

EXCLUSIÓN EN SALUD

ESTUDIOS DE CASO

Bolivia, El Salvador,
Nicaragua, México y
Honduras

*Serie Técnica: Extensión de la Protección Social en Salud,
Serie No. 2*



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



aecid



Asdi

EXCLUSIÓN EN SALUD

ESTUDIOS DE CASO

Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras

Serie Técnica Extensión de la Protección Social en Salud
Serie N° 2

WASHINGTON DC

Octubre, 2009



Biblioteca Sede OPS. Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Exclusión en Salud, Estudio de Caso, Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México, Honduras”

Washington, D.C.: OPS, © 2009

(Serie Extensión de la Protección Social en Salud, N° 2)

ISBN: 978-92-75-32957-3 (Impreso)

ISBN: 978-92-75-33033-3 (Electrónico)

I. Título II. Serie

1. INEQUIDAD SOCIAL
2. AISLAMIENTO SOCIAL
3. DESIGUALDADES EN SALUD
4. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS
5. DISCRIMINACIÓN SOCIAL
6. ESTUDIOS POBLACIONALES EN SALUD PÚBLICA
7. BOLIVIA
8. EL SALVADOR
9. NICARAGUA
10. MEXICO
11. HONDURAS

NLM HN350

Esta publicación fue producida por el Área de Sistemas y Servicios de Salud para la Protección Social (HSS/SP), de la “Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud” (OPS/OMS). Se realizó a través del apoyo prestado según lo establecido en Subvención No. 230116 del “Organismo de Cooperación Internacional Español” (AECI), XI Op.es-AECI-MS-ISC de PAC III del Gobierno de España; y de la “Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo” (ASDI), según lo establecido en las Subvenciones No. 163109 y 163122. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor (s) y no necesariamente reflejan los puntos de vista de ASDI ni AECI.

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

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

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

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

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

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

Diseño, portada y diagramación: *María Laura Reos -OPS/OMS*

Fotografías: *Gerardo Cardenas y OPS/OMS*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
COLABORADORES	7
ACRÓNIMOS	9
RESUMEN EJECUTIVO	13
INTRODUCCIÓN	17
1. CAPÍTULO	
Estudios Nacionales de Caracterización de la Exclusión en Salud	19
1.1. BOLIVIA	19
1.2. EL SALVADOR	47
1.3. NICARAGUA	77
2. CAPÍTULO	
EstudiosSubnacionales de Caracterización de la Exclusión en Salud	111
2.1. DISTRITO FEDERAL, MÉXICO	111
2.2. ESTADO DE GUANAJUATO, MÉXICO	129
2.3. MANCOMUNIDADES EN HONDURAS: Amfi, Mamuca, Mancorsaric y Solidaridad	145
3. CAPITULO	
Análisis Comparado	177
3.1. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES OBTENIDOS EN CADA CASO	177
3.2. LA AUTOEXCLUSIÓN Y RAZONES PARA LA NO BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE SALUD	180
3.3. LA DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD	182
3.4. MEDICIÓN DE LA EXCLUSIÓN Y SUS DETERMINANTES	183
BIBLIOGRAFÍA	187
Bolivia	187
El Salvador	188
Nicaragua	189
Mexico, Distrito Federal	193
Mexico, Estado de Guanajuato	194
Mancomunidades de Honduras	196
ANEXOS	197
ANEXO 1	198
ANEXO 2	208
ANEXO 3	210
ANEXO 4	211

PRESENTACIÓN



Esta publicación corresponde al Volumen N° 2 de la serie “Extensión de la protección social en salud”, iniciada con el libro “Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe”. Esta serie se ha desarrollado en el marco del acuerdo de cooperación técnica entre la OPS y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI establecido en el año 2000 con el propósito de apoyar a los países de América Latina y el Caribe en el abordaje del problema de la exclusión de los servicios de salud, genéricamente denominado exclusión en salud.

La estrategia comenzó a desarrollarse en el año 2001, con un proyecto piloto destinado a generar instrumentos metodológicos que permitieran caracterizar y medir la exclusión en salud en países de la Región. El producto de este proyecto fue una Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión en Salud¹, que se elaboró bajo las siguientes premisas:

- La exclusión en salud es un fenómeno distinguible e identificable
- Es posible caracterizar y medir la exclusión en salud a través de metodologías cuantitativas y cualitativas
- La identificación y cuantificación de la exclusión en salud aportará elementos importantes para el diseño y formulación de políticas de extensión de la protección social en salud

La Guía fue validada a través de su aplicación en cuatro países: Ecuador, Guatemala, Paraguay y República Dominicana. En este volumen se presentan los estudios de caracterización de la exclusión en salud realizados en el transcurso de los años 2003 y 2008 en tres países de la región, Bolivia, El Salvador y Nicaragua; en dos estados subnacionales de México, El Distrito Federal y el Estado de Guanajuato; y a nivel local en cuatro mancomunidades² del norte de Choluteca en Honduras: Amfi, Mamuca, Mancorsaric y Solidaridad.

1 OPS/OMS “Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión en Salud”, 2001.

2 Las Mancomunidades de Municipios se definen como entidades de carácter local, constituidas por varios Municipios de manera voluntaria, a partir del principio de asociación contemplado en la legislación hondureña. Las Mancomunidades tienen fines específicos y objetivos concretos. A través de las Mancomunidades, los municipios pueden potenciar sus capacidades de gestión, planificación, de prestación de servicios y de administración territorial. Las mancomunidades ofrecen a sus municipios socios la posibilidad de solucionar de manera conjunta problemas que son difíciles de afrontar individualmente, debido a las múltiples limitaciones técnicas y financieras que afrontan la mayoría de los municipios. Actualmente, existen alrededor de cincuenta (50) mancomunidades que aglutinan el 91% del total de municipios de Honduras, de las cuales el 60% cuentan con su personalidad jurídica, el resto están en un proceso de constitución legal. En la actualidad, las Mancomunidades están consolidando sus procesos de planificación y gestión al elaborar e impulsar sus planes estratégicos de desarrollo (Documento Marco de Políticas de Patrimonio Cultural Físico. Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) del Banco Mundial, Proyecto de Infraestructura Rural No.4099-HO).

El trabajo iniciado por OPS con el desarrollo de un marco conceptual y metodológico para caracterizar y medir el fenómeno de la exclusión en salud ha demostrado ser una valiosa contribución para comprender por qué los avances en salud en ciertas áreas se han estancado o son más lentos de lo que cabría esperar. La Organización Mundial de la Salud-OMS ha utilizado estas herramientas para dar cuenta de los retrocesos registrados en la reducción de la mortalidad materna y para explicar el lento progreso en la reducción de la mortalidad infantil en diversos países africanos, asiáticos y de Europa del Este. Asumiendo la magnitud del fenómeno, el Informe de Salud Mundial del año 2005 de la OMS identifica la exclusión en salud como un obstáculo central al progreso en salud materno-infantil en el contexto del avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio³.

En momentos en que existe un amplio reconocimiento del legado de inequidad y segmentación que dejaron como saldo las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa en muchos países del mundo, resulta crucial generar y diseminar información que permita una mejor comprensión de las dinámicas de acceso a los servicios de salud de diversos grupos poblacionales y el rol que la organización de los sistemas de salud juega en dicha dinámica, como requisito indispensable para alcanzar el objetivo de salud para todos. El Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS espera continuar aportando elementos a la consecución de este objetivo.

Pedro Brito

Gerente

Área de Sistemas y Servicios de Salud

OPS-OMS

3 Organización Mundial de la Salud "Informe Mundial de la Salud 2005: Cada madre y cada niño contarán" Ginebra, 2005 2: (28-34)

COLABORADORES

COLABORADORES



Los estudios de caracterización de la exclusión en salud que se presentan a continuación se desarrollaron como parte de las actividades en protección social en salud del equipo de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria para la Protección Social, HSS-SP⁴ de OPS/OMS y fueron financiados con fondos de las subvenciones 163109 y 163122 del gobierno sueco a través de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI, en el marco del Programa Conjunto OPS-ASDI en Protección Social en Salud.

El periodo de ejecución de ambas subvenciones transcurrió entre el 06 de Marzo de 2002 y el 31 de Diciembre de 2004 y entre el 01 de Septiembre del 2005 y el 30 de Junio de 2008, respectivamente.

El estudio de Bolivia fue realizado en el año 2003 por Rory Narváez, Investigador Principal-Economista de Área de la Unidad de Análisis de Políticas Económicas del Gobierno de Bolivia, UDAPE y por la consultora Drina Saric como investigadora asociada y contó con el apoyo de Maria Angélica Gomes, consultora de sistemas y servicios de salud de la oficina de OPS/OMS en Bolivia.

El estudio de El Salvador fue elaborado en el año 2004 por el consultor Josué Samuel Hernández y contó con el apoyo de Claudia María Suárez, consultora de la oficina OPS/OMS en El Salvador.

El estudio de Nicaragua fue realizado en los años 2007 y 2008 por un equipo de consultores dirigido por Carlos Hernández y contó con el apoyo de María Angélica Gomes, consultora de sistemas y servicios de salud de la oficina de OPS/OMS en Nicaragua y de Gabriel Vivas, consultor inter-país del Programa Conjunto OPS-ASDI en Protección Social en Salud, con base en Guatemala.

El estudio correspondiente al Distrito Federal de México (México, DF.) fue elaborado en los años 2003 y 2004 por un equipo dirigido por Asa Cristina Laurell, Secretaria de Salud del Distrito Federal y compuesto por María Luisa Mussot, Elsa Veites Arévalo y Guadalupe Staines Orozco, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el apoyo de Nivaldo Linares, consultor de sistemas y servicios de salud de la oficina de OPS/OMS en México.

El estudio subnacional del Estado de Guanajuato fue llevado a cabo en el año 2004 por un equipo dirigido por Ector Jaime Ramírez Barba, Secretario de Salud y Elia Lara Lona, Directora de Servicios de Salud, ambos del Gobierno del Estado de Guanajuato; y compuesto por Josefina Mota Rodríguez, Investigadora, Francisco González Bravo, Profesor Investigador y María

4 Anteriormente denominado Unidad de Políticas y Sistemas de Salud.

Teresa García Ramírez, Supervisor Docente, todos ellos de la Universidad de Guanajuato. Este equipo contó con la asesoría de Carlos Alfonso Hernández Girón y Sandra Treviño, Profesores e investigadores de la Universidad de Guanajuato; de Mario Hernández Morales, de la Unidad de Planeación e Inversión Estratégica del Gobierno del Estado de Guanajuato; y de Nivaldo Linares, consultor de sistemas y servicios de salud de la oficina de OPS/OMS en México.

El estudio en cuatro Mancomunidades de Municipios de Honduras fue realizado en los años 2004 y 2005 por un equipo formado por los Presidentes y Coordinadores de Salud de las cuatro Mancomunidades, los equipos locales de salud, los coordinadores de la Unidades Técnicas Intermunicipales, los Presidentes de las asociaciones de Patronatos y el personal comunitario capacitado en salud, con la asistencia técnica de Ramón Pereira, Coordinador del Programa Acceso a Servicios de Salud; Martha Ochoa, Asesora técnica del mismo Programa; Heladio Uclés, Técnico de la Unidad de Planificación de la Secretaría de Salud; Armando Güemes, consultor de sistemas y servicios de salud de la oficina de OPS/OMS en Honduras y Gabriel Vivas, consultor interpaís del Programa Conjunto OPS-ASDI en Protección Social en Salud, con base en Guatemala.

Asesoría Técnica para la realización de los estudios:

Todos los estudios contaron con la supervisión y apoyo técnico de Cecilia Acuña, gerente del Programa Conjunto OPS-ASDI en Protección Social en Salud del equipo de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria para la Protección Social, Área de Sistemas y Servicios de Salud de la oficina de OPS/OMS en Washington DC.

Los estudios de Bolivia y El Salvador contaron además con el apoyo de Margarita Petrera, consultora de la oficina de OPS/OMS en Perú, para el desarrollo del componente econométrico de la medición de la exclusión.

Publicación:

Cecilia Acuña fue responsable de compilar, revisar, resumir, editar y organizar la información contenida en los informes de país, así como de elaborar la presente publicación, con el apoyo de Gabriel Vivas.

Diseño y Diagramación:

María Laura Reos.

ACRÓNIMOS



AECID:	Agencia Española de Cooperación Internacional
AMHON:	Asociación de Municipios de Honduras
AMSS:	Área Metropolitana de San Salvador (El Salvador)
ASDI:	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
BM:	Bienestar Magisterial (El Salvador)
CBA:	Canasta Básica Alimentaria (El Salvador)
CESAMO:	Centro de Salud con Médico Odontólogo (Honduras)
CESAR:	Centro de Salud Rural (Honduras)
CELADE:	Centro Latinoamericano de Demografía
COPLADE:	Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado (México)
CSSP:	Consejo Superior de Salud Pública (El Salvador)
DGP-MINSA:	Dirección general de planificación del MINSA (Nicaragua)
DIGESTYC-EHPM:	Dirección General de Estadísticas y Censos - Encuesta de hogares de propósitos Múltiples (El Salvador)
EDAs:	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENACAL:	Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados Sanitarios
EMP:	Empresas Médicas Provisionales (Nicaragua)
ENMNV:	Encuesta nacional de medición del nivel de vida (Bolivia)
EMNV-MECovi:	Encuesta de medición de nivel de vida (Nicaragua)
FESAL:	Encuesta de Salud Familiar (El Salvador)
FNUAP:	Fondo de población de las Naciones Unidas
FUSADES:	Fundación salvadoreña para el desarrollo económico y social (El Salvador)
GDF:	Gobierno del Distrito Federal (México)
HIPC:	Highly indebted poor countries (países pobres altamente endeudados)
HSS:	Área de Sistemas y Servicios de Salud de OPS/OMS
HSS-SP:	Equipo de sistemas de salud basados en la atención primaria para la protección social del Área de Sistemas y Servicios de Salud de OPS/OMS

IDH:	Índice de Desarrollo Humano
IHSS:	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IMSS:	Instituto Mexicano de Seguridad Social
INASES:	Instituto Nacional de Seguros de Salud de Bolivia
INE:	Instituto Nacional de Estadísticas (Honduras)
INIDE:	Instituto Nacional de Información de Desarrollo (Nicaragua)
INSS:	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IRAs:	Infecciones Respiratorias Agudas
ISES:	Instituciones de Seguros Especializados en Salud (México)
ISRI:	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos
ISSFAM:	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSS:	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (México)
LP1:	Línea de Pobreza
LPe:	Línea de Pobreza extrema
LPr:	Línea de Pobreza relativa
MAGFOR:	Ministerio Agropecuario y Forestal (Nicaragua)
MECOVI:	Mejoramiento de las Encuestas de Hogares y la Medición de Condiciones de Vida (Bolivia)
MED:	Ministerio de Educación (Nicaragua)
México DF:	México Distrito Federal
MIFAMILIA:	Programa de Provisión Gratuita de Prestación Primaria (Nicaragua)
MINDEF:	Ministerio de Defensa (Nicaragua)
MINGOB:	Ministerio de Gobernación (Nicaragua)
MINSA:	Ministerio de Salud de Nicaragua
MSD:	Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia
MSPAS:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador
NBI:	Necesidades Básicas Insatisfechas
OPD:	Organismo Público Descentralizado Servicios Públicos de Salud del DF (México)
PEA:	Población Económicamente Activa

PEI:	Población económicamente inactiva
PEMEX:	Petróleos Mexicanos
PIVs:	Puestos de Información de Vectores (Bolivia)
PLCC:	Programa de Lucha Contra la Enfermedad de Chagas, (Bolivia)
PROCOSAN:	Programa Comunitario de Salud y Nutrición (Nicaragua)
PSMYMG:	Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (México)
SILAIS:	Sistemas locales de atención integral de salud (Nicaragua)
SBS:	Seguro Básico de Salud (Bolivia)
SECEP:	Secretaría de Coordinación y Estrategia de la Presidencia (Nicaragua)
SEDENA:	Servicio de Defensa Nacional (Fuerzas Armadas Mexicanas)
SEDES:	Servicios Departamentales de Salud de Bolivia
SNIS:	Sistema Nacional de información en Salud (Bolivia)
SM:	Sanidad Militar (El Salvador)
SMGV:	Seguro Médico Gratuito de Vejez (Bolivia)
SPNF:	Sector público no financiero (Bolivia)
SS:	Servicios de Salud
SSDF:	Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal
SUMI:	Segur materno-infantil (Bolivia)
TGN :	Tesoro General de la Nación (Bolivia)
UPF:	Unidad de Programación Fiscal (Bolivia)
UTs:	Unidades Territoriales (México DF)
VIPFE:	Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (Bolivia)

RESUMEN EJECUTIVO



Esta publicación presenta el resultado de los estudios realizados entre los años 2003 y 2008 en tres países de la Región de América Latina –Bolivia, El Salvador y Nicaragua- en dos Estados subnacionales de México –el Distrito Federal y el Estado de Guanajuato- y en cuatro Mancomunidades de Municipios de Honduras, con el objetivo de caracterizar y medir la exclusión en salud.

