

Los **procesos** se definen como *la cadena compleja de actividades que se llevan a cabo de forma directa o indirecta durante la atención de la salud*. Estas variables delimitan el acceso a los servicios de salud y se relacionan estrechamente con los resultados obtenidos en términos sanitarios.

Las variables de los procesos se refieren a la producción de servicios de salud, definida mediante indicadores que reflejan el perfil del sistema de salud, en términos de suministro de servicios directos, tales como cobertura de la vacunación y partos atendidos por personal idóneo, y servicios indirectos como agua potable y alcantarillado. Kliksberg vincula estas variables con el concepto de "indigencia médica" definido como la *dificultad en el acceso a servicios médicos curativos y preventivos*.

Los países son clasificados a través de un conjunto de variables organizadas desde un enfoque de estructura y de procesos. Se estudian cada una de estas variables en todos los países de la Región, con el objeto de identificar las características de la estructura del sistema de salud y de los procesos desarrollados en este marco.

5. El perfil de los excluidos

Ante el interrogante sobre quiénes son los excluidos, diversos autores coinciden en señalar que el perfil de los mismos está dado por una serie de factores vinculados con la edad, género, etnia, lugar de residencia, inserción laboral y nivel de ingresos. Lustig y Deutsch (1998) por ejemplo, observan que, a pesar de las diferencias entre países, existen rasgos generales que permiten delimitar un perfil de la población propensa a ser pobre dentro de América Latina y el Caribe: jefe/a de familia con nivel de educación bajo o nulo y/o inserto en el sector informal y actividades primarias o sin empleo, grupos

familiares extensos con alta tasa de dependencia, grupos autóctonos, con mayor incidencia en familias rurales y más numerosos en grupos urbanos marginales.

A través de las diferentes perspectivas disponibles para medir el fenómeno de exclusión en salud es posible identificar con precisión un perfil de excluidos para cada país.

6. Limitaciones del estudio

La investigación presentada se elaboró en base a fuentes secundarias de tipo estadístico, por lo cual reproduce las inconsistencias de origen que tienen dichas fuentes. Además, los datos utilizados con fines de comparación entre países son pertinentes a la situación nacional. Existen diferencias importantes dentro de un mismo país. El presente estudio no tiene en cuenta estas diferencias. Por último, la utilización de variables para un gran número de países hace que la comparación temporal sea sumamente difícil por la heterogeneidad de fuentes y de valores recogidos.

Por otra parte, la imposibilidad de producir nueva información cuantitativa limitó el análisis de las variables asociadas a la exclusión, a aquellas para las que se contaba con información disponible.

Como consecuencia de éstas limitaciones, el trabajo se centró en la identificación de la problemática de la población excluida, considerada como una visión panorámica de la situación de cada país de la región. Si bien se presenta un perfil de la misma, es necesario el desarrollo de nuevos estudios más profundos, a fin de determinar con más exactitud la magnitud de la exclusión y el perfil de los excluidos. Con relación a lo expresado, los resultados obtenidos en esta investigación deben considerarse como un primer esfuerzo que merece ser profundizado en estudios posteriores.

III. ESTIMACIÓN DE LA EXCLUSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

1. Primera dimensión de la exclusión: el límite en el alcance de la cobertura

Tal como se indicara en la parte anterior, la primera manera de medir la exclusión es a través del análisis de la cobertura que brindan los sistemas de protección social. Estos sistemas abarcan varios subsistemas que tienen por objetivo procurar una protección contra la incidencia financiera que presenta la enfermedad, la vejez y la muerte. Están compuestos por seguros sociales (pensiones, atención médica hospitalaria por riesgo profesional, maternidad, enfermedades), asignaciones familiares, asistencia social y sistemas nacionales de salud o programas públicos. Aquí se consideran únicamente los elementos relacionados con la salud.

Cobertura e integración de los sistemas de salud

La medida del nivel de cobertura y su corolario de exclusión encuentran dificultades debido a la complejidad de la estructura de los sistemas de salud. Para lograr una primera clasificación de los países, se utiliza la combinación entre las variables "cobertura de la seguridad social en salud"¹² y "nivel de integración" (Cuadro abajo).

A los efectos del presente análisis, para calcular la cobertura consideramos únicamente la Cobertura de la Seguridad Social en Salud (S.S.S.), porque los usuarios del subsistema público son de difícil identificación en los sistemas segmentados (Tabla 1).

La clasificación de sistemas de salud en integrados o segmentados tiene que ver con el grado de articulación entre subsistemas respecto del suministro de servicios (en los casos en que no exista un sistema nacional único). Por estos motivos se ha incluido a Chile entre los países con sistema integrado, ya que si bien tiene dos tipos de prestadores bien delimitados en lo que respecta al perfil del usuario, éstos funcionan en forma integrada en cuanto a la distribución de servicios. Además, el sistema brasileño se considera integrado debido a la unificación de los servicios públicos y de la seguridad social. Por último, el sistema uruguayo y el argentino se consideran segmentados (en contraste con el sistema chileno), debido a la separación entre financiamiento y suministro y, principalmente, a la multiplicidad de obras sociales.

En esta primera clasificación se obtienen cuatro grupos de países con:

- Alta cobertura y elevada integración (Grupo 1)
- Baja cobertura y elevada integración (Grupo 2)
- Alta cobertura y baja integración (Grupo 3)

¹² Se trabaja con la cobertura teórica estadística, las dificultades para disponer de la cobertura real se vinculan con la diferencia entre los objetivos de cobertura propuestos y la población efectivamente asistida, y también con la elección que realiza el usuario de acuerdo al tipo de servicio que esté demandando. Maceira, 1996.

• **Baja cobertura y baja integración (Grupo 4)**

Se define "elevada cobertura de S.S.S." cuando la cobertura supera un tercio de la población total y "baja cobertura de S.S.S." cuando es igual o menor al 33% de la población.

Clasificación de los sistemas de salud según cobertura de la seguridad social en salud y el nivel de integración. América Latina y el Caribe, 1995

		COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
		ALTA	BAJA
INTEGRACION	ALTA	GRUPO 1 ✓ Brasil ✓ Costa Rica ✓ Cuba ✓ Chile ✓ Panamá ✓ Países de la Subregión Caribe no Latino ✓ Colombia*	GRUPO 2 ✓ Nicaragua
	BAJA	GRUPO 3 ✓ Argentina ✓ México ✓ Uruguay ✓ Venezuela	GRUPO 4 ✓ Bolivia ✓ Ecuador ✓ El Salvador ✓ Guatemala ✓ Haití ✓ Honduras ✓ Paraguay ✓ Perú ✓ R. Dominicana

* Datos de 1998, debido al aumento de cobertura ligado a la ley 100

Los países del Grupo 1 (elevada cobertura e integración) estarían garantizando la protección social en salud a la mayor parte de su población, desde la perspectiva de la cobertura teórica estadística. Sin embargo, existen diferencias significativas en términos de la accesibilidad entre aquellos países que cuentan con un sistema nacional de salud, y el resto de los países pertenecientes a este grupo (especialmente Brasil), como se observará más adelante. El Caribe no Latino constituye la región más homogénea en cuanto a cobertura, que asciende en estos países al 100% de la población. Esta última subregión también es la más homogénea en términos de integración, ya que todos los países que la conforman cuentan con un Sistema Nacional de Salud inspirado en el sistema inglés, garantizando por tanto el mayor nivel de inclusión respecto a la cobertura de servicios de salud dentro de América Latina y el Caribe. Sin embargo, por otra parte, su población representa sólo el 1.3% del total de la Región, por lo que este porcentaje no es significativo dentro del panorama regional de la exclusión.

