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

Asdi

Guía metodológica para la caracterización de

LA EXCLUSION SOCIAL EN SALUD

Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud
Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud
OPS/OMS
2006

INDICE

Introducción

Módulo 1.Estructura de los sistemas de protección de salud

Módulo 2.La exclusión y su medición

2.1 Marco Conceptual
2.2 Marco Metodológico
a) Premisas del análisis
b) Objetivos de la caracterización de la exclusión en salud
c) Aspectos relacionados con la medición de la exclusión en salud
d) Definición de las fuentes de información
e) Componente Cuantitativo
f) Componente Cualitativo
g) Formatos de presentación de la Información

Módulo 3. Análisis de actores y estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud

3.1 Análisis de Actores
3.2 Análisis de estrategias

Referencias bibliográficas

Anexo

Introducción

La exclusión en salud, definida como *la falta de acceso de individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros miembros de la sociedad disfrutan*[1], es un problema que, en sus diferentes manifestaciones, afecta a un elevado porcentaje de habitantes de América Latina y el Caribe. El análisis de los factores que operan como obstáculos al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, muestra que el desafío más importante que enfrentan estos sistemas es la dificultad para garantizar el acceso a los bienes y servicios de salud a ciertos grupos de la población que por diversas razones no logran entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud[2]. Ello tiene consecuencias sobre la calidad y duración de la vida de las personas, sus familias y sus comunidades, pero además afecta de manera crucial la capacidad de los países para generar riqueza y mejorar las condiciones de vida para todos sus habitantes. Cuando las personas o las familias no encuentran los medios para resolver de manera adecuada sus problemas de salud y a causa de ello se encuentran inhabilitadas de generar sus propios medios de subsistencia y aportar a la vida diaria de su comunidad, sus problemas de salud dejan de ser personales y se convierten en un problema colectivo. En última instancia, la suma de estos problemas de salud no resueltos impacta la economía de los países y puede causar estragos en el funcionamiento mismo de las instituciones y de la sociedad en su conjunto, como lo demuestra la epidemia del VIH-SIDA.

Sin embargo, tal como ocurre con otras formas de exclusión social[3], a menudo la exclusión en salud no es explícita. Más aún, se trata de un fenómeno difícil de identificar, que se expresa de diversas maneras y tiene diversas causas.

Los países de América Latina y El Caribe enfrentan hoy un gran desafío. A pesar del compromiso político de proveer a todos sus ciudadanos de un nivel básico de protección en salud y de los esfuerzos que han representado casi veinte años de reforma de los sistemas de salud, en la actualidad alrededor de un 30% de la población se encuentra excluida de los mecanismos existentes de protección de salud y no cuenta con los recursos mínimos para resolver sus problemas en esta área. Ello está relacionado directamente con ciertas condiciones que actúan generando una situación de la cual los afectados no pueden salir sin medidas de apoyo del resto de la sociedad.

La exclusión en salud es un problema importante en primer lugar porque constituye la negación del derecho a la salud. En segundo lugar, porque como se ha mencionado, genera o contribuye a generar serias perturbaciones al interior del sistema económico y social de los países que se expresan en inequidad, perpetuación y agravamiento de problemas de salud, inadecuada asignación de recursos al interior del sistema de salud, baja competitividad y capacidad productiva, disminución de la cohesión social y conflictividad social. En los países de la región de América Latina y el Caribe, la exclusión en salud aparece fuertemente ligada a la pobreza, la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género) y a otras formas de exclusión social, así

[1] "Exclusión en salud en América Latina y el Caribe" OPS-OMS, 2003
[2] "Informe de la Salud Mundial 2005"OMS, 2005
[3] *Who's in and who's out. Social exclusión in Latin America.* Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington DC, 2003.

como a patrones culturales incluyendo el idioma; a la informalidad en el empleo, al subempleo y al desempleo; al aislamiento geográfico; y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios.

Aún así, existen dimensiones del problema que parecen depender de variables más propias del sector salud, como la estructura de los sistemas y el modelo de provisión de servicios. Factores "moduladores" como una adecuada regulación por parte del Estado, el empoderamiento de los usuarios de los servicios de salud y la difusión de información relativa a los derechos y responsabilidades en salud parecen ser útiles –aunque no suficientes- para la reducción de la exclusión en salud[4].

La experiencia acumulada luego de dos décadas de reforma de los sistemas de salud en los países de la región a la luz de los resultados de salud y de los actuales desafíos, arroja las siguientes lecciones:

a) Que en América Latina y el Caribe la exclusión en salud es la expresión de patrones de segmentación social históricamente construidos y por ello sus raíces se extienden más allá del accionar propio del sector salud y el fenómeno se relaciona íntimamente con el origen étnico, la clase social y la posición económica
b) Que, no obstante lo anterior, existen características propias de la estructura de los sistemas de salud que inducen exclusión
c) Que las reformas sectoriales de salud en muchos casos incrementaron la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud, produciendo con ello mayores grados de exclusión
d) Que la eliminación de la exclusión en salud requiere por lo tanto del compromiso de múltiples actores y de una visión integral e intersectorial en el diseño, formulación e implementación de políticas destinadas a combatirla

Un factor que obstaculiza el enfrentamiento adecuado de la exclusión en salud en los países de América Latina y El Caribe es que no existe claridad en cuanto a su estado actual ni respecto de cuáles son las intervenciones que han demostrado ser más eficientes para combatirla, debido a la escasez de herramientas para caracterizar y medir el problema. Específicamente, es necesario contribuir a la elaboración de instrumentos que permitan:

a) Analizar la exclusión en salud como determinante del estado de salud de un país, región, provincia o estado.
b) Identificar los indicadores más adecuados para medir la exclusión en salud en cada caso.
c) Evaluar los factores del entorno que pueden afectar las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud.
d) Analizar las estrategias implementadas para mejorar el estado de salud de la población y su impacto sobre la situación de exclusión.
e) Identificar los principales actores y grupos de interés involucrados en los procesos de aplicación de dichas intervenciones.

[4] *La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud.* Sánchez, Zuleta Editores. BID/Centro de Estudios Salud y Futuro. Washington DC, 2000

Conocer estos elementos permitirá contar con un diagnóstico de la situación de protección/exclusión en salud en cada país y facilitará la identificación de las intervenciones más adecuadas para reducir la exclusión y extender la protección en salud de acuerdo a las condiciones locales.

En este contexto, la OPS con el patrocinio de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI ha desarrollado un conjunto de herramientas destinadas a caracterizar y medir la exclusión en salud; dichas herramientas se presentan en esta guía, que busca apoyar y orientar los estudios nacionales y subnacionales. En ella se distinguen tres elementos a analizar:

- La estructura de los sistemas de salud[5].
- El fenómeno de la exclusión y su medición.
- Las estrategias implementadas y su impacto sobre la situación de exclusión en salud, incluyendo el análisis de actores.

En la Guía se describe cada componente, se detallan sus elementos analíticos y se presentan formas sintéticas de presentación la información en tablas y gráficos. Los investigadores podrán agregar además de dichas tablas y gráficas una narrativa que cubra aquellos aspectos o preguntas orientadoras que en su opinión no hayan quedado suficientemente claras con la presentación sintética, o que sean necesarios para comprender mejor la situación.

El proceso de validación al cual se sometió la Guía a través de una primera fase de aplicación en cuatro países (Ecuador, Guatemala, Paraguay, República Dominicana), permitió detectar la necesidad de agregar al análisis y medición del fenómeno de la exclusión herramientas que posibilitaran una identificación más precisa de las principales causas de exclusión en salud en cada caso. Con este fin se incorporó el cálculo de un índice continuo de exclusión en la componente cuantitativa del análisis y la realización de grupos focales a la componente cualitativa.

Asimismo, la aplicación de la metodología en los países mencionados permitió detectar la necesidad de fortalecer el análisis de actores y de estrategias, para lo cual se han agregado elementos metodológicos orientados a desarrollar estos componentes del análisis

Finalmente, es necesario recordar que la Guía es un instrumento para la investigación y diagnóstico de un fenómeno y que el proceso de la investigación y diagnóstico de este fenómeno debe ser a su vez un insumo para el diálogo entre actores sociales y políticos, como base del diseño y formulación de cualquier política destinada a combatir la exclusión en salud.

[5] Para efectos de esta Guía, se denominará “Sistemas de Protección de salud” al *conjunto de instituciones, normas, recursos y valores de naturaleza pública o privada, destinados a proteger la salud de la población*.

Módulo 1. Análisis de la estructura de los sistemas de salud[6]

Al interior de los sistemas de salud[7] es posible distinguir cuatro grandes funciones: rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión. La función de financiamiento se concentra en la identificación y recaudación de los aportes y en el ordenamiento de los flujos de fondos que entran y salen del sistema. La función de aseguramiento tiene que ver con la asignación de los recursos recaudados para garantizar el acceso de toda la población cubierta a un conjunto de determinado de bienes y servicios –prestaciones- de salud. En esta función, aunque a veces se presenta separada, se puede incluir la función de compra, que incluye la definición de las prestaciones a garantizar de acuerdo con el perfil epidemiológico y las necesidades de la población cubierta, el costeo de estas prestaciones, la definición de los rangos de precios aceptables para dichas prestaciones y los pagos a proveedores. La función de provisión consiste en la entrega de los bienes y servicios de salud a los usuarios. La función de rectoría articula a las anteriores y es la que impone las reglas del juego que rigen el funcionamiento del sistema. Por lo general es ejercida por el Ministerio de Salud o por otro organismo público como una Superintendencia, que puede o no depender del Ministerio de Salud. Para contribuir al buen funcionamiento del sistema es recomendable que la función de rectoría esté nítidamente separada de las otras funciones y que su accionar sea independiente, tanto desde el punto de vista legal como administrativo.

Cuadro 1
Funciones involucradas en la protección de salud

Función	Componentes de la función	Institución que la realiza
Financiamiento	- Identificación de fuentes - Colección de recursos	Ministerio de Hacienda, Hogares, empleadores.
Aseguramiento (pooling)	- Conjunto de prestaciones garantizados - Asignación de recursos (pooling) - Compra	Seguro Social, Seguro Público, asegurador privado, Seguro Comunitario, otro.
Provisión	- Atención de salud - Insumos necesarios	Proveedor de servicios de salud (público, privado con o sin fines de lucro, comunitario, de medicina tradicional)
Rectoría	- Conducción. - Regulación - Armonización de la Provisión de Servicios. -Vigilancia del Aseguramiento. -Modulación del financiamiento. -Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública.	Ministerio de Salud, Superintendencia, otro

[6] Este módulo fue elaborado por Bernt Andersson, Cecilia Acuña y Hernán Rosenberg, todos de la División de Sistemas y Servicios de Salud de OPS-OMS

[7] Para efectos de esta Guía, se entenderá "Sistemas de salud" como el conjunto de instituciones, agentes y funciones destinados a proteger la salud de las personas o grupos de la sociedad

Los sistemas de salud son elementos fundamentales para la satisfacción de las necesidades de salud de las personas y de su estructura y eficiencia depende en gran medida el grado de protección o exclusión en salud. En la región existen dos tipos de arreglos organizacionales que dan origen a distintos sistemas de protección de salud:

a) Existencia de un sistema único nacional de salud administrado por el Estado.
b) Coexistencia de tres o más subsistemas – el seguro social, el subsistema público y el subsistema privado con o sin fines de lucro - con diversos grados de integración entre ellos. Este es el tipo de arreglo existente en la mayoría de los países de la región.

De acuerdo a estos arreglos institucionales en América Latina y el Caribe los sistemas de protección de salud se organizan de la siguiente forma:

Cuadro 2
Organización de los Sistemas de Salud

	Sistema Único	Sistemas Mixtos				
	Sistema público	Seguro social	Subsistema público	Subsistema privado	Comunitario	
Administración	Ministerio de Salud	Privada/Estatal/Sindical	Ministerio de Salud	Privada	Comunitaria	Grados variables de Integración
Financiamiento	Impuestos generales	- Aportes afiliados (trabajadores formales) - Aportes empleadores - Copagos	- Impuestos generales - Aportes afiliados - Copagos	- Pago por servicios - Pago de primas (prepago) - Copagos	- Aportes de afiliados - Donaciones - Otros	

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes al interior del sistema único o entre los subsistemas determina la habilidad del sistema en su conjunto para responder de manera adecuada a los requerimientos de salud de sus beneficiarios. En general, mientras mayor es el grado de integración entre los subsistemas, es mayor la capacidad de respuesta del sistema en su conjunto. En este contexto, existen cuatro factores asociados a una menor capacidad de respuesta del sistema:

La segmentación o existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, generalmente "especializados" en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por el nivel de ingresos, la situación laboral o la posición social. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público orientado a los pobres e indigentes; los Seguros Sociales, especializados en los trabajadores formales y sus dependientes y en un subsector privado que a su vez se divide en dos: uno con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población y otro sin fines de lucro (ONG's, organizaciones de beneficencia), orientado a satisfacer las necesidades de los más pobres que el sistema público no consigue satisfacer.

La fragmentación o existencia de muchas instituciones proveedoras de servicios de provisión o aseguramiento que trabajan de manera no integrada en el sistema o al interior de un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace

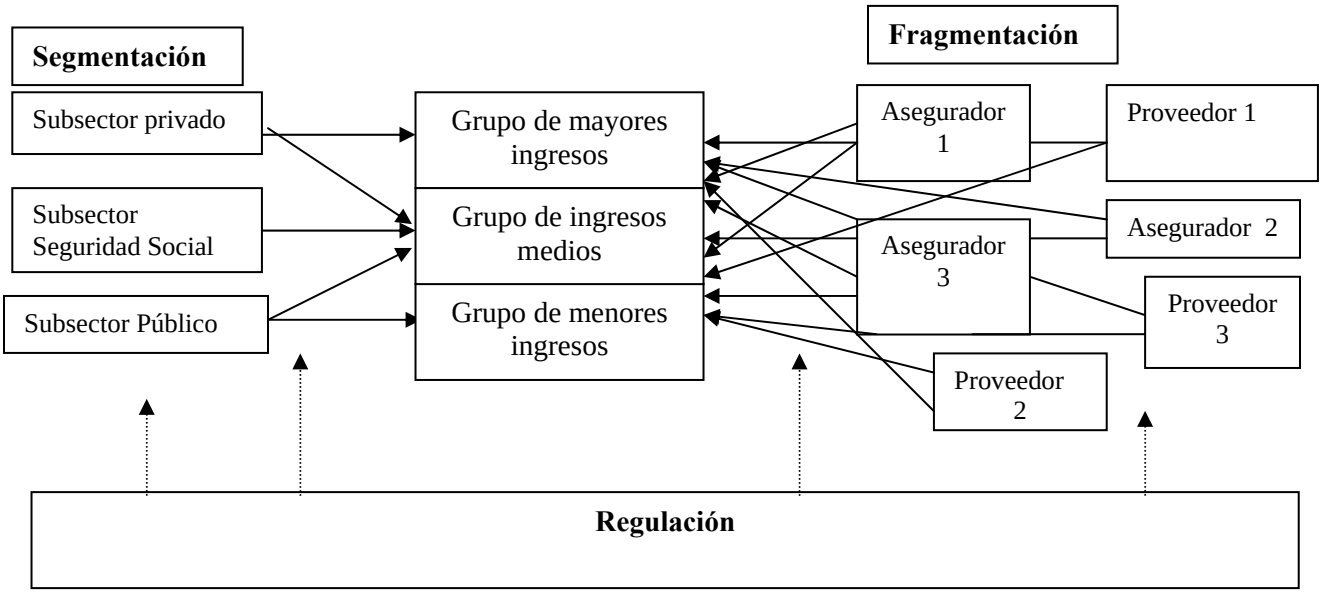
difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas.

El predominio del pago directo (pago de bolsillo) como mecanismo de financiamiento del sistema, ya que determina que la posibilidad de recibir las atenciones de salud demandadas depende de la capacidad de pago de cada persona. Este tipo de financiamiento determina un alto grado de inequidad en el sistema.

Sistemas regulatorios débiles o poco desarrollados, que impiden el establecimiento de reglas del juego justas en la relación usuario - proveedor de servicio.

Las fallas de los sistemas públicos frecuentemente resultan en que los pobres o grupos de menores ingresos utilizan también al sector privado, particularmente las farmacias, para resolver sus problemas de salud, financiando estas atenciones a través del gasto de bolsillo.

Figura 1



En los países de la región se pueden identificar cuatro distintos sistemas de protección de salud, de acuerdo a si se trata de un sistema único o compuesto de subsistemas (Ver cuadro 5). En cada uno de ellos es importante identificar los grados existentes de segmentación, fragmentación, gasto de bolsillo, desarrollo de la función regulatoria y separación de funciones. La información disponible muestra que mientras mayor es la segmentación de los sistemas de salud, mayor es la exclusión en salud. Los principales efectos de la segmentación se muestran a continuación (Ver cuadro 3).