En dichos estudios se utilizó el marco conceptual propuesto en la Guía Metodológica de Caracterización de la Exclusión en Salud, que define ésta como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan. Para la caracterización y medición del fenómeno se siguió asimismo la metodología desarrollada en dicha Guía⁵, la cual fue validada en Ecuador, Guatemala, Paraguay y República Dominicana entre los años 2001 y 2003.

Si bien en la mayoría de los estudios se usó como fuente de información las bases de datos de las encuestas de hogares que regularmente realizan los países, en dos casos (Honduras y el Distrito Federal de México), fue necesario generar información adicional para suplir la falta de datos de nivel subnacional.

Para tales fines, en Honduras se aplicó una encuesta a una muestra de 6.364 hogares ubicados en los 20 Municipios asociados en cuatro Mancomunidades localizadas en los departamentos de Copán, Intibucá, Choluteca y Atlántida. En el caso del Distrito Federal de México por su parte, se aplicó un Censo a un total de 573.364 hogares situados en las 480 Unidades Territoriales de Muy Alta y Alta Marginación, en 15 Delegaciones Políticas del Distrito y el análisis de los datos se realizó sobre una muestra estratificada por Delegación Política, con un total de 9.437 cédulas/hogares.

Los resultados de los estudios muestran que la magnitud y los principales determinantes de exclusión en salud difieren en cada caso.

En Bolivia, la incidencia de exclusión en salud alcanzaba a un 77% de la población a la fecha de realización del estudio y fueron los factores externos al sistema de salud los que más contribuyeron –en un 60%- a explicar el fenómeno, siendo los más relevantes el analfabetismo de las mujeres y la pobreza.

5 Para mayores detalles en cuanto a la metodología ver Guía metodológica de caracterización de la exclusión en salud en su tercera versión (2006) , disponible en el sitio Web: www.lachealthsys.org /Protección Social.

En El Salvador, la exclusión en salud afectaba al 53% de la población al momento del análisis y sus determinantes más importantes fueron factores externos al sistema de salud: el tiempo de traslado a los centros de salud, la informalidad en el empleo y la falta de acceso a saneamiento básico, que en conjunto explican el 53,13% de la ocurrencia del fenómeno.

En Nicaragua, la incidencia de la exclusión en salud se estimó en 57,7% de la población total para el periodo bajo estudio, siendo sus principales causas las externas o exógenas al sistema de salud, las cuales contribuyen a explicar el 64% del fenómeno. Llama la atención sin embargo que al analizar los determinantes de exclusión en forma aislada, el principal determinante es la lejanía de las unidades de salud, seguida por la pobreza expresada en el nivel de consumo, las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento y electricidad. El peso de la lejanía de las unidades de salud como factor de exclusión pone de manifiesto un problema que en el caso de Nicaragua no es geográfico ni de transporte, sino ligado a la retracción del sistema de salud hacia las ciudades, por el efecto combinado de la restricción del gasto público y la dinámica de mercado que ubica los recursos en nichos con población con capacidad de pago privado.

En el Estado de Guanajuato, la exclusión en salud afectaba a un 20,3% de la población a la fecha del análisis. Los factores externos explicaron el 73,06% de la ocurrencia del fenómeno y entre ellos los más relevantes fueron el analfabetismo/educación primaria incompleta, vivir en el área rural, la falta de acceso a saneamiento básico, estar por debajo de la línea de pobreza y vivir en una localidad con menos de 5.000 habitantes. Los factores internos por su parte dieron cuenta del 26,94% de la ocurrencia de exclusión en salud y entre ellos los más relevantes fueron no estar cubierto por un seguro de salud y la falta de camas hospitalarias. Es importante destacar que el estudio sugiere la existencia de una relación entre exclusión en salud y migración, en la cual la exclusión operaría como factor contribuyente a la migración de las personas hacia otros territorios.

Los resultados del análisis en México DF por su parte, muestran que en el periodo bajo estudio un 25,3% de la población analizada⁶ no accedió a los servicios de salud cuando se sintió enferma, siendo las principales causas de exclusión las condiciones de marginalidad, la insuficiencia de una red de servicios públicos y la situación laboral, dado que ésta última determina la posibilidad de aseguramiento.

Por su parte, los resultados del estudio realizado en las Mancomunidades Solidaridad, Amfi, Mancorsaric y Mamuca en Honduras indican que, al momento del análisis, cerca del 44% de la población estudiada en estas Mancomunidades no tuvo acceso a los servicios de salud cuando lo requirió y ello estuvo determinado por múltiples factores, algunos de los cuales están relacionados con el proceso de atención en salud producida por el subsistema público, particularmente con la falta de médicos en los centros de salud y otros con la situación socioeconómica de la población y tienen que ver con la pobreza, el desempleo y el subempleo, la ruralidad, la inequidad en la distribución de los medios de producción, patrones culturales y analfabetismo, entre otros.

6 En México DF, la población analizada fue aquella residente en las 480 Unidades territoriales de muy alta y alta marginación.

La conducta de no búsqueda de servicios de salud (autoexclusión) resultó un factor importante de exclusión, principalmente en Nicaragua y en las Mancomunidades de Honduras. En todos los casos excepto en Nicaragua, la principal razón para no demandar servicios fue de tipo económico, lo cual señala la urgente necesidad de generar mecanismos de protección financiera que eliminen el cobro a los usuarios en el punto de servicio. El aseguramiento resulta un factor importante para modificar la conducta de autoexclusión, ya que en los tres estudios nacionales mostró una correlación positiva con una mayor búsqueda de atención de salud. Cabe destacar la importancia de la lejanía de las unidades de salud como factor de autoexclusión en Nicaragua y la mala atención en el punto de servicio como factor de autoexclusión en las Mancomunidades de Honduras.

Se registraron además diferencias en la conducta de búsqueda de servicios de salud entre grupos específicos de la población en la siguientes categorías: (a) entre los portadores de enfermedad aguda y crónica, particularmente en México DF, con una mayor proporción de no búsqueda de servicios entre los portadores de enfermedad crónica (b) entre ricos y pobres, especialmente en Nicaragua, donde la cantidad de autoexcluidos en el segmento más pobre es exactamente el doble que en el de los más adinerados (c) entre los que tienen cobertura de un seguro de salud y los que no la tienen, en particular en el caso de Bolivia, donde se observó una correlación entre el aseguramiento y la búsqueda de servicios de salud.

La importancia de la fragmentación y la distribución inequitativa de la red de provisión como determinante de exclusión y de autoexclusión –particularmente en las áreas rurales y dispersas- es otro elemento que surgió con mucha claridad de los análisis realizados. En todas las unidades estudiadas excepto en México DF, la ruralidad mostró tener correlación con la exclusión debido a la ausencia de redes de provisión. Este factor es tan importante, que incluso contrarrestó el efecto protector de tener seguro de salud en el caso de Bolivia y Guanajuato.

Cabe destacar que en la componente cualitativa del estudio y en particular en los grupos focales, se encontró que a nivel rural las causas de exclusión afectaron más a la mujer y no sólo por razones económicas, sino también por la posición de la mujer en el hogar y cómo negocia su derecho al autocuidado y a la utilización de servicios de salud con la pareja. Esto fue particularmente claro en el caso de las Mancomunidades de Honduras.

La percepción de enfermedad y la demanda por servicios de salud en las poblaciones de origen indígena que poseen patrones culturales distintos respecto de la relación salud/enfermedad es un aspecto que debe explorarse con mayor detalle especialmente en Nicaragua y Bolivia, donde se encontró que los pueblos originarios y afrodescendientes demandaban menos servicios de salud que los castellano-parlantes.

La aplicación del instrumento de caracterización de la exclusión en salud a nivel subnacional y local aportó información valiosa en relación a la forma que adquiere el fenómeno de la exclusión en el nivel local. Ello señala la importancia de profundizar el diagnóstico más allá de los datos nacionales, especialmente en países con gran diversidad poblacional y geográfica.

INTRODUCCIÓN



Los estudios de caracterización de la exclusión en salud publicados dentro de la Serie Técnica de Extensión de la Protección Social en Salud se han realizado utilizando la guía metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud desarrollada por la OPS/OMS en el marco del acuerdo de cooperación técnica entre la OPS y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI y que cada país ha adecuado a su realidad e información disponible.

Para efectos de este trabajo se utilizó el marco conceptual propuesto en la Guía Metodológica de caracterización de la exclusión en salud, entendiendo la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan.

Para la caracterización y medición del fenómeno se siguió asimismo la metodología desarrollada en dicha Guía⁷, la cual fue validada en Ecuador, Guatemala, Paraguay y República Dominicana con fondos del Grant 163107 del gobierno sueco a través de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – ASDI en el marco del proyecto “Exclusión Social en Salud”, ejecutado entre el 01 de Abril del 2001 y el 30 de Junio del 2003.

La caracterización de la exclusión en salud que se presenta en los estudios de país tiene dos componentes:

- Descripción del sistema de salud
- Caracterización del fenómeno de la exclusión propiamente tal, sobre la base de un análisis cuantitativo y cualitativo.

El componente cuantitativo de la caracterización de la exclusión consiste en un estudio ecológico de corte transversal y contempla dos pasos metodológicos:

1. La medición de un conjunto de indicadores independientes que dan cuenta de las diversas fuentes o dimensiones de la exclusión en salud y que por ello son buenos “proxy” del fenómeno de la exclusión en salud. La medición de este conjunto de indicadores provee un panorama de la exclusión en salud, constituye el punto de partida del análisis cuantitativo y permite:

- Observar las diversas manifestaciones del fenómeno
- Conocer la magnitud de la exclusión en salud para cada una de las causas o fuentes expresadas en cada indicador por separado.

⁷ Para mayores detalles en cuanto a la metodología ver Guía metodológica de caracterización de la exclusión en salud en su tercera versión (2006) , disponible en el sitio Web: www.lachealthsys.org /Protección Social.

2. La construcción de un indicador continuo (índice compuesto de exclusión) sobre la base del resultado de la medición de los indicadores independientes. Este indicador continuo incorpora las interacciones entre las diferentes fuentes de exclusión así como el conjunto de restricciones que enfrentan los individuos para acceder a los servicios de salud. El indicador continuo es construido como una combinación lineal de las diferentes fuentes de exclusión, proporciona información sobre el perfil de los excluidos y permite:

- 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
- Conocer la intensidad del fenómeno, es decir, cuál es el grado de exclusión en salud
- Identificar las principales fuentes o determinantes de exclusión en salud en cada caso, es decir, la contribución relativa de cada factor de exclusión
- Ordenar espacialmente a la población según su riesgo de exclusión e identificar las zonas geográficas más afectadas por el fenómeno.

A su vez el componente cualitativo, que inicialmente constaba sólo de entrevistas semi estructuradas a informantes clave sobre la base de un conjunto de preguntas orientadoras, se enriqueció en algunos estudios⁸ con la realización de grupos focales. La utilización de ambas técnicas cualitativas presenta las siguientes ventajas:

- Permite una mejor interpretación de los resultados de la medición cuantitativa
- Entrega información que no es posible recolectar con los métodos cuantitativos
- Permite conocer la percepción de los actores, tanto de los líderes o conductores de estrategias de protección social en salud como de la población potencialmente beneficiaria de dichas estrategias.

El punto de partida del análisis es la definición de exclusión en salud 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 disfrutan⁹. El análisis se construye bajo las siguientes premisas:

- La exclusión en salud es un fenómeno distinguible e identificable
- Es posible caracterizar y medir la exclusión en salud a través de metodologías cuantitativas y cualitativas
- La identificación y cuantificación de la exclusión en salud aportará elementos importantes para el diseño y formulación de políticas de extensión de la protección social en salud.

De acuerdo a lo recomendado en la Guía Metodológica, en algunos casos se realizó un análisis de estrategias implementadas para mejorar el acceso a los servicios de salud y su efecto sobre la exclusión. No obstante, esta es una parte del análisis que aún no ha sido adoptada por la mayoría de los países; resulta importante concentrar esfuerzos en su realización, ya que es el componente analítico que permite evaluar el impacto de las estrategias sobre la situación de exclusión en salud.

⁸ Bolivia, Perú, México DF y Guanajuato.

⁹ "Exclusión en salud en América Latina y el Caribe" OPS-OMS, 2003.

CAPÍTULO 1.

Estudios Nacionales de Caracterización de la Exclusión en Salud

1.1. BOLIVIA¹⁰

1.1.1. Contexto Nacional

Bolivia está estructurada política y administrativamente en 9 departamentos, 112 provincias y 314 municipios. Según los datos oficiales del CELADE en el año 2001, el país contaba con 8.624.268 habitantes, de los cuales 4.150.475 son mujeres (50,2%) y 4.123.850 son hombres (49,8%). Del total de la población, el 61,4% vive en el área urbana (5.165.882 hab.) y el 37,6% vive en el área rural (3.108.443 hab.) La tabla 1 presenta un resumen de las principales variables socio-económicas del país desde 1997 hasta el 2002.

En los últimos años la economía boliviana ha logrado mantener la estabilidad macroeconómica a pesar de los problemas externos que han afectado la economía, mostrando un repunte en el crecimiento del PIB de 2,75% en el año 2002 a un 4% en el año 2005. Aunque el crecimiento real del PIB fue mayor que la tasa anual de crecimiento de la población para ese año (2,4%), el ritmo de expansión per capita fue menor al crecimiento económico de los países vecinos excepto Brasil. La tasa de desempleo abierto, según la encuesta del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para 2005 fue de 8,7%. Sin embargo, la proporción del empleo en el sector informal de la economía, que en 2003 se estimaba en 64%, sigue siendo alta por falta de oportunidades laborales en el sector formal.

10 El estudio de caracterización de la exclusión en salud en Bolivia fue realizado en el año 2003, con fuentes de datos del 2001 y 2002.

En el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (EBRP), el Gobierno ha priorizado el gasto hacia el desarrollo de los sectores sociales. Datos del Ministerio de Hacienda indican que este gasto (en salud, educación, saneamiento básico, urbanismo, desarrollo rural y caminos vecinales) representó aproximadamente un 12,8% del PIB y un 33% de los egresos totales en el año 2004. Entre 2004-05 este gasto creció de Bs. 8372 a Bs. 9447 millones (13%) ¹¹.

Bolivia se encuentra entre los países con situación desfavorable tanto en pobreza como en desigualdad: la incidencia de pobreza es superior al promedio de América Latina y los índices de distribución reflejan una elevada concentración del ingreso. En el año 2002, el coeficiente de Gini fue de 0.577. Aún cuando la pobreza ha disminuido en los últimos treinta años, tanto el porcentaje como el número absoluto de pobres se mantienen en un nivel elevado. De acuerdo a datos del año 2002¹², un 64,6% de la población boliviana se encontraba bajo la línea de pobreza y un 36,5% era extremadamente pobre.

Las cifras muestran además una marcada inequidad geográfica, con una tasa de pobreza urbana de 53,5% en tanto que la tasa de pobreza en la población rural ascendía de acuerdo a la misma fuente a un 80% de la población, compuesta principalmente por pueblos indígenas y originarios. Aún más, la proporción de pobres extremos en el área rural es más del doble del área urbana (ver Tabla 1).

Tabla 1. Pobreza y extrema pobreza en Bolivia por zonas

AREA	1999	2000	2001	2002
	Tasa de pobreza			
Bolivia	62,03	65,47	64,39	64,60
urbano	51,36	54,47	54,28	53,52
rural	80,12	84,54	81,06	82,07
	Tasa de extrema pobreza			
Bolivia	35,84	39,17	37,29	36,55
urbano	23,51	27,93	26,18	25,46
rural	56,72	58,66	55,6	54,92

FUENTE: Landa (UDAPE) e Instituto nacional de Estadísticas de Bolivia (INE).