En el Grupo 2, (baja cobertura y elevada integración) conformado por Nicaragua, si bien existe una estrecha relación entre el sector público y el sistema de seguridad social, este

último tiene un papel meramente subsidiario, ya que por su estructura política se estableció una modalidad de prestación de servicios en su mayoría pública.

Entre los países del Grupo 3 (elevada cobertura y baja integración), se encuentran dos pioneros en la seguridad social (Argentina y Uruguay) y dos países de rango intermedio, pero que llevan más de 50 años utilizando este sistema (México y Venezuela). Sin embargo, dentro de estos países existen diferencias de cobertura importantes entre los distintos grupos poblacionales.

En los países del Grupo 4 (baja cobertura e integración), se encuentran países con una cobertura limitada en servicios básicos de salud (vacunación, agua potable y saneamiento) tal y como se analiza en el presente estudio. La segmentación de la atención es considerable debido a factores de índole económico, cultural e institucional, dejando a amplios contingentes de la población pobre expuesta a la morbi-mortalidad por causas susceptibles de ser evitadas.

Nivel de cobertura por la seguridad social en salud

La población sin cobertura teórica de la seguridad social en salud, representaba **en 1995 al 46%** de la población total de América Latina y el Caribe. En números absolutos esto implica 217.779.000 personas que no cuentan con S.S.S.

Esta información estaría indicando una disminución de la cobertura de S.S.S., ya que según datos de la CEPAL, la población no cubierta por el sistema de seguridad social era **en 1992 del 39%**¹³ (Tabla 1). Ejemplos de esta tendencia se observan en países que vieron disminuir su cobertura en los últimos años, como Perú (del 34 al 30%) y México (del 59 al 49%) donde se ha puesto en marcha un plan nacional para revertir esta situación e incluir a los campesinos en la seguridad social de salud.

Cobertura por el sector privado

El porcentaje de cobertura del subsistema privado, incluyendo los seguros privados y las ONGs, conforman, junto con los médicos particulares, las instituciones privadas sin fines de lucro y las fuentes no formales de atención, la amplia gama de modalidades de prestación que constituyen el sector privado de atención (Tabla 2).

Para realizar este análisis se consideró que:

- Es probable que en muchos países la cobertura estimativa calculada sea mayor que la real;
- Existen superposiciones de cobertura con el sector público;
- En el caso de faltar un dato se excluyó del análisis (por ejemplo, Belice).

¹³ Sobre esta proporción influye la alta cobertura de Brasil, que concentra más de la mitad de los asegurados, por lo que posiblemente esté subestimada. En Kliksberg, 1993.

Los seguros privados de salud tienen distinto grado de desarrollo dentro de la región, siendo los países del Cono Sur (Argentina, Brasil y Chile) quienes cuentan con una mayor proporción de población cubierta. Asimismo, responden a diversas formas de financiación, que van desde la contribución salarial hasta el pago directo individual o familiar, o bien el pago realizado por las empresas.

En los países del Caribe no Latino, que cuentan con Sistema Nacional de Salud (Grupo 1), se utilizan los seguros privados como una modalidad complementaria. Sólo en Jamaica se observa un mayor desarrollo de los mismos.

En los sistemas segmentados, dado que la cotización a la seguridad social es obligatoria, los pacientes de ingresos medios y altos muchas veces prefieren contratar seguros privados y acceder a un mejor servicio, aún cuando su cotización a la seguridad social no se traduzca en una contraprestación. Se suman así a la población que sólo recibe atención por el sistema privado, con distintos niveles de cobertura, primas y copagos

Además, las ONGs adquieren singular importancia en aquellos países donde el sistema está segmentado y la cobertura del S.S.S. es baja, convirtiéndose en estos casos en el principal proveedor del subsistema privado. Se puede observar entre algunos países del Grupo 4, como Ecuador, Perú, Guatemala y Guyana, que la acción de las ONGs en el ámbito de la atención de la salud, se traduce entre el 10 y el 20% de la cobertura (y más de 20% para Haití). En el resto de los países pertenecientes a este grupo, la cobertura oscila entre el 5 y el 10%. En cambio, en la mayor parte de los países con elevada cobertura (Grupo 1 y Grupo 3), las ONGs atiendan a menos del 1% de la población cubierta.

Al realizar la suma de la cobertura brindadas por la seguridad social, por los seguros privados y por las ONGs en cada país, se observa que menos de la mitad de los países presentan una **cobertura del 100%**. En algún caso se supera este número debido a la superposición de cobertura. Por ejemplo, Argentina tiene un 9% y Brasil un 20% de doble afiliación.

Un tercio de los países de América Latina y el Caribe tiene **menos del 60%** de cobertura. Estos países son, además, los que tienen baja cobertura de la seguridad social (Grupos 2 y 4) con excepción de Venezuela que tiene una elevada cobertura (Grupo 3).

En resumen, el número de personas que no están cubiertas por la seguridad social asciende a 217.8 millones . Solo una parte de estas personas se beneficia de la cobertura gracias al servicio público o al sector privado.
--

2. Segunda dimensión de la exclusión: las restricciones en la accesibilidad

Esta segunda dimensión de la exclusión social en salud se analiza bajo cuatro perspectivas: accesibilidad financiera, geográfica, laboral y cultural.

2.1 *Accesibilidad financiera*

De cara a estimar la dimensión de la exclusión debida a barreras financieras, se han utilizado diferentes variables. Por un lado, variables socio-económicas, tales como el ingreso y el umbral de pobreza y por el otro, variables de orden estructural, tales como el gasto público y el gasto privado per capita en salud.

Gasto privado

Según la metodología desarrollada a continuación, la primera variable utilizada es el gasto privado en salud. El gasto en salud está vinculado con ingreso y permite evaluar la accesibilidad financiera de los individuos a los servicios de salud o a la protección social. El gasto privado está compuesto por el gasto directo, también denominado gasto de bolsillo, y el gasto indirecto. El primero, incluye el gasto de los hogares en la compra de bienes y servicios de la salud. El segundo, se refiere al gasto de los hogares y de las empresas en seguros de salud privados o en regímenes de medicina prepagados.

La mayoría de las estimaciones en cuanto al gasto directo de los hogares se obtuvo de encuestas de ingresos y de gastos, o de encuestas de presupuestos familiares (estimados por el lado de la demanda), y se refieren específicamente a los gastos en bienes y servicios relacionados con la recuperación de la salud: consultas médicas y paramédicas, medicamentos y productos farmacéuticos, hospitalizaciones y servicios de diagnóstico y otros tipos de servicios médicos.