Cuadro 3
Efectos de la segmentación

Efecto	Sector público	Seguridad social	Sector privado con fines de lucro
Descreme	Concentración de la población más pobre y de mayor edad.	Concentración de la población trabajadora de ingresos medios.	Concentración de la población más joven y más rica.
Selección adversa	Concentración de la población más enferma y con mayores preexistencias.	Concentración de enfermedades profesionales y accidentes laborales.	Concentración de la población más sana y con menores preexistencias.
Sobredemanda hacia el sector público.	Listas de espera, insuficiencia de recursos, mala atención.	Subutilización o utilización inadecuada de recursos e instalaciones.	Subutilización de servicios e instalaciones.
Menores recursos para el sector público.	Falta de suministros, bajos salarios, mala atención.	Subutilización de recursos e instalaciones.	Subutilización de recursos, servicios e instalaciones.

Cuadro 4
Estructura de los Sistemas de Salud y sus principales características

Sistema	Características
Público integrado	- Sistema único o subsistema público altamente integrado con el Seguro Social. - Cobertura universal financiada sobre la base de impuestos y por asignación de presupuestos globales. - Provisión: a través de prestadores públicos. - El rol del sector privado es escaso. - Integración vertical sin separación de las funciones de aseguramiento, compra y provisión.
Basado en el Aseguramiento	- Sistema donde coexisten diversas formas de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, con altos grados de regulación pública. - El sistema está basado sobre la existencia de la figura de uno o más aseguradores que puede(n) ser de de naturaleza estatal -Seguro Público-, Seguro Social o privado -Existe un conjunto explícito de prestaciones que se busca garantizar -El Seguro social puede ser administrado por entidades privadas, sindicales o estatales - El subsistema público puede tener entre sus funciones la de asegurador público -Subsistema privado bien desarrollado tanto en la provisión como en el aseguramiento, que funciona principalmente a través de planes de salud con financiamiento basado en el prepago. - Clara separación de las funciones de compra, aseguramiento y provisión y desarrollo de la función de regulación en un organismo especialmente dedicado a esas funciones.
Unificado	- Sistema de administración estatal, con financiamiento público y provisión privada. - Meta de cobertura universal. - Sin separación explícita de las funciones de compra, aseguramiento y provisión.
Segmentado	- Existencia de subsistemas heterogéneos de provisión y financiamiento (coexisten diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios), con falta de integración entre ellos. - Predominio del gasto de bolsillo como mecanismo de financiamiento. - Escaso desarrollo de la función de aseguramiento, aún en el sector privado. - Función regulatoria débil y poco desarrollada en el sector público. - No existe separación de funciones.

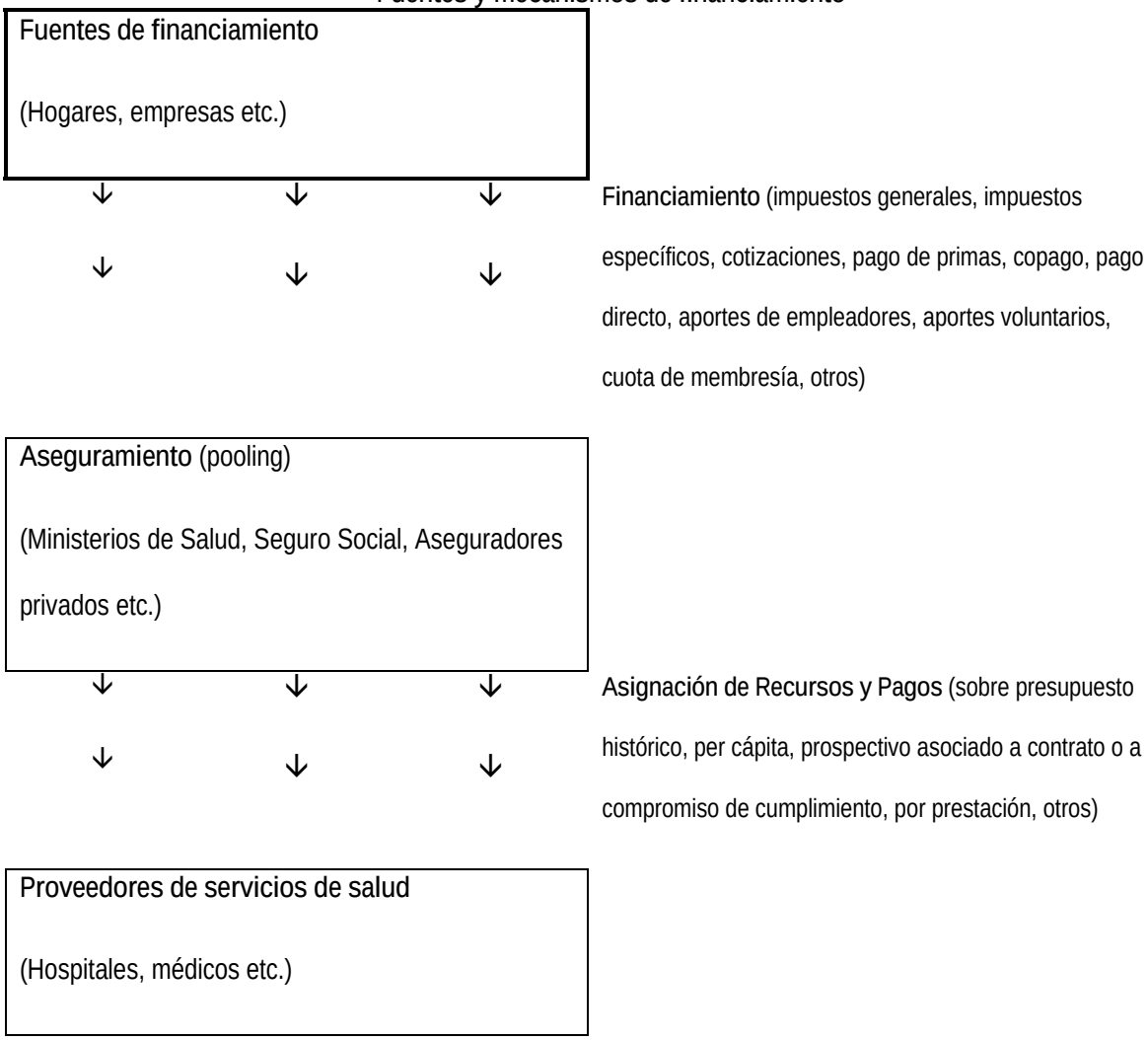
PREGUNTAS ORIENTADORAS

- ¿Es razonable sostener que el sistema es segmentado?
- Indique el número de subsistemas de protección social existentes y la cobertura relativa de cada cual, especificando hacia qué grupo(s) de ingreso está orientado cada uno
- Indique el número de instituciones aseguradoras existentes, especificando el esquema de aseguramiento de cada una
- ¿Cómo se financia el sistema? (Impuestos generales o específicos, aportes de afiliados u otros, copagos, pago directo por prestación, otros mecanismos)
- En caso de que existan cotizaciones o aportes de los afiliados al sistema, ¿Quién y cómo se determina el monto de ellas?
- ¿Existe algún criterio de ajuste del monto de las cotizaciones o aportes? (ajuste por capacidad de pago, por condición socioeconómica, otro)
- El pago de cotizaciones, ¿es obligatorio o voluntario?
- ¿Quién recauda las cotizaciones o aportes?
- ¿Existe un mecanismo definido de recaudación?
- ¿Cuál es la cobertura de recaudación?
- ¿Existe evasión y/o elusión en el sistema? Cuantifique si es posible. Si no lo es, indique grado (alto – mediano - bajo) explicando la clasificación
- La recaudación ¿Está sujeta a algún mecanismo de control o auditoría?
- En caso de que exista el pago de impuestos como mecanismo de financiamiento del sistema, ¿de qué impuesto se trata? ¿Cómo se cobra? ¿Cuál es el grado de evasión de impuestos que existe? (alto – mediano - bajo) explicando la clasificación
- ¿Cuál es la magnitud del gasto directo o de bolsillo?
- ¿El gasto directo se utiliza mayoritariamente en copagos o se usa en pago por servicios?
- ¿Existe una institución específicamente orientada a la regulación de los sistemas de aseguramiento en salud (Superintendencia de seguros de salud, otra)?
- En caso de que exista una institución regulatoria específica, ¿depende del Ministerio de Salud o de otra entidad? Explique la relación de dependencia de la entidad regulatoria
- ¿Existe un marco regulatorio para las instituciones aseguradoras? Indique jerarquía de las normas, fecha de emisión, vigencia y si es específico para la protección social en salud
- Indique si el marco regulatorio existente para los aseguradores se refiere a los aspectos financieros (liquidez, transparencia en el cobro de las cotizaciones o primas, transparencia en el cobro de copagos, transparencia en los mecanismos de reembolsos, establecimiento adecuado del precio de los planes, etc.) o a los aspectos sanitarios (tipo y magnitud de la cobertura, existencia de actividades de prevención, calidad de la atención por parte del proveedor de servicios, etc.)
- ¿Existe una superintendencia de proveedores?
- ¿Existen mecanismos de acreditación de las entidades aseguradoras?
- Indique si se cumple la normativa del marco regulatorio en las siguientes categorías: transparencia en la selección del proveedor – calidad de la atención – recaudación - cobertura
- Indique si existen cambios en el marco regulatorio que se encuentren en proceso y si tienen impacto potencial sobre la exclusión/protección social en salud
- ¿Existe separación explícita de funciones al interior del sistema?
- ¿Cómo se relaciona el organismo asegurador del sistema con los proveedores de servicios de salud (a través de contratos, de compromisos de gestión, otros mecanismos)?
- ¿Cómo se relaciona el organismo asegurador del sistema con los usuarios (contrato, inscripción, certificación, otro)?

- ¿Qué porcentaje de las personas aseguradas utiliza los servicios que ofrece el organismo asegurador? ¿Qué porcentaje utiliza: a) otros esquemas de aseguramiento b) proveedores directos de servicios c) otras respuestas a sus problemas de salud?
- ¿Existen mecanismos de defensa del consumidor? Especifique
- ¿Qué mecanismos de pago se utilizan en la relación entre el asegurador y los proveedores? ¿Los mecanismos de pago son iguales tanto para proveedores privados como públicos o son diferentes? Explique
- Indique cómo se relaciona el asegurador con los proveedores públicos (a través de contratos, compromisos de gestión, otros)
- ¿Existe déficit de cobertura en el sector público? En caso de que exista, indíquelo en términos porcentuales
- ¿Existe demanda insatisfecha por servicios de salud? ¿Cuál es su magnitud en términos porcentuales?
- ¿Existen planes de prestaciones garantizadas definidos explícitamente en el sistema?
- En caso de que existan, ¿cuáles son los criterios de inclusión de prestaciones al plan?
- Los planes de salud garantizada, ¿cubren sólo bienes asegurables o también bienes públicos?
- En caso de que cubran bienes públicos, explicite cuáles
- ¿Existe un mecanismo de identificación de los afiliados al sistema?
- ¿Existen criterios de inclusión de los afiliados al sistema? (situación laboral, capacidad económica, otro)
- ¿Cuál es el rol del sector privado en el sistema, tanto en la provisión como en el aseguramiento?
- ¿Existen fuentes de financiamiento distintas de los impuestos al interior del sistema público? Especifique cuáles
- Indique si el modelo de presupuestación es histórico o si existen otros criterios para la asignación de recursos (por ejemplo, criterios de focalización) tanto para el sistema público como para la seguridad social y para los otros sistemas de protección existentes si es que existe información disponible para ellos.
- Indique el porcentaje de capacidad ociosa del sistema en su conjunto (utilice estudio de red si es que existe)
- Haga un juicio respecto de la capacidad del sistema en su conjunto de atender un aumento de la demanda derivado de una disminución de la exclusión, en términos porcentuales (por ejemplo, capacidad del sistema para absorber un aumento 10% - 20% o 30% de la demanda).

PRESENTACION DE LA INFORMACION

Cuadro 5
Fuentes y mecanismos de financiamiento



Cuadro 6
Matriz de análisis de la estructura de los Sistemas de Salud y sus principales características

Característica	Descripción
Segmentación	Número de subsistemas existentes, grupos(s) de población que atiende(n) y cobertura relativa de cada uno de ellos
Fragmentación	Número de proveedores y aseguradores existentes Enlaces funcionales, mecanismos de integración o coordinación ¿existen o no existen? Breve descripción
Gasto de bolsillo	Proporción del gasto directo de los hogares sobre el gasto total en salud y sobre el PIB
Regulación	Marco regulatorio, jerarquía, vigencia, cumplimiento
Separación de funciones	- Existe o no existe - En caso de que exista: explícita o implícita - Instituciones a cargo de cada función. Relaciones de Autonomía / Dependencia

Cuadro 7
Estructura de los Sistemas de Salud de acuerdo a su cantidad de afiliados/beneficiarios y a la cantidad de recursos económicos de que disponen

Subsistema	Número de afiliados/beneficiarios	% de beneficiarios/afiliados sobre población total	% del gasto en salud en salud que recibe	Gasto per cápita US$
Publico				
Seguro Social				
Privado				

En esta tabla se sugiere poner la cantidad de afiliados con que cuenta cada subsistema en números exactos y en porcentaje en relación con el universo total de población cubierta así como la cantidad de dinero que cada subsistema recibe por concepto de pagos o asignaciones en relación con el monto total de dinero que entra al sistema en su conjunto y la cantidad de dinero per cápita que destina a la atención de sus usuarios.

Se sugiere agregar en texto descriptivo para aquellas preguntas orientadoras u otros aspectos que no hayan sido apropiadamente cubiertos en las tablas anteriores y que faciliten la comprensión del sistema.

Módulo 2. La exclusión en salud y su medición[8]

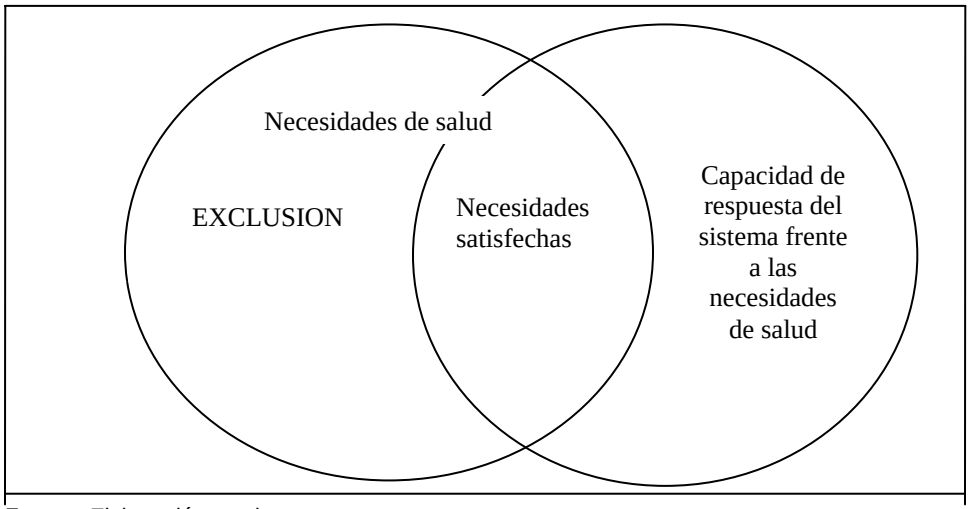
2.1 Marco conceptual

Como se ha mencionado, la exclusión en salud es la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud. Por lo tanto, se entiende la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y/o grupos de la sociedad disfrutan.

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

El fenómeno de la exclusión en salud por tanto, tiene lugar en la interfase que se produce entre las necesidades -percibidas y no percibidas-[9] de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema frente a esas necesidades. En este contexto se puede decir que el principal objetivo de los sistemas de salud es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago.

Figura 2



Fuente: Elaboración propia

[8] Este módulo fue elaborado por Bernt Andersson, Cecilia Acuña y Hernán Rosenberg, todos de la División de Sistemas y Servicios de Salud de OPS-OMS. En la elaboración del índice de exclusión participaron además Margarita Petrera, de OPS-Perú y Miguel Madueño, consultor

[9] Las necesidades de salud se definen como "necesidades percibidas" si es que corresponden a necesidades que son identificadas como tal por el individuo y por lo tanto pueden traducirse en demanda espontánea por bienes o servicios de salud o como "necesidades no percibidas" si es que no son detectas por el individuo y por tanto no se expresan en demanda espontánea por bienes o servicios de salud, a no ser que exista otro agente que la detecte y la exprese en demanda por bienes y servicios. Por ejemplo, las madres de niños pequeños generalmente son las responsables de detectar la necesidad de salud de estos niños no se encuentran en condiciones de percibir.

Esta definición general conlleva especificidades distintas dependiendo del tipo de acciones o servicios requeridos para la satisfacción de las necesidades de salud. Si los bienes requeridos son acciones de salud pública como inmunizaciones o protección del medio ambiente, la principal función del sistema de protección de salud es incentivar su consumo y garantizar su financiamiento y disponibilidad, de modo que la comunidad se beneficie ellos y se obtengan los resultados de salud deseados. Si los bienes requeridos son de carácter individual, la principal función del sistema de protección de salud es garantizar su financiamiento y disponibilidad y proveer información que oriente la demanda.