11 Justiniano, José "Bolivia, Situación Económica y Perspectivas" Marzo 2006. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=730771>.

12 INE-MECOV 2002.

El análisis del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM en Bolivia permite observar que ha habido avances en los objetivos de ampliar la cobertura de la educación primaria, promover la equidad de género y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Sin embargo, de acuerdo con el informe más reciente del PNUD, los logros alcanzados son insuficientes y los desafíos más importantes que debe enfrentar el país para alcanzar las metas establecidas consisten en superar las deficiencias en los sistemas de gestión pública y la escasez de herramientas para medir la calidad de la inversión pública¹³.

Tabla 2. Bolivia: Principales Variables Socio-económicas

INDICADORES	UNIDAD	1997	1998	1999	2000	2001	2002
PIB NOMINAL	Mill. de \$US	7.857	8.513	8.246	8.328	8.056	7.956
CRECIMIENTO DEL PIB	%	4,95	5,03	0,43	2,28	1,51	2,75
PIB PER CAPITA	En \$US	1.003.9	1.070.8	1.030.6	1.025.0	976.7	937.3
TIPO DE CAMBIO	Bs / \$US	5,35	5,64	5,99	6,38	6,83	7,47
TASA DE DEPRECIACION	%	3,26	5,45	6,28	6,49	7,01	9,47
TASA DE INFLACION	%	6,73	4,39	3,13	3,41	0,92	2,45
POBLACION	Miles de hab.	7.848	8.039	8.233	8.428	8.624	8.824
Urbano	%	60,3	60,8	61,3	61,9	61,4	63,0
Rural	%	39,7	39,2	38,7	38,1	37,6	37,0
Hombres	%	49,7	49,7	49,8	49,8	49,8	49,8
Mujeres	%	50,3	50,3	50,2	50,7	50,2	50,2
TASA DE DESEMPLEO ABIERTA	%	4,4	n.d.	6,1	7,7	9,4	8,8
Hombres	%	4,5	n.d.	5,5	6,6	8,4	7,7
Mujeres	%	4,4	n.d.	6,9	9,1	10,6	10,1
GASTO SOCIAL TOTAL % PIB	% PIB	15,26	15,63	16,51	16,99	19,15	18,99
Salud	% PIB	3,36	3,27	3,32	3,52	3,74	3,75
Educación	% PIB	6,02	5,71	6,21	6,12	7,26	7,34
GASTO PER CAPITA EN SALUD	En \$us	34	36	35	37	35	35

FUENTE: MIN. Hacienda, INE y UDAPE.

Nota: Las estimaciones de Población de 1997 a 2002 corresponden a datos oficiales de CELADE "Boletín Demográfico, América Latina: Población por años calendario y edades simples 1995-2005, Santiago de Chile", Enero 2003.

13 PNUD, Informe ODM 2007.

Como se puede observar, el gasto social alcanzó a aproximadamente al 19% del PIB durante 2001- 2002, de los cuales el gasto en salud fue 3,7% del PIB. Ello representó un incremento en relación al gasto en salud de los años 1997, 1998 y 1999, que alcanzó a un 3,3% del PIB. De acuerdo a UDAPE¹⁴, entre 1995 y 2004 en Bolivia se presentaron tres fenómenos paralelos y concurrentes: un incremento sostenido del gasto social, una notoria estabilidad macroeconómica y moderadas tasas de crecimiento económico aunque, en este último caso, con una clara desaceleración en las tasas observadas hasta el año 2003, presentando una leve recuperación en 2004 (con un crecimiento del 3,22%). Sin embargo, en las variables de característica social no se observaron cambios significativos, tanto en los índices de pobreza como en la distribución de los ingresos, probablemente por el reducido avance en la focalización de los servicios públicos. La tendencia creciente del gasto social en Bolivia ha sido insuficiente para reducir las desigualdades en la distribución del ingreso.

1.1.2. Descripción del Sistema de Salud

El sistema boliviano de salud es mixto y está compuesto por los siguientes subsistemas:

- Un subsistema público cuya principal función es atender a la población de menores recursos y que está encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) con atribuciones normativas, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, está representado por las Prefecturas que son responsables, a través del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de la administración de los recursos humanos. En el ámbito local, los gobiernos municipales son responsables de la administración de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- El Seguro Social, que atiende a los trabajadores formales, en una economía altamente informal.
- Un subsistema privado poco articulado, en el que se encuentran por una parte las compañías de seguros, la medicina prepagada, las clínicas privadas y consultorios particulares que atienden una demanda de población con ingresos altos y por otra un conjunto de organizaciones sin fines de lucro como las ONGs y la Iglesia, que atienden a la población de ingresos medios y bajos. Es importante resaltar la actividad de ONGs y la Iglesia, por su presencia en número y su contribución en las prestaciones de servicios de salud en áreas dispersas. El *Subsector de Medicina Tradicional* ha recibido particular reconocimiento a nivel nacional y está establecido de manera explícita en la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

14 UDAPE "Bolivia: Gasto social funcional y gasto social para la niñez, 200-2004".

El sistema de salud boliviano es altamente **segmentado**, con una gran diferencia del gasto per capita en salud de acuerdo al tipo de aseguramiento, donde el Seguro Social gasta un 40% del presupuesto total del sector y afilia a un 27% de la población dando atención efectiva sólo a alrededor de un 16%, mientras que el sector público de salud gasta alrededor de un 30% del presupuesto y debe atender a toda la población no afiliada a las Cajas de salud del Seguro Social, además de hacerse cargo de los esquemas públicos de protección social en salud y financiar los programas nacionales de salud pública. En este contexto, cabe destacar que la mayoría de los afiliados a las Cajas son castellano-parlantes y pertenecen al quintil más alto de ingresos.

Una de las consecuencias más visibles de la existencia de la segmentación es la magnitud y regresividad del gasto de bolsillo en salud. En Bolivia, el 28% del gasto total en salud sale del bolsillo de las personas; para la población que se encuentra en el segundo quintil de ingresos este gasto representa el 9,3% del ingreso del hogar, lo que lo acerca a un gasto catastrófico¹⁵, en tanto que para el quinto quintil, este gasto compromete sólo el 5,2% del ingreso total del hogar. La población perteneciente al primer quintil de ingresos por su parte (la más pobre) tiene un gasto de bolsillo de 5,8% del total del ingreso del hogar, lo cual se asocia a una fuerte contención de la demanda por salud cuya consecuencia se refleja en cifras desproporcionadamente elevadas de mortalidad para este grupo¹⁶. Según este mismo marco de definiciones el sistema es **fragmentado**, debido a que el subsistema público tiene su propia red de provisión de servicios al igual que el Seguro Social, las ONGs, la Iglesia y los proveedores privados y no existen enlaces funcionales ni operativos entre estas distintas redes de atención.

Dentro del subsistema público existe también una profunda fragmentación, que se manifiesta en que el nivel central del Ministerio de Salud y Deportes es responsable de las políticas, programas y normas; los SEDES están a cargo de la asignación de los recursos humanos; y los municipios son dueños de la infraestructura de salud, en un escenario de divorcio entre el nivel central, el departamental y el municipal. Ello conduce a un funcionamiento desarticulado y no sistémico. La dimensión territorial de este problema se expresa en una muy baja articulación de los niveles central y departamental del MSD con los niveles municipales.

Desde la perspectiva del aseguramiento, a pesar de que se han establecido convenios público-Seguro Social (MSD-Cajas de salud) y público-privados (MSD-ONGs e Iglesia) para atender el SUMI y el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), aún no existe una integración real de los subsistemas. La fragmentación operativa genera duplicación de acciones de salud para algunas poblaciones y en algunos territorios geográficos específicos, mientras deja otros grupos de población y espacios territoriales sin atención de salud. Adicionalmente, el funcionamiento fragmentado determina la duplicación de procesos administrativos y la existencia de múltiples intermediarios, elevando de manera importante los costos de transacción.

¹⁵ Se define gasto catastrófico como el gasto de bolsillo que es mayor que el 10% del ingreso del hogar.

¹⁶ Ministerio de Desarrollo Sostenible. Secretaría Técnica del Consejo de Población para el Desarrollo Sostenible (CODEPO). Estudio de la Migración Interna en Bolivia. Ciudad de La Paz, Bolivia. Mayo, 2004.

La fragmentación del sistema dificulta el ejercicio de la rectoría y en particular de la regulación. Los agentes reguladores son el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), que realiza actividades de fiscalización en los establecimientos de salud del Seguro Social y el Servicio Departamental de Salud (SEDES), que a pesar de sus atribuciones legales exhibe grandes dificultades para coordinar y regular a la red pública de servicios y en la práctica no tiene capacidad para ejercer regulación sobre el sector privado. La débil rectoría resulta en bajo cumplimiento de las normas de atención y en falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros.

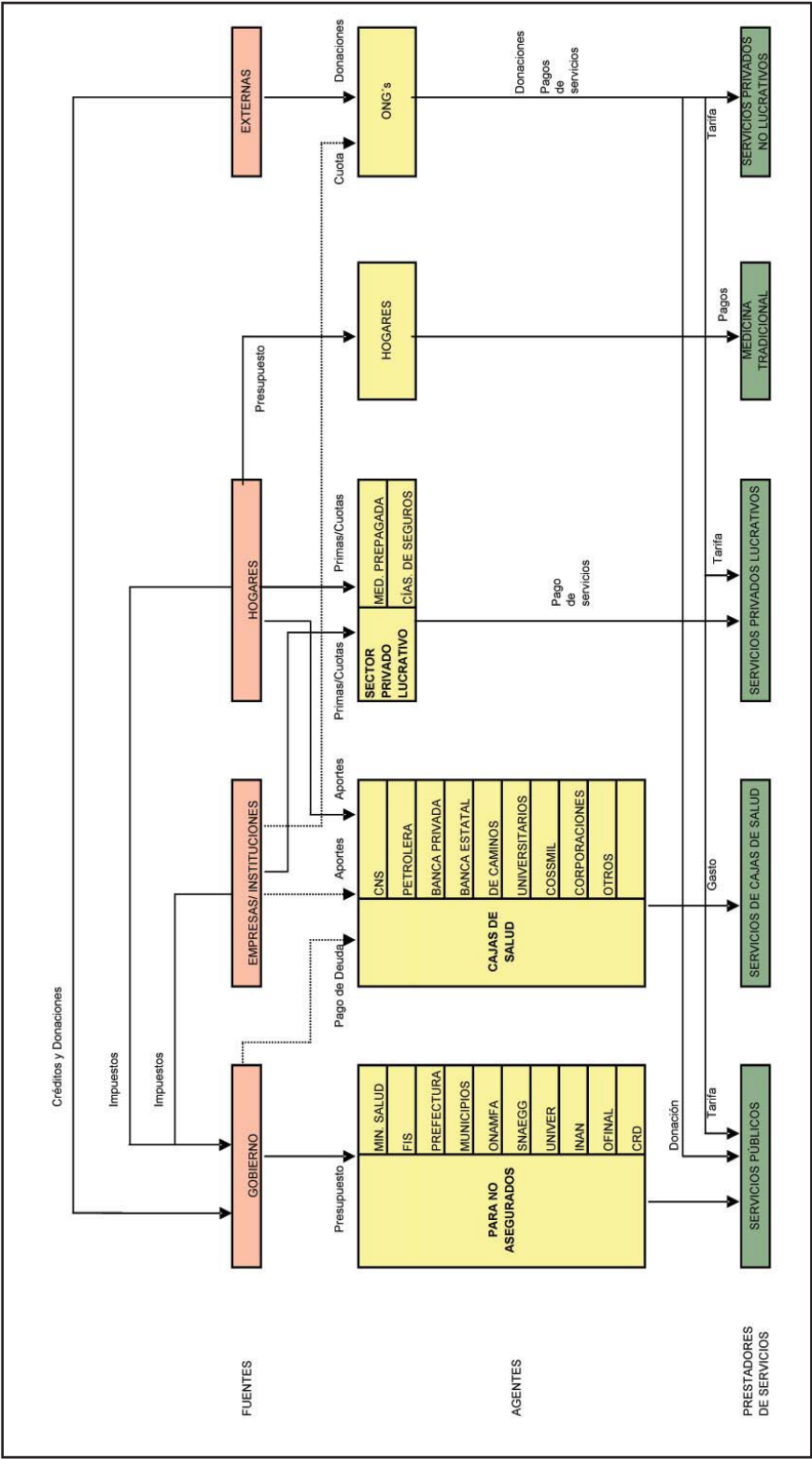
Tabla 3. Sistema de salud en Bolivia

SUBSISTEMA FORMAL	SUBSISTEMA INFORMAL
PÚBLICO: • Servicios Públicos de Salud (MSD, SEDES, Municipios) • Seguridad Social (Cajas de Salud)	Medicina Tradicional (*)
PRIVADO: • Org. c/ fines de lucro: (seguros y servicios privados, consultorios, clínicas) • Org. s/ fines de lucro: Servicios de salud de ONGs y de Iglesias	• Farmacias • Automedicación

FUENTE: Análisis del Sector Salud en Bolivia, OPS/OMS y MSD, abril 2004.

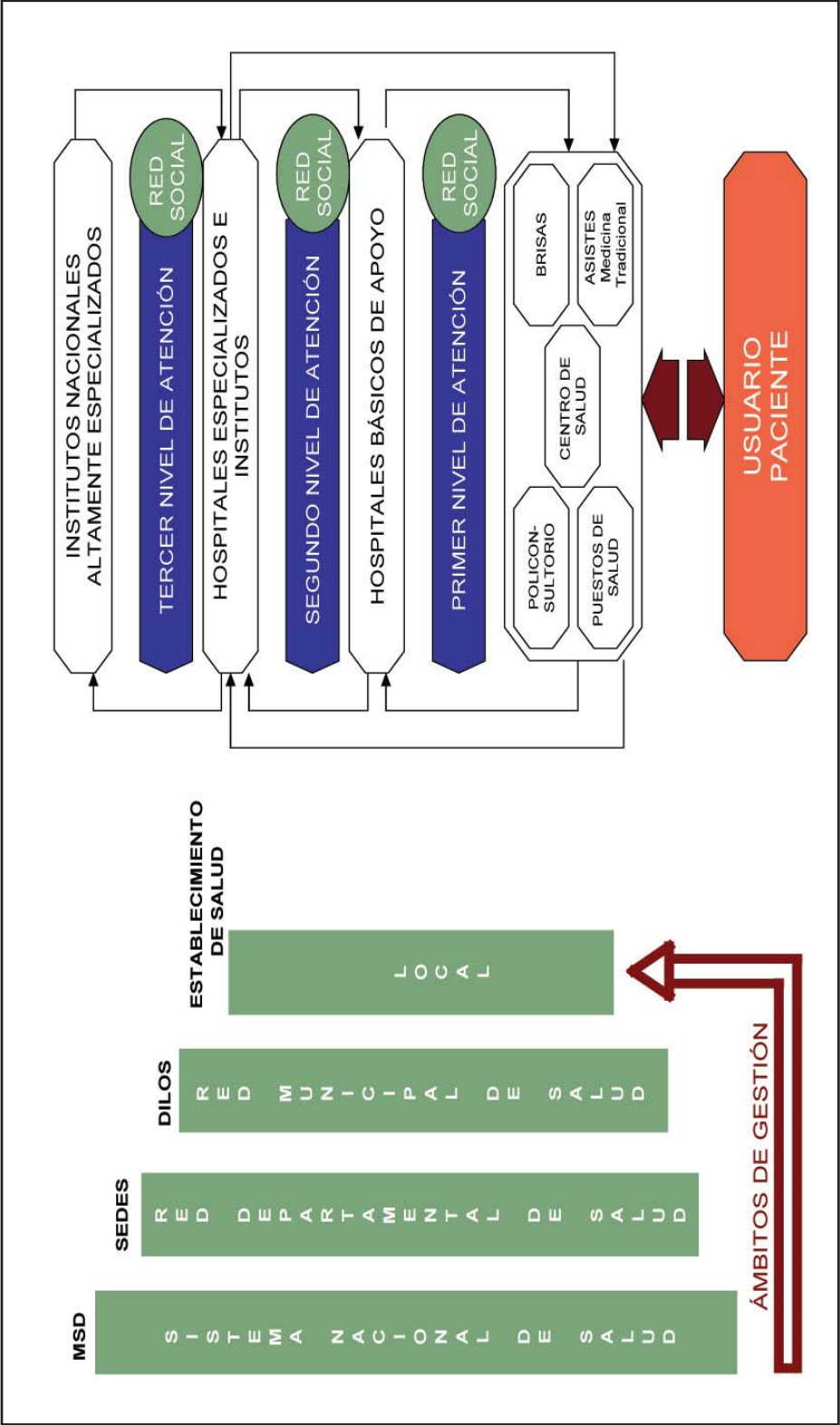
(*) En proceso de normalización e integración plena al sistema.