Como no se dispone de la información desagregada en gasto privado directo e indirecto para todos los países estudiados, en el análisis que se realiza a continuación se utiliza la variable "gasto privado total" como equivalente a gasto privado de bolsillo.

Esta aproximación es posible porque el gasto indirecto sólo es importante en Brasil y Argentina, donde representa el 46% y el 42%, respectivamente, del total del gasto privado en salud. En el resto de los países, la pertinencia del gasto indirecto es bastante menor, y en la mayoría de ellos este gasto representa menos del 5% del gasto privado total.

En los países de América Latina y el Caribe se observan un amplio rango en el **gasto privado per capita total**, cuyos extremos son **Haití con 6 US dólares anuales**, y **Argentina con 436 US dólares anuales** (Tabla 3). Al calcular las medias del gasto per capita privado por subregión, observamos que el Istmo Centroamericano y el Caribe Latino son los que presentan el menor gasto per capita privado, con valores inferiores a 100 US dólares en todos los casos. En el otro extremo, debido a los tipos de sistemas de salud en vigor, se encuentra la subregión del Cono Sur, (Gráfico I), con valores entre los 56 US dólares en Paraguay y los 436 US dólares en Argentina.

La **media del gasto per capita privado es de 91 US dólares**. Pero desciende a 80 US dólares si se excluye del análisis a Argentina, ya que su gasto privado es más del doble que el segundo país que le sigue en orden decreciente (Bahamas).

La importancia relativa del gasto privado en salud es coherente con la escasa participación del gasto del sector público en el suministro directo de servicios de salud (a través de los Ministerios de Salud), y con el hecho de que menos de la cuarta parte de la población está "protegida por seguros obligatorios de salud".

Distribución del gasto privado

Para afinar el análisis, si vinculamos el gasto privado en salud con el ingreso medio per capita del país, se puede determinar un índice que expresa la incidencia relativa del gasto en salud en los ingresos medios de cada país (Gráfico IV y Tabla 3). Al abrir este indicador por quintiles de ingreso, se observa que en las franjas más pobres, los ingresos anuales no alcanzan a cubrir el gasto privado per capita promedio del país, mientras que en las franjas de mayores ingresos hay muchos casos en los que sólo constituye una proporción menor.

Evidentemente, el gasto privado significa una proporción más alta del ingreso en los grupos pertenecientes al primer quintil (menor ingreso). Se relacionan los ingresos de ambos quintiles con el objeto de tener una idea de la equidad en la distribución de ingresos en los distintos países estudiados (Tabla 4). En este sentido, tal y como lo indica el Gráfico IV, el país que presenta mayor inequidad en el ingreso es Brasil, seguido por Panamá y Guatemala. En el otro extremo se encuentran Jamaica y Bolivia, con la menor distancia entre los ingresos del primer y quinto quintil.

Una de las principales limitaciones para realizar este análisis en el conjunto de países, es la ausencia de información sobre varios países de la Región, lo que impide profundizar a la hora de las conclusiones.

Mientras menor sea el nivel de ingreso del país, mayor será la importancia relativa del gasto privado como proporción del gasto nacional en salud. En los países pobres, aunque el gasto en salud sea bajo, la participación del sector privado representa una proporción más grande del PIB con relación al sector público, y el gasto privado en salud tiende a acrecentarse cuando el nivel de desarrollo económico es menor. En este contexto, el gasto de bolsillo funciona como el principal mecanismo para contratar servicios privados.

Línea de pobreza

Otro criterio de análisis que puede ayudar la estimación de la población afectada por restricciones de accesibilidad financiera (Tabla 5), es la "población que vive por debajo de la línea de pobreza". El cálculo de la cantidad de población que vive por debajo de esta línea se considera, en algunos casos, como la población cuyos ingresos diarios son inferiores a 2 US dólares es decir 730 US dólares al año. A través de un criterio normativo establecido a juicio de los expertos, se consideró que por lo menos un 10% de los ingresos de la población son destinados a gastos en salud. Por eso quienes están por

debajo de la línea de pobreza estarían gastando un máximo de 73 US dólares por año en salud, cifra que está muy por debajo de la media regional de 91 US dólares.

Tal y como indica el Gráfico V, en aproximadamente la mitad de los países considerados, las personas más pobres de la población no pueden hacer frente a un gasto de 73 US dólares debido a sus bajos recursos. Esto último pone en evidencia un límite financiero importante en el acceso a los servicios de salud, particularmente en Haití, en América Central (Honduras, Guatemala, Nicaragua, Panamá), en Brasil y en Bolivia, países con un alto porcentaje de población que vive por debajo de la línea de pobreza.

Sin embargo, en países como Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Haití el 10% de los ingresos del primer quintil es superior al Gasto Nacional en Salud per capita, lo cual indicaría que los ingresos de este quintil son suficientes para acceder a los servicios de salud. En comparación con el gasto nacional en salud, se observa que en 10 de los 17 países de los que se cuenta con datos del ingreso per capita del primer quintil, el 10% de los ingresos de este grupo es menor que el Gasto Nacional en Salud per capita y no llega a cubrir la inversión mínima en salud.

Resumiendo, en términos de imposibilidad de acceso financiero, se puede estimar que alrededor de 121 millones de personas se ven afectadas en la región (Tabla 5) por barreras financieras en el acceso a servicios de salud, si bien existen diferencias importantes entre las subregiones, en particular en América Central (con la excepción de Costa Rica), donde el porcentaje de la población que vive por debajo de la línea de pobreza es superior al 30% de la población nacional

2.2 Accesibilidad geográfica

Para definir la accesibilidad geográfica se considera el concepto de *acceso a servicios de salud* del PNUD (1997) o sea *"el porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales"*.

Las personas que sufren de problemas de accesibilidad geográfica alcanzaban **el número de 107 millones** en 1997 con arreglo a esta definición (Tabla 6).

Dos tipos de poblaciones están particularmente afectadas por problemas de accesibilidad geográfica: las poblaciones rurales y las poblaciones periurbanas de las grandes ciudades de la región, en las cuales no hay servicios de salud, o de haberlos son de mala calidad o se limitan a la atención primaria.

De acuerdo con la bibliografía especializada, la población rural cuenta con una menor cobertura sanitaria respecto de la población urbana, y sería uno de los grupos más vulnerables sujetos a la exclusión de los sistemas de protección social en salud. Considerando la información estadística disponible, estamos hablando de 125,5 millones

de habitantes en áreas rurales con probabilidades de sufrir restricciones de acceso a los servicios de salud por diversos motivos.

En primer lugar, el trabajador rural muchas veces pertenece al sector informal, por lo cual no cuenta con seguridad social en salud, contando sólo con la opción de acudir al subsistema público, aquejado de importantes deficiencias en los países mencionados.

En segundo lugar, la mayor parte de la población rural vive en situación de pobreza, por lo cual encuentra barreras de tipo financiero para acceder a estos servicios, que aún siendo gratuitos como en el caso del sector público, implican una erogación por parte del usuario.

En tercer lugar, de acuerdo con la correlación establecida entre ambas variables, este grupo poblacional sufre restricciones de accesibilidad geográfica. Exceptuando el caso de Perú, la población rural y la población afectada por barreras geográficas constituye entre el 30 y el 66% en los países que integran el Grupo 4, caracterizados por la baja integración y la escasa cobertura de la seguridad social.