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

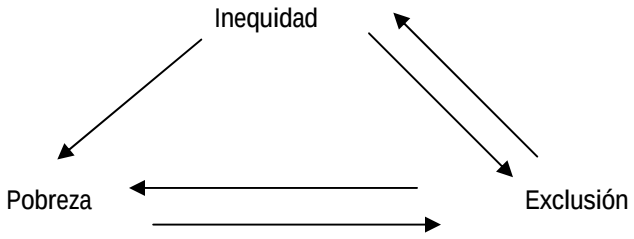
a) El individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad

b) Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido. Para que ello ocurra, debe operar un conjunto de tres procesos: producción, entrega y disponibilidad del bien o servicio de salud, entendiendo por producción el proceso de elaboración del bien; por entrega, el proceso de transferencia del bien desde el productor al proveedor; y por disponibilidad, el proceso de que el bien o servicio sea puesto físicamente al alcance del portador de la necesidad de salud.

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

Una característica importante de la exclusión en salud es que se trata de un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los países y cuyas acusas se encuentran dentro y fuera del sector salud. Debido a su relación con otros fenómenos sociales, es posible pensar que la exclusión en salud forma parte de alguno de estos fenómenos. En particular, la exclusión en salud se confunde a menudo con la pobreza, la inequidad o la exclusión social. Se intentará demostrar que la exclusión en salud tiene que ver con todos estos aspectos, pero no puede ser totalmente explicada por ninguno de ellos. La relación entre pobreza, inequidad y exclusión se podría graficar como sigue:

Figura 3



Con frecuencia se identifica la falta de acceso a las oportunidades, bienes y servicios de salud con la pobreza. Aún cuando pobreza y exclusión en salud a menudo van de la mano, no siempre es así. Aún más, existen casos en los cuales los pobres acceden a los bienes y servicios de salud y el fenómeno de la exclusión se debe al hecho de no ser clasificados como pobres. Un claro ejemplo de esto es la situación en la que se ven numerosas familias de ingresos medios en países de la región de las Américas, que por no calificar como "pobres" de acuerdo a las pruebas de medios, no pueden acceder a los beneficios de salud para los pobres, en circunstancias en que tampoco pueden financiar sus necesidades de salud a través del gasto de bolsillo o a través de la compra de un seguro de carácter privado.

La inequidad por su parte, definida como la existencia de "*diferencias innecesarias, injustas y evitables en el acceso y/o en los resultados de salud*"[10], ciertamente se relaciona con la exclusión en salud y puede ser un producto de ella, pero no explica la ocurrencia de este fenómeno cuando sus causas se deben a la falta de infraestructura de la oferta de salud, a la dispersión geográfica o a la informalidad del empleo.

No está clara en la literatura la diferencia entre exclusión social como noción general y exclusión en salud. La exclusión social ha sido objeto de intenso análisis y discusión desde su aparición como concepto en el debate político-social en Francia, a comienzos de los años ochenta. El surgimiento de nuevas formas de pobreza y marginalización en Europa a fines de los años setenta y la controversia generada en torno a la caracterización de los "nuevos pobres", contribuyó a consolidar la noción de que la nueva situación socio-económica era de naturaleza estructural y multidimensional y que los nuevos problemas no sólo tenían relación con la falta de recursos materiales y las conductas anti-sociales de los individuos, sino con otros fenómenos de carácter macro social,[11] en particular el cambio en las condiciones del empleo, la disminución del acceso al mercado laboral y el llamado "desempleo de largo plazo"; el debilitamiento de los lazos familiares y de la familia como unidad social y económica; el crecimiento de las redes informales de apoyo; el aumento y estabilización de los movimientos migratorios hacia los países de Europa Occidental; y una significativa disminución de la participación social en los procesos de toma de decisión. De este modo, hacia el final de los años ochenta se produjo en Europa Occidental un giro conceptual desde el concepto de pobreza al concepto de exclusión social, el cual se expandió ampliamente en las décadas siguientes. Hoy en día, el término es utilizado en diversos contextos y asociado a diversos valores y puntos de vista.[12] A pesar de las diferencias de enfoque en la utilización del término por parte de diversos grupos en Francia, Gran Bretaña y Suecia entre otros, en la Unión Europea existe consenso en torno a la idea de que la exclusión social constituye una amenaza a la cohesión social en las sociedades europeas[13] y, en general, se la entiende como un proceso estructural multidimensional que abarca la precariedad del empleo y el desempleo por un lado y el quiebre de los lazos sociales producido por la crisis del Estado de Bienestar, el surgimiento del individualismo y el debilitamiento de las redes básicas de solidaridad como la familia, por el otro.[14]

---

[10] M. Whitehead *"Conceptos y principios de equidad en salud"* en International Journal of Health Services 1992; 22: 429-445

[11] Comisión Europea (1992) "Towards a Europe of solidarity", Comunicado 542 de la Comisión , Bruselas

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

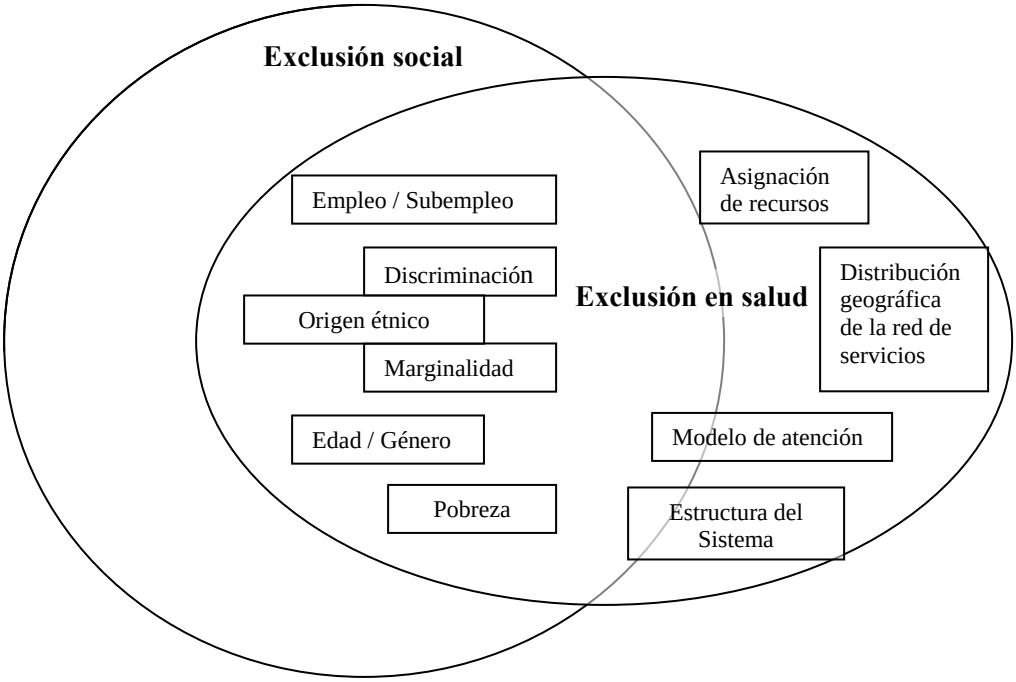
[13] Spicker, P. "Exclusion" en el Journal of Common Market Studies, vol. 35, Número 1, 1997

[14] Op. Cit 1

A diferencia de la exclusión social, la exclusión en salud no cuenta en la literatura con una definición específica. Se podría argumentar que la exclusión en salud es sólo una expresión de la exclusión social. De hecho, gran parte de la literatura en el tema presenta casos de exclusión en salud como un ejemplo -entre otros- de exclusión social. Más aún, en sus definiciones de política algunos gobiernos incorporan la componente de salud dentro de su definición de exclusión social[15]. Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central a la idea de exclusión social y que parecen depender de variables más propias del sector salud, como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. La asimetría de información, que es un elemento determinante de la relación entre los agentes en salud, resulta particularmente importante como barrera de acceso cuando el sistema se compone de intrincados mecanismos de interrelación entre usuarios, aseguradores y proveedores.

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

Figura 4



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

[15] Por ejemplo, en el texto de creación de la Unidad de Exclusión Social, el Primer Ministro del Gobierno Inglés define la exclusión social como *"lo que puede ocurrir cuando las personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebre en la estructura familiar"(* página Web de exclusión social del Gobierno Británico)

Las causas de la exclusión en salud

Tal como se ha planteado, la exclusión en salud es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los países y cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector salud. Las principales causas de exclusión en salud se exponen en el cuadro 9.

Cuadro 8
Dimensiones de análisis y causas de exclusión en salud[16]

Dimensión	Tipo de exclusión	Causa de exclusión	Concepto
Externa al sistema de salud	Barreras de acceso	Económica	Incapacidad de los hogares/ personas para financiar los gastos requeridos para la atención de salud.
		Geográfica	Dificultades para acceder de manera oportuna y sistemática a los servicios de salud por razones de localización y distribución espacial de los establecimientos de salud y vías de transporte, caminos, etc.
		Laboral	Se refiere a la situación laboral que impide el acceso a los servicios de salud destinados a los trabajadores formales (informalidad, subempleo, desempleo)
		Género	Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales que conducen a la discriminación en el acceso y utilización de servicios de salud por género.
		Étnica	Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales de grupos sociales que los haga susceptibles de discriminación en la atención de salud y/o los aleje de su utilización adecuada.
	Déficit de infraestructura adecuada	Servicios básicos	Referido a la falta de suministro de agua potable, saneamiento básico y electricidad en el hogar.
Internas o propias del sistema de salud	Déficit de infraestructura adecuada	Infraestructura de servicios de salud	Referido a la inexistencia, insuficiencia o distribución inadecuada de establecimientos de salud
	Inadecuada asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en producción, entrega o disponibilidad inadecuada de los bienes/servicios de salud	Recursos humanos Recursos físicos	Referido a la disponibilidad inadecuada de recursos humanos con relación a la población de referencia. Referido a la disponibilidad inadecuada de recursos físicos con relación a la población de referencia (camas, equipamiento, medicamentos, etc.).
	Procesos	Suministro de servicios esenciales	Referido a la prestación de servicios de de alto impacto para la salud pública.
		Calidad	Referido tanto a la calidad técnica de la atención como a la calidad en el trato en el punto de servicio y también a la falta de información y reconocimiento de los derechos en salud
	Arquitectura	-Fragmentación -Segmentación	Referido a la articulación de los servicios de salud Referido a cómo está construido el sistema de salud

Fuente: Elaboración propia

[16] Si es posible, indique tasas para grupos específicos (edad, origen étnico, urbano/rural).

2.2 Marco metodológico

a) Premisas del análisis

De acuerdo a las definiciones planteadas en el marco conceptual, se puede decir que la mayor falla de cualquier sistema de salud ocurre cuando no es capaz de garantizar que los bienes o servicios de salud o que indirectamente afecten la salud[17] alcancen a todas las personas que se deberían beneficiar de ellos. Es decir, cuando el sistema no puede garantizar la entrega de estos bienes o servicios para toda la población que, por mandato legal o por afiliación, está teóricamente cubierta por él. Por lo tanto, desde el punto de vista de los sistemas de salud, la exclusión se expresa en la proporción de la población que, requiriendo un bien o servicio no accede a él y queda fuera del ámbito de acción del sistema. También se puede expresar indirectamente a través de la medición de las causas que la producen.

A pesar de que la exclusión es un fenómeno todo-o-nada –es decir, las personas están o no están excluidas del acceso a determinados bienes y servicios de salud- en la práctica se manifiesta con diversos grados de intensidad, desde la exclusión absoluta de los servicios más básicos, hasta el acceso parcial a un tratamiento o a una tecnología o la autoexclusión dada por mal trato o provisión del servicio en un idioma que no se entiende o dentro de un contexto cultural que entra en conflicto con las creencias del usuario. En este contexto, la exclusión en salud puede expresarse en alguna de las siguientes situaciones:

1. Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud: cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo
2. Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar: cuando las personas no pueden acceder a un esquema de aseguramiento.
3. Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, independientemente de la capacidad de pago: cuando las personas no pueden acceder a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud de manera digna, con respeto a sus derechos y características culturales o condiciones de salud y en u tiempo razonable

Consecuentemente con lo expuesto, la caracterización y medición de la exclusión en salud se realiza a partir de de las siguientes premisas:

a) La exclusión en salud es un fenómeno multicausal distinguible e identificable

b) Es posible caracterizar y medir la exclusión en salud a través de técnicas cualitativas y cuantitativas

c) Los sistemas de protección de salud no son neutrales respecto de la exclusión en salud sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de exclusión dependiendo de su

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

estructura. Es posible identificar los elementos determinantes de exclusión al interior de la arquitectura de un sistema
d) Los resultados de la caracterización de la exclusión en salud pueden ser de gran utilidad en la formulación de políticas públicas

Con el objetivo de intentar superar las dificultades que ofrece la caracterización de la exclusión en salud, la metodología propuesta contiene técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección y análisis de la información. Sus principales elementos son:

- ✓ Definición de las fuentes de información
- ✓ Componente cuantitativo
- ✓ Componente cualitativo
- ✓ Formatos de presentación de la información

b) Objetivos de la caracterización de la exclusión en salud

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

A partir de la obtención de esta información, se puede realizar un análisis de los actores que participan en el diseño de políticas orientadas a eliminar la exclusión social en salud y de las mejores opciones destinadas a eliminar la exclusión y extender la protección social en salud, de acuerdo a las condiciones específicas del país o territorio.

c) Aspectos relacionados con la medición de la exclusión en salud

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

a) Es un fenómeno multicausal, es decir, existen múltiples fuentes de generación de exclusión (pobreza, discriminación cultural, de género y de restricciones en la oferta de servicios, entre otros) que interactúan entre ellas, produciendo diferentes niveles o intensidades de exclusión en la población de un país. En este sentido, el grado de exclusión de una persona pobre sin seguro de salud que habita en una zona urbana será distinto al de una persona con similares condiciones económicas que reside en una zona rural, pero que cuenta con algún tipo de cobertura de seguro.

b) Es un fenómeno heterogéneo y geográfico, es decir, tiende afectar de manera diferenciada a los individuos u hogares tanto a un nivel intra como interregional. Así, para los individuos pertenecientes a un país determinado, el problema de la exclusión puede estar vinculado a problemas de barreras de acceso económico, mientras que para los de otro país, la principal fuente de exclusión podría provenir de limitaciones en la misma oferta de servicios de salud. Asimismo, la heterogeneidad se refiere a la existencia de gradientes importantes en la situación de exclusión en salud entre países y al interior de los países. De este modo, se pueden observar grupos de población totalmente excluidos

de las atenciones que entrega el sistema en su conjunto y, más frecuentemente, grupos de población que cuentan con acceso parcial a ciertos servicios de salud en ciertos períodos de tiempo pero no tienen acceso a otras atenciones de salud que demandan y/o necesitan. Este aspecto es importante de considerar, porque generalmente se esconde tras los promedios nacionales o regionales.

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

Un resumen de los desafíos planteados por estas características se puede encontrar en el cuadro 10.

Cuadro 9.
Desafíos metodológicos que presenta la medición de la exclusión en salud

Característica	Cómo se presenta	Consecuencia	Desafío metodológico
Multicausal	La exclusión en salud aparece relacionada con diversos macro determinantes de la situación de salud	Muchas de sus causas y posiblemente sus orígenes se encuentran fuera del sector salud	a) Resulta difícil de medir: desafío técnico de definir indicadores adecuados b) Resulta difícil establecer el peso relativo de cada determinante c) Resulta difícil establecer relaciones de causalidad
Heterogénea	Se pueden observar diversos grados de exclusión en distintos grupos poblacionales	Pueden existir grupos poblacionales excluidos que quedan "escondidos" detrás de los promedios	Es importante realizar mediciones a niveles subnacionales y locales, teniendo en cuenta los diversos aspectos de la exclusión en salud
Dinámica	Afecta a la población de manera variable en el tiempo	Los cambios en la situación de exclusión no se reflejarán si la medición no se repite en el tiempo	a) Requiere de revisiones continuas de los sistemas estadísticos de clasificación de la población según su condición de acceso a los sistemas de salud b) Requiere de mediciones sucesivas en el tiempo

Fuente: Elaboración propia

d) Selección de las fuentes de información

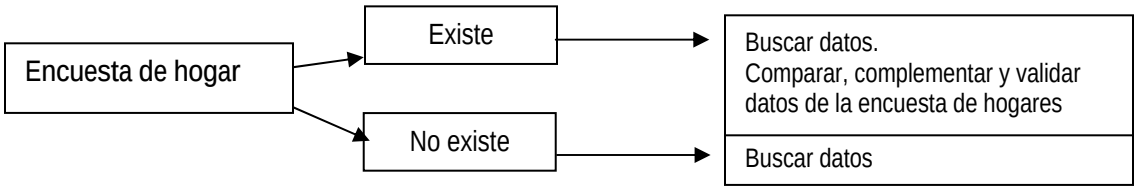
Dada la naturaleza del fenómeno a medir se desea obtener la información que más se acerque a la dimensión real del problema, por lo que se privilegian las encuestas de hogar como principal fuente de información. Sin embargo, éstas presentan ciertas limitaciones que es necesario considerar:

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

Por este motivo, se recomienda comparar los datos de las encuestas de hogar con otras fuentes confiables de los países. Un problema que se ha presentado den los estudios de país y especialmente a nivel subnacional y local es la falta de disponibilidad de datos actualizados y confiables de fuentes secundarias de los propios países. Por lo tanto, para aquella información que no se encuentra en las encuestas de hogar, es necesario utilizar datos de fuentes secundarias validadas por organismos internacionales como la OPS-OMS, otras agencias de Naciones Unidas y los bancos para el desarrollo (Banco Mundial, BID).