Figura 1: Flujo de Financiamiento y Gasto en el Sector Salud



FUENTE: Estudio CNGS 1999, extraído de Cárdenas: “Cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud”, 2000.

Figura 2: Constitución de las Redes de Servicios



FUENTE: MSD, "Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS". 2003.

1.1.3. Panorama de la Exclusión en Salud

En la tabla 4 se muestra el conjunto de indicadores seleccionados para el análisis agrupados en las dimensiones interna y externa al sistema de salud, con el propósito de estimar la población excluida en salud:

Tabla 4: Indicadores de exclusión en salud, según dimensión

DIMENSIONES DE LA EXCLUSIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	VALOR DEL INDICADOR	% DE POB.	AÑO	FUENTE
EXTERNAS AL SISTEMA	Económicas o Financieras	Población pobre*	5.484	64,6	2002	Estad. INE
		Población extremadamente pobre*	3.121	36,6		
		Población pobre por edad:*			2002	Estad. INE
		Menor a 25 años	3.465	69,3		
		Entre 25 y 44 años	1.203	59,5		
		Entre 45 y 64 años	592	54,4		
		Mayor a 64 años	225	60,0		
		Población pobre por género:*			2002	Estad. INE
		Hombres	2.737	65,5		
		Mujeres	2.750	64,7		
	Geográficas**	Gasto en salud:			2002	VIPFE / UPF MECOVI
		Gasto total % del PIB	3,75			
		Gasto total % del SPNF	10,1			
		Gasto per capita (\$US)	35			
		Gasto público (% gasto total)	30			
		Gasto de bolsillo (% gasto total)	28			
		Gasto de bolsillo promedio mensual (Bs.)	120			
		No pobres (Bs.)	191			
		Pobres (Bs.)	84			
	Laborales	Población rural*	3.217	37,6	2002	MECOVI
		Trabajadores informales*	1.358	64,1	2002	MECOVI
	Étnico/ culturales	Población perteneciente a pueblos originarios*	4.467	52,3	2002	MECOVI
		Nº personas sin:*			2001	Estad. INE
	Suministro de servicios indirectos	vivienda propia	2.685	31,6		
		servicios de agua potable	2.451	28,9		
		servicios de desagüe	5.120	60,3		
		servicios de electricidad	2.882	34,0		

DIMENSIONES DE LA EXCLUSIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	VALOR DEL INDICADOR	% DE POB.	AÑO	FUENTE
INTERNAS AL SISTEMA	Cobertura	Población cubierta por un seguro de salud	2.311	27,23	2002	INASES
		No Cubierta	6.177	72,77		
		Población no cubierta un seguro de salud por edad:*			2002	INASES / MSD
		Menores a 4	998	11,8		
		5 a 19	1.660	19,6		
		20 a 44	2.793	32,9		
		45 a 64	634	7,5		
		65 Adelante	91	1,1		
		Población no cubierta por un seguro de salud por género:*			2002	INASES / MSD
		Hombres	3.120	36,76		
		Mujeres	3.057	36,02		
		Nº personas de origen indígena no cubierta un seguro de salud	4.076	91,25	2002	MECOVI
	Infraestructura	Nº camas por cada 10.000 hab.			2002	MSD
		Rural	12			
		Urbano	16,3			
	RR Humanos	Nº médicos por cada 10.000 hab.			2001	MSD
		Rural	1,34			
		Urbano	3,60			
	Suministro de servicios directos	Partos no institucionales ⁽¹⁾	131.136	45,0	2002	MSD
		Menores de un año sin 3ª dosis de pentavalente ⁽²⁾	25.968	10,0		
		Embarazos con controles prenatales bajo la norma ⁽³⁾	213.995	65,0		

* En miles

** Debido a la alta dispersión de las comunidades rurales y por falta de información específica sobre la distancia a centros de salud, la población rural será utilizada como Proxy de barrera geográfica.

1) Cobertura de Partos no Institucionales = 1 - (Nº de partos atendidos/partos esperados).

2) Cobertura de Vacunación con DPT3 = Niños vacunados con pentavalente/población menor de 1 año.

3) Cobertura de Atención Prenatal Adecuada = Número de Embarazos con 4 prenatales/Número de embarazos esperados.

FUENTE: Elaboración Propia.

Para la tabla 4, se utilizó como fuente de información las estadísticas del INE provenientes de las encuestas de hogares, como la MECOVI del 2002, del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE), la Unidad de Programación Fiscal (UPF), los registros administrativos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

En la **dimensión externa**, se consideraron el nivel de pobreza, el gasto en salud, la ruralidad, la etnicidad y la calidad de la vivienda. La variable pobreza incluye una categoría denominada pobreza extrema, que es la población que se encuentra por debajo de la línea de indigencia, es decir, aquellos individuos que no pueden satisfacer ni siquiera una canasta básica alimenticia. Como se ha mencionado, al año 2002 un 64,6% de la población boliviana era pobre y un 36,6% se encontraba en situación de indigencia o extrema pobreza. Los niveles de pobreza están asociados a elevados índices de desigualdad entre grupos de ingreso, siendo el ingreso medio del percentil más rico de la población 15 veces superior al ingreso medio del percentil más pobre¹⁷.

El gasto público en salud es una variable Proxy de la prioridad asignada por el gobierno a la salud. En Bolivia, a pesar que en los últimos años las asignaciones presupuestarias al sector se han incrementado, producto de la iniciativa de alivio de deuda (HIPC)¹⁸, el gasto público en salud¹⁹ es aún relativamente bajo en comparación con otros países de la Región, representando un 3,75% como proporción del PIB al año 2002. El gasto per cápita alcanzaba ese año a 35 dólares y ha mostrado una tendencia relativamente constante en los últimos años.

Entre los principales agentes generadores del gasto de salud en Bolivia están a) El sector público (Ministerio de Salud y Deportes, Prefecturas, Municipios y el Fondo de Inversión Social); b) Sistema de seguridad de corto plazo (Cajas de salud); c) Seguros privados (aseguradoras y medicina pre-paga); d) ONG's y e) Hogares. El agente que gasta el mayor volumen de recursos en salud (35% del gasto total) es el sistema de seguridad social de corto plazo, sin embargo su cobertura alcanza apenas al 27% de la población en contraste con el sector público que debe encargarse de ofrecer aseguramiento público a grupos vulnerables de la población y financiar programas nacionales de prevención y control de enfermedades y con un gasto que representa el 30% del gasto total.

En cuanto al financiamiento de la salud, el sector público es el que más ha contribuido al incremento en las asignaciones presupuestarias para el sector, representando el 10% del gasto del Sector Público No Financiero (SPNF).

Uno de los mayores limitantes en la extensión de cobertura del sistema de salud son las barreras geográficas, en particular por ser un país donde aún existen niveles de ruralidad caracterizados por una dispersión geográfica que dificulta la llegada de los servicios. La población rural en el país alcanza a 3.2 millones de personas (37,6%) que viven en poblados dispersos que no cuentan con servicios básicos.

Otra variable que contribuye a la exclusión en salud, es la discriminación por razones culturales, dada la ausencia de un modelo de medicina mixta efectivo que contemple el uso y costumbres de los pueblos originarios (52,3% de la población). La informalidad en el empleo es otra limitante en la

17 El grado de desigualdad medido por el coeficiente de Gini del ingreso per cápita es de 0.56. UDAPE: "Pobreza y desigualdad en municipios de Bolivia: estimación del gasto de consumo combinando el Censo 2001 y las encuestas de hogares", 2003.

18 Heavily Indebted Poor Countries (HIPC).

19 Comprende el gasto de la red pública de servicios y el de la Seguridad social.

extensión de la protección en salud, dado que el modelo de la Seguridad Social exige una relación formal obrero-patronal. En Bolivia existen 1.3 millones de trabajadores informales, que representan el 64% de la población ocupada en el área urbana.

Los indicadores de calidad de la vivienda que se utilizan para el cálculo de pobreza por el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI), contribuyen a explicar la exclusión en salud, sobre todo los relacionados a la disponibilidad de agua potable y desagüe que tienen un fuerte impacto sobre la morbilidad de los hogares. En Bolivia, el 29% de la población (2.4 millones de personas) carece de servicios de agua potable y el 60% (5.1 millones de personas) no cuenta con una solución adecuada de saneamiento básico. El 31% de la población carece de vivienda propia y el 34% carece de servicios de electricidad.

En la **dimensión interna**, se consideran indicadores relacionados a la cobertura de los servicios de salud, según la demanda asistida, la afiliación a la seguridad social de corto plazo, la disponibilidad de infraestructura y recursos humanos e indicadores importantes de producción de servicios como el porcentaje de parto institucional, la cobertura de vacunación y el cuarto control prenatal.

La demanda asistida, que representa la cobertura efectiva del sistema de salud cuando la población reporta enfermedad y demanda servicios de salud, alcanza a un 55%. Según reportes del INASES, la seguridad social de corto plazo cubre al 27% de la población, sin embargo, pueden existir diferencias con las estimaciones en las encuestas de hogares; aún así, se está excluyendo de la protección formal de salud a aproximadamente 6 millones de personas. Se observa que la población en edad productiva (20-44 años) es la que mayor acceso tiene a una afiliación formal a la seguridad social, como consecuencia del modelo de aseguramiento. No se observan mayores diferencias en el aseguramiento según género. La población originaria es la más excluida del proceso de aseguramiento formal, observándose que el 91,2% no está afiliado a las Cajas de Salud. Esto puede deberse a la alta proporción de la población indígena que se encuentra inserta en la economía informal, aunque sería necesario explorar más este fenómeno.

Respecto a la disponibilidad de infraestructura, el sector público ha realizado diversos esfuerzos para mejorar la dotación de establecimientos de salud y equipamiento; sin embargo, la capacidad de resolución de los mismos es limitada, debido a la falta de articulación en la red de servicios y la falta de recursos humanos, existiendo tan sólo 3,6 médicos por 10.000 habitantes en el área urbana y 1,34 por 10.000 habitantes en el área rural.

En cuanto a los indicadores de producción de servicios, pese a la disponibilidad de un seguro público orientado a proteger a las madres, aún existe un elevado número de partos no institucionales, que no son atendidos por personal capacitado y muchas veces ocurren en domicilio. Otra intervención orientada a disminuir la mortalidad materna es el cuarto control prenatal al cual no acceden 213.995 embarazadas que representan el 65% del total de embarazos para el año 2002.

Una de las intervenciones más efectivas para proteger la salud infantil es la inmunización el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha realizado diversos esfuerzos para lograr introducir la vacuna pentavalente en su esquema básico de vacunación y ha logrado cubrir al 90% de los menores de un año, quedando por fuera 25.900 niños.

1.1.3.1. Necesidad Percibida, Demanda Expresada y Demanda Asistida

En relación al acceso a servicios de salud, el análisis de exclusión en salud considera 3 dimensiones que aparecen en las encuestas de hogar que se aplican en la mayoría de los países, ya sea de Medición de Condiciones de Vida (MECOVI) o la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM). Dichas dimensiones son: i) necesidad de salud percibida; ii) demanda por servicios de salud; y iii) demanda por servicios de salud atendida o asistida.

La necesidad de salud percibida por la población, se expresa en la declaración de enfermedad durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta de hogares (en este caso, la MECOVI-2002) y conduce a la identificación del primer grupo de análisis que es la población que percibió necesidad de atención en salud. La percepción de necesidad puede variar de acuerdo a diversos factores entre los cuales está la valoración de la salud por parte de la población. Es probable que existan individuos que a pesar de haber declarado estar sanos hayan estado enfermos y no reportaron enfermedad porque no percibieron adecuadamente su necesidad de salud, estos individuos conforman el primer grupo de exclusión en salud. Lamentablemente, la necesidad no percibida está sujeta a criterios subjetivos que no son susceptibles de ser medidos por las encuestas de hogares.

La demanda expresada es la acción de acudir a los servicios de salud en busca de satisfacer la necesidad de salud percibida. Esta dimensión nos permite identificar el segundo grupo de excluidos: aquellos que habiendo percibido su necesidad de salud es decir, habiendo declarado enfermedad, no demandan servicios de salud, o sea, contienen su demanda por servicios de salud. Esto se denomina “demanda contenida” o “autoexclusión”. Las causas de la demanda contenida pueden referirse a barreras de tipo económico, calidad del servicio, problemas culturales, distancia a los centros de salud y otros.

La demanda atendida o asistida es cuantificada mediante la observación de los individuos que buscan atención en salud y logran que su demanda sea atendida por el sistema de salud mediante la atención institucional, lo cual puede darse cuando un individuo es atendido por personal institucional o en lugares institucionales. Aquellos individuos que demandaron atención y no accedieron a una atención institucional, constituyen el tercer grupo de excluidos.

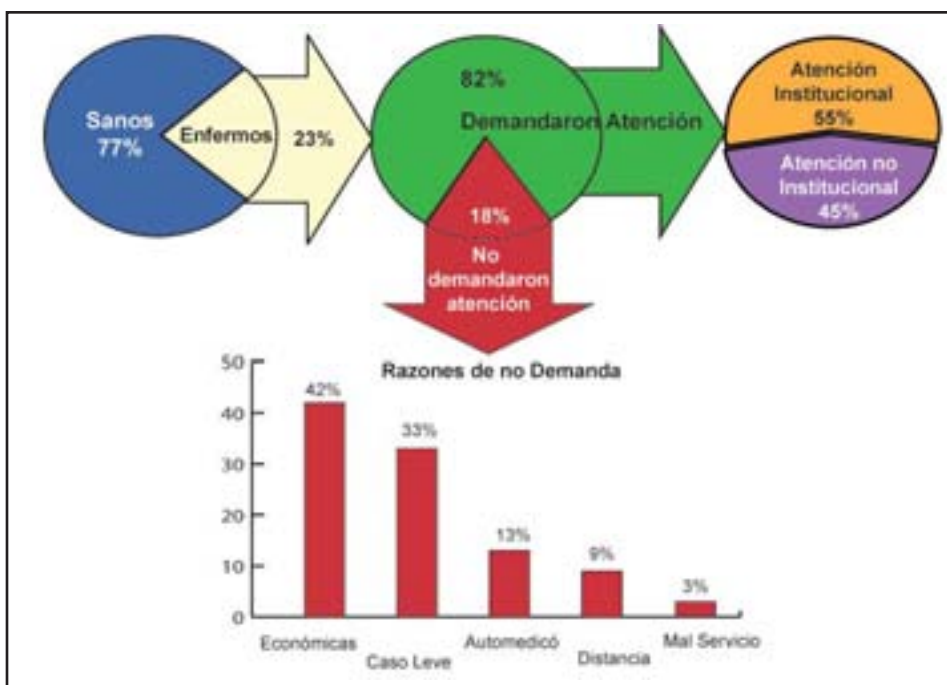
Una dimensión que podría contribuir a medir la capacidad y calidad de respuesta del sistema de salud es la satisfacción del usuario, la que puede medirse mediante encuestas específicas. Aquellos individuos que habiendo accedido a los servicios de salud de manera institucional declaran no estar

satisfechos con la calidad del servicio, podrían constituir el cuarto grupo de excluidos. Debido a limitaciones relacionadas con disponibilidad de información, el presente estudio sólo se concentra en las dimensiones de necesidad percibida, demanda expresada y demanda asistida y no explora la demanda satisfecha.

La MECOVI-2002 indaga sobre la necesidad percibida, preguntando a todos los miembros del hogar si se sintieron enfermos o tuvieron un accidente las pasadas 4 semanas, excluyendo las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) y las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en los menores de 5 años. Se creó una variable que incluye a los niños con EDAs e IRAs y se la denominó enfermedad global.