Por último, alrededor de la tercera parte de la población rural de la Región es de origen indígena y como tal está afectada, a menudo, por barreras de tipo cultural, cuestión que se analizará más adelante.

El análisis de los datos indica que las mayores restricciones de accesibilidad geográfica se encuentran en los países pertenecientes al Grupo 4 con más del 30% de la población afectada (con excepción de Ecuador y de la República Dominicana).

Respecto de la distribución de esta población, se observa una alta correlación entre la proporción relativa de población rural y la inaccesibilidad a los servicios de salud por barreras geográficas, especialmente en aquellos países con sistemas de salud segmentados (Gráfico II).

Vale aclarar que, si bien en los países del Caribe no Latino se encuentra un alto porcentaje de población rural, al contar con sistemas nacionales de salud, han puesto en práctica estrategias tendientes a ampliar la cobertura. Por tanto, a pesar de no disponer de información sobre la accesibilidad geográfica en los países de esta subregión, puede inferirse, debido a las características del sistema de salud (integrado y con elevada cobertura) que no tienen mayores restricciones en esta área.

En los casos de Brasil y Venezuela, por no contar con la información correspondiente a la accesibilidad geográfica, la misma fue estimada a partir de la población rural. Esta estimación simplificada¹⁴ ha sido realizada a los efectos de no subestimar el número total

¹⁴ A observar que la línea de tendencia entre inaccesibilidad geográfica y población rural responde a la fórmula: $Y = 1.19X$ para $R^2 = 0.8$, se estima, con las limitaciones del caso, una inaccesibilidad geográfica del 26% para Brasil y del 17% para Venezuela.

de excluidos a nivel regional, por la importancia de esos dos países. Además, la oferta de servicios registrada estaría indicando que tienen restricciones de accesibilidad geográfica.

En resumen, el **22% del total** de la población de América Latina y el Caribe, es decir, alrededor de **107 millones de personas**, no tiene acceso a los servicios de salud por barreras geográficas, con arreglo a la definición del PNUD.

2.3 Accesibilidad laboral

Una tercera aproximación a la exclusión es la situación de los trabajadores, la cual influye en el nivel de protección y, en consecuencia, en su situación en términos de exclusión.

Desde hace algunos años se han ido constatando modificaciones profundas en las estructuras del mercado laboral y de empleo en América Latina y el Caribe¹⁵.

En términos de tasa de desempleo, durante los seis primeros meses de 1999 se ha alcanzado una tasa media del 9.1% en la región a pesar de las reducciones en México y en Panamá y la estabilización en Brasil respecto del año anterior. Esto significa que 18 millones de personas que viven en la región urbana en América Latina y el Caribe están actualmente desempleadas. Las proyecciones de la OIT indican que la situación del empleo se deteriorará en la segunda mitad de 1999 debido a la recesión de las economías de los países de la región. Por otra parte, las mujeres han sido las primeras afectadas al perder su derecho a la seguridad social en tanto que trabajadoras formales. Efectivamente, en el primer semestre de 1999, la tasa de desempleo para los hombres ha sido del 8.2% contra el 10.2% para las mujeres.

Esta situación coyuntural ha sido agravada por dos elementos estructurales del mercado laboral. Por un lado, en la mayoría de los países el sector informal de la economía muestra una tendencia a aumentar; por el otro, los empleos en el sector formal tienen tendencia a precarizarse a causa de la creciente utilización de empleos clandestinos y por los cambios en las condiciones de contratación.

Según la Tabla 17, en 1997, el 57.7% de los empleos en América Latina y el Caribe se situaban en el sector informal de la economía contra el 51.8% en 1990. Sin embargo, en algunos países la proporción se ha mantenido estable, o bien la parte del sector formal ha aumentado, como por ejemplo en Ecuador, Bolivia y Colombia.

Es difícil estimar el número real de excluidos afectados por las condiciones del mercado de trabajo en base únicamente a este indicador debido a la gran diversidad de tipos de informalidad. Sin embargo, este indicador es útil en la medida en que, por un lado, los trabajadores de este sector, o al menos una parte de ellos, están excluidos de los sistemas de seguridad social, y por otro lado, algunas categorías de la población que

¹⁵ OIT, Panorama Laboral, 1998, 1999.

disponen de recursos no participan en la solidaridad nacional, debilitando las instituciones de seguridad social en su misión de servicio público.

Es muy importante destacar que las tendencias observadas a nivel del mercado laboral no permiten esperar una incorporación importante de los trabajadores a los sistemas de seguridad social en los próximos años si no se toman medidas específicas al respecto.

2.4 Accesibilidad cultural

La última medida de la exclusión social en salud, según el criterio de accesibilidad hace referencia a las características culturales de los individuos. Se suele utilizar para dicho análisis variables tales como la pertenencia étnica, la utilización de la medicina tradicional, la cultura de previsión, la cultura en materia de salud y el nivel de educación.

La primera variable a analizar es la proporción de población indígena en cada país. Lo que justifica la elección de dicho grupo para identificar las restricciones de accesibilidad cultural, no es su condición de minoría étnica por si misma, sino la posibilidad de que esta condición se asocie con situaciones socioeconómicas y sanitarias desfavorables y con factores de inaccesibilidad geográfica que hacen que estas poblaciones estén particularmente expuestas. En realidad, no se cuenta con información precisa sobre la situación sanitaria de la población indígena, ni sobre la cobertura del sistema de salud respecto a este grupo. No obstante, se puede afirmar que las minorías étnicas muestran un deterioro en sus condiciones de salud superior a la media de la población general.

Tomando a la población indígena, se observa que los países que tienen una mayor proporción de este grupo étnico respecto del total de población, son aquellos con menor cobertura de la seguridad social en salud y mayores restricciones en cuanto a accesibilidad geográfica, de acuerdo con lo analizado hasta el momento (países del Grupo 4).

La excepción a esta observación se presenta en el caso de México, que no responde a las características antes mencionadas, entre otras cosas porque tiene sólo el 14% de indígenas, con todo esto implica un importante número de personas (12 millones).

Otra variable a considerar con relación a la accesibilidad cultural se refiere a las "*modalidades de prestación no formales*". Con arreglo a estudios realizados, existe una alta correlación entre la presencia de población indígena o afroamericana y el uso de servicios de salud procedentes de fuentes no formales, especialmente la medicina tradicional.

Incluso, dada la importancia de estas prácticas, en algunos países como Bolivia y Haití, se ha tratado de reglamentar la medicina tradicional y articularla con la medicina pública.

3. Tercera dimensión de la exclusión: estructura y proceso

3.1 La estructura

Tal y como se indicara anteriormente, la estructura se define como *las características relativamente estables del sistema de atención*, e incluye los recursos que se necesitan para el suministro de atención médica, tales como número, distribución, capacidades y experiencia del personal profesional y el equipo de los hospitales y otras instalaciones. Esta dimensión será evaluada sobre la base de las variables: *proporción de médicos por habitantes y camas por habitantes*.