En términos prácticos, cuando las encuestas de hogar existen e incluyen la información requerida, son la fuente a la que se debe acudir en primer lugar. En caso de que no existan y también para comparar, complementar y validar los datos de ellas cuando existen, se deben utilizar datos procedentes de fuentes secundarias.

Figura 5



En cada caso se deben seleccionar las fuentes de información de acuerdo a su confiabilidad, la información que entregan y el grado de actualización de los datos. Con el fin de validar los datos y la fuente utilizada, es importante triangular los datos. La triangulación se realiza comparando los datos obtenidos de una fuente con datos de otras fuentes para la misma categoría. Se recomienda utilizar por lo menos dos o tres fuentes de distinto origen para la comparación (por ejemplo datos obtenidos en investigaciones realizadas por centros académicos, datos de ONGs y datos de investigaciones realizadas por organismos internacionales), especialmente si existen dudas respecto de la fidelidad de los datos.

La selección de las fuentes de información dependerá de manera importante de las preguntas orientadoras relativas a los indicadores seleccionados para medir el fenómeno en cada caso. Estas preguntas se exponen en detalle la sección correspondiente al componente cualitativo.

e) Componente Cuantitativo

Este componente contempla dos pasos metodológicos:

e.1) La medición de un conjunto de indicadores independientes, que dan cuenta de las diversas fuentes dimensiones de la exclusión en salud y que por ello con buenos "proxy" del fenómeno de la exclusión en salud. La medición de este conjunto de indicadores constituye el punto de partida del análisis cuantitativo y permite:

a. Observar las diversas manifestaciones del fenómeno
b. Identificar las causas de la exclusión
c. Conocer la magnitud de la exclusión en salud para cada una de las causas o fuentes expresada en cada indicador por separado.

Selección de Indicadores

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

De acuerdo con la definición establecida, la exclusión en salud se debería expresar en *déficit de acceso, calidad y utilización de diversos servicios* que afectan directa o indirectamente el estado de salud de las personas. Otra manera de indagar acerca de la exclusión es analizar ciertos *procesos* que culminan en la oferta de dichos servicios. Finalmente, también se podría estudiar el impacto que la exclusión en salud tiene en los *resultados* de salud de la población. La importancia relativa de cada indicador depende de la situación específica del país, región, estado o provincia.

Debido a que un factor importante a considerar es que la medición debe ser posible de realizar por equipos de los países, es recomendable seleccionar indicadores cuantitativos simples utilizados corrientemente para otros objetivos. Para satisfacer la definición de exclusión en salud se seleccionaron indicadores *propios del sector salud (internos)* tanto como *externos al sector salud* correspondientes a cuatro categorías distintas:

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

Los indicadores internos más útiles para medir exclusión en salud son aquéllos ligados al proceso de atención. Algunos indicadores de resultado son también buenos proxy de exclusión, en especial cuando se asocia a inequidad. Los últimos tres indicadores de esta lista corresponden a este tipo.

- Demanda asistida o auto reporte de salud
- Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado o proporción de partos institucionales aplicada a población total[18]
- Porcentaje de niños que abandonan el programa de vacunas o la tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura (habitualmente la vacuna contra el sarampión) aplicada a la población total[19]
- Porcentaje de mujeres embarazadas qué no cuentan con el número normado de control prenatal
- Porcentaje de población sin acceso a agua potable/ alcantarillado
- Número de médicos y enfermeras por cada 1.000 habitantes[20]
- Porcentaje de cobertura de la red de salud por regiones o urbano/rural
- Distribución territorial de la red asistencial
- Mortalidad materna por quintiles de ingreso; por ubicación geográfica (urbano/rural); por grupo étnico
- Mortalidad infantil por quintiles de ingreso
- Años de vida perdidos por discapacidad por quintiles de ingreso

Por su parte, los indicadores externos más útiles para medir exclusión en salud, son:

- Porcentaje de personas no cubiertas por un esquema de seguro
- Porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores
- Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud[21]
- Porcentaje del gasto de bolsillo respecto del gasto total de los hogares, por quintiles
- Nivel de pobreza (número de personas cuyo ingreso se encuentra por debajo del ingreso mínimo para el país o bajo la línea de pobreza)
- Gasto público en salud como porcentaje del PIB[22]
- Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud
- Distribución del gasto público en salud por quintiles de ingreso
- Distribución de los subsidios de salud por quintiles de ingreso

Existen además otros indicadores internos y externos que reflejan aspectos de la exclusión en salud relacionados con grupos específicos de población. Para medir la cantidad de personas que no accede a los servicios de salud por razones étnicas o culturales, se puede considerar:

[18] O el número de partos no institucionales multiplicado por el tamaño de la familia promedio (si es conocido) y dividido por la tasa de fecundidad específica de un grupo interesante para la exclusión

[19] O la tasa de abandono multiplicada por el tamaño de la familia promedio (se es conocida) y dividido por el porcentaje de niños en edad de recibir vacunas de un grupo interesante para la exclusión

[20] Si existe una norma nacional de cama por habitante se sugiere utilizarla para definir los déficits, siempre y cuando se explicite dicha norma

[21] El gasto de bolsillo es un componente del gasto privado en salud y da cuenta del gasto que se realiza directamente para pagar un servicio o bien de salud, tal como una atención de salud, un copago o medicamentos. El gasto privado en cambio refleja todo el gasto en salud que no sea público e incluye, además del gasto de bolsillo, el gasto en cotizaciones, aportes o pago de primas así como el gasto de las empresas en servicios de salud, seguros, etc.

[22] Este resulta un buen indicador porque se ha encontrado en diversos estudios que un alto gasto público se relaciona con menores niveles de exclusión, independientemente de la eficiencia de dicho gasto.

- Porcentaje de población de origen indígena/afro-descendiente u otra no cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud
- Demanda asistida por origen étnico/idioma hablado

Para medir el número de personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas, se puede considerar el porcentaje de población rural que vive a más de una hora y población urbana que vive a más de 30 minutos de un centro de atención con capacidad resolutiva de problemas básicos (1 médico por lo menos una vez por semana)

A continuación se presenta un resumen de los indicadores recomendados para hacer la medición

Cuadro 10.
Indicadores de exclusión en salud

Categoría	Indicador
De Cobertura	- Demanda asistida o auto reporte de salud - Egresos hospitalarios por 1.000 hab. - Porcentaje de la población no cubierta por un seguro de salud
De Acceso:	
Económico	- Porcentaje de población bajo la línea de pobreza - Gasto de bolsillo como porcentaje del PIB - Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud - Gasto de bolsillo como proporción del gasto total de los hogares, por quintiles de ingreso - Gasto público en salud como porcentaje del PIB - Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud - Distribución del gasto público en salud por quintiles de ingreso - Porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores
Geográfico	- Porcentaje de población rural que vive a más de una hora de un centro de atención primaria con adecuada capacidad de resolución - Porcentaje de población urbana que vive a más de 30 minutos de un centro de atención primaria con adecuada capacidad de resolución - Dispersión geográfica/densidad poblacional por unidad territorial
Étnico/cultural	- Porcentaje de población de origen indígena o afro descendiente no cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud
De Infraestructura	- Número de médicos/enfermeras por cada 1.000 habitantes - Porcentaje de cobertura de la red de salud - Distribución geográfica de la red asistencial - Nivel y distribución de camas hospitalarias por habitante - Porcentaje de población sin acceso a agua potable /alcantarillado
De Procesos	- Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado o proporción de partos institucionales aplicada a la población total - Proporción de mujeres embarazadas que no alcanzan el número normado de control prenatal - Tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con el menor % de cobertura - Porcentaje de población sin acceso a alcantarillado o agua potable
De Resultados	- Mortalidad materna por quintiles de ingreso; por ubicación geográfica (urbano/rural); por origen étnico - Mortalidad infantil por quintiles de ingreso - Años de vida perdidos por discapacidad por quintiles de ingreso

e.2) Construcción de un indicador continuo (índice compuesto de exclusión)

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

Para superar este problema, se propone una metodología para la medición integral de la población excluida basada en la construcción de un *índice compuesto de exclusión*. En esta metodología se evalúa la exclusión a partir del cálculo de un indicador continuo de exclusión basado en la familia de medidas propuesta por Foster, Greer y Thorbecke -FGT- (1984), el cual incorpora los siguientes elementos de análisis:

1. *La incidencia de la exclusión*: ¿Cuánta población se halla excluida?

2. *La intensidad de la exclusión*: ¿Cuál es el grado de exclusión de la población reportada como excluida? ¿Cuál es la brecha frente a la situación óptima de no-exclusión?

3. *La severidad de la exclusión*: ¿Cuál es el grado de desigualdad entre los niveles de exclusión de la población?

El indicador continuo se construye sobre la base del resultado de la medición de los indicadores independientes e incorpora las interacciones entre las diferentes causas de exclusión así como el conjunto de restricciones que enfrentan los individuos para acceder a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. Este indicador es construido como una combinación lineal de las diferentes causas de exclusión y revela *el riesgo individual de exclusión*.

La ventaja de contar con el indicador continuo es que permite:

a. Conocer la magnitud de la incidencia del fenómeno en su conjunto como un todo es decir, el porcentaje global de la población que sufre la exclusión en salud en sus diversas manifestaciones.
b. Conocer la intensidad del fenómeno, es decir, cuál es el grado de exclusión en salud.
c. Identificar las principales causas o determinantes de exclusión en salud en cada caso y cuál es su contribución en la incidencia del fenómeno
d. Ordenar espacialmente a la población según su riesgo de exclusión e identificar las zonas geográficas más afectadas por el fenómeno.

En el proceso de construcción del indicador se estratifica la población, segmentándola en grupos relativamente homogéneos en términos de riesgos. Dicha estratificación se realiza utilizando el método de los conglomerados (“clusters”). Dicho método determina los umbrales y permite la clasificación de la población en diversas categorías de riesgo, los cuales son obtenidos mediante la minimización de la distancia euclidiana del índice compuesto al interior de los 4 grupos de riesgo definidos: (a) severo, (b) alto, (c) moderado y (d) bajo. La utilidad de la

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

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

El índice de exclusión puede ser expresado como:

$I_\alpha = \Sigma_{j=1} (n^m_j / n) I_{\alpha j}$

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

Rango de valores del índice

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

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

Aplicación del método

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

El procedimiento de estimación del índice global toma como punto de partida los indicadores utilizados para el ***head count*** y calcula la población excluida parcial para cada uno de estos indicadores.

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

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

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

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

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

f) Componente cualitativo

La utilización de las técnicas cualitativas presenta las siguientes ventajas:

a) Permite una mejor interpretación de los resultados de la medición cuantitativa.
b) Proporciona información útil para mejorar las encuestas cuantitativas.
c) Permite conocer la percepción de los actores, tanto de los líderes o conductores de estrategias de protección en salud como de la población potencialmente beneficiaria de dichas estrategias.

El componente cualitativo contempla la aplicación de entrevistas semi estructuradas y grupos focales.

f.1) Entrevistas semi estructuradas a informantes claves sobre la base de un conjunto de preguntas orientadoras.

Se recomienda esta técnica porque permite un mayor control sobre la dirección de la entrevista y extraer mayor cantidad de información respecto del tema específico que se está investigando. Aún se recomienda que los investigadores elaboren su propio cuestionario de preguntas orientadoras en cada caso, aquí se proponen las preguntas que han resultado más efectivas para ayudar en la identificación de las causas de exclusión en salud en los estudios realizados.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

a) ¿Cuál es la proporción aproximada de población que está cubierta por el subsistema?

b) Déficit de infraestructura adecuada

- ¿Cuál es la cobertura de vacunación por edades?
- ¿Cuál es el porcentaje de niños menores de un año con esquema completo de vacunación?
- ¿Cuál es el promedio nacional de egresos hospitalarios, el promedio por zonas en el nivel subnacional y el promedio diferenciado urbano/rural.
- ¿Cuál es la distribución territorial de la red de salud pública, privada y de la seguridad social. Si no se cuenta con toda la información, indique la distribución territorial de la red de mayor tamaño, agregando la información disponible para las demás. Si es posible, agregue un mapa según capacidad resolutiva
- Indique si existen vías de transporte para acceder a los centros de salud más cercanos y el porcentaje de funcionalidad de dichas vías, cuantificando su disponibilidad en el tiempo (por ejemplo: abierto la mitad del año; una vez a la semana; durante tres meses del año, etc.)

c) Existencia de barreras

- Indique el costo de traslado al centro de salud más cercano
- ¿Qué cantidad de población (en números absolutos y como proporción de la población total) está cubierta legalmente por el sistema de protección de salud existente?
- ¿Qué cantidad de población (en números absolutos y como proporción de la población total) está cubierta en la práctica por el sistema de protección de salud existente?
- ¿Existe discriminación por sexo en la afiliación, costo de los planes, cobertura de los planes, copagos u otros en alguno (uno o más) de los sistemas de protección de salud existentes?
- Indique el porcentaje de trabajadores afiliados a más de un seguro (doble o múltiple cobertura)
- ¿Cuáles son las barreras que dan cuenta de la brecha entre cobertura legal y cobertura real?
- Indique la magnitud del gasto directo en salud como porcentaje del PIB
- Indique la magnitud del gasto directo en salud como porcentaje del gasto total en salud
- Indique la magnitud del gasto público en salud como porcentaje del PIB
- Indique la magnitud del gasto privado en salud como porcentaje del PIB
- ¿Qué porcentaje de la población es de origen indígena?
- ¿Qué porcentaje de la población es afro descendiente?
- ¿Qué porcentaje de la población de origen indígena y/o afro descendiente se encuentra bajo la línea de pobreza?
- ¿Qué porcentaje de la población de origen no indígena/afro descendiente se encuentra bajo la línea de pobreza?
- ¿Qué porcentaje de la población de origen indígena no habla español?
- Indique el porcentaje de la población de origen indígena monolingüe en un idioma distinto del español, si es posible diferenciado por idioma y etnia.
- ¿Qué porcentaje de la población de origen indígena se atiende en la medicina tradicional?
- ¿Cuál es la tasa actual de desempleo?
- ¿Cuál es el porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores?

- Indique la composición de los trabajadores informales por categoría laboral, sexo e ingresos.
- Indique el porcentaje de trabajadores migrantes internos y una estimación de la cantidad de población excluida por esta causa (estimación tamaño familiar).
- Indique el porcentaje de los migrantes externos en relación con la población total del país, su distribución territorial y su porcentaje en relación con la población del nivel subnacional que los recibe.

f.2) Grupos Focales

La organización de grupos focales es una técnica cualitativa que permite captar el estado subjetivo de ciertos grupos sociales en un momento determinado y frente a ciertos temas. Su propósito es generar percepciones, emociones, actitudes e ideas de los participantes frente al tema escogido. Su diseño técnico es abierto lo que implica que hay un estímulo que provoca el diálogo y el discurso grupal.

Básicamente consiste en una entrevista grupal donde el moderador tiene un rol activo, aplicando la pauta de preguntas que elaboró previamente y utilizando la interacción grupal para captar información que sin la existencia de esta interacción sería menos accesible[23]. Esta técnica es relativamente nueva en el campo de las ciencias sociales y debido a su carácter flexible y la riqueza de contenidos que entrega ha crecido notablemente durante la última década. Otra de sus características es que puede ser utilizada para cumplir diversos propósitos y puede ser usada en conjunto con otros métodos cualitativos de modo de complementarlos.

g) Formatos de presentación de la información

a) En forma de gráficos
b) En forma de tablas que reúnan los indicadores sugeridos disponibles para cada país y si es posible para cada región, estado o provincia
c) Resumen de la situación de exclusión de acuerdo al cuadro de causas de exclusión en salud
d) Listado de la información que no fue posible obtener y la que presentó mayores dificultades para su obtención
e) Listado de otros indicadores que se utilicen para medir exclusión en el país y que no se encuentren en el listado sugerido
f) Descripción de estudios requeridos para complementar el análisis en caso de ser necesario
g) Texto narrativo para aquellas preguntas orientadoras u otros aspectos que no hayan sido apropiadamente cubiertos en las tablas anteriores y que faciliten la comprensión del sistema.