En el caso de la enfermedad global, el 23% de la población (1.92 millones de personas) reportó haber estado enfermo o haberse accidentado las pasadas cuatro semanas a la encuesta y el 77% (6.6 millones de personas) estuvo sano, es decir que no percibió la necesidad de recibir atención en salud. Del total de personas que declararon enfermedad, el 82% consultó (1.58 millones de personas) y el 18% (345.600 personas) no consultó, constituyendo este último el primer tipo de exclusión denominado demanda contenida, vale decir, aquel grupo de individuos que habiendo percibido la necesidad de utilizar los servicios, no acudieron a ellos, por diversas razones (Figura 3).

Figura 3: Necesidad de Salud y Demanda de Atención



FUENTE: Elaboración Propia.

La razón de no demanda de servicios de salud, señala a las económicas como la mayor causa de no asistencia a estos servicios (42%), luego se encuentra la declaración de que se trataba de un caso leve (33%), el 13% se automedicó, el 9% declaró que la distancia es la mayor barrera para ir a los servicios y el 3% identificó a la mala calidad de los servicios como la causa de no asistencia a los servicios de salud. Es importante señalar que estos resultados provienen de la encuesta MECOVI-2000, dado que la MECOVI-2002 no incorpora una pregunta acerca de la razón de no acudir a los servicios. Al momento de realizarse, la MECOVI-2000, el Seguro Básico de Salud (SBS) tenía poca vigencia, por ello puede atribuirse que la percepción de la población sobre la razón de no demanda haya sido principalmente la económica, hoy en día probablemente esta razón ha cambiado y otras son las razones de no demandar servicios como el trato y la calidad de los servicios, dado que el SUMI es una estrategia orientada a romper la barrera económica.

Del total de personas que consultaron, 1.58 millones de personas (el 45%) buscó atención no institucional, es decir, se hizo atender con un farmacéutico (6%), un familiar (39%) u otra persona (1%), en tanto que el 55% buscó y recibió atención institucional con un médico, enfermera, auxiliar de enfermería o promotor de salud. Lo cual nos permite señalar que del total de personas que percibieron la necesidad de recibir atención en salud y demandaron servicios, el 55% logró que el sistema de salud atendiera dicha demanda y por lo tanto para este grupo la demanda fue asistida.

■ NECESIDAD PERCIBIDA

De acuerdo a la encuesta MECOVI se observaron algunas características de la población que declaró haber tenido necesidad de salud, es decir, haber estado enferma las 4 semanas anteriores a la encuesta. Dichas características se detallan a continuación:

A pesar de no existir una diferencia significativa en la necesidad de salud por área de residencia y pobreza, alrededor del 25% de los habitantes de la región de los valles y los pobres extremos reportaron haber sentido alguna dolencia o enfermedad en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta, en tanto que el 21% de los habitantes del oriente y 20% de los no pobres reportaron haber tenido una necesidad de salud.

Igualmente se observa que el reporte de enfermedad es mayor para la población beneficiada por la cobertura del Seguro Básico de Salud (SBS) (51%) y los menores de 5 años (57%), siendo elevado porque la definición de necesidad de salud incluye los reportes de EDAs e IRAs que afectan principalmente a este grupo. La personas afiliadas a algún seguro sean las cajas (26%) o un seguro privado (20%) tienen una necesidad percibida alta (25% en promedio). Finalmente, el 17% de los que no cuentan con un seguro reportaron enfermedad.

Un análisis de género muestra que las mujeres tuvieron más reportes de enfermedad en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta, que los hombres, 24% a 21% aunque esta diferencia no sea estadísticamente significativa es importante ver su incidencia. En cuanto a la situación de empleo urbano, el 18% de los trabajadores informales reportaron enfermedad, frente al 14% de los formales.²⁰

■ DEMANDA EXPRESADA VS. AUTO EXCLUSIÓN

Desde la perspectiva de la demanda y según la categoría pobreza, se observa que el 80% de los pobres que percibieron enfermedad demandaron servicios de salud. Este porcentaje es mayor en el caso de los no pobres (87%), presentándose una mayor demanda contenida o autoexclusión en la población pobre (20%) respecto de la no pobre (13%). El estar afiliado a un seguro, ya sea público (SBS), a la seguridad social o a seguros privados estimula de manera importante la conducta de búsqueda de servicios de salud por parte de la población enferma, ya que en estos casos se observa que el 90% de las personas que reportaron enfermedad demandaron atención y sólo un 10% se autoexcluyó. En cambio, entre aquellos que no tienen ningún seguro la demanda contenida alcanza al 25%, con una correlación positiva entre aseguramiento y la búsqueda de servicios de salud.

Los castellano-parlantes expresan su demanda por servicios de salud en mayor proporción que los pueblos originarios. El 21% de éstos últimos se autoexcluyó, en tanto que sólo el 14% de los castellano-parlantes no demandaron atención en salud habiendo estado enfermos. En el caso del empleo urbano, la diferencia de la demanda contenida entre trabajadores formales e informales es pequeña, sin embargo, se observa que los informales contienen más su demanda por atención de salud (22%) que los trabajadores formales (21%).

Para explorar las razones de la autoexclusión, se realizaron estimaciones en base a la MECOVI 2000, dado que el módulo que reporta las razones de no demanda de atención en salud no existe en la MECOVI 2002. La población que declaró enfermedad en 2000 y que tuvo demanda contenida, mencionó que entre las principales razones por la cuales no demandaron atención en salud están las barreras económicas, las geográficas o distancia a los establecimientos de salud y de percepción de mala calidad de servicio. Es importante señalar una vez más que estos resultados pueden variar actualmente, dado que los programas de aseguramiento público han contribuido a la ruptura de la barrera económica y las razones de no demanda más importantes pueden estar asociadas a la calidad de los servicios de salud.

20 MECOVI, 2002.

En todos los grupos étnicos la principal razón para no demandar servicios de salud es la económica. En el estrato de edad mayor a 50 años la autoexclusión se debe en un 45% a motivos económicos. La distancia a la que se encuentran los centros de salud es la segunda causa de la demanda contenida y es más visible en el grupo de edad entre 5-14 años. La mala calidad de los servicios es la tercera razón de no acudir a los servicios de salud, razón que es más importante para los menores de 5 años.

■ DEMANDA ASISTIDA VS. EXCLUSIÓN

La demanda asistida da una aproximación de la capacidad de respuesta del sistema de salud. Como se ha mencionado, se considera demanda asistida a la atención institucional a las personas que demandaron servicios de salud y fueron atendidos por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores de salud. A nivel nacional, del total de personas que buscaron atención en salud el 55% fue atendida de manera institucional.

La afiliación a un seguro de salud implica una mayor probabilidad de ser atendido institucionalmente. El 73% de las personas que cuenta con un seguro privado o estaba afiliado a una Caja de Salud fueron atendidas de manera institucional, el resto está constituido por población enferma que reside en áreas dispersas donde no llega la seguridad social. El 44% de la población cubierta por el SBS y que declaró enfermedad fue atendida institucionalmente, lo cual implica que un 56% de la población teóricamente cubierta por este mecanismo no recurrió a los servicios de salud. La mayor demanda asistida se da en los niños menores de 5 años y personas mayores de 50 años (49% y 52%), en tanto que los adolescentes y las personas en edad fértil exhiben un mayor porcentaje de exclusión, sin mucha diferencia entre estos dos grupos de edad.

Es importante analizar si la atención institucional tiene alguna relación particular con el origen étnico de las personas. Las personas de habla castellana son las que acceden con mayor frecuencia a la atención institucional (en un 55% de los casos), en tanto que en el resto de grupos étnicos, los quechuas y los guaraníes accedieron a atención institucional en 43% y 48% respectivamente. Los aymaras presentan los mayores niveles de exclusión, ya que sólo un 29% de su población enferma y que buscó atención logró satisfacer su demanda institucionalmente, lo cual implica que un 71% fue excluido. De acuerdo a las categorías de ingreso, se observa una relación negativa entre atención institucional y pobreza. El 59% de las personas que tiene un ingreso mayor a la línea de pobreza ha logrado atender su demanda de salud institucionalmente, comparado con sólo el 44% y el 35% de los pobres y pobres extremos respectivamente.

1.1.4. Perfil de los Excluidos

El índice compuesto de exclusión fue construido utilizando la base de datos MECOVI 2002 con las variables referidas al individuo y hogar, a las que se agregaron variables de contexto a partir del SNIS y el CENSO 2001.

En la tabla 5 se puede observar los resultados de la estimación de la población excluida a nivel país y por las regiones geográficas con representatividad estadística, con un intervalo de confianza de 95%.

El porcentaje de población excluida en Bolivia es muy elevado, alcanzando al 77% de la población. La apertura regional, según área geográfica, señala un estado de situación de la exclusión muy elevada en el área rural independientemente de la región o piso ecológico, con una proporción elevada de exclusión que supera el 94%, con una incidencia del 100% en el occidente y valles. En tanto que en el área urbana, existen marcadas diferencias entre los pisos ecológicos, donde el oriente urbano sólo cuenta con un 24% de excluidos en salud, mientras que en los valles esta proporción alcanza a 82% y en el altiplano a 92%.

Tabla 5. Estimación de la población excluida, la brecha de exclusión y la heterogeneidad de la población excluida (FGT2)

ÁREA GEOGRÁFICA	REGIÓN	POBLACIÓN EXCLUIDA		BRECHA DE EXCLUSIÓN		FGT2	
		P ₀	IC=95%	P ₁	IC=95%	P ₂	IC=95%
Urbana	Occidente	91,7%	88,5 - 94,9	81,1%	74,9 - 87,1	89,6%	79,5 - 99,7
	Valles	81,7%	76,3 - 87,2	69,7%	60,5 - 78,9	82,5%	66,0 - 98,9
	Oriente	24,3%	18,3 - 30,3	11,5%	7,4 - 15,6	9,2%	4,9 - 13,4
Rural	Occidente	100,0%	99,9 - 100	194,2%	182,4 - 206,0	400,8%	359,2 - 442,4
	Valles	100,0%	100 - 100	210,2%	201,0 - 219,4	459,1%	423,0 - 495,2
	Oriente	94,4%	89,5 - 99,3	87,4%	68,8 - 105,9	102,1%	64,2 - 140,0
TOTAL PAÍS		77,0%	74,2 - 79,9	98,9%	93,0 - 100,4	169,7%	93,0 - 100,4

FUENTE: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

En la **brecha de exclusión**, se observa que tanto en el occidente y en los valles del área rural, la población excluida se encuentra a una distancia 20 veces mayor de la que dista la población excluida en el oriente urbano.

En relación a la **heterogeneidad de la exclusión**, los resultados señalan que la población localizada en áreas geográficas dispersas en los valles y el occidente, no sólo se encuentran con una alta incidencia de exclusión y muy distantes de la línea de exclusión, sino que también son muy diferentes entre sí. Estos resultados sugieren que las políticas de extensión de la protección en salud deben focalizarse en las áreas dispersas del altiplano y los valles.

En Bolivia, el 27% (aproximadamente 2.3 millones de personas) de la población se encuentra con un grado severo de exclusión y un 23% (casi 2 millones de personas) tiene un riesgo leve de exclusión. (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución del riesgo de exclusión a nivel nacional

CATEGORÍA DEL RIESGO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Leve	1.981.776	23%
Moderado	2.147.952	25%
Alto	2.123.867	25%
Severo	2.293.496	27%
Total	8.547.091	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

La distribución del riesgo de exclusión, según área geográfica y región muestra que en el occidente urbano y el oriente rural existe la mayor severidad en el riesgo de exclusión, 40% y 41% respectivamente, sin embargo, también contienen a la población con el grado más leve de riesgo de exclusión (47% y 48%). Por otra parte, si se suman los grados severo y alto, claramente vuelve a sobresalir la población que reside en el área rural del occidente y valles como la de mayor riesgo de exclusión (95% y 98% respectivamente). Estos resultados son consistentes con la existencia del bolsón de pobreza ubicado en los valles rurales del sur del departamento de Cochabamba, el norte de Chuquisaca y los municipios del altiplano potosino (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución del riesgo de exclusión, según área geográfica y región

AREA GEOGRÁFICA	REGIÓN	GRADO DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN				TOTAL
		Severo	Alto	Moderado	Leve	
Urbana	Occidente	40%	4%	10%	47%	100%
	Valles	26%	7%	22%	45%	100%
	Oriente	3%	0%	80%	17%	100%
Rural	Occidente	21%	74%	0%	5%	100%
	Valles	16%	82%	0%	2%	100%
	Oriente	41%	5%	6%	48%	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

Se realizó un análisis de la distribución del riesgo de exclusión por departamento²¹. Aunque los resultados no sean altamente representativos, esta desagregación nos muestra claramente que los departamentos del oriente (Santa Cruz, Beni y Pando), son los que cuentan con menor grado de riesgo de exclusión, si se suman los tramos de riesgo severo y alto, el departamento de Beni es el menos excluido (9%), seguido por Santa Cruz (16%) y finalmente Pando (22%), estos departamentos concentran un moderado grado de riesgo de exclusión (Ver tabla 8).

Los departamentos que presentan el mayor grado de riesgo de exclusión (severo y alto) son Potosí (89%), Chuquisaca (76%) y Oruro (62%), mientras que los departamentos con un grado de riesgo de exclusión relativo (moderado y leve) son Cochabamba (62%), La Paz (56%) y Tarija (54%). Estos resultados señalan la heterogeneidad de la exclusión en salud en los departamentos, que puede dar lugar a políticas focalizadas en bloques que pueden ser distintos a los pisos ecológicos, sobretodo en los departamentos de los valles y el altiplano.

Las variables de la **dimensión interna** que se utilizaron en el cálculo del índice son: i) camas por mil habitantes; ii) médicos por mil habitantes; iii) cobertura de vacunación con pentavalente; iv) enfermeras por mil habitantes; v) hospitales básicos por 10.000 habitantes; vi) puestos y centros de salud por 1.000 habitantes y vii) afiliación formal a un seguro de salud.

Tabla 8. Distribución del riesgo de exclusión, según departamento

DEPARTAMENTO	GRADO DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN				TOTAL
	Severo	Alto	Moderado	Leve	
Chuquisaca	21%	54%	8%	17%	100%
La Paz	34%	22%	8%	36%	100%
Cochabamba	18%	44%	14%	24%	100%
Oruro	38%	29%	3%	30%	100%
Potosi	22%	68%	0%	10%	100%
Tarija	34%	20%	9%	37%	100%
Santa Cruz	14%	2%	60%	24%	100%
Beni	9%	0%	64	28%	100%
Pando	22%	0%	43	35%	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

21 Pese a que la encuesta MECOVI-2002 no cuenta con una representatividad a nivel departamento, se realizó el ejercicio con propósitos ilustrativos.

Las variables de la **dimensión externa** que formaron parte del cálculo del índice son: i) gasto catastrófico; ii) uso de energía eléctrica; iii) disponibilidad de agua potable; iv) tenencia de un sistema de desagüe; v) quintiles de ingreso y gasto; vi) densidad poblacional; vii) porcentaje de mujeres analfabetas del municipio; viii) las áreas geográficas (occidente, valles y oriente) y ix) los 4 grupos étnicos (aymara, quechua, guaraní y castellano).

Se observa la importancia relativa de las variables de la dimensión interna del sistema de salud en el índice de exclusión es de 40%, mientras que las variables asociadas a las barreras externas al sistema de salud contribuyen a explicar la exclusión en salud con un 60% (Tabla 9).