Servicios médicos

El número de habitantes por médico en los países de América Latina y el Caribe es muy variado (Tabla 7), encontrándose los valores extremos en Cuba, con 231 habitantes por médico y Haití, con 12.048 habitantes por médico. Basándonos en los estándares de un médico por cada 1000 habitantes, podemos distinguir básicamente dos grupos de países: los que cuentan con una oferta excesiva y los que tienen una oferta deficitaria.

Este dato por sí solo no establece la existencia de excedente o déficit en un determinado país, sino que indica si la oferta de médicos a nivel de un país es la adecuada para responder a las necesidades y determinar si existen en este sentido obstáculos estructurales en la atención médica. Sin embargo, se pueden presentar situaciones dentro de los mismos asociadas a una distribución dispar de los recursos humanos¹⁶. Naturalmente este indicador subestima la exclusión al tener en cuenta que el concepto de salud empleado va más allá de la simple carencia de enfermedades, con la que los profesionales de la medicina están más asociados.

El número de médicos óptimo para la cobertura de una población determinada depende, entre otras variables, del tipo de cobertura existente, en cuanto a si es integrada o segmentada. Se observa que los países que invierten en salud pública eficiente y eficazmente, necesitan menor número de médicos por cada 1000 habitantes, tal es el caso de los países del Caribe con sistemas públicos de amplia cobertura. Si consideramos sólo el número de habitantes por médico, estos países presentarían un déficit de oferta médica en términos de los estándares planteados, pero en la práctica eso no ocurre debido a las características del sistema.

Distinta es la situación de los países con sistemas segmentados, incluso con amplia cobertura, como es el caso de Argentina o Uruguay. Si bien las tasas de habitantes por médico son significativamente más bajas que el estándar, este "exceso de cobertura" genera distintos efectos en los servicios de salud. Por ejemplo, en Argentina existen diferencias vinculadas con la distribución geográfica y con la capacidad de agremiación por regiones.

¹⁶ Aun cuando la cantidad de médicos por habitantes es suficiente en la media nacional, existe una distribución desigual entre sectores urbanos y rurales que presenta, según estudios anteriores, una relación de 5 a 1.

Una forma de analizar la relación entre el número de habitantes y el de médico, es determinando el porcentaje del gasto público y privado respecto del gasto total en salud. De allí que el número de médicos deba vincularse con la relación entre el gasto en salud del sector público y el del sector privado.

Se observa que los países con sectores públicos débiles ofrecen servicios de salud más deficientes, provocando un vacío de atención que se evidencia no sólo en la falta de cobertura o de acceso a los servicios, sino también en los niveles de calidad en los mismos.

Si consideramos que la media para toda América (incluyendo América del Norte) de la relación del gasto público y privado es de 0.69, un país de cada cuatro en América Latina y el Caribe se encuentran por debajo de esa media, lo que significa que en la composición del gasto predomina el gasto privado. Este mismo fenómeno se observa en todos los países cuya relación es menor que 1, a pesar de estar por encima de la media de América. Con arreglo a una hipótesis máxima, se calcula toda la población que quedaría sin atención médica por el déficit de este recurso (Tabla 8). Pero no se puede dejar de considerar la inversión realizada por el sistema público (Gráfico III), ya que las acciones de protección y promoción de la salud encaradas con energía por parte del Estado modifican el indicador en el sentido de disminuir las necesidades de asistencia médica.

Por tanto, se realiza un ajuste de esta variable relacionando gasto público- privado con cantidad de médicos. De forma gráfica, excluyendo los dos extremos (Haití y Cuba), se observan cuatro cuadrantes (Gráfico III):

- I. Déficit de médicos con baja relación entre gasto público/privado
- II. Déficit de médicos con elevada relación entre gasto público/privado
- III. Exceso de médicos con baja relación entre gasto público/privado
- IV. Exceso de médicos con elevada relación entre gasto público/privado

El grupo de países que se encuentran en el cuadrante I son los que presentan peores condiciones, porque tienen un déficit de médicos y una relación entre gasto público/privado muy baja. En estos países se calcula la población afectada por la falta de oferta, y se agrega Guyana, cuya relación de habitantes por médico es más de 4 veces inferior al valor de referencia.

Se puede observar que en el Cuadrante I se encuentran la mayor parte de los países clasificados inicialmente como Grupo 4 (baja cobertura y baja integración), como Haití, El Salvador, Guatemala, Honduras y Paraguay, que hasta el momento muestran los valores menos adecuados en cada una de las variables analizadas.

En los países que corresponden al segundo cuadrante, si bien existe un déficit de profesionales, éste se ve compensado en aquellos países con sistemas altamente integrados, como es el caso mencionado del Caribe no Latino que cuenta con sistemas

nacionales de salud. En este cuadrante, además de Guyana que fue incluido en el primer grupo, se encuentran otros dos países (Bolivia y Nicaragua) que si bien no tienen un rango tan alto de déficit como el anterior, se encuentran en una fase de transición respecto a este indicador por contar con una baja cobertura, situación que se agrava en el caso de Bolivia por constituir además un sistema segmentado.

En cuanto a los países que tienen una oferta excesiva, ante la similitud de la relación médico-habitantes, se podría deducir que esta oferta está mejor distribuida en relación con los distintos grupos poblacionales, en aquellos países donde es mayor la relación entre gasto público y privado.

Es decir que, en términos generales, la importancia relativa que tiene la oferta de médicos en cada país está condicionada por el tipo de sistema y por la inversión que realiza el estado en salud pública.

En resumen, este indicador muestra que **15.7 millones de personas** pueden sufrir de un déficit de médicos en los países donde existe este tipo de problemas (cuadrantes I y II).

Servicios de internación

El segundo tipo de variables utilizadas para evaluar la estructura de la oferta de servicios médicos se refiere a los servicios de internación. Estas variables son importantes en la medida en que aportan una indicación sobre la capacidad de los sistemas para responder a la demanda de atención médica así como sobre los problemas de accesibilidad. Para analizar los servicios de internación se selecciona la variable "*oferta de camas*". El indicador se elabora mediante la multiplicación del número de camas faltantes por el número estándar de camas necesarias por habitante (5 camas cada 1000 habitantes).

Los países se dividen en tres grupos: los que tienen una oferta adecuada, aquellos que cuentan con sobreoferta y los que presentan una oferta deficitaria.

Los países de América Latina y el Caribe ofertan más camas que el estándar sólo en el 12% del total de los países seleccionados y se trata exclusivamente de países con regímenes universales (Tabla 9). El déficit mayor de camas de acuerdo con el estándar se encuentra en México y en la subregión centroamericana. El menor se registra en Cuba y en la subregión del Caribe. La región Andina y el Cono Sur reúnen el 60% del déficit de camas de la Región (Tabla 10).

No se cuenta con información suficiente para analizar en profundidad las desigualdades dentro de cada país, pero según otros estudios realizados se estima que la diferencia en la distribución de camas entre las zonas urbanas y rurales es de 4 a 1, lo que expresa la magnitud de las diferencias existentes.