[23] Morgan D, *Focus Group as Qualitative Research*, 2nd Edit,Sage Paper, 1997

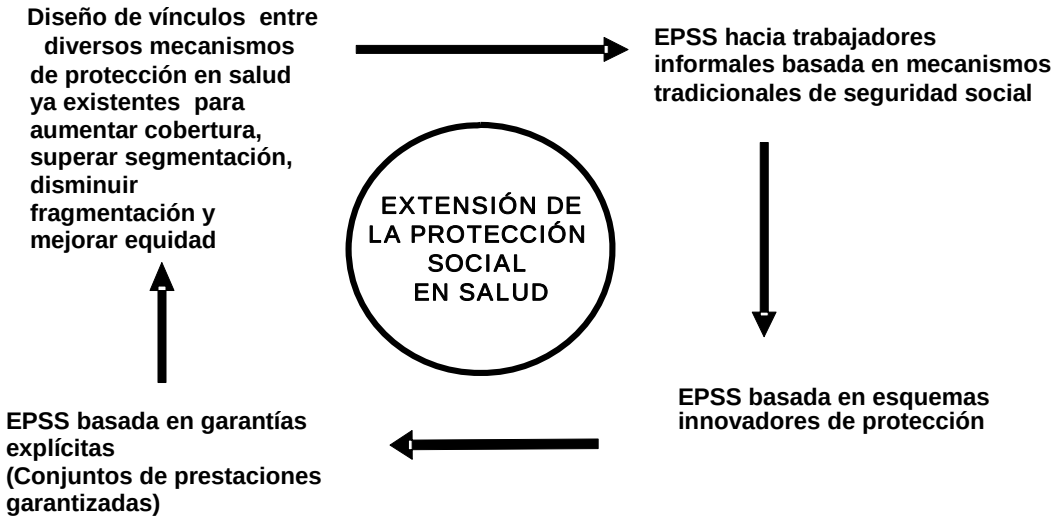
Módulo 3. Análisis e identificación de opciones de extensión de la protección social en salud - EPSS[24]

3.1 Introducción

En este módulo se propone analizar las intervenciones de EPSS en función de su capacidad para eliminar la exclusión en salud, entendiendo "extensión de la protección social en salud" como el conjunto de intervenciones públicas destinadas a eliminar la exclusión en salud y reducir las inequidades en el acceso a los servicios, bienes y oportunidades en salud, así como a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos adversos personales o colectivos. Esta definición incluye no sólo estrategias para incluir a aquellos totalmente excluidos del sistema de salud, sino también las destinadas a mejorar las condiciones de acceso a la atención de salud para aquellos que, a pesar de estar cubiertos por algún mecanismo de protección, lo están en forma incompleta o inadecuada. Por lo tanto se trata de un conjunto amplio de iniciativas coherentes y sinérgicas destinadas incrementar la equidad en el acceso, la utilización de servicios y la participación en el financiamiento, como se representa en la figura 6.

Figura 6

EPSS: SINERGIA DE ESTRATEGIAS Y MECANISMOS



Fuente: Elaboración propia

[24] Este módulo fue preparado por Cecilia Acuña, Pascualina Curcio y Claudia Suárez de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud-HP de OPS/OMS, con los aportes de las consultoras María Helena Jaén, Carolina Rivas y Silvia Salvato y bajo la supervisión de Eduardo Levcovitz, Jefe de HP. Agradecemos la colaboración de Soledad Urrutia y Gabriel Vivas, también de HP-OPS/OMS.

La definición de EPSS se basa a su vez en el concepto de "protección social en salud", definido por los Estados Miembros de OPS/OMS como "*la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud a través del acceso a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo*"[25].

De acuerdo con estas definiciones, el desarrollo de políticas, planes, programas y estrategias orientados a extender la protección social en salud, se beneficia con un abordaje que comprende los siguientes pasos:

a) Conocer las causas de la exclusión en salud
b) Comprender los factores que la perpetúan
c) Identificar las alternativas destinadas a mejorar la protección en salud para los grupos excluidos que sean más adecuadas dadas las condiciones particulares del país o territorio
d) Identificar los grupos de interés involucrados en la implementación de dichas alternativas
e) Definir, planificar e implementar intervenciones

El análisis y medición de la exclusión en salud y la descripción de los factores que la producen y perpetúan, ha sido explicado con detalle en los módulos anteriores de esta Guía. En este módulo se tratará la identificación de las políticas, planes, programas y estrategias de EPSS a implementar y el análisis de actores –también denominados grupos de interés- involucrados en dicha implementación. Para efectos de facilitar la lectura de la guía, se denominará *"intervenciones para la EPSS"* al conjunto de políticas, planes, programas y estrategias a analizar.

3.2 Identificando intervenciones para extender la protección social en salud

La identificación de intervenciones para extender la protección social en salud se puede realizar en tres diferentes modalidades:

a) Puede ser un análisis retrospectivo de intervenciones que ya han sido realizadas
b) Puede ser un análisis prospectivo de intervenciones a efectuar en el futuro
c) Puede tratarse de un análisis en tiempo presente de intervenciones en ejecución

En los tres casos señalados, los objetivos del análisis son diferentes. En el primer caso se pretende extraer y sistematizar lecciones aprendidas a partir de la identificación de errores y aciertos cometidos; en el segundo caso, se busca determinar las posibilidades de éxito de una intervención para potenciar dichas posibilidades antes de la fase de implementación; y en el último, se intenta evaluar los resultados de una intervención en marcha, para realizar los ajustes necesarios.
Debido a la importancia de realizar el análisis prospectivo teniendo como base las lecciones aprendidas de la implementación de intervenciones en el pasado, se tomará el análisis retrospectivo como punto de partida para la identificación de intervenciones para la EPSS.

[25] OPS/OMS, Resolución CSP26/12 *"Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo"*. Washington DC., Septiembre 2002.

3.2.1. Análisis de intervenciones de EPSS ya realizadas

Aún cuando en América Latina y El Caribe el desarrollo de intervenciones destinadas explícitamente a eliminar la exclusión en salud es aún incipiente, sí se han implementado medidas destinadas a mejorar la eficiencia y la productividad en la provisión de servicios, aumentar la participación local en la administración del sistema, reducir barreras financieras y culturales de acceso a las atenciones de salud y mejorar la cobertura de salud para los grupos vulnerables[26]. El éxito de su implementación ha dependido de múltiples factores como las características propias del país o lugar, las condiciones políticas, económicas y sociales imperantes, el periodo de duración del proceso de implementación, el monto de recursos invertido, el liderazgo de los encargados del proceso de implementación y el grado de poder de los grupos de actores involucrados, ya sea a favor o en contra de dichas estrategias.

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

Este análisis se puede enriquecer si además se evalúa el impacto que las intervenciones realizadas han tenido sobre la situación de exclusión en salud. De este modo, la evaluación de intervenciones ya efectuadas adquiere importancia no sólo porque provee información acerca de su evolución y el cumplimiento de sus objetivos y metas, sino también porque se convierte en un insumo para el rediseño e identificación de mejores prácticas para reducir la exclusión en salud en el tiempo presente.

3.2.1.1 Elementos para el análisis de intervenciones de EPSS ya realizadas

a) Identificación de la intervención

Como primer paso es necesario identificar la intervención que se va a analizar: conocer su nombre, sus objetivos originales, periodo y lugar de aplicación, montos involucrados en su aplicación y evolución, es decir, si se desarrolló de acuerdo a lo planificado; si hubo cambio de objetivos durante su implementación; si se canceló antes de terminar el proceso de implementación. El objetivo de este análisis es responder a las siguientes preguntas:

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

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

Cuadro 11
Identificación de la intervención en sus parámetros básicos

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

Fuente: Adaptado de Levcovitz E., Acuña C. "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud" 2003; 2 (5):24

b) Análisis de las condiciones específicas de implementación

Es importante conocer en qué condiciones se realizó el diseño e implementación de la intervención analizada, ya que el éxito de cualquier intervención depende en gran medida de estas condiciones. Más aún, un cambio en las condiciones de implementación puede hacer viable una intervención que no ha sido posible realizar en el pasado. En particular, es necesario conocer:

1) El contexto político (acuerdos de paz, gobernabilidad, estabilidad de autoridades de gobierno e instituciones, voluntad política, carácter democrático/autoritario del gobierno, etc.)
2) La situación económica (situación general del país; PIB; proporción del PIB destinado al gasto en salud; magnitud del gasto público en salud; magnitud del gasto de de bolsillo, etc.)
3) El entorno social: estabilidad/inestabilidad social; existencia de fenómenos de exclusión social, exclusión en salud, marginalidad, pobreza, inequidad y su importancia en la vida del país o territorio
4) Características de la población objetivo de la intervención: estructura demográfica, perfil epidemiológico, ubicación geográfica, características culturales, etc.

c) Análisis de resultados de la intervención realizada

Una vez identificada la intervención y las condiciones bajo las cuales se implementó, se puede avanzar hacia conocer cuáles fueron los resultados de su aplicación. El análisis de resultados se puede realizar bajo tres situaciones posibles:

c.1) Se dispone de una línea basal de caracterización de la exclusión en salud antes de realizar a intervención. En este caso, el análisis de resultados puede realizarse de las siguientes maneras:

- Si se la intervención efectuada es de carácter nacional y universal –por ejemplo, la creación de un seguro público, la aplicación de un único plan de prestaciones garantizadas para todos los habitantes del país, o la gratuidad de la atención para ciertas prestaciones- y ha transcurrido un tiempo razonable –al menos tres años- entre la caracterización de la exclusión en salud y la aplicación de la intervención, se puede realizar una nueva medición de la exclusión con la misma batería de indicadores anteriormente utilizada y comparar los datos arrojados por ambas mediciones. Este es el análisis que provee la información más completa y exacta de cómo ha variado la situación de exclusión en salud antes y después de la intervención.

- Si la intervención realizada es más bien focalizada o territorialmente acotada –como un programa de alimentación complementaria, un programa de transferencias condicionadas o un esquema de gratuidad de la atención para un cierto grupo de población a nivel nacional o en alguna zona geográfica específica- se puede hacer un análisis de los resultados de implementación de la intervención a través de series de datos, tomando como línea basal los datos correspondientes a algunos los indicadores del análisis de exclusión en salud realizado –los que mejor reflejen cambios asociados a la intervención implementada- y comparándolos con datos para esos mismos indicadores en periodos de tiempo posteriores a la aplicación de la intervención.

c.2) No existe línea basal caracterización de la exclusión en salud antes de que la intervención fuera implementada, pero se cuenta con series de datos de antes y después de su aplicación que permiten tener una visión aproximada de cómo era la situación de exclusión en salud antes de la intervención y cómo varió luego de ella. En este caso se puede realizar análisis de series de datos, para lo cual resulta útil examinar los siguientes datos:

- Demanda asistida
- Gasto en salud como porcentaje del PIB
- Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud
- Gasto de bolsillo por quintiles/deciles de ingreso de la población, como porcentaje del gasto total en salud
- Proporción de la población cubierta por algún seguro de salud (público/seguridad social/privados), por quintiles/deciles de ingreso
- Cobertura alcanzada por el programa/intervención como proporción de la población elegible
- Cobertura alcanzada por el programa/intervención como proporción de la población total
- Utilización de servicios de salud por quintiles/deciles de ingreso
- Si la intervención es de larga data, se puede analizar también series de datos de mortalidad y morbilidad y otras específicas en relación con la intervención, como situación nutricional

c.3) No se dispone de línea basal y los datos disponibles no permiten observar tendencias –no hay series de datos-. En este caso, la información cuantitativa disponible se debe complementar con información cualitativa a través de una consulta a los expertos del país en el área.

Análisis empírico

En los dos primeros casos (c.1 y c.2) se puede realizar un análisis empírico de los resultados de implementación de la intervención, lo cual permitirá conocer con un grado alto de exactitud cuál fue el efecto de la estrategia sobre la situación de exclusión. El objetivo de este análisis es conocer si la intervención implementada tuvo impacto sobre la situación de exclusión en salud, para lo cual se intenta responder las siguientes preguntas:

1) ¿hubo cambios en algún(os) indicador(es) de exclusión en salud después de la implementación de la intervención?

2) en el caso de que sí se hubieran producido cambios en algún(os) indicador(es) de exclusión en salud luego de implementada la intervención, ¿estos cambios se debieron o no a la implementación de la intervención?

Para realizar el análisis empírico es necesario partir de la construcción de un modelo que permita identificar las variables dependientes e independientes con base en la caracterización de la exclusión en salud, donde la variable dependiente será la exclusión y las independientes las causas identificadas. A su vez, las variables, dependientes e independientes, serán la base para la identificación de los indicadores con los cuales se realizarán las mediciones. Detalles acerca de los métodos para realizar análisis empírico se pueden encontrar en el Anexo 1.

El siguiente cuadro resume el proceso de análisis de intervenciones efectuadas en relación a su impacto sobre la situación de exclusión en salud. El punto de partida del análisis es la caracterización de la exclusión en salud a través de indicadores en función de sus causas y determinantes. El análisis incorpora, para cada par causa/ indicador, las intervenciones destinadas a enfrentar la causa y la posible modificación del indicador correspondiente.

Cuadro 12.
Análisis de resultados de intervenciones implementadas

CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD			INTERVENCION REALIZADA	
CAUSAS DE EXCLUSIÓN	INDICADOR		NOMBRE DE LA INTERVENCION	VARIACIÓN DEL INDICADOR
	TIPO	VALOR		
Barreras económicas				
Barreras Geográficas				
Barreras Culturales (género; etnia; edad; clase social)				
Déficit de infraestructura de los servicios de salud				
Calidad de prestación de los servicios				
Información y reconocimiento de los derechos a la salud y la vida				
Fragmentación y segmentación del sistema				

Fuente: Elaboración propia

d) Evaluación de la intervención realizada

El último paso en el análisis de las intervenciones ya realizadas, es su evaluación en función de su capacidad para disminuir o eliminar la exclusión en salud. Para ello se propone utilizar toda la información obtenida en los pasos anteriores del análisis –identificación de la estrategia, análisis de las condiciones específicas de implementación y análisis de resultados- y a partir de esta información, elaborar un análisis cualitativo de contenido y coherencia de la intervención realizada.

La razón por la cual se propone un análisis de contenido es que las evaluaciones que sólo incorporan análisis de resultados y no se detienen a revisar la coherencia de la política pueden conducir a conclusiones limitadas y en algunos casos erradas, ya que parten de dos grandes supuestos que no siempre se cumplen:

-El primero de ellos es que la intervención efectuada es coherente en su interior, es decir, que sus objetivos, metas y actividades están en total concordancia entre sí y con los resultados esperados de su aplicación (coherencia interna). Desde el punto de vista de la evaluación de las intervenciones, es importante analizar su coherencia interna y revisar si las actividades y los objetivos fueron coherentes con los resultados esperados de la intervención y si, finalmente, éstos se cumplieron.

- El segundo supuesto es que la intervención efectuada era la correcta para el problema a resolver. No siempre las intervenciones incorporan en su proceso de diseño una buena caracterización del problema, que considere los múltiples factores que lo determinan. Cuando el diseño de una intervención para reducir la exclusión en salud parte de una mala caracterización del problema a resolver, se corre el riesgo de cometer errores que implicarían la no solución del mismo. En el mundo de la estadística a este error se le conoce como Error tipo III, que de acuerdo a Raiffa (1994) [27] es aquél error en el cual se incurre cuando una política bien estructurada da respuesta al problema incorrecto. De acuerdo con lo planteado por Aguilar (1993), la historia de las decisiones públicas es una colección de errores del tercer tipo[28].

La evaluación realizada a través del análisis de contenido proveerá insumos para el proceso de diseño y rediseño de las intervenciones destinadas a reducir la exclusión en salud, a través de la identificación de los aciertos y errores en los que se incurrió al aplicar la intervención. Es necesario destacar que la evaluación se basa en el diagnóstico de exclusión en salud realizado, ya que el punto de partida del análisis es que las intervenciones deben responder al problema de exclusión y por lo tanto, la intervención aplicada debe ser coherente con la caracterización del problema de exclusión. El cuadro 13 sintetiza Los pasos para la evaluación de las intervenciones realizadas.

[27] Howard Raiffa en Dunn 1994: 151.
[28] Aguilar 1993:66.

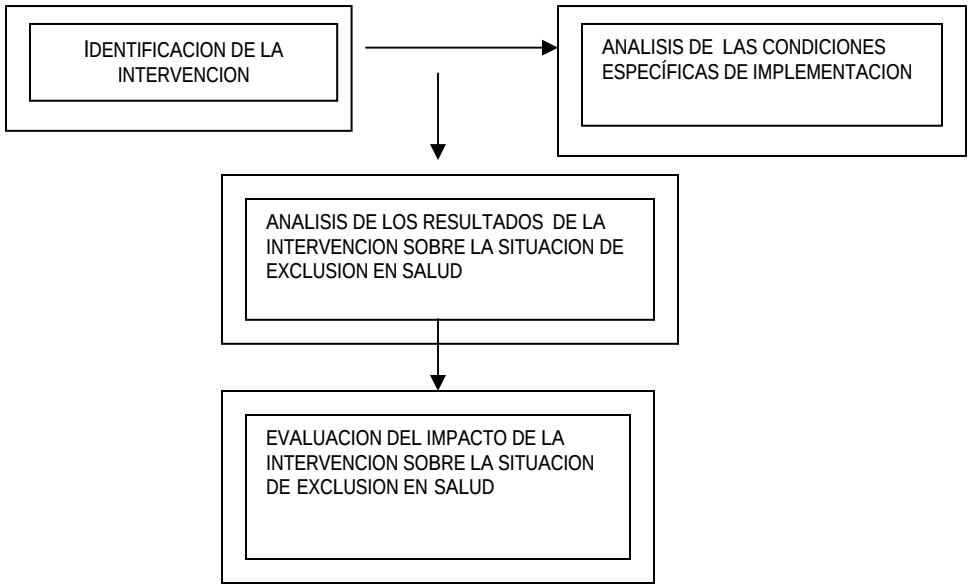
Cuadro 13
Evaluación de intervenciones realizadas a través de análisis de contenido

Evaluación de intervenciones realizadas: análisis de contenido			
Análisis de coherencia interna	coherencia	sí	no
	Entre objetivo declarado y resultados esperados		
	Entre objetivo declarado y metas establecidas		
	Entre metas y actividades realizadas		
Análisis de coherencia externa	Entre objetivo declarado y resultados obtenidos		
	Entre resultados esperados y resultados obtenidos		
	Entre el diseño y aplicación de la intervención y las condiciones específicas de implementación (contexto político-social-económico-demográfico-epidemiológico)		
	La estrategia implementada era la correcta para resolver la situación de exclusión existente (existencia o no de error tipo III)		

Fuente: Elaboración propia

La figura 7 resume los pasos del análisis de intervenciones efectuadas en función de su impacto sobre la situación de exclusión en salud.