Tabla 9. Peso Relativo en el índice de exclusión, según variable y tipo de barrera

BARRERA	NOMBRE DE LA VARIABLE	PESO RELATIVO EN EL ÍNDICE	
		Variables	Barreras
INTERNA	Camas por mil habitaciones	11,0%	40%
	Médicos por mil habitantes	9,8	
	Cobertura de vacunación	8,1	
	Enfermeras por mil habitantes	6,8	
	Hospitales básicos por mil hab.	2,6	
	Puestos y Centros de salud por mil hab.	1,8	
	Afiliación por seguro formal de salud	0,4	
EXTERNA	% mujeres alfabetas	18,1	60%
	quintilesy-gto	10,6	
	4 grupos étnicos	9,3	
	Areas geográficas	8,5	
	Gasto Catastrófico	4,4	
	Densidad Poblacional	3,4	
	Usa energía eléctrica	3,2	
	Desague	1,6	
	Agua Potable	0,4	
TOTAL		100%	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

Entre las **barreras internas** más importantes como fuente de exclusión, se encuentra la disponibilidad de camas por mil habitantes (11%), la disponibilidad de médicos por mil habitantes (10%) y la disponibilidad de enfermeras por mil habitantes en el municipio (7%). La ponderación de estas variables es consistente con los mayores limitantes del sistema de salud que se encuentran precisamente en la escasez y la mala distribución del recurso humano, donde la mayoría de las redes de servicios en el área dispersa se encuentran manejadas por auxiliares de enfermería. A

pesar que el sistema ha logrado incrementar la disponibilidad de infraestructura, que se observa en la baja contribución a la exclusión por parte de la disponibilidad de hospitales básicos, centros y puestos de salud (2,6% y 1,8%), las camas disponibles en los centros y hospitales básicos se encuentran lejos de los estándares de calidad.

Llama la atención la baja contribución a la exclusión de la variable afiliación a un seguro formal de salud (0,4%), lo cual podría explicarse por la importancia del sistema público de salud en áreas dispersas, donde no llega la seguridad social o por la baja importancia que tiene la seguridad social a nivel global, en un escenario de alta informalidad. Finalmente, la cobertura de vacunación, que es una prestación que en estudios previos se señaló como una de las más equitativas, contribuye de manera importante a la exclusión en salud (8,1%); quizá el problema de exclusión en esta variable se explique a problemas de calidad en garantizar la tercera dosis de pentavalente en la población menor a un año.

Respecto a las **barreras externas**, la variable de contexto referida al porcentaje de mujeres analfabetas en el municipio es la que tiene una mayor contribución en explicar la exclusión en salud (18,1%), señalando la prioridad que debe asignarse a la educación de las niñas. La variable quintiles de ingreso y gasto, fue la seleccionada como la variable que mejor mide el status socio-económico del hogar dada su carga factorial y tiene un peso relativo en el índice de exclusión de 10,6%, mostrando una vez más que las políticas dirigidas a promover la generación de ingresos en los hogares son prioritarias, dado que el aseguramiento público que garantiza gratuidad en el acceso a los servicios de salud no es suficiente, sino que un mayor ingreso puede permitir estilos de vida más saludables.

Las diferencias étnico-culturales aportan con 9,3% a la exclusión en salud, indicando la necesidad de avanzar en un modelo de medicina tradicional para evitar que las diferencias culturales impidan el acceso a los servicios de los pueblos originarios. El lugar de residencia según área geográfica contribuye con 8,5% a explicar la exclusión en salud, resultado visible en la desagregación de la incidencia y riesgo de exclusión, donde los valles y altiplano rurales deben ser prioritarios en el diseño de políticas de extensión de la protección en salud.

Pese a que Bolivia cuenta con programas de aseguramiento público, éstos son universales en las prestaciones y no así en la población, focalizando sus intervenciones en grupos vulnerables como la mujer embarazada y el menor de 5 años, esto implica que otros grupos de población como la mujer en edad fértil y la población en edad productiva si no tienen una inserción formal en el mercado laboral deben correr con los eventuales gastos por enfermedad, que pueden ser importantes como se observa en la importancia relativa del gasto catastrófico en el índice de exclusión (4,4%).

Uno de los problemas más serios es la alta dispersión de la población que limita la llegada de los servicios públicos, lo cual da lugar a reflexionar en políticas de migración orientadas al crecimiento de ciudades intermedias para aprovechar las economías de escala asociadas a la concentración poblacional, la baja densidad poblacional aporta con 3,4% a la exclusión en salud.

Un resumen del peso relativo de las variables utilizadas en el cálculo del índice de exclusión agrupadas según las categorías del marco conceptual, nos muestra que en la **dimensión externa**, los servicios sociales indirectos provistos en educación y en calidad de la vivienda explican en 23% el índice de exclusión en salud, con una fuerte concentración del efecto educación en las mujeres. En segundo lugar, se encuentran las barreras económico-financieras con una contribución del 15% a la exclusión en salud, con una mayor preponderancia del estatus socio-económico respecto al gasto catastrófico. Las barreras geográficas, asociadas a la baja densidad poblacional y el lugar de residencia según región explican en 12% la exclusión en salud y finalmente las barreras culturales provenientes de las diferencias étnicas contribuyen en 9% a la exclusión en salud. (Tabla 10)

Tabla 10. Resumen del peso relativo de las categorías conceptuales

BARRERAS	CATEGORÍAS	PESO RELATIVO CATEGORÍAS
EXTERNAS	Servicios Indirectos	23,3%
	Económico-Financieras	15,0%
	Geográficas	11,9%
	Etnico-Culturales	9,3%
INTERNAS	Recursos Humanos	16,6%
	Infraestructura	15,4%
	Servicios Directos	8,1%
	Cobertura	0,4%
TOTAL		100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

La **dimensión interna** muestra el efecto de la disponibilidad de recursos humanos sobre la exclusión de los servicios de salud (17%), con una mayor ponderación de la disponibilidad de médicos respecto a enfermeras, dado que los primeros se concentran en áreas urbanas, dejando a un lado los centros rurales y de mayor exclusión. La infraestructura explica en 15% la exclusión en salud, fundamentalmente en la calidad de las camas de los establecimientos de salud del sistema público. Finalmente, la cobertura de algunas prestaciones contribuye con 8% a la exclusión en salud y la cobertura de afiliación sólo con 0,4%.

■ RESULTADOS GLOBALES DEL ANÁLISIS

La caracterización de la exclusión en salud en Bolivia, permitió identificar las regiones más excluidas en salud y el peso relativo de las variables de las dimensiones internas y externas mediante el cálculo del índice global de exclusión. El análisis bivariado permitió encontrar una serie de relaciones causales que contribuyen a explicar el estado de exclusión de la población.

El ***índice de exclusión global*** nos muestra que el 77% de la población boliviana se encuentra excluida del sistema de salud, con una fuerte incidencia de la exclusión en poblaciones que residen en el altiplano y valles rurales. La brecha de exclusión en estas localidades es abismal en términos comparativos con el oriente y en adición los excluidos en estas áreas son muy distintos entre sí. La apertura por departamento, señala una vez más la menor exclusión en salud en los departamentos del oriente (Santa Cruz, Beni y Pando), en tanto que los departamentos más excluidos son Potosí, Chuquisaca y Oruro y los medianamente excluidos son Tarija, Cochabamba y La Paz. Este resultado plantea la necesidad de diseñar políticas focalizadas para luchar contra la exclusión en estas áreas geográficas, sin embargo, es importante considerar que existen poblaciones altamente excluidas en áreas dispersas del departamento de Pando, Beni y el Norte de La Paz que aunque no es visible en el análisis cuantitativo por razones estadísticas, merecen especial atención.

El análisis de la composición del índice por variables, según dimensiones, permite observar que la dimensión externa contribuye en un 60% a explicar la exclusión en salud, mientras que la dimensión interna contribuye en un 40%.

En la ***dimensión externa***, los servicios indirectos son los que aportan más a explicar los procesos de exclusión en Bolivia, donde la educación de las mujeres es la variable de mayor importancia. Por otra parte, las barreras económico financieras asociadas al fenómeno de pobreza limitan el acceso de la población a los servicios de salud. Ello se ve exacerbado por grandes problemas de desigualdad en la distribución del ingreso y por el hecho que el gasto de bolsillo sigue siendo un elemento importante en el financiamiento del sector salud (representa el 28% del gasto total en salud) y es una de las principales barreras para acceder al sistema de salud. El gasto catastrófico se concentra en la población en extrema pobreza, señalando que el sistema de salud aún tiene un largo camino que recorrer para proteger financieramente a los indigentes. Pese a que en los últimos años se han incrementado los recursos para el sector salud, mediante la asignación de recursos HIPC, aún la ejecución de los mismos es baja, por lo que se debe implementar una estrategia para efectivizar su uso y contribuir a disminuir la exclusión en salud.

El área de residencia es otra fuente de exclusión. La ruralidad está asociada a barreras geográficas, que impiden el fácil acceso de la población a los servicios; en muchas comunidades, la posta o centro de salud están localizadas a 4 o 5 horas a pie. El origen étnico es un elemento que genera discriminación y exclusión y muchas veces se expresa en la demanda contenida por razones culturales. Es importante señalar que el pueblo originario que presenta mayores problemas de demanda contenida y mala percepción de necesidad en salud es el aymara. La informalidad en el empleo es otra limitante en la extensión de la protección en salud dado el modelo de aseguramiento

formal. La calidad de la vivienda, explica de manera relativa la exclusión en salud, sin embargo, es de vital importancia en la disminución del riesgo de contraer enfermedades transmisibles por vectores, como Chagas y malaria.

Respecto a la **dimensión interna**, es importante enfatizar que existen serios problemas atribuibles al sistema, como su fragmentación, donde la co-existencia de un sistema de corte Bismarckiano de aseguramiento, que cuenta con el mayor volumen de recursos del sistema de salud y afilia a un reducido porcentaje de la población, junto a un sistema público con escasos recursos encargado de los seguros públicos y programas nacionales de prevención y control de enfermedades (bienes públicos), constituyen un sistema con limitada respuesta a las necesidades de salud de la población. Estas características del sistema de salud generan problemas de exclusión per-se: la mayoría de los afiliados en las Cajas de Salud son castellano-parlantes y pertenecen al quintil más alto de ingresos.

Uno de los mayores problemas del sistema de salud, es la escasez y mala distribución de los recursos humanos; más de la mitad de los establecimientos de salud del área rural, está bajo la responsabilidad de auxiliares de enfermería y en algunos casos de promotores de salud, en tanto que los establecimientos de salud de 3er nivel se encuentran atiborrados de médicos. La disponibilidad de camas muestra que el concepto de cama debe ser revisado, pues un conteo absoluto de las camas no se aproxima a medir la efectiva disponibilidad de un insumo importante en la atención interna. Ambos indicadores se encuentran por debajo de los parámetros mínimos internacionales y contribuyen de manera significativa al índice global de exclusión.

1.1.5. Análisis de Estrategias Implementadas en Bolivia para Combatir la Exclusión y Extender la Protección Social en Salud

Con el fin de analizar las estrategias de extensión de la protección en salud que han sido implementadas en el país se utilizaron técnicas cualitativas, específicamente entrevistas a informantes clave y grupos focales, de acuerdo con las recomendaciones de la Guía Metodológica de Caracterización de la Exclusión en Salud de OPS-OMS. El uso de estas técnicas permitió revelar una serie de problemas del sistema de salud, que impiden que las estrategias puedan implementarse adecuadamente y cumplan con sus objetivos. Los resultados del análisis cualitativo se presentan a continuación.

El Seguro Universal Materno-Infantil **SUMI**, pese a ser una política de Estado, dado el respaldo de su creación mediante Ley, es una estrategia cuya prioridad puede variar con los cambios de gobierno. Sus recursos financieros hasta el momento, han mostrado ser suficientes, sin embargo, se debe explorar como reorientar algunas partidas de gasto, priorizando el primer nivel de atención. La universalidad de sus prestaciones, ha incentivado la demanda por servicios y la ausencia de

una afiliación formal, permite que la población pueda acceder a los servicios con facilidad. Aunque las coberturas han mejorado respecto al SBS, éstas parecen concentrarse en el área urbana, dada la posibilidad de acceder a la atención compleja con gratuidad. Entre los desafíos que presenta el SUMI está el diseño de los conjuntos de prestaciones, ya que su inflexibilidad y la inadecuada clasificación para cada nivel de atención impide a los médicos prescribir medicamentos de manera más efectiva, lo que da lugar a que en muchos casos se den falsos diagnósticos para utilizar otras prestaciones y resolver los problemas de salud.

Por otra parte, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) en la mayoría de los departamentos, no cumplen un rol activo en coordinar la normativa del nivel central con las redes, y en varias ocasiones los centros de salud han reclamado la falta de retroalimentación de información o un sistema de monitoreo efectivo, donde a pesar de la constante entrega de informes, incluidas las auditorías, muy pocas veces se obtienen observaciones o sugerencias que permitan mejorar la calidad del servicio.

La percepción de la población es que el SUMI es una buena política, a través de la cual por lo menos se protege a las madres y a los niños, pero sienten que ahora se ha excluido a la mujer en edad fértil. El acceso a la atención es bueno, pero el problema son los medicamentos, no siempre están disponibles y se tienen que comprar por fuera, generando gasto de bolsillo. En el área rural, la escasez de recurso humano es crítica, existen centros que están a cargo de promotores de salud y no tienen un relevo que pueda cubrirlos en su ausencia, cuando están en ronda o capacitándose.

El impacto del programa es claramente positivo dada la trayectoria de aseguramiento del binomio madre-niño desde 1994. Las tasas de mortalidad materno-infantiles han disminuido considerablemente dada la ruptura de la barrera económica, sin embargo, queda pendiente en la agenda el mejoramiento de la calidad de los servicios y la inclusión de prestaciones preventivas.

El Seguro Médico Gratuito de Vejez **SMGV** es una estrategia que desde su diseño ha generado un proceso de exclusión que está asociado al sistema. Al ser las Cajas de Salud los únicos prestadores, se ha excluido a todos los adultos mayores que residen en el área rural, dado que el sistema de seguridad social de corto plazo, tiene infraestructura casi exclusivamente en el área urbana. La calidad de la atención, en promedio, no es buena y muchos ancianos que se afilian no regresan, una vez que tuvieron una mala experiencia ante la falta de calidez en el trato, y los municipios y el Tesoro General de la Nación (TGN) siguen pagando la prima por personas que no utilizan los servicios, lo que deja un margen de ganancia, que es contrario a los reportes de falta de recursos de las Cajas de Salud. Se debería considerar la participación más activa del Ministerio de Salud y Deportes en la reforma del SMGV y desarrollar un sistema que permita que este seguro cumpla su objetivo en áreas rurales, mediante la compra de servicios a la red pública de salud o la privada involucrando más a los gobiernos locales.

Un problema serio del seguro es el rezago considerable en el pago de la prima por parte del TGN y de los municipios, aunque los últimos están cumpliendo con mayor regularidad gracias al sistema de débito automático. En consecuencia, se observa muy poco compromiso de la administración

en general, que tras efectuar los pagos no hace un seguimiento del uso del seguro por parte de sus afiliados. En algunos municipios, los recursos desembolsados para el SMGV superan a los del SUMI, sin embargo, los ancianos acuden esporádicamente por razones de distancia. Por otra parte, de acuerdo a la Ley las condiciones de acceso a los servicios del SMGV no debieran ser distintas entre jubilados o rentistas y los afiliados al SMGV, sin embargo, estos últimos perciben una discriminación. De manera general, el poco conocimiento del personal de salud de las Cajas sobre el SMGV y de los usuarios, lleva a una mala interpretación del título “gratuito” del seguro, ocasionando problemas en la entrega oportuna de las prestaciones.

Los grupos focales mostraron que la población adulto mayor en el área urbana conoce el seguro y consideran que la afiliación es un proceso fácil, en tanto que en el área rural, el seguro es muy poco difundido. El mayor problema en el acceso al SMGV, son las colas, muchos deben madrugar para alcanzar a tener una ficha y atenderse en el día. La escasez de medicamentos es otro de los problemas del SMGV, que se asocia al modelo de gestión centralizado caduco de la Caja Nacional de Salud, donde todos los requerimientos deben ir hasta la ciudad de La Paz. Muchos creen que sólo se recetan medicamentos paliativos y no se hacen diagnósticos para detectar los males y curarlos. Para los habitantes del área rural, el seguro no es conveniente, porque deben viajar hasta la ciudad y a veces el viaje es inútil porque no satisfacen su demanda de salud.

El impacto del SMGV no es cuantificable, dada la ausencia de un sistema de monitoreo y evaluación. El Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) reporta de manera agregada las prestaciones que prestan las Cajas de Salud, es importante diseñar un sistema de información que discrimine las prestaciones del SMGV de aquellas que se prestan a los jubilados y rentistas, en orden de obtener mayor transparencia en la evaluación de esta estrategia. De este modo el gobierno municipal y las organizaciones de base tendrán mejores herramientas para conocer el impacto de esta estrategia de protección al adulto mayor.