Por tomar un número global por país, la variable considerada y su relación con el estándar no es suficiente para la determinación de la dimensión de la exclusión, dado que ésta se

encuentra fuertemente condicionada por la distribución geográfica de los recursos hacia el interior de los países. No obstante, permite una idea global del número de personas afectadas en cada país por los déficits, abstracción hecha de los problemas de accesibilidad geográfica.

Este indicador pone de relieve carencias en la infraestructura sanitaria (en cuanto a camas de hospitalización). En efecto, en América Central (Guatemala, Honduras, Nicaragua), en los países andinos (Perú, Colombia, Venezuela), en Paraguay, en República Dominicana y en Haití, más de 70% de la población tiene problemas de acceso y según este indicador estaría excluida –al menos parcialmente– de los servicios de salud. Esta exclusión puede tomar la forma de periodos de espera largos para recibir atención, de discriminación vinculada con la capacidad contributiva o de exclusión total respecto de la hospitalización. Es evidente que este indicador sintético elaborado en base a un estándar universal (5 camas por cada 1000 habitantes), no tiene en cuenta las especificidades de los sectores salud en la región lo que puede distorsionar sensiblemente los resultados.

En resumen, en 1996, 267.5 millones de personas o sea el 55% de la población de las Américas, podrían sufrir de exclusión relacionada con un déficit de camas en servicios de internación. En la región, las dos situaciones extremas se ubican en el Caribe: en Haití donde la población afectada teóricamente por este problema alcanza un 86% y en los países de habla inglés del Caribe que cuentan con un excedente de camas en los servicios de internación.

3.2 Los procesos

La segunda y la última categorías de variables utilizadas para medir la exclusión reflejan el perfil del sistema de salud, en términos del suministro de servicios directos, tales como cobertura de la vacunación, partos atendidos por personal idóneo, y servicios indirectos como el agua potable y alcantarillado¹⁷.

Los procesos directos se reflejan aquí mediante:

- *los partos atendidos por personal capacitado*, definido por el porcentaje de nacimientos registrados que contó con asistencia de personal de salud habilitado para esos efectos.
- *la brecha en la cobertura de inmunizaciones*, entendida como la diferencia entre la proporción de niños vacunados con BCG y la proporción de niños vacunados contra el sarampión, consideradas éstas las vacunas que inician y finalizan, respectivamente, el ciclo de inmunización en los menores de un año. En este caso, también se estudia la brecha existente entre la proporción de niños menores de un

¹⁷ Kliksberg vincula estas variables con el concepto de "indigencia médica" definido como la dificultad en el acceso a servicios curativos y preventivos.

año vacunados con BGC, y la proporción de niños a los que se aplicó la vacuna con menor porcentaje de cobertura en cada país.

Las variables que representan los procesos indirectos son:

- *el acceso al agua potable*, definido por el porcentaje de la población que tiene un acceso razonable a un suministro de agua apta para el consumo y
- *el acceso al alcantarillado*, entendido como el porcentaje de la población que tiene acceso razonable a los medios sanitarios para la eliminación de excretas y desechos.

Con respecto a los procesos indirectos, se reconoce la estrecha relación entre ambas variables. Por este motivos se considera una tercera variable:

- la mayor proporción de población afectada por falta de acceso a los servicios de agua potable o de alcantarillado.

Partos atendidos por personal capacitado

Este tipo de prestación es absolutamente básico, y el grupo de investigadores ha considerado que una mujer que no concurre para la atención de su parto es una mujer que sufre de exclusión, cualquiera sea su causa. La mujer que no ha concurrido para la atención de su parto dentro del sistema de salud, se encuentra inserta en una comunidad, y existen otras personas semejantes a ella que tampoco podrán atender sus problemas de salud dentro del sistema. En este sentido, se puede asumir que el porcentaje de partos que se producen fuera del sistema, que se corresponde con la incidencia de los partos en la población general de un determinado país, puede trasladarse a esa población a fin de determinar el volumen de población correspondiente que también se encuentra excluida.

Este dato permite inferir que población se encuentra excluida de todo servicio de salud. Si se sustraen los partos atendidos por personal capacitado del total de partos, se obtiene el número de partos no atendidos por personal idóneo o capacitado.

El porcentaje de personas excluidas obtenido del porcentaje de partos no atendidos por personal capacitado se calcula de la siguiente forma:

1. En primer lugar, se calcula el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.
2. A continuación, conociendo el número de niños nacidos vivos, se puede calcular que número de niños que corresponden a esos partos.
3. Por último, se calcula a que porcentaje de la población total del país corresponden los niños nacidos vivos de partos no atendidos por personal capacitado.

En el Gráfico VIII y la Tabla 11 se observan tres grandes diferencias entre los países y una cierta regresión del fenómeno de exclusión en salud (en virtud de ese criterio) entre 1985 y 1996¹⁸. Efectivamente, en algunos países como Colombia, Ecuador, El Salvador y Haití se comprobó una disminución de la tasa de natalidad no asistida por personal especializado, al contrario de Honduras, Paraguay o Perú donde la disminución fue menos pronunciada y la tasa importante (44% y más). Merecen destacarse los esfuerzos realizados por los diferentes países de la región en el sentido de incorporar a la población a la cobertura durante la última década, no obstante, la situación sigue siendo gravísima, ya que éste indicador demuestra la falta de cobertura en servicios absolutamente esenciales de salud y las magnitudes de población involucradas son todavía sumamente altas.

Es de destacar que posiblemente exista otro tipo de exclusiones para servicios médicos más sofisticados que la atención del parto, pero éstas no pueden ser medidas con la información disponible. Vale mencionar que, nuevamente, la brecha es significativamente mayor respecto de los países clasificados como de baja integración y baja cobertura en el cuadro que inicia este estudio.

En resumen, el porcentaje de partos no atendidos por personal capacitado ascendía en 1996 al **17% de la población** de América Latina y el Caribe, lo cual, por extrapolación determina un número de **83,6 millones de personas excluidas**. Se debe destacar que este número es probablemente muy aproximado al número real de excluidos y corresponde a la población que no puede acceder a ningún tipo de servicio de salud, por cualquiera de las causas que hemos enunciado. Los dos extremos son por un lado los países del Caribe de habla inglesa, con una tasa de exclusión cercana a 0 y, por el otro, Bolivia con una exclusión del 72%.

Inmunización de niños menores de 1 año¹⁹

UNICEF plantea que la inmunización es la mejor inversión del mundo en materia de salud, ya que sólo se necesitan 15 US dólares para proteger a un niño, y alienta a los gobiernos a asignar más recursos en la recopilación de la información referida a este tema.

Con este marco, se estudia la brecha existente en la cobertura del plan de inmunización a menores de 1 año, con el objeto de identificar la población total excluida de la protección social en salud a través de esa variable (Tablas 12 y 13). Esta brecha indica una falla en la atención primaria. Los resultados obtenidos a partir de esta variable, pueden no representar exactamente el fenómeno de la exclusión a nivel nacional, si se han puesto en marcha programas específicos de vacunación.

En primer lugar, se determina el número de nacidos vivos que corresponden a esa brecha. Posteriormente, se relacionan esos nacidos vivos con la población total, calculando el

¹⁸ Fuentes: OPS y BID.