Figura 7
Análisis de intervenciones realizadas de acuerdo a su impacto sobre la exclusión en salud



Fuente: Elaboración propia

Fuentes de información a utilizar

Fuentes secundarias con información estadística, disponible en la red de los organismos internacionales y nacionales: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Agencias de las Naciones Unidas, Banco Mundial, Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud de ALC (LACRSS), Banco Central, Instituto Nacional de Estadísticas y

otros organismos similares. Estudios de exclusión en salud, Informe de Desarrollo Humano, Informes de evaluación de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

3.2.2 Análisis prospectivo de intervenciones: identificación del mejor conjunto de opciones para un contexto determinado

La definición de las intervenciones más adecuadas de extensión de la protección social en salud en cada caso dependerá de las características particulares del país/unidad subnacional en un periodo de tiempo determinado. Por lo tanto, se trata de identificar el mejor conjunto posible de opciones dadas ciertas condiciones estructurales y coyunturales específicas que es necesario conocer. La caracterización de la situación de exclusión en salud y el análisis de las intervenciones implementadas en el pasado son instrumentos poderosos en el proceso de identificar el mejor conjunto posible de opciones a aplicar. Sin embargo, se requiere de elementos adicionales de análisis que en conjunto, permitirán descartar las opciones no viables para el futuro inmediato.

El cuadro 14 muestra una sistematización de los pasos a seguir para identificar y seleccionar el mejor conjunto de opciones de EPSS a implementar. Cada paso se analizará en detalle a continuación.

Cuadro 14

Pasos para la selección del mejor conjunto de opciones

3.2.2.1 Obtener un diagnóstico de la situación actual de exclusión en salud en el país

3.2.2.2 Priorizar las causas de exclusión en salud que deben ser abordadas de acuerdo al diagnóstico

3.2.2.3 Analizar las principales intervenciones de EPSS implementadas previamente, conocer qué ocurrió con ellas, si fueron o no exitosas en extender la protección en salud y reducir la exclusión y por qué, a través de un análisis de contenido y coherencia de las intervenciones pasadas

3.2.2.4 Identificar las intervenciones de EPSS que respondan a las causas de exclusión en salud priorizadas y que mejor se adapten al contexto político, social, económico, epidemiológico y demográfico actual del país y a las condiciones en las cuales se encuentra el sistema de salud

3.2.2.5 Del listado de intervenciones identificadas, priorizar aquéllas que pueden tener un mayor impacto en los resultados de la exclusión en salud en el corto y mediano plazo, de acuerdo su la viabilidad técnica y financiera. Es importante recordar que las manifestaciones de la exclusión pueden abordarse a través de múltiples intervenciones y que muchas de ellas se pueden aplicar paralelamente según los resultados de los estudios de viabilidad. Las intervenciones pueden estar dentro o fuera del ámbito del sector salud

3.2.2.6 Evaluar la factibilidad política de las estrategias seleccionadas a través de un Análisis de Actores

Fuente: Elaboración propia

3.2.2.1 Obtener un diagnóstico de la situación actual de exclusión en salud en el país

Idealmente, la selección de la mejor opción o conjunto de opciones para reducir la exclusión en salud debería estar basada en un estudio en la cual se haya determinado la condición actual de exclusión en salud del país/territorio en cuestión. Sin embargo, la ausencia de este estudio no debería constituir un impedimento para iniciar acciones que permitan la selección de las mejores opciones a implementar. En este sentido, se pueden presentar tres situaciones posibles, para cada una de las cuales se plantea un abordaje distinto:

i. Se dispone del estudio, el cual se utiliza para conocer y priorizar las causas de exclusión en salud que la intervención seleccionada de EPSS intentará reducir o eliminar

ii. No se dispone de estudio, pero se dispone de información que podría contribuir a obtener un panorama de la situación de exclusión en salud. En este caso se utiliza la información disponible para aproximarse a los resultados de un estudio de exclusión. Se recomienda utilizar la información proveniente de los siguientes indicadores:

   a. Demanda asistida
   b. Causas de no consulta
   c. Gasto de bolsillo por quintiles/deciles de ingreso de la población, como porcentaje del gasto total en salud
   d. Porcentaje de la población que vive bajo la línea de pobreza
   e. Porcentaje de la población que vive a más de 30 minutos o una hora del centro de salud más cercano
   f. Porcentaje de la población cubierta por algún seguro de salud (público/seguridad social/privados), por quintiles/deciles de ingreso

iii. No se dispone de estudio y tampoco existe información cuantitativa fidedigna o suficiente. En este caso se debe recurrir a técnicas cualitativas para levantar información que permita tener una visión aproximada de la situación de exclusión en salud y de las necesidades de protección en salud. Se recomienda utilizar tres técnicas cualitativas:

   - Entrevista a informantes clave
   - Consulta a panel de expertos
   - Grupos focales

El producto esperado de este análisis es la identificación de las principales causas de exclusión, las cuales deberán ser sometidas a continuación a un proceso de priorización.

3.2.2.2 Priorizar las causas de la exclusión en salud a abordar

La priorización de las causas de exclusión se deberá realizar tomando como parámetro fundamental el grado de exclusión que generan. En este contexto, la herramienta ideal de priorización es el índice de exclusión, que se obtiene a partir de la medición de la exclusión y que se describe con detalle en el módulo 1 de esta Guía. Si se cuenta con el índice de exclusión, las

variables de exclusión a abordar serán aquéllas cuyo peso relativo en el índice de exclusión –expresado en porcentaje- es mayor. Por ejemplo, si en un país dado el índice de exclusión está formado en un 45% por barreras de entrada y en un 55% por causas internas al sistema de salud y de éstas últimas un 60% corresponde a problemas de suministro de servicios (atención institucional del parto, cumplimiento del programa de vacunación, controles prenatales, etc.) resulta evidente que las causas de exclusión a priorizar serán aquellas relacionadas con el suministro de servicios de salud y por lo tanto las estrategias anti-exclusión deberán orientarse a mejorar la provisión de estos servicios. En cambio, si el índice de exclusión en salud está formado en un 63% por barreras de entrada y de éstas el 70% es la barrera económica, es claro que ésta es la causa de exclusión a priorizar y por lo tanto las estrategias de extensión de la protección en salud deberán estar destinadas a eliminar al barrera económica.

Si no se cuenta con el índice de exclusión pero sí se ha identificado un grupo de factores que parecen estar relacionados con la situación de exclusión en salud, es necesario hacer un ejercicio cualitativo de priorización, de acuerdo a aquellos factores que parezcan tener mayor impacto sobre la situación de exclusión. En este caso, la priorización será menos exacta.

En ambos casos, puede haber más de una causa/factor calificado con el mismo nivel de prioridad y la decisión de abordarlos simultáneamente dependerá de la evaluación de la factibilidad técnica, política y financiera.

Fuentes de información a utilizar

Perfil del sistema de salud. Análisis sectorial de salud. Bases de datos con información estadística disponible en la red de los organismos internacionales y nacionales: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial, Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud de ALC (LACRSS), Banco Central, Instituto Nacional de Estadísticas y otros organismos similares.

3.2.2.3 Analizar las principales intervenciones de EPSS implementadas previamente

Este punto se trató con detalle en la sección 2.1. “Análisis de intervenciones de EPSS ya realizadas” de este módulo.

3.2.2.4 Identificar las intervenciones que respondan a las causas de exclusión en salud priorizadas y que mejor se adapten al contexto político, social, económico, epidemiológico y demográfico actual del país y a las condiciones en las cuales se encuentra el sistema de salud

La identificación de las mejores opciones de EPSS plantea un abordaje necesariamente multisectorial y multidisciplinario y permite sumar diversas modalidades de intervención en los ámbitos económico y de políticas sociales, de modo que las acciones desarrolladas sean congruentes y se refuercen entre ellas. Una sistematización de los pasos que se consideran esenciales para la identificación de intervenciones de EPSS se describe en el cuadro 15.

Cuadro 15
Pasos a seguir en la identificación de opciones de EPSS

1. Análisis de la pertinencia de cada intervención en función a la situación de exclusión en salud considerando sus causas, magnitud y ubicación territorial.
2. Análisis de consistencia entre cada intervención y el contexto específico -condiciones estructurales y coyunturales-
3. Identificación de la pertinencia técnica, sostenibilidad financiera y capacidad de movilización de recursos de cada intervención
4. Identificación de la viabilidad política de cada opción y de su capacidad de generar plataforma socio-política de sustentación
5. Identificación del ámbito de aplicación de cada intervención. Para estos fines, se definen tres ámbitos:
   a. Abogacía (promoción de derechos en salud, recolección y diseminación de información, etc.)
   b. Mecanismos que permiten/promueven la participación social en el funcionamiento del sistema
   c. Mecanismos que hacen efectivo el acceso (cambios en el modelo de atención; incentivos económicos; cambios en el marco regulatorio, etc.)
6. Análisis del grado de coherencia entre cada intervención y las políticas sociales, económicas y de salud vigentes
7. Obtención de un listado con las intervenciones más adecuadas para el contexto específico

Fuente: Adaptado de Levcovitz E., Acuña C. "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud" 2003; 2 (5):30

3.2.2.5 Del listado de intervenciones identificadas, priorizar aquéllas que pueden tener un mayor impacto en los resultados de la exclusión en salud en el corto y mediano plazo de acuerdo su la viabilidad técnica y financiera

Con el fin de definir qué intervenciones se van a implementar finalmente, es necesario realizar un ejercicio de priorización dentro de las opciones ya identificadas como las más adecuadas. Para ello se recomienda seguir los pasos planteados en el cuadro 16.

Cuadro 16
Pasos a seguir para la priorización de opciones de EPSS

1. Análisis del grado de coherencia al interior del conjunto de intervenciones seleccionadas: identificación de la existencia de sinergia-neutralidad-antagonismo y compatibilidad en el tiempo entre las diversas opciones
2. Identificación de las capacidades institucionales, organizacionales y humanas disponibles y de su coherencia con las capacidades requeridas para implementar cada intervención
3. Priorización de cada intervención en función de las restricciones políticas-económicas-financieras actuales y previstas para el corto y mediano plazo y en función del poder movilizador de la propia opción para superar esas restricciones
4. Obtención del mejor conjunto posible de opciones de EPSS para las condiciones específicas dadas

Fuente: Adaptado de Levcovitz E., Acuña C. "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud" 2003; 2 (5):30

3.2.2.6. Evaluar la factibilidad política de las intervenciones seleccionadas a través de un análisis de actores

La experiencia demuestra que el éxito de los procesos de cambio en salud depende fuertemente del apoyo de grupos sociales organizados mayoritarios o dominantes tanto del sector salud como de la comunidad donde se producen y que su sostenibilidad en el tiempo depende del grado de aceptabilidad que logren estos procesos entre los directamente afectados por ellos. De lo anterior se desprende que para comprender la evolución de las intervenciones aplicadas, es fundamental

identificar a las personas y los grupos que participaron en su proceso de definición e implementación. El análisis de actores debería formar parte cotidiana del análisis, formulación y diseño de estrategias en salud.

Para fines de esta guía, se definirá ACTOR como todo individuo o grupo de individuos –organizados o no en instituciones u otras entidades de carácter colectivo- que se ven afectados de alguna manera por la intervención a aplicar y por lo tanto tienen intereses respecto de esa intervención, ya sea que expresen o no dichos intereses. Los actores no son objetos pasivos, sino participantes activos que interactúan y negocian con otros actores.

Existen diversas metodologías para hacer análisis estratégico de actores[29]. Independientemente de cual se escoja, los pasos básicos a seguir son los que se encuentran resumidos en el cuadro 17.

Cuadro 17. Elementos básicos para el análisis de actores

Fase	Objetivo
i. Identificación de actores	Identificar a los actores afectados directa o indirectamente por los cambios de reglas, incentivos y flujos futuros de costos y beneficios económicos que implica la intervención
ii.a Análisis estratégico de actores: grado de poder	Analizar la capacidad de movilización social y de recursos de los actores en relación a la implementación de la intervención
ii.b Análisis estratégico de actores: posición	Analizar la posición de los actores en relación con la estrategia: a favor-neutral-en contra, de acuerdo a los costos y beneficios que la intervención les acarrea y a la compatibilidad de los objetivos de la intervención con sus intereses, motivaciones y aspiraciones
ii.c Análisis estratégico de actores: alianzas y conflictos	Analizar las relaciones entre actores, sus grados de alianza y conflictos, las relaciones de fuerza entre ellos y la formación de coaliciones en torno a la intervención o a otros intereses comunes que puedan afectar la intervención
iii. Mapa de actores	Construir una matriz con la información acerca de los actores: quienes son, su grado de poder, su posición en relación a la estrategia y las posibles oportunidades y amenazas que esto implica para el desarrollo de la intervención

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

Cada paso del análisis de actores será explicado con detalle a continuación.

i. Identificación de actores

Objetivo

Identificar a los grupos o individuos que se ven afectados por la aplicación de la intervención (quiénes y cuántos), es decir, todos aquéllos que se ven tocados directa o indirectamente por los cambios en las

[29] Para una presentación detallada de análisis de actores, ver: *"Stakeholder analysis guidelines/SAG* "(toolkit) elaborado como parte del proyecto "Partnership for Health reform project-PHR, 2000, Abt. Associates Inc., en "Strengthening Health policy reform in Latin America: an introduction to the toolkit and the policy process" Capítulo 1: Stakeholder analysis guidelines/SAG (Toolkit) Bethesda, MD. Mimeo, y en www.phrprojet.com ; 3) "Policymaker", software desarrollado por Reich y Cooper, de la Universidad de Harvard, 1996. 4) *"Creating futures. Scenario planning as a strategic management tool"* de Michael Godet. Economica, 2001.

reglas, incentivos y flujos futuros de costos y beneficios asociados a esa intervención. Se parte del supuesto de que la formulación y puesta en marcha de una intervención para la reducción de la exclusión en salud implica cambios estructurales e institucionales que afectan las reglas bajo las cuales los distintos actores han estado operando hasta la fecha, introduce cambios en los incentivos a los que los actores se encuentran sometidos y modifica la distribución de flujos futuros de costos y beneficios entre distintos grupos de la sociedad, generando variaciones en sus flujos de ingresos o egresos, en su poder político e influencia en la toma de decisiones, así como en su prestigio e imagen.

Cuadro 18.
Preguntas sugeridas para iniciar el proceso de identificación de actores

1. ¿La intervención para la reducción de la exclusión en salud es liderada por el Estado o es una iniciativa independiente?
2. ¿La intervención involucra a sectores diferentes al de Salud? ¿Participan sectores de infraestructura, educación, agricultura, otros?
3. ¿La intervención es producto de una acción de consenso entre varios actores involucrados o está definida por una autoridad central?
4. ¿La intervención está producto de una iniciativa propia del país o se enmarca dentro un acuerdo con organismos bi o multilaterales de cooperación técnica o financiera?
5. ¿La intervención se enmarca dentro del arreglo institucional vigente o pretende cambiarlo?
6. ¿Está la intervención orientada a producir cambios en la situación laboral y/o salarial de algún actor?
7. ¿Está la intervención orientada a producir cambios en la modalidad de compra y/o establecimiento de precios y/o contratos de bienes y/o servicios al interior del sistema de salud?
8. ¿Está la intervención orientada a producir cambios en la situación de ventaja o poder de algún(os) actor(es)? ¿De cuál(es)?
9. ¿Es la intervención analizada la única opción para superar el problema de exclusión existente? ¿Existen otras opciones? Si existen otras opciones, ¿Participan los mismos actores o son diferentes?
10. ¿Quién o quienes financian la estrategia?
11. ¿Cuál es el papel de los organismos internacionales de cooperación técnica y financiera?
12. ¿Se consideró la opinión de los afectados para plantear la intervención? ¿Cómo se hizo?

Fuente: Adaptado de Jaén y Paravisini 2000, páginas 17 y 18

Lista sugerida de actores[30]

Esta lista pretende ser una referencia para apoyar al equipo que realiza el análisis considere todos los posibles actores y, por ende, no busca ser exhaustiva. Es importante señalar que mientras más precisión y especificidad se logre en la denominación de los actores más certero será el análisis.