El Programa de Lucha Contra la Enfermedad de Chagas, **PLCC** tiene las características de un bien público, sin embargo, su implementación se encuentra demasiado centralizada, existen problemas con la contratación de rociadores, que en la gestión vigente en el período del estudio se vieron interrumpidas por procesos administrativos poniendo en riesgo la efectividad lograda con los ciclos de rociado anteriores. En general, los municipios conocen muy poco el PLCC y manifiestan que una transferencia del mismo al nivel local sólo sería posible con recursos adicionales y con la capacitación a personal que viva en las comunidades, a pesar de que en algunos municipios se ha logrado que se asignen partidas de gasto específicas.

Lamentablemente, el PLCC no coordina acciones con instancias que trabajan en el mejoramiento de viviendas; sólo una política integral que considere la fumigación y la mejora de las viviendas en zonas endémicas podrá tener el impacto deseado. La sobrevivencia del vector también depende de la actitud de la población respecto a él; mucha gente convive con animales dentro de la vivienda, que son los principales reservorios del vector; dada la extrema pobreza, no quieren alejarse de sus animales y no denuncian la presencia del vector. Se debe poner más énfasis en la implementación de los Puestos de Información de Vectores (PIVs) y en el componente de

Información, Educación y Comunicación, que al ser manejado centralmente da la impresión de no tener la oportunidad y profundización necesaria. La población conoce de manera general el peligro de la vinchuca como transmisor de la enfermedad de Chagas, muchos de ellos esperan con ansia la llegada de los rociadores a la comunidad. Esta actitud varía según la efectividad del rociado, en algunas comunidades, no creen que el insecticida vuelva a ser tan efectivo como la primera vez.

El impacto del Programa no es uniforme, en algunas localidades ha logrado reducir la tasa de infestación a menos de 3%, pero en otras existen rebrotes considerables, dando lugar a la necesidad de analizar la efectividad del actual insecticida y su potencial sustitución por órganos fosforados. A pesar de que se tienen identificados los posibles municipios que entrarían a la fase de curación, los retrasos registrados en esta gestión podrían ocasionar también rezagos en esa fase.

1.2. EL SALVADOR²²

1.2.1. Contexto Nacional

El Salvador es una República dividida geopolíticamente en 14 departamentos y 262 municipios. Cuenta con un gobierno electo democráticamente y organizado de acuerdo al principio de separación de poderes. Para el año 2003 el país contaba con una población alrededor de 6.6 millones de habitantes. El 41% de ellos reside en zonas rurales, el 35% en el Área Metropolitana de San Salvador y el restante 24% en las zonas urbanas. Se estima que alrededor de 2 millones de salvadoreños viven fuera del país, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica. Las remesas que estas personas envían a sus familias representan una de las principales fuentes de ingreso para el país, alrededor del 13,5% del Producto Interno Bruto (PIB) en el 2003.

El Salvador es un país de ingreso medio bajo con marcada desigualdad distributiva. El PIB per cápita fue de US \$2.191.5 dólares anuales en el 2002 y, mientras que el 20% de la población con ingresos más altos concentra el 56,9% del ingreso nacional, el 20% de la población con ingresos más bajos se queda sólo con el 2,7%. Acorde con ello, alrededor del 43% de la población nacional se encuentra en condición de pobreza y de ellos, el 19% se encuentra en pobreza extrema. Según el Estudio de Cuentas Nacionales en Salud, en el año 2000 El Salvador destinó alrededor del 8,0% de su PIB a salud, con un gasto per cápita de US\$83,45. La composición del financiamiento de la salud se concentra en tres agentes: los hogares, los empleadores y el Gobierno, siendo los hogares los que asumen la mayor parte del gasto en salud.

El alto nivel de pobreza de la población salvadoreña, el rol preponderante que los hogares tienen en el financiamiento de la salud y el hecho que este gasto sea principalmente gasto de bolsillo, predispone a la exclusión en salud. La tabla 11 muestra una visión panorámica de la situación general de la población del país.

22 El estudio de caracterización de la exclusión en salud fue realizado en El Salvador en el año 2004, con fuentes de datos del 2002.

Tabla 11. Antecedentes generales de la población

ANTECEDENTES GENERALES / INDICADOR	VALOR	FUENTE
Población estimada (miles de personas) cifra del 2003	6,638	1
% Ruralidad (año 2003)	40.8	3
% Población con acceso a agua potable	74.3	6
% Población con acceso a saneamiento básico	38.7	6
Índice de Desarrollo Humano (año 2002)	0.726	4
% Alfabetismo (15 a 24 años) - año 2002	93.0	3
ANTECEDENTES DEL SECTOR SALUD / INDICADOR	VALOR	FUENTE
Población Cubierta por el MSPAS (demanda asistida en %) 2002	41.5	6
Población Afiliada al ISSS en %, 2002	16.0	5
Cubierta por el sector privado (demanda asistida en %)	10.5	6
Mortalidad General (por 100,000 hab.)	594	2
Mortalidad Infantil (por 1,000 nac. vivos)	26.4	2
Mortalidad Materna (por 100,000 nac. vivos)	172.0	7
Tasa global de fecundidad (expresada en número de hijos) año 2003	2.88	2
Esperanza de vida al nacer (año 2003)	70.63	2
% Desnutrición en niños < 5 años (baja talla para la edad) - año 2002	10.3	4

FUENTES:

1. CELADE -Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Base de datos del Boletín Demográfico No. 71: América Latina: Población por Años Calendario y Edades Simples 1950-2050.
2. DIGESTYC. Proyecciones de población de El Salvador, 1995-2025.
3. El Salvador, primer informe de país "Avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio", 2004.
4. Informe sobre desarrollo humano, El Salvador 2003. Pág. 72.
5. ISSS. Boletín Estadístico 2002.
6. DIGESTYC. EHPM-2002.
7. FESAL 2002-2003 Pág. 263.

1.2.2. Descripción del Sistema de Salud

El sistema de salud de El Salvador es segmentado, es decir, en él coexisten distintas entidades públicas y privadas en el financiamiento, aseguramiento y provisión y está formado por 3 subsistemas: Público, Seguro Social y Privado. El subsistema público está orientado principalmente a la población pobre; el Seguro Social atiende a la clase media y los seguros privados, vinculados a una red de proveedores privados de servicios, atiende a los segmentos poblacionales con mayor capacidad de pago. Esta condición y los altos grados de descoordinación existentes al interior del sistema generan duplicación de esfuerzos, altos costos de los servicios, ineficiencia en la asignación de las inversiones en tecnología e infraestructura sanitaria y en definitiva, desigualdad en el acceso a servicios de salud.

El Subsistema Público se compone del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), Sanidad Militar (SM), Bienestar Magisterial (BM) y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI). El Código de Salud vigente (1987) asigna al MSPAS funciones normativas, regulatorias, de administración de programas, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión directa de servicios de salud para la población del país en general.

El Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) está formado por representantes de las Juntas de Vigilancia de todas las profesiones médicas y del Ministerio de Salud (MSPAS); tiene asignadas múltiples funciones según el Art. 14 del capítulo II del Código de Salud, especialmente en aspectos normativos, regulatorios y operativos.

El Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, ISSS es un ente autónomo vinculado con el órgano ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social y desempeña funciones normativas, de administración de programas de salud, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión de servicios a la población trabajadora afiliada y a sus respectivos beneficiarios.

El Subsistema Privado se compone de instituciones aseguradoras y prestadoras. Entre las instituciones prestadoras, existen aquellas con fines de lucro (hospitales, clínicas, centros de diagnóstico) y otras sin fines de lucro (ONG's, Cruz Roja, Rotarios, Leones, otros)²³. Dentro del subsistema privado se encuentran los Servicios Médicos de Autónomas, que consisten en servicios médicos contratados por algunas empresas para sus empleados y en algunos casos, sus familias. El paquete de servicios cubiertos por este mecanismo en general cubre sólo prestaciones de atención primaria.

²³ Para fines del análisis de la exclusión en salud, se considera que aquellas personas que buscan resolver su demanda de salud en farmacias se encuentran excluidas del sistema y por lo tanto las farmacias no se contabilizan como entes prestadores en ningún subsistema.

Tabla 12. Funciones del sistema de salud

FUNCIÓN	COMPONENTE DE LA FUNCIÓN	INSTITUCIÓN INVOLUCRADA
FINANCIAMIENTO	Identificación de fuentes	Ministerio de Hacienda, MSPAS
	Colección de recursos	
	Ordenar los flujos de fondos que entran y salen del subsistema público de salud	
ASEGURAMIENTO	Elaboración del Plan de prestaciones aseguradas	ISSS, Compañías de Seguro
	Asignación de recursos	ISSS, MSPAS, Compañías de Seguro
	Compra de prestaciones	MSPAS, ISSS, BM, SM
	Costeo de prestaciones	ISSS, Compañías de Seguro
	Mecanismo de pago	ISSS, Compañías de Seguro, MSPAS
PROVISIÓN	Prestación servicios de salud	MSPAS, ISSS, SM, proveedores privados
	Disponibilidad de insumos necesarios	MSPAS, ISSS, SM
	Acciones de salud pública	MSPAS, Alcaldías
RECTORÍA	Conducción Regulación Armonización de la provisión de servicios Vigilancia del aseguramiento Modulación del financiamiento Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública	MSPAS, Consejo Superior de Salud

FUENTE: Elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 12, el MSPAS, el ISSS y SM asumen las funciones de provisión de servicios de salud y de aseguramiento. El ISSS, MSPAS y SM cuentan con su propia red de servicios, incluyendo instalaciones de primer, segundo y tercer nivel de atención. Las Alcaldías ejercen la función de provisión a través de clínicas municipales y/o del contrato de personal médico para brindar consultas clínicas.

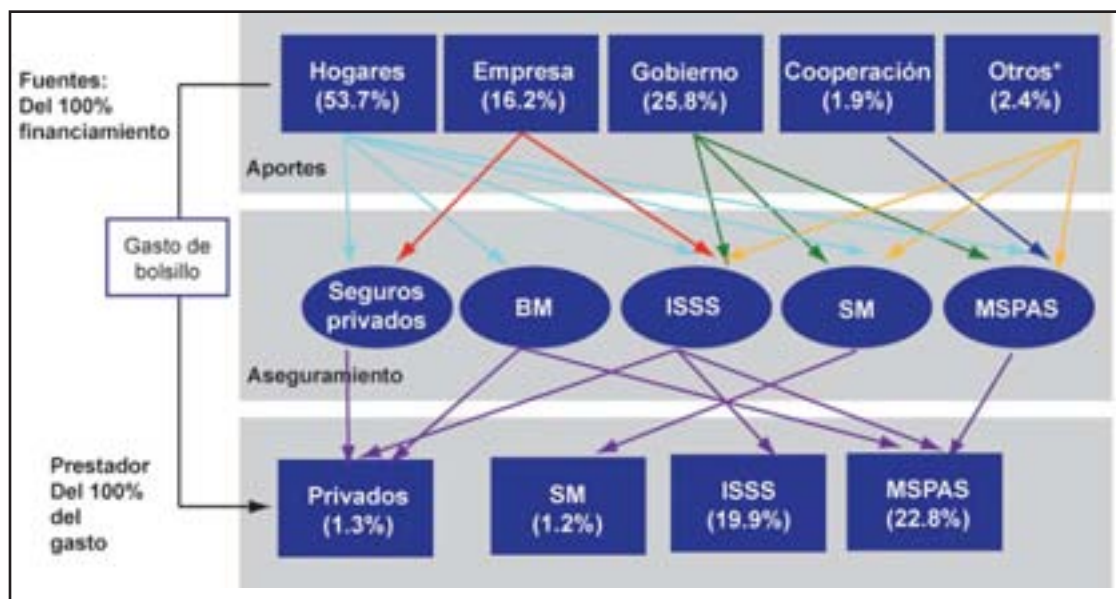
La función rectora es compartida por el MSPAS y el Consejo Superior de Salud Pública. La rectoría sólo es ejercida sobre los proveedores públicos lo cual predispone al país, entre otras cosas, a carecer de un sistema adecuado de certificación de profesionales y acreditación de establecimientos de salud.

Tabla 13. Cuadro resumen del sistema de salud

SISTEMA: MIXTO	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN
Seguro Social	Cotizaciones patronales Cotizaciones trabajador Productos de inversión Otras fuentes	Junta Directiva conformada por: Patronos, Gobierno, Sindicato y Cotizantes.
Subsistema Público	Impuestos generales Cooperación externa Recursos propios	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sanidad Militar y Bienestar Magisterial.
Privado con fines de lucro	Pago por servicio Pago de primas de seguros (prepagó) Copagos	Proveedores privados Compañías de Seguros
Privado sin fines de lucro	Contribuciones voluntarias Donaciones	Directorios de ONG's Compartida entre organizaciones de la comunidad y directorios de ONG's
Características del sistema 1. El sistema es SEGMENTADO porque coexisten subsistemas que atienden a segmentos de población determinados por su capacidad de pago, tanto en la provisión como en el aseguramiento. El sector público atiende a personas de ingresos bajos y medios; el Seguro Social atiende a personas con ingresos medios y altos (empleados formales y sus dependientes); el sector privado a la población de altos ingresos. La población en condición de pobreza extrema no está cubierta de manera adecuada. 2. El sistema es altamente FRAGMENTADO, ya que: a) Coexisten diversos organismos prestadores y aseguradores que no funcionan de manera integrada; b) las instituciones del sistema organizan sus servicios por niveles de atención, pero los mecanismos de referencia y contrarreferencia son deficientes, lo que dificulta la coordinación y la construcción de un sistema de salud articulado; y, c) Existe alta concentración de establecimientos en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), dando como resultado la duplicación de acciones en salud y superposición territorial en esta Área y el abandono de otras Áreas territoriales. 3. El ejercicio de la FUNCIÓN RECTORA es restringido, débil y fragmentado, lo que debilita la capacidad de respuesta del sistema. 4. Existe un predominio del GASTO DE BOLSILLO como mecanismo de financiamiento de las acciones de salud. * De acuerdo a la definición establecida en la "Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud" C. Acuña, B. Andersson, H. Rosenberg OPS-OMS, 2001.		

FUENTE: Elaboración propia.

Figura 4. Esquema del flujo de recursos financieros dentro del sistema de salud



*Otros obtenidos por la suma de cotizaciones trabajadores(iss+sm) + recursos propios + productos de inversión +recursos propios.

Cooperación, comprende a fondos aportados por agencias bi y multilaterales de cooperación internacional.

BM = Bienestar Magisterial; ISSS= Instituto Salvadoreño de Seguro Social; SM= Sanidad Militar; MSPAS= Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

FUENTE: Elaboración propia

La figura 4 permite apreciar la alta carga financiera que soportan los hogares, puesto que éstos aportan cerca del 53,7% del total de recursos financieros del sistema de salud.

Tabla 14. Indicadores de desempeño del sistema de salud, varios años

RECURSOS HUMANOS	INDICADOR	FUENTE
Médicos por 10,000 habitantes (2002)	10,1	1
Enfermeras por 10,000 habitantes (2002)	8,7	1
RECURSOS FÍSICOS		
Número de Hospitales ^{1/} (2003)	43	2
Unidad de Salud (2003)	367	4
Casa de Salud (2003)	171	4
Centro Rural de Nutrición (2003)	47	4
Clínica P/empleados del MSPAS (2003)	2	4
Centro de Atención de Emergencia (2003)	1	5

Unidades Médicas con Hospitales (2003)	6	5
Unidad de Médicas (2003)	29	5
Clínicas Comunes (2003)	31	5
GASTO		
Gasto total en salud como % del PIB (2000)	8,0	3
Gasto público en salud como % del gasto total en salud (2000)	27,7	3
Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud (2000)	53,7	3
Gasto público en salud como % del PIB (2000)	3,6	3
Gasto de bolsillo como % del PIB (2000)	4,3	3
PRODUCCIÓN		
Consultas externas por profesional médico de atención primaria por 1000 hab.		
MSPAS (2004)	367,4	4
ISSS (2004)	675,6	5
Egresos hospitalarios por 1.000 habitantes (2004)	16,0	
Cobertura (%) de inmunización en niños menores de 1 año (3ª dosis DPT)(2003)	85,0	4
% Partos institucionales ^{2/} (2002)	69,4	5

1/ 10 hospitales del ISSS + 30 hospitales del MSPAS + 3 de Sanidad Militar.

2/ partos atendidos por personal médico.