¹⁹ Se excluyen de este análisis los siguientes países; Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Suriname y Trinidad y Tobago, por no tener datos sobre la cobertura de la vacuna BCG.

porcentaje de nacidos vivos respecto de la población total. Por último, se relacionan los nacidos vivos sin cobertura de plan de inmunización con la población total.

La metodología aplicada sigue los siguientes pasos:

1. Se determina la brecha entre el porcentaje de vacunados con BCG y el porcentaje de vacunados contra sarampión, o la vacuna que presente el menor porcentaje de cobertura.
2. Se determina en qué proporción disminuyó la cobertura, en términos comparativos si se toma el 100% la cobertura en BCG.
3. Se determina a qué porcentaje de la población corresponden los nacidos vivos que resultaron del cálculo de la brecha.

De este modo, es posible determinar los porcentajes de población que resultan excluidos de los sistemas de Atención Primaria de la Salud.

Con el indicador de inmunización de niños menores de 1 año se llega a la estimación de una exclusión de 16.5% de la población. Resulta llamativa la coincidencia con las cifras de exclusión de los partos (17%) dentro del sistema, pues ambos indicadores están referidos al acceso a servicios básicos de salud.

En el análisis por país (Tabla 13), se observan grandes diferencias en términos de vacunación y en consecuencia de personas excluidas. Así, en líneas generales, los países con escasa integración (Grupos 3 y 4) conocen tasas superiores a los otros. Este es el caso en Ecuador, Guatemala, Paraguay, México, Venezuela, Argentina y Uruguay, con al menos 15% del total de la población excluida. Por otro lado, ciertos países como Perú y El Salvador registran tasas inferiores al 5%, en función de las políticas intervencionistas en ese ámbito. Se observa una tasa inferior al 7% del total en los países del Caribe no Latino, en Costa Rica, Chile y Panamá.

En resumen, según el análisis de inmunización de niños de menos de 1 año, se estima que alrededor de **82 millones de personas**, es decir **16.5% de la población de la región, sufren de exclusión**. Los dos extremos son el Caribe no latino que prácticamente no registra excluidos y Venezuela que presenta una tasa de exclusión del 38% (con respecto a este indicador) de la población total.

Servicios de agua potable y alcantarillado

Para el análisis de las variables de procesos indirectos, la literatura considera el acceso a los servicios de agua potable y alcantarillado como uno de los indicadores básicos dada su importancia en la salud de la población.

Un grupo importante de países en América Latina y el Caribe presenta serias deficiencias en cuanto a la distribución de estos servicios, especialmente en algunos de los países clasificados dentro del Grupo 4 (baja cobertura y baja integración).

Con arreglo a la Tabla 14, la población de la Región sin acceso a servicios de agua potable representa el 26.5%, y sin acceso a alcantarillado, el 30.2% del total. Las diferencias entre los países son importantes. En Haití, Paraguay, Nicaragua, Belice y Bolivia, más de una persona de cada dos no tiene acceso al agua potable o al alcantarillado, mientras que en los países del Caribe no latino así como en Chile, Cuba y Costa Rica menos del 15% de la población queda excluida de esos servicios de base.

En resumen, al seleccionar el mayor número de población que no tiene acceso a alguno de estos dos servicios (agua potable o alcantarillado), el porcentaje asciende al **32.1% de la población**; con el 0% en la mayoría de los países del Caribe de habla inglesa y más del 70% de la población en Haití. Esto implica que **152,6 millones de habitantes** de América Latina y el Caribe no acceden a estos servicios, con los costos que esto representa para sus condiciones de salud.

4. Perfil de los excluidos

Para completar los resultados presentados hasta ahora en este estudio es importante responder a la pregunta: ¿Quiénes son los excluidos? Para ello se utilizarán elementos procedentes de los trabajos ya presentados y de fuentes complementarias²⁰.

De acuerdo con el estudio realizado, siete categorías de grupos sujetos a la exclusión han sido identificadas (Tabla 15): los pobres, los ancianos, las mujeres y niños, los grupos étnicos, los trabajadores informales, los desempleados y los subempleados, así como la población rural.

Es importante señalar que las distintas características de estos grupos muchas veces se superponen (por ejemplo, un adulto mayor, pobre e indígena). Cabe mencionar también que la identificación de un grupo particularmente excluido en un país no significa que sea de un tamaño importante, sino que está más expuesto a la exclusión que el promedio de la población.

Asimismo, el peso relativo que adquiere cada grupo en los distintos países es diferente, ya que estamos hablando, en principio, de la brecha entre cobertura legal y estadística, además de las especificidades metodológicas de cada estudio.

La inaccesibilidad por razones financieras o vinculadas con la pobreza son más importantes en Haití, Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Según la CEPAL, la población afectada por la pobreza se ha mantenido en alrededor de 200 millones de

²⁰ Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe, OIT/OPS, 1999.

personas entre 1990 y 1997, lo que corresponde a una disminución de su proporción en este período²¹. Existen diferencias importantes entre los países. En Honduras o El Salvador, por ejemplo, las tasas han permanecido estables, mientras que en México y en Venezuela la situación ha empeorado.

Una encuesta realizada por la fundación Isalud en 1998 muestra que los adultos mayores, las mujeres y los niños constituyen poblaciones particularmente vulnerables y excluidas de los sistemas de salud. Es particularmente el caso de las mujeres y los niños en Colombia, Ecuador, Perú, Paraguay, Uruguay, Brasil, Belice, El Salvador, Guatemala, México, Haití, Guyana y Suriname. La exclusión de la cual sufren estos grupos está asociada a otros factores.

En lo referente al empleo, el crecimiento del sector informal en la mayoría de las economías latinoamericanas, crea nuevos grupos de población expuestos al riesgo de exclusión. Los trabajadores informales fueron identificados como particularmente vulnerables en Argentina y en Uruguay, en la mayoría de los países andinos (con la excepción de Colombia), en Costa Rica (donde existen convenciones entre algunos sindicatos del sector informal para poner en funcionamiento mecanismos de integración), en Guatemala, en Panamá, en México y en República Dominicana. La precaridad y la mala calidad de los empleos en el sector formal contribuyen igualmente a que una parte de la población no pueda protegerse contra los riesgos de enfermedad de manera adecuada. La ausencia del seguro de desempleo en casi todos los países de la región, agrava esta situación.

Por último, los factores de exclusión como la pobreza, el empleo en el sector informal o la pertenencia a un grupo indígena, tienen una incidencia más fuerte en el medio rural. En este último, las poblaciones suelen sufrir de un déficit de oferta de servicios de salud y por consiguiente de inaccesibilidad geográfica.

²¹ CEPAL, Panorama Social, 1998.

IV. CONCLUSIONES

Las conclusiones de este estudio se orientan a identificar los alcances y niveles de la exclusión, en términos del volumen de población afectada en cada una de las variables seleccionadas, tal y como se presenta en la Tabla Resumen de Indicadores. La metodología se organizó a través de tres enfoques complementarios a fin de tener en consideración la multidimensión del fenómeno. El objeto es de medir desde distintas perspectivas la exclusión de la protección social en salud, contemplando las características de los sistemas de salud en el conjunto de países que integran la Región. Estos enfoques son: Cobertura, Accesibilidad, Estructura y Procesos.