[30] Este cuadro es una adaptación de: "*Table 4.1. Principal actors in the health system*", page 34. En: PAHO-WHO, 1998.

1. Sector Público:

- Gobierno Central: Presidencia de la República, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Fuerzas Armadas, otros organismos del Estado: Comisión de Política del Estado; Ministerio de Planificación; Ministerio de Economía y Finanzas; Ministerio de Obras Públicas; Ministerio del Trabajo; Secretaría de la Presidencia; Congreso de la República, Gabinete Social, Consejos Nacionales de Salud o similares, Instituciones de Seguridad Social
- Nivel Intermedio de Gobierno (nivel subnacional: estados o provincias),
- Gobiernos locales (Municipales, distritales o similares.),
- Unidades Coordinadoras de los préstamos multilaterales,
- Universidades e Institutos de Educación Superior Públicos,
- Otras instituciones del sistema de salud y para la promoción de la salud

2. Sector Privado:

- Aseguradoras nacionales e internacionales con fines de lucro y sin fines de lucro
- Prestadores de servicios con fines de lucro y sin fines de lucro
- Proveedores de insumos
- Empresas de tecnología en salud (equipos y medicamentos)

3. Sociedad civil organizada:

- Sociedad civil organizada en el sector salud: Gremios, Asociaciones de trabajadores – Sindicatos, Asociaciones Profesionales, ONGs en salud, Comités o consejos de salud, asociaciones de pacientes, grupos de auto-cuidado, Grupos comunitarios de salud, asociaciones de usuarios
- Sociedad civil organizada en general: Asociaciones o grupos de vecinos, partidos políticos, Asociaciones Comerciales, Cámaras de Empresarios, Cámara de Industriales, Universidades e Institutos de Educación Superior Privados, Iglesia y medios de comunicación
- Sociedad civil no organizada: público en general

4. Agencias y organismos de cooperación internacional bi y multilateral:

- Financieros: Agencias de Cooperación Internacional Financiera - Banca multilateral (Banco Interamericano de Desarrollo BID, Banco Mundial BM) y otros;
- Técnicos: Agencias y Organismos de Cooperación Internacional técnica (Organización de las Naciones Unidas ONU, Organización Panamericana de la Salud OPS, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFP, entre otros) y agencias bilaterales y multilaterales de asistencia técnica

¿Cómo comenzar?

1. Se sugiere reunir a grupos de expertos, informantes clave y personas de las instituciones del sector salud y otros sectores involucrados –lo más diverso y representativo para lograr una perspectiva global – que conozcan la intervención.
2. Realizar preguntas destinadas a identificar a los actores; en el cuadro 8 se sugiere un listado de preguntas que puede servir como punto de partida. Anotar todos los posibles

individuos y grupos que se verán afectados por la intervención para la reducción de la exclusión en salud.

3. Recordar que este paso tiene como finalidad explorar todos los actores posibles en relación con la intervención; la priorización y eliminación de dichos actores se harán en las próximas fases del análisis.

Cuadro 19.
Preguntas sugeridas para la identificación de los actores

1. ¿Cuáles son los actores que tienen liderazgo (la voluntad de iniciar, convocar o liderar una acción en pos o en contra de la estrategia)?
2. ¿Cuáles son los actores que están siendo afectados directa o indirectamente por la estrategia y los mecanismos para la reducción de la exclusión en salud?
3. ¿Qué actores tienen capacidad para hacer alianzas o coaliciones?
4. ¿Qué actores ven afectados su poder político o su capacidad para influir en la toma de decisiones?
5. ¿Qué actores se ven afectados en su prestigio e imagen como resultado de la estrategia y mecanismos de acción?
6. ¿Quiénes manejan importantes recursos económicos?
7. ¿Quiénes tienen capacidad para movilizar recursos económicos?
8. ¿Qué actores ven afectados sus flujos de ingresos o egresos económicos como consecuencia de la estrategia?

Cuadro 20.
Hoja de identificación de actores

Intervención: (nombre) _____

Actores				
Sector Público	Sector privado	Sociedad civil organizada	Sociedad civil no organizada (opinión pública)	Agencias y organismos de cooperación bilateral y multinacional

Fuente: elaboración propia

ii. Análisis estratégico de actores

El objetivo del análisis estratégico es analizar la posición de los actores identificados con relación a la intervención así como su poder o capacidad de acción relativa. Para ello es necesario identificar los costos y beneficios que la intervención tiene para cada actor evaluar si el balance de los costos y beneficios es positivo o negativo. Ello permite identificar la posición de cada actor ante la intervención (a favor, en contra, indiferente). Además, es necesario analizar las características de cada uno de los actores en términos de su tamaño o representatividad, grado de organización,

capacidad de movilización de recursos, recursos propios disponibles, peso político y cantidad de información que poseen, con el fin de determinar el nivel de oposición o apoyo que pueden ofrecer a la introducción y aplicación de la estrategia. Como paso previo al análisis estratégico, se recomienda evaluar el nivel de conocimiento que sobre la intervención tienen los actores más relevantes, con el fin de identificar a aquellos que podrían oponerse por desconocimiento o problemas de comunicación[31].

El análisis estratégico de actores tiene tres componentes: Análisis de la capacidad de acción de los actores –es decir, de su grado de poder-; análisis de la posición de los actores respecto de la intervención; y análisis de las relaciones entre los actores, es decir, de sus alianzas y conflictos

ii.a Análisis de la capacidad de acción de los actores: grado de poder

En el análisis de la capacidad de acción de los actores, es necesario considerar los siguientes aspectos:

- ✓ Características y cuantía de los costos de influir en la intervención: los costos de influir para cada uno de los actores están asociados a los beneficios que dejan de percibir por dedicarle recursos a apoyar o poner obstáculos a la intervención. Estos costos están asociados a diversos factores:
    - El poder formal del actor para ejercer influencia, es decir, las facultades que le confieren las leyes, las posiciones que ocupe en instancias de toma de decisiones, el rol que juega dentro del diseño y puesta en marcha de la intervención: mientras mayor poder formal, menores son los costos de influir
    - Si el costo total de ejercer influencia es muy alto, entonces sólo grupos grandes o con muchos recursos pueden enfrentar la acción colectiva, ya que mientras mayor es el número de integrantes, menor es el costo individual de influir
    - Organizarse tiene un costo: mientras mayor sea el grado de institucionalización del actor colectivo, menores serán los costos de realizar la acción grupal. Si no hay organización previa, mientras más grande sea el grupo, mayores son los costos de organización.
- ✓ Características y tamaño de los beneficios/costos individuales para cada integrante del grupo una vez implementada la intervención. Estos pueden ser de tres tipos:
    - Si el beneficio/costo total para el actor de la consecución de los objetivos de la intervención tiene un tamaño fijo para todo el colectivo que conforma el actor, mientras más grande sea el grupo, menores serán los beneficios/costos individuales para cada uno de sus integrantes (por ejemplo: la repartición entre varias empresas de los beneficios en el mercado de aseguramiento).

[31] Adaptado de Abt Associates Inc, PHR, 2000.

- Si los beneficios/costos no tienen un tamaño fijo y son individuales (por ejemplo, el cambio del porcentaje a pagar por cada individuo en forma de co-pagos), el número de personas que conforma el actor colectivo es irrelevante.
- Si los beneficios/costos tienen un tamaño fijo y son individuales (por ejemplo, el monto a recibir en un fondo cooperativo donde no existen beneficios diferenciados por ingreso sino por número de cargas familiares), mientras más grande sea el grupo, mayores serán los beneficios para cada uno de sus integrantes.

En síntesis, los factores que afectan la capacidad de acción de los actores para apoyar u oponer la intervención destinada a la reducción de la exclusión en salud son:

1. Tamaño del actor colectivo
2. Poder político:
   - Influencia y/o peso en la toma de decisiones
   - Liderazgo: condición de líder en el sector
   - Capacidad del actor para hacer alianzas
3. Poder técnico:
   - Prestigio e imagen
   - Manejo y control de medios de comunicación e información
4. Poder administrativo:
   - Rango o posición en el sector público
5. Poder financiero:
   - Monto de recursos que maneja
   - Habilidad para movilizar esos recursos
6. Características de los costos y ganancias para el grupo: es decir, como varía la relación costo-beneficio si se considera al grupo como un todo y a los individuos del grupo por separado. Cuál es el tamaño mínimo del grupo que puede decidir actuar.
7. El que un grupo lleve a cabo acción alguna depende de que los beneficios individuales de sus miembros superen los costos individuales en los que tienen que incurrir para llevar a cabo la acción de apoyo u oposición.
8. Mientras mayor sea el beneficio o el costo para un actor involucrado en la estrategia, mayores recursos estará dispuesto a aportar para apoyarla u oponerla, respectivamente. Los recursos aportados deberán ser proporcionales a la capacidad de afectar el resultado.

Fuente: Elaboración propia

¿Cómo comenzar?

Establecer cuáles serán los criterios a través de los cuales se estimará la capacidad de acción de los actores. Se propone asignar un valor (alto-medio-bajo) a los criterios de capacidad de acción definidos y finalmente llegar a un consenso respecto de la capacidad de acción de cada actor. El

objetivo de este paso es identificar a los actores de acuerdo a su poder para actuar sobre la intervención.

Forma de presentación de la información

Para sintetizar la información relativa a la capacidad de acción de los actores, se sugiere utilizar una matriz como la presentada en el cuadro 21.

Cuadro 21.
Capacidad de acción de los actores

Intervención: _____

Criterios para evaluar la capacidad de acción	Actor 1	Actor 2	Actor 3	Actor N
¿Cuál es el poder que le confieren las leyes al actor? (alto, medio, o bajo)				
¿El actor ejerce un liderazgo en la aplicación de la intervención? (Sí , No)				
¿Cuál es el tamaño del actor? (grande, mediano, pequeño)				
¿Cuál es el grado de organización del actor? (alto, medio, bajo)				
¿A qué nivel de toma de decisión se sitúa el cargo del actor? (alto, medio, bajo)				
¿El actor tiene poder de veto en las decisiones? (Sí, No)				
¿El actor tiene la potestad para determinar la agenda de los procesos de decisión? (Sí, No)				
¿Qué rol tiene el actor en el sector salud y con base en esto qué importancia tiene el rol del actor en la intervención? (Clave, mediano, bajo)?				
¿Cuál es la habilidad que tiene el actor para movilizar los recursos económicos para incidir sobre la intervención? (Alta, media o baja)				
¿Cuál es el monto de los recursos económicos con los que cuenta el actor? (Alto, medio o bajo)				
¿Cuál es el tamaño de los beneficios o de los costos individuales para cada integrante del actor colectivo si es que se implementa la intervención? (beneficios/costos altos, medios o bajos)				
¿Cuál es la capacidad del actor para hacer alianzas? (Alta, media o baja)				
¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor en la sociedad? (Alto, medio o bajo)				
¿Tiene el actor control de información y de los medios de comunicación? (Sí o No)				
Balance general de cada actor: ¿Cuál es la capacidad de cada actor para actuar sobre la intervención, ya sea a favor o en contra? *				

* Para estimar el balance general de la capacidad de acción de cada actor, se sugiere obtener la mediana de los valores asignados arbitrariamente a cada criterio.

Fuente: Elaboración propia

Se puede complementar el análisis con las siguientes preguntas sugeridas:

1. ¿Cuál es la capacidad de cada uno de los actores que participan para afectar los resultados de la intervención, a favor o en contra?
2. ¿Está el actor dispuesto a ejercer la capacidad de acción identificada? ¿Cuáles son sus motivaciones reales? ¿Le impide alguna circunstancia ejecutar estas motivaciones? ¿Es dicha circunstancia temporal o de largo plazo?

ii.b Análisis de la capacidad de acción de los actores: posición

Para determinar la posición en la cual se encuentran los actores en relación a la intervención planteada, se requiere realizar un análisis del costo-beneficio que la intervención tiene para ellos.

¿Cómo comenzar?

Se sugiere reunir a un grupo de expertos con la finalidad de identificar los costos y beneficios que la intervención acarrea para los actores. Cuando no se disponga información al respecto en el grupo de trabajo, se recomienda utilizar técnicas de investigación cualitativas. Si es un actor individual se recomienda la entrevista y si es un grupo, el *focus group*.

Preguntas sugeridas

1. ¿Posee el actor la información necesaria para tomar una decisión acerca de la intervención, es decir, conoce los costos y beneficios que la intervención le puede acarrear?
2. ¿Son los beneficios de aplicar la intervención, mayores que los costos para el actor?
3. ¿Son los costos de aplicar la intervención, mayores que los beneficios para el actor?
4. Los efectos de la aplicación de la intervención ¿son iguales o diferentes para los distintos grupos que conforman el actor colectivo?
5. Los efectos del logro de la estrategia, ¿son los mismos para los actores individuales y colectivos?
6. ¿Se han identificado actores con alta o media capacidad de acción que no se ven afectados por implementación de la intervención?
7. Los beneficios/costos inciertos para el actor, ¿son mayores que los beneficios/costos ineludibles?
8. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas que tiene la implementación de la intervención tanto en los actores como en las organizaciones donde trabaja o los sectores que representan?

Fuente: Elaboración propia

Forma de presentación de la información

Se sugiere llenar la matriz que aparece en el cuadro 22 con la finalidad de tener un panorama de la posición de los actores respecto de la aplicación de la intervención.

Cuadro 22: Evaluación de costos y beneficios: posición de los actores

	Actores				
	Actor 1	Actor 2	Actor 3	Actor 4	Actor 5
Beneficios					
Costos					
No lo afecta					
Balance neto: Posición de los actores					
Algo a favor					
Indefinido					
Algo en contra					
Muy en contra					

Fuente: Elaboración propia

ii.c Análisis de las relaciones entre los actores: alianzas y conflictos

Este paso tiene como objetivo analizar las relaciones entre los actores, sus grados de alianza y conflicto y su posibilidad de formar coaliciones en torno a la intervención o a otros intereses comunes que puedan afectar la intervención. Para ello se sugiere comenzar con un conjunto de preguntas y luego construir una matriz como la propuesta en el cuadro 23, completando las celdas respectivas con los nombres de los actores correspondientes.

Preguntas sugeridas

1. ¿Existe alguna relación entre los actores que están a favor de la intervención?
2. Si es que existe relación, ¿Es esta relación antagónica –son adversarios-, sinérgica –son aliados- o neutra?
3. Si no existe relación en el presente, ¿es posible que puedan aliarse?
4. ¿Existe alguna relación entre los actores que están en contra de la intervención?
5. Si es que existe relación, ¿Es esta relación antagónica –son adversarios-, sinérgica –son aliados- o neutra?
6. Si no existe relación en el presente, ¿es posible que puedan aliarse?
7. Cuál es la relación entre los actores con mayor grado de poder que están a favor de la intervención y los actores que están indefinidos respecto de la intervención? (aliados-adversarios-neutra)
8. ¿Cuál es la relación entre los actores con mayor grado de poder que están en contra de la intervención y los actores que están indefinidos respecto de la intervención? (aliados-adversarios-neutra)
9. ¿Cuál es el balance de poder entre los actores que están a favor, en contra, o son neutros respecto de la intervención?

Cuadro 23. Relaciones entre los actores

Posición	Relación					Capacidad de acción
	Aliados	Adversarios	Neutros	Aliados potenciales	Adversarios potenciales	
A favor						
	Actores	Actores	Actores	Actores	Actores	Alta
	Actores	Actores	Actores	Actores	Actores	Mediana
	Actores	Actores	Actores	Actores	Actores	Baja
En contra						
	Actores	Actores	Actores	Actores	Actores	Alta
	Actores	Actores	Actores	Actores	Actores	Mediana
	Actores	Actores	Actores	Actores	Actores	Baja
Indefinidos						
	Actores	Actores	Actores	Actores	Actores	Alta
	Actores	Actores	Actores	Actores	Actores	Mediana
	Actores	Actores	Actores	Actores	Actores	Baja

Fuente: Elaboración propia

iii. Mapeo de los actores y viabilidad política

Tomando como base los resultados obtenidos en el análisis estratégico se construye un mapa de actores, en el cual se cruza la capacidad de acción de los actores con su posición ante la intervención, con la finalidad de evaluar su grado de apoyo u oposición a dicha intervención.

¿Cómo comenzar?

El mapa de actores se elabora organizando la información preparada en los pasos 1 y 2 de forma resumida. Con base en este mapa, es posible identificar el potencial apoyo u oposición y las oportunidades y amenazas que cada actor representa para la intervención, así como el grado de apoyo u oposición de cada actor a la intervención.

Preguntas sugeridas para elaborar el mapa de actores

Preguntas sobre los actores:
1. ¿Cuáles son los actores que tienen alta capacidad de acción y que están muy a favor de la estrategia? 2. ¿Cuáles son los actores que tienen alta capacidad de acción y que están muy en contra de la estrategia? 3. ¿Cuáles son los actores que tienen alta capacidad de acción pero cuya posición respecto de la intervención es neutra o indefinida?
Preguntas sobre las intervenciones:
4. ¿Cuáles son las intervenciones que enfrentan mayor oposición política? 5. ¿Cuáles son las intervenciones que tienen mayor apoyo político? 6. Tomando en cuenta la información recolectada respecto de los actores, ¿Cuáles son las estrategias para la reducción de la exclusión en salud con mayor viabilidad de implementación?