La primera dimensión del análisis, responde a la exclusión de la cobertura en salud, para lo cual tuvo que considerarse sólo la cobertura de la seguridad social en salud, lo cual no significa la cobertura del sistema en su conjunto, ya que estamos tomando sólo uno de los tres subsistemas que lo conforman. Sin embargo, es notable que 217,8 millones de personas no cuentan en la región con cobertura de la seguridad social y, por tanto, sus necesidades en materia de atención médica dependen, por la mayoría de ellas, de mecanismos de financiación de la oferta, dentro del sector público.

La segunda dimensión se refiere a la existencia de barreras de tipo financiero, geográfico, laboral y cultural. En el caso de la accesibilidad financiera, es posible indicar que la población que vive por debajo del umbral de pobreza, más de 121 millones de personas, seguramente no puede acceder a diferentes niveles de los servicios de salud. Para medir las barreras geográficas se partió de la información publicada por el PNUD, observándose una estrecha vinculación entre la inaccesibilidad geográfica y la proporción de población rural residente en los distintos países. Las personas afectadas por este tipo de inaccesibilidad han sido estimadas en 107 millones.

La tercera dimensión de análisis ha utilizado variables relacionadas con estructuras y procesos. A nuestro parecer, es la que más se aproxima a la realidad. Basándose en el hecho que 17% de los partos no han tenido asistencia de personal capacitado, se ha estimado que más de 83,6 millones de personas están excluidas del acceso a la salud. Utilizando la tasa de vacunación de los niños de menos de un año se llega a una estimación cercana de 82 millones de personas excluidas. Por otra parte, se ha estimado que 152,7 millones de personas no disponen de acceso al agua potable y/o alcantarillado.

Tabla resumen de los niveles de exclusión de la protección social en salud

Indicadores	Año de referencia	Estimación población excluida según el indicador considerado	
		En %	En miles
Cobertura			
Población sin cobertura de seguridad social en salud	1995	46.0	217.779
Accesibilidad			
Inaccesibilidad financiera	1989-1994	27.0	121.245
Inaccesibilidad geográfica	1995	22.2	107.013
Estructura			
Déficit oferta servicios médicos totales	1997	4.8	23.643
Déficit servicios médicos ajustados	1997	3.2	15.661
Déficit oferta de camas	1996	55.3	267.537
Procesos			
Partos no atendidos por personal capacitado	1996	17.0	83.558
Porcentaje de deserción entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura	1998	16.5	82.023
Población sin acceso a servicios de agua potable y/o alcantarillado	1995	32.1	152.675

Independientemente del método de análisis utilizado, la amplitud de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe es considerable. Esta realidad intolerable en vísperas del siglo XXI pide un esfuerzo urgente de los principales actores nacionales e internacionales.

Al respecto, se recomienda avanzar en el estudio de la población excluida, teniendo en cuenta fundamentalmente tres líneas de investigación:

1. Las desigualdades existentes dentro de cada país, en cuanto a las características de la oferta y la demanda en las diferentes regiones.
2. Los alcances de la exclusión en cada grupo poblacional y las alternativas específicas que puedan implementarse, de acuerdo a las dimensiones culturales, de género, edad, inserción laboral y lugar de residencia, planteadas en el marco teórico de este estudio.
3. Las características de la oferta del sistema de salud, discriminada según niveles de atención, en cuanto a las barreras de accesibilidad que presentan cada uno de estos niveles.

V. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, Progreso económico y social en América Latina, Tema especial: cómo organizar con éxito los servicios sociales, Informe 1996.

BANCO MUNDIAL. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington

CASTRO GUTIERREZ, A. Evolución de la Protección de la Salud en el Proceso de Reformas Políticas e Institucionales. En II Seminario: Procesos de Reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud. Análisis de los procesos en marcha. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Serie Estudios No. 47. OIT, 1999

CELADE. Grupos Vulnerables. Santiago de Chile, 1999.

CEPAL. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile, 1998

CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe - Edición 1998.S. de Chile, 1999.

CEPAL - CELADE. Migración internacional en América Latina y el Caribe: Algunos antecedentes empíricos. Santiago de Chile, 1999.

CEPAL - CELADE. América Latina y el Caribe: Examen y evaluación de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Chile, 1998

DROR, D. Cómo ampliar la Cobertura a los Excluidos a través del Micro-seguro. Presentación para el III Seminario CISS: Mecanismos y Alternativas para la Ampliación de la Cobertura de la Seguridad Social en Salud. Washington, 1999.

DROR, D. Y JACQUIER, C. El micro-seguro: extensión del seguro de salud a los excluidos. Departamento de Seguridad Social, OIT 1999.

GAMMAGE, S. La dimensión de género en la pobreza, la desigualdad y la reforma macroeconómica en América Latina. Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer, 1998.

FUNDACION ISALUD. Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Buenos Aires, 1998

HAUSMANN, R. Y SZEKELY, M. Inequality and the Family in Latin América. BID, 1999.

ISUANI, A. Situación Social y Escenarios Futuros en el Mercosur. Buenos Aires, 1997

KADT, E. Y TASCA, R. Promover la Equidad: Un nuevo enfoque desde el sector salud. OPS, 1993

KLIKSBERG, B. (comp). Pobreza, un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial. CLAD - PNUD- Fondo de Cultura Económica, 1993.

KLIKSBERG, B. Repensando el Estado para el Desarrollo Social: Mas allá de dogmas y convencionalismos. New York, 1997.

LONDOÑO, J.L. Y SZEKELY, M. Persistent Poverty and Excess Inequality: Latin América, 1970-1995. BID, 1997

LUSTIG, N. Y DEUTSCH, R. El Banco Interamericano de Desarrollo y la Reducción de la Pobreza: Vision General. Washington, 1998.

MACEIRA, D. Income Distribution and the Public-Private Mix in Health Care Provision: The Latin American Case. BID, 1998

MACEIRA, D. Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Atención de la Salud en América Latina y el Caribe. BID, 1996

MEDICI, A. A Economía Política das Reformas em Saúde. Porto Alegre, 1997

MESA LAGO, C. Previsión social y salud en América Latina. En Ministerio de Salud, Perú 1994.

MESA LAGO, C. Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe. OPS, 1992.

OIT, Memoria del Director General, Trabajo Decente y Protección para Todos: prioridad de las Américas, 1999.

OPS. Reporte del Tercer Seminario sobre Procesos de Reforma de la Seguridad Social en Salud. Washington, julio de 1999

OPS. La Salud en las Américas. Vol. I y II. Publicación Científica No. 569. Washington, Edición 1998.

OPS. La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud. Washington, 1997.

OPS - OMS. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Edición 1997-1998.

OPS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Vol. I y II. Edición 1994

PAGANINI, J.M. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. OPS, 1993.
PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano. Ediciones 1997, 1998, 1999.

STEINSLEGER, J. En el Reino de Herodes. UNICEF - ILAPS. México, 1996

TOKMAN, V. - MARTINEZ, D. Inseguridad laboral y competitividad: modalidades de contratación, OIT, 1999.