Forma de presentación de la información

Se sugiere llenar la matriz a continuación, donde la celda correspondiente a cada par posición frente a la intervención/capacidad de acción se completa con el nombre de los actores correspondientes.

Cuadro 24. Mapa de actores y viabilidad política

Capacidad de acción	*Posición de los actores frente a la intervención*						
	Apoyan			Indefinidos	Se oponen		
	Muy a favor	*Medianamente a favor*	*Algo a favor*		*Algo en contra*	*Medianamente en contra*	*Muy en contra*
Alta	Actor	Actor	Actor	Actor	Actor	Actor	Actor
Media	Actor	Actor	Actor	Actor	Actor	Actor	Actor
Baja	Actor	Actor	Actor	Actor	Actor	Actor	Actor

Fuente: Elaboración propia

Utilidad del mapa de actores

El resultado final del análisis de actores es el *mapa de actores*, en donde se identifican las oportunidades y amenazas que cada actor representa para la intervención en diferentes momentos del proceso, según cuando se realice el análisis.

Se deben realizar tantos mapas de actores como intervenciones se hayan identificado en diferentes momentos del proceso. Esta comparación entre el mapeo de actores de distintas intervenciones para la reducción de la exclusión en salud y en distintos momentos, permite una aproximación a la viabilidad de cada intervención en determinadas condiciones económicas y sociales. De este análisis surgen las primeras decisiones en cuanto a qué estrategias y mecanismos poner en práctica para mantener o movilizar a los actores que están a favor de la intervención y cómo convencer o neutralizar a aquéllos que están en contra de ella.

¿Qué hacer si el mapa de actores muestra un balance que se inclina en contra de la estrategia?

La viabilidad de la intervención será mayor mientras mayor sea el balance de actores con alta y mediana capacidad que son favorables a la aplicación de la intervención; por el contrario, la viabilidad de la intervención será menor si el balance de actores con alta capacidad de acción se inclina en contra de su aplicación. En este último caso se puede intentar incrementar la viabilidad de la intervención, dependiendo del costo de colocar el balance a favor.

Para incrementar la viabilidad de una intervención actuando sobre los actores, se debe recurrir a una *estrategia de gestión del cambio.* Las estrategias de gestión del cambio son aquellas orientadas a modificar las relaciones de poder y el posicionamiento de los actores frente a una intervención. Su objetivo es mantener y reforzar a los actores con alta y mediana capacidad de acción y que están muy a favor o a favor de la estrategia y movilizar a los actores en el mapa especialmente: 1) hacia el cuadrante superior de la izquierda (actores influyentes y muy a favor de la estrategia), o 2) lejos del cuadrante superior de la derecha (actores influyentes y muy en contra de la estrategia), a través de mecanismos destinados a incidir sobre la capacidad de acción y la posición de cada actor.

Se sugiere realizar una lista de estrategias de gestión del cambio e identificar a los actores sobre los cuales se desea actuar con cada una de ellas. Entre las estrategias de gestión del cambio que pudieran implementarse, se pueden mencionar[32]:

1. *Para incidir sobre la capacidad de acción de los actores*

   - Identificar y consolidar un equipo de alto desempeño que asuma el liderazgo de la intervención
   - Fortalecer el liderazgo de quienes están a favor de la intervención, dotándolos de recursos financieros y materiales y de capacitación técnica.
   - Fomentar las alianzas entre los actores que tienen una posición favorable a la intervención, independientemente de su capacidad de acción.

[32] Adaptación de Jaén, M.H. (2002). "Lineamientos para la realización de un análisis estratégico de los actores de un proyecto de cambio. Documento mimeografiado. IESA.

- Lograr un acercamiento a los líderes políticos de los que apoyan la intervención, a través de una estrategia de lobby o cabildeo
- Proveer recursos para la aplicación de la intervención
- Fomentar el acceso a los medios de comunicación de quienes apoyan la aplicación de la intervención
- Difundir públicamente información acerca de los beneficios de la intervención

2. *Para cambiar la posición de los actores*

- Hacer lobby, diseminar información y generar consensos para movilizar a los actores a favor de la intervención
- Informar, comunicar y persuadir: invertir recursos en informar a los actores que no se encuentren movilizados o se oponen a la intervención, mostrándoles los beneficios potenciales que la intervención implica para ellos
- Negociar los beneficios y los costos: si los costos que la intervención impone a sus posibles detractores pueden ser disminuidos o postergados, o los beneficios pueden ser aumentados o adelantados, es posible que la oposición de los actores disminuya. Adicionalmente, el poder de los actores que están a favor de la intervención pero tienen baja capacidad de acción puede ser incrementado si se disminuyen los costos de organización que enfrentan.
- Modificar los riesgos o incertidumbres: si algunos actores no están considerando los beneficios que la intervención les proporciona porque están muy lejanos en el tiempo o son muy inciertos, asegurar estos beneficios mediante acuerdos explícitos que los garanticen puede incrementar el apoyo de estos actores a la aplicación de la intervención.
- Construir un discurso público respecto de la intervención, asociándola a alguna de las necesidades percibidas como más urgentes por la opinión pública
- Atraer a líderes políticos y sociales hacia los objetivos de la intervención.

Preguntas sugeridas para definir la(s) estrategia(s) de cambio

1. ¿Cómo se puede aminorar la capacidad de acción de quienes se oponen a la intervención?
2. ¿Cómo se puede movilizar a los grupos a favor de la intervención pero que tienen poca capacidad de acción?
3. ¿Cómo se puede lograr que los actores neutros o indefinidos apoyen la intervención?
4. ¿Cuáles son las acciones que se deben poner en marcha para fortalecer la capacidad de acción o el poder de los que apoyan la intervención y disminuir la capacidad de acción o debilitar a los que se oponen?
5. ¿Qué acciones se deben emprender para fortalecer la posición de quienes están a favor de la intervención y cambiar la posición de los actores que están en contra o que tienen una posición indeterminada?
6. ¿Quién es el líder con mayor poder entre los actores que están muy a favor de la intervención?
7. A nivel político general, ¿qué líder clave o importante puede impulsar la intervención?
8. ¿Qué actores deben recibir entrenamiento en manejo político, mediación de conflictos y logro de consensos?
9. ¿Cuántos recursos financieros se requieren para apoyar la difusión de información e implementación de la intervención?
10. ¿Cuáles son los beneficios potenciales de la intervención que no han sido considerados por los actores no movilizados o que se oponen y que podrían cambiar su posición frente a la misma?

11. ¿Qué acciones se deben poner en marcha para disminuir o postergar los costos y aumentar los beneficios de la intervención para los detractores?
12. ¿Qué acuerdos explícitos se pueden formular para que los actores que ven los beneficios como muy lejanos en el tiempo o muy inciertos los perciban como seguros y posibles?

Es muy importante hacer un seguimiento de los movimientos de los actores en relación con el proceso de puesta en marcha de las intervenciones para reducir la exclusión en salud, de manera tal de ir ajustando las estrategias de gestión del cambio. Este es un proceso dinámico donde los promotores de la intervención deben tener presente que los otros actores están jugando también para movilizar a favor o en contra de sus propuestas[33].

3.3 Relación entre la caracterización de la exclusión en salud y la formulación de intervenciones de EPSS

La importancia de entender el perfil y los determinantes de la exclusión en salud en cada país se ve subrayada por la enorme variación en los indicadores de exclusión y salud en países con niveles similares de desarrollo[34].

En general, en la mayoría de los países no se conoce bien las características y los factores determinantes de exclusión en salud de sus poblaciones, menos aún los vínculos entre diversas intervenciones públicas y sus repercusiones en el acceso y el derecho a la salud. Una buena caracterización de la exclusión en salud permitirá conocer la situación e identificar las intervenciones para extender la protección en salud más pertinentes de acuerdo a las principales causas de exclusión. A partir de ello, se puede realizar una priorización de acuerdo a los recursos disponibles y/o movilizables, a las políticas generales y objetivos sanitarios del país y a las condiciones políticas, sociales y económicas imperantes en un determinado periodo de tiempo.

En el cuadro 25 se puede observar un ejemplo de construcción de una matriz de las causas de exclusión en salud e intervenciones de protección en salud destinadas a resolverlas.

[33] Para obtener herramientas de análisis político en salud, se sugieren las siguientes páginas web: www.phrproject.com, www.msh.com y www.americas.health-sector-reform.org

[34] OPS/OMS–ASDI (2003) "Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe", Serie "Extensión de la protección social en salud" #1, Washington DC. Capítulos 3 y 4, Págs. 25-107.

Cuadro 25

Matriz de asociación entre causas de exclusión en salud e intervenciones para reducirla

Causas de exclusión en salud	Intervenciones para reducir la exclusión en salud
Barreras económicas	1. Gratuidad de los servicios de salud 2. Eliminación del pago directo de bolsillo en los establecimientos de salud y para la compra de medicamentos 3. Extensión de la cobertura del Seguro Social 4. Creación de seguros públicos 5. Promoción de esquemas de medicina prepagada 6. Eliminación de subsidios cruzados de los pobres hacia los otros segmentos de la población 7. Identificación de fuentes alternativas de financiamiento 8. Aumento del gasto público en salud 9. Distribución progresiva del gasto público en salud (en los quintiles más pobres de la población)
Barreras geográficas	1. Ampliación de la cobertura hacia zonas rurales y dispersas 2. Acercamiento de los servicios hacia zonas urbanas de difícil acceso 3. Reorganización de los servicios de salud por territorios en función de las necesidades y condiciones geográficas 4. Fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia 5. Mejora de vías y medios de transporte en zonas de difícil acceso.
Barreras culturales: dadas por origen étnico, género, edad y posición social	1. Incorporación de diversos idiomas en la provisión de servicios 2. Adecuación cultural de los servicios de salud 3. Incorporación de mecanismos antidiscriminatorios en la prestación de servicios de salud
Déficit de infraestructura de servicios de salud o que afectan la salud	1. Fortalecimiento de la atención primaria 2. Adecuación del modelo de atención a las necesidades de la población 3. Mejoría en la asignación territorial de recursos 4. Introducción de programas específicos orientados a la reducción de listas de espera 5. Mejoras en los recursos físicos/equipamiento de los establecimientos de salud 6. Fortalecimiento/entrenamiento/capacitación del personal 7. Instalación de sistemas de saneamiento básico y agua potable
Calidad de la prestación de los servicios	1. Establecimiento de estándares de calidad para la prestación de servicios 2. Mecanismos de acreditación y supervisión de establecimientos, servicios y proveedores 3. Incorporación de conocimiento/prácticas de los programas de salud pública en el fortalecimiento (scaling up) de los servicios de salud
Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de bienes/servicios de salud o que afectan la salud	1. Mejoría de la gestión y asignación de recursos a nivel nacional, subnacional y local 2. Controles de inventario adecuados 3. Adecuado sistema de distribución de medicamentos, insumos y equipamiento 4. Adecuación del stock de medicamentos e insumos a las necesidades reales de la población objetivo 5. Compras por volumen mediante sistemas transparentes 6. Implementación de sistemas adecuados de recolección de basura
Información y reconocimiento de los derechos y responsabilidades ciudadanas a la salud y a la vida	1. Reconocimiento del derecho a la salud en los instrumentos legales 2. Promoción de espacios públicos de información acerca de los derechos de las personas en salud 4. Promoción de espacios de participación de la comunidad en la toma de decisiones de salud y control social sobre la gestión local 5. Acciones intersectoriales para la educación e información en salud 6. Cartas de derechos/responsabilidades en salud

	7. Creación de unidades de reclamo en los establecimientos
Fragmentación y segmentación del sistema	1. Cambio en el marco institucional y/o en la estructura del sistema orientado hacia la unificación 2. Fortalecimiento de la rectoría para todo el sistema, definición de los ámbitos de autoridad y de quién la ejerce 3. Fortalecimiento de mecanismos de coordinación institucional e integración operacional entre los diversos actores que inciden sobre el acceso a la salud 4. Integración funcional de las redes de provisión de servicios de salud 5. Armonización y alineamiento de la cooperación técnica internacional 6. Establecimiento de mecanismos de regulación de las relaciones entre distintas agencias/instituciones del sector en relación con el flujo de usuarios (mecanismos de referencia y contrarreferencia) y la organización de redes funcionales de servicios 7. Planificación y programación integradas 8. Establecimiento de un conjunto de prestaciones, bienes y servicios a ser garantizado para todos los ciudadanos por parte de todos los aseguradores y proveedores tanto públicos como privados del sistema

Fuente: Elaboración propia

Referencias Bibliográficas

1. Abt. Associates Inc. *"Stakeholder analysis guidelines/SAG* "(toolkit) (2000) en "Strengthening Health policy reform in Latin America: an introduction to the toolkit and the policy process", Capítulo 1. Disponible en www.phrprojet.com

2. Aguilar V., Luis (1993), "Estudio Introductorio" en Aguilar Luis, Problemas Públicos y Agenda de Gobierno, 1993, México: Miguel Angel Porrua.

3. Campbell, Donald y Julian, Stanley (1966), *"Experimental and Quasi-experimental designs for research".* Boston: Houghton Mifflin Company.

4. Dunn, William (1994). "*Public Policy Analysis. An Introduction".* 2nd edition, Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.

5. Godet, Michael (2001) *"Creating futures. Scenario planning as a strategic management tool"*. Economica.

6. Jaen, Maria Helena y Paravisini, Daniel (2000) *"Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud"* en Serie Política del Sector Salud N°4 División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS-OMS

7. Jaén, María Helena (2002). "Lineamientos para la realización de un análisis estratégico de los actores de un proyecto de cambio. Documento mimeografiado. IESA.

8. Levcovitz, Eduardo y Acuña, Cecilia (2003) "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud" en Revista Gerencia y Políticas de Salud. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana Vol.2 Nº 5, Dossier pág. 10-32.

9. Madies Claudia, Chiarvetti Silvia, Chrony Marina. (2000) *"Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud"* en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos 1 y 2, Julio-Agosto 2000.

10. OPS/OMS–ASDI (2003) "Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe", Serie "Extensión de la protección social en salud" #1, Washington DC.

11. OPS/OMS. "Resolución *CSP26.19 "Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo"*. Washington DC., Septiembre 2002.

12. OPS/OMS (1998) "Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina. Iniciativa de reforma del sector salud

13. Rosenberg, Hernán y Andersson, Bernt (2000) "Repensar la protección social en salud en América Latina y El Caribe", en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos.1 y 2, Julio-Agosto.

ANEXO 1
ANALISIS EMPIRICO

Dependiendo de las variables identificadas, de los indicadores que las miden y de la información disponible, el análisis empírico puede consistir en:

- Análisis de series de tiempo, mediante regresiones instrumentales, que incluyan variables dicotómicas indicando el período en el cual se implementó la política. Para realizar este tipo de análisis, se requiere contar con una serie de tiempo para cada indicador y conocer el momento de implantación de la estrategia.
- Análisis multifactorial, mediante regresiones lineales de modelos multivariados.

En el análisis de series de tiempo, la variable dependiente será la exclusión en salud y se medirá a través de un indicador identificado y disponible. Las variables independientes serán dos:

a) El tiempo medido a través de un contador del número de años de la serie
b) La implementación del programa medida por una variable "dummy" con valores de "0" en los años anteriores a la implementación y valores de "1" en los años de implementación.

Los resultados de la regresión instrumental permiten analizar, en primer lugar, si la variable dependiente (el indicador de exclusión en salud) mostró una tendencia ascendente o descendente a lo largo de los años posteriores a la implementación de la intervención: si el signo del coeficiente de la variable tiempo es positivo significa que la variable dependiente mostró una tendencia ascendente, y si es negativo, descendió.

En segundo lugar, la regresión instrumental muestra si la aplicación de la intervención, medida por la variable "dummy", tuvo efectos sobre el comportamiento del indicador de exclusión en salud, es decir, muestra si hubo un cambio en la pendiente de dicha variable luego de la intervención. Si la probabilidad del coeficiente de la variable "dummy" es menor de 0.05 esto indica que la exclusión en salud medida a través del(os) indicador(es) escogido(s), experimentó cambios luego de implementada la intervención; si por el contrario, es mayor de 0.05, esto indica que la intervención no produjo cambios en la exclusión en salud, medida a través de dicho(s) indicador(es).

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

El análisis multifactorial en cambio, permite incorporar los factores asociados a la exclusión y proporciona una evaluación más completa y coherente con el carácter multicausal de la exclusión en salud. En este caso, un buen modelo a utilizar es un análisis cuasi-experimental de serie cronológica[35], cuya unidad de análisis serán los años y en el cual se incluirán los múltiples factores asociados a la exclusión en salud, junto con una variable "dummy" que mida la presencia de la intervención realizada. Este tipo de análisis permite medir el comportamiento de la exclusión en salud antes y después de realizada la intervención, tomando en cuenta los factores asociados a la exclusión.

[35] Campbell y Stanley, "*Experimental and Quasi-experimental designs for research".* Houghton Mifflin Company. Boston, 1966.