FUENTES:

1. MSPAS. Unidad de Información en Salud + ISSS: Departamento de Estadísticas.
2. EL SALVADOR. Análisis Funcional de Red de Servicios de Salud, 2004.
3. MSPAS. Cuentas Nacionales en Salud, 1996 – 2000.
4. MSPAS. Unidad de Información en Salud.
5. Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2002-2003).

En cuanto a recursos físicos, la red pública está compuesta por 30 hospitales nacionales, de los cuales 3, localizados en la ciudad capital, son especializados; además cuenta con unidades de salud, casas de la salud y centros rurales de nutrición ubicados, tanto al interior del país, como dentro de San Salvador. El ISSS por su parte cuenta con sus propios hospitales, unidades médicas y clínicas comunales. En ambos casos, los centros de mayor importancia en recursos tecnológicos, humanos y especializados, están concentrados en las zonas urbanas. En las zonas rurales, el acceso a las unidades de salud y/o clínicas comunales se ve dificultado además por la inexistencia o insuficiencia de vías adecuadas de transporte, lo cual opera como una barrera al acceso para la población más pobre. En las áreas urbanas existe una gran concentración de servicios de salud tanto públicos como privados. Sumando los hospitales del MSPAS, los del ISSS y los de SM, el país cuenta con 43 hospitales. No existe información precisa acerca del número de clínicas y hospitales privados.

La fragmentación del sistema de salud se manifiesta en la ausencia de mecanismos de integración de la red de atención público-privada-seguridad social, ya que entre ellas no existen enlaces funcionales y esto produce duplicación y superposición de responsabilidades y acciones entre el MSPAS, ISSS y el subsistema privado. Una de las consecuencias más importantes de esta situación es concentración de establecimientos médicos de los tres subsistemas en las mismas zonas geográficas y la total ausencia de centros de atención en otras zonas del país. La función de aseguramiento, que cumplen tanto los seguros privados como el Seguro Social, está poco desarrollada y ambos esquemas cubren una porción pequeña de la población. Ello contribuye al predominio del gasto directo de bolsillo, como se ilustra en la tabla 14.

El grado de fragmentación y segmentación del sistema de salud de El Salvador es tal, que uno de los propósitos expuestos de la reforma sanitaria es precisamente lograr la integración y conformación de un sistema nacional de salud, a efectos de generar una respuesta social organizada más acorde a las necesidades del país y bajo un esquema de rectoría única por parte del MSPAS.

1.2.3. Panorama de la Exclusión en Salud

Para el análisis de la situación de exclusión se seleccionaron los indicadores más representativos del fenómeno en el país a partir de un conjunto de indicadores que propone el marco metodológico de OPS y para los cuales existía información disponible para el año 2002. Se seleccionaron además la siguientes fuentes de información: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de la DIGESTYC-EHPM-2002; ISSS estadísticas 2002; Encuesta de Salud familiar, FESAL-2002/2003; Registros administrativos del Ministerio de Salud, MSPAS-2002.

La selección de indicadores se realizó de manera colectiva entre representantes del Ministerio de Salud, del Seguro Social, de la Comisión Nacional Indígena, de los gobiernos municipales, de OPS/OMS y del proyecto de Reconstrucción de Hospitales y Extensión de Servicios de Salud (RHESSA) del MSPAS en conjunto con el Banco Mundial.

Tabla 15. Indicadores seleccionados para medir la exclusión en salud en El Salvador

CATEGORÍA	INDICADOR
Causas internas	
Cobertura	- Porcentaje de la población sin cobertura real de salud - Porcentaje de la población no cubierta por un seguro de salud
Infraestructura	- Utilización de la red de servicios de salud
Asignación y/o gestión de los recursos	- Número de médicos por cada 10.000 habitantes - Distribución de camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes
Procesos	- Porcentaje de partos institucionales/no institucionales - Porcentaje de mujeres embarazadas sin el número normado de controles prenatales - Tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con el menor % de cobertura (sarampión)
Causas externas	
Infraestructura	- Porcentaje de población sin acceso a servicios básicos (agua potable/alcantarillado)
Barreras de acceso	
Económicas	- 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 deciles 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 deciles de ingreso
Laborales	- Trabajadores informales como porcentaje de la población económicamente activa (PEA) - Porcentaje de trabajadores desempleados respecto de la PEA - Porcentaje de trabajadores subempleados como porcentaje de la PEA
De género	- Afiliación a seguros por género
Geográficas	-Tiempo de traslado al establecimiento de salud más cercano urbano/rural -Tiempos de espera por area geográfica
Étnico/culturales	- Porcentaje de población de origen indígena que se encuentra bajo la línea de pobreza - Porcentaje de población de origen indígena que reside en el área rural/urbana - Porcentaje de mujeres de origen indígena cuyo parto fue atendido institucionalmente

FUENTE: Adaptado de “Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud”. C. Acuña, B. Andersson, H. Rosenberg, OPS, 2001.

1.2.3.1. Necesidad Percibida, Demanda Expresada, Demanda Asistida y Demanda Contenida

■ DEMANDA ASISTIDA Y COBERTURA REAL O EFECTIVA

Para analizar la cobertura real o efectiva de cada subsistema se utilizó el indicador “demanda asistida”²⁴. Los resultados de este análisis se muestran en la tabla 16.

Tabla 16. Cobertura efectiva del sistema salud

INSTITUCIÓN	% COBERTURA EFECTIVA*	GRUPO DE INGRESO
Población cubierta por el MSPAS (incluye BM)	41,5%	Población de escasos recursos + población general
ISSS	6,2%**	Contribuyentes y familiares beneficiarios
Privados sin fines de lucro	0,08%	Población general de escasos recursos
Privados con fines de lucro	10,5%	Población con capacidad de pago
Curandero o clínica natural	0,01%	Población de escasos recursos
Total población cubierta	58,29%	
Población no cubierta	41,71%	

* Se entiende por cobertura real o efectiva al porcentaje de población que, reportando enfermedad, buscó servicios de salud y fue atendida en alguno de los distintos subsistemas, de acuerdo a lo declarado en las encuestas de hogares.

** Los afiliados (contribuyentes y beneficiarios) del ISSS suman alrededor del 16% de la población total. Sin embargo, como se puede observar, la cobertura efectiva calculada por demanda asistida es de 6,2%.

FUENTES: 1. DIGESTYC. EHPM-2002 2. ISSS. ESTADISTICAS-2002.

Aún cuando las fuentes oficiales estiman que la población cubierta por el MSPAS es de alrededor de 67%, se puede observar que sólo un 41,5% de la población pudo resolver efectivamente su demanda de salud en este subsistema cuando estuvo enferma o accidentada.

24 El indicador demanda asistida se construyó con los datos obtenidos de las preguntas 602 “en el mes anterior, ¿cuál fue el síntoma o enfermedad, lesión o accidente más reciente que tuvo?”, 603 “en el mes anterior, ¿a quién consultó principalmente por el síntoma, enfermedad o lesión por accidente o hecho delictivo?” y 604 “en el mes anterior, ¿en qué lugar consultó o lo atendieron? por síntoma, enfermedad o lesión por accidente o por hecho delictivo más reciente” de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de la DIGESTYC 2002.

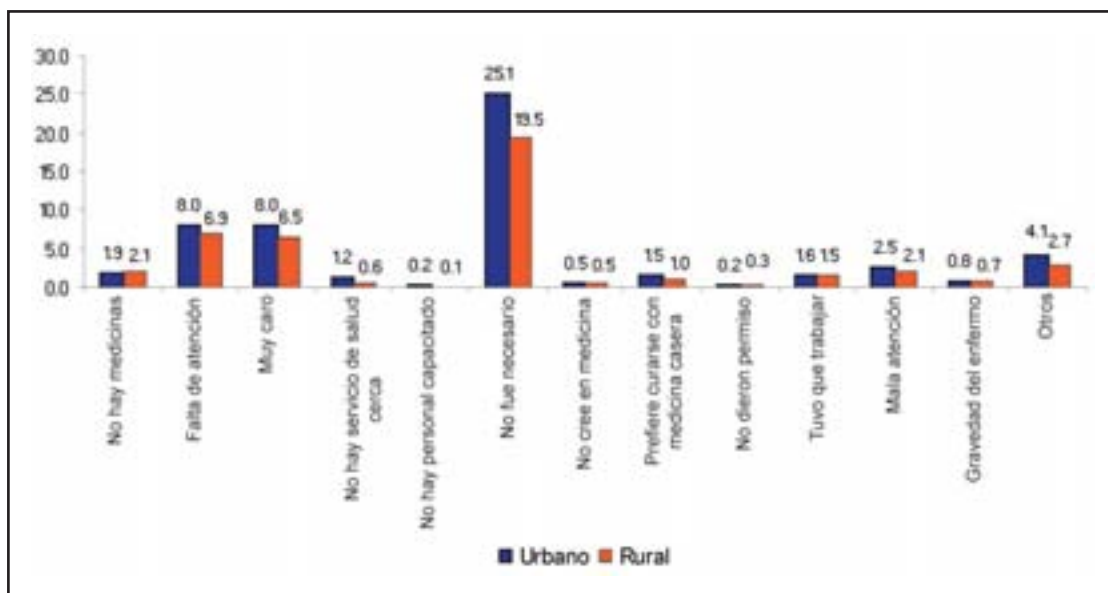
En cuanto al ISSS, su población beneficiaria entre cotizantes y dependientes suma alrededor del 16% de la población total. No obstante, la EHPM da cuenta de que, del total de personas que se enfermaron o accidentaron, únicamente el 6,2% acudieron a establecimientos de este Instituto para resolver su problema de salud.

En síntesis, alrededor de un 42% de la población no accede al sistema de salud cuando se encuentra enferma o accidentada.

■ DEMANDA CONTENIDA

Un porcentaje nada despreciable de población (18% de la población total), según la EHPM, no buscó atención institucional y acudió a curanderos, farmacéuticos, familiares o amigos para resolver su problema de salud. Si se analizan las causas de no consulta al MSPAS o al ISSS, se obtiene lo siguiente:

Gráfico 1. Motivo de no consulta a establecimientos del MSPAS e ISSS



FUENTE: Elaborado en base a la base de datos de la EHPM 2002-DIGE.

Como se puede observar, las tres primeras causas de no consulta fueron el no considerar necesario consultar a los servicios de salud, la falta de atención y el costo de la atención. El hecho de que una gran cantidad de personas consideraron no necesario demandar atención de salud al sistema al estar enfermas o accidentadas, debe llamar a la reflexión en cuanto a la percepción de enfermedad de la población salvadoreña y sus mecanismos de resolución. De acuerdo a la información disponible, las posibles causas de esta conducta serían:

- Un número importante de personas piensa que es adecuado resolver su necesidad de salud por otras vías como a través de la consulta en farmacia, a curanderos, a familiares o amigos
- Las personas no tienen claro que el no consultar al inicio de un episodio de enfermedad puede traducirse en un agravamiento de su condición de salud y más bien esperan que el problema se “resuelva solo”
- En un escenario de alta informalidad laboral, las personas deciden no consultar debido al costo alternativo de hacerlo, es decir, debido a que no están dispuestas a perder horas de trabajo por el hecho de acudir a un centro de salud, sobre todo cuando su ingreso es diario y depende de las horas trabajadas

La contención de la demanda con frecuencia induce mayores riesgos para la salud del individuo y mayores costos para el sistema, porque cuando la persona finalmente demanda atención de salud al sistema con frecuencia requiere de servicios costosos como atención de urgencia y hospitalización.

Además de la no consulta por encontrar muy caro el servicio, que refleja una barrera económica al acceso, llama la atención que la segunda y cuarta causas de no consulta se relacionan directamente con la calidad de la atención en el punto de servicio (falta de atención y mala atención), lo cual tiene que ver con la organización de la oferta y el modelo de cuidados de salud y plantea la interrogante de si éstos son adecuados para la situación de salud de la población salvadoreña, ya que en la práctica la mala calidad percibida de la atención opera como una barrera al acceso y genera autoexclusión.

■ ANÁLISIS DE LAS CAUSAS INTERNAS

● *Gasto público en salud*

De acuerdo a los datos de las Cuentas Nacionales en Salud, 1996 – 2000, el gasto público en salud para ese periodo constituía un 27,7% del gasto total en salud y un 3,6% del PIB. No obstante los recursos del MSPAS están dirigidos preferentemente hacia la población perteneciente al primer decil de ingresos, aún la población perteneciente al decil diez se beneficia de manera importante de estos recursos. Respecto del ISSS, se observa que la distribución de recursos favorece claramente a los deciles de mayores ingresos.

En cuanto al gasto per cápita, la tabla 17 muestra la distribución del gasto per cápita del Subsistema Público y del Seguro Social, con las coberturas estimadas por el MSPAS. De acuerdo a estos datos, el MSPAS tiene el gasto per cápita en salud más bajo al interior del subsistema público, en circunstancias que cubre a la mayor cantidad de población. El gasto per cápita del ISSS es seis veces mayor que el del MSPAS.

Tabla 17. Estimación del gasto per cápita en salud, 2004

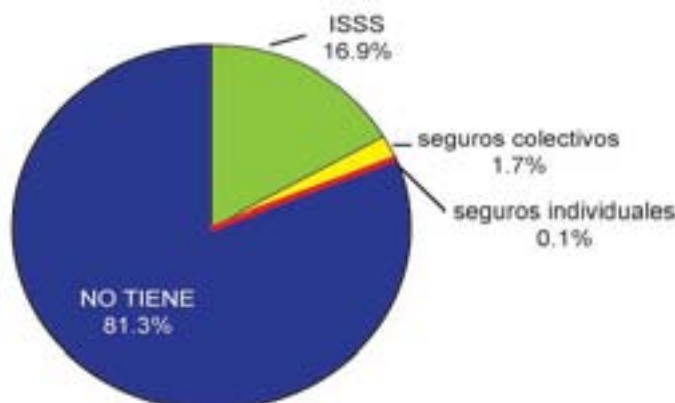
Institución	Cobertura Población	Gasto p/c Institucional
MSPAS	80%	\$48
ISSS	17%	\$283
BM	1%	\$417

FUENTE: Unidad Económica MSPAS.

● **Afiliación a seguros de salud**

En El Salvador, alrededor de un 16% de la población se encuentra afiliada al ISSS y ellos corresponden a trabajadores formales y sus familias. La cobertura efectiva del ISSS es sin embargo mucho menor, llegando sólo a un 6,2% de la población. El aseguramiento privado no tiene un gran desarrollo en el país; la afiliación a seguros colectivos (de las empresas) no sobrepasa al 1% de la población y la afiliación a seguros privados de carácter individual cubre alrededor del 1% del total de población. Si se analiza la afiliación a seguros por nivel de ingresos, se puede observar que aún la seguridad social es inalcanzable para los grupos más pobres de la población (sólo un 2,5% de la población pobre está afiliada al ISSS), probablemente debido a que éstos se encuentran mayoritariamente en el sector informal de la economía.

Como se observa en el Gráfico 2, a nivel general, el total de población salvadoreña que posee algún tipo de seguro médico es apenas el 18,7%. Ello significa que el 81,3% de la población debe pagar de su bolsillo para atender necesidades inmediatas en salud y/o comprar medicamentos, realizarse exámenes médicos, cancelar honorarios médicos, servicios de hospitalización, etc. Ello contribuye a explicar el elevado gasto de bolsillo en salud de los hogares salvadoreños, que, como se ha visto, asciende a un 53,7% del gasto total en salud.

Gráfico 2. Afiliación a seguros por institución aseguradora como porcentaje de la población total

FUENTE: DIGESTYC. EHPM-2002.

Aún dentro de la población no pobre, existe alrededor de un 15% que no dispone de ningún tipo de seguro médico privado o público, lo que significa que, ante un accidente o enfermedad, tendrá que hacer uso de gasto de bolsillo para atender sus necesidades de salud o recurrir al MSPAS. Por su parte, la proporción de personas que no cuentan con un seguro de salud es significativamente mayor en el caso de la población en pobreza relativa (88%) y en pobreza extrema (97%), lo que indica que, ante un problema de salud, los pobres tienen dos alternativas:

a) Demandar servicios al MSPAS

b) Contener su demanda por salud y cuando esta demanda se hace impostergable, es decir, cuando su condición de salud se agrava, demandar servicios de emergencia. Esto puede tener las siguientes consecuencias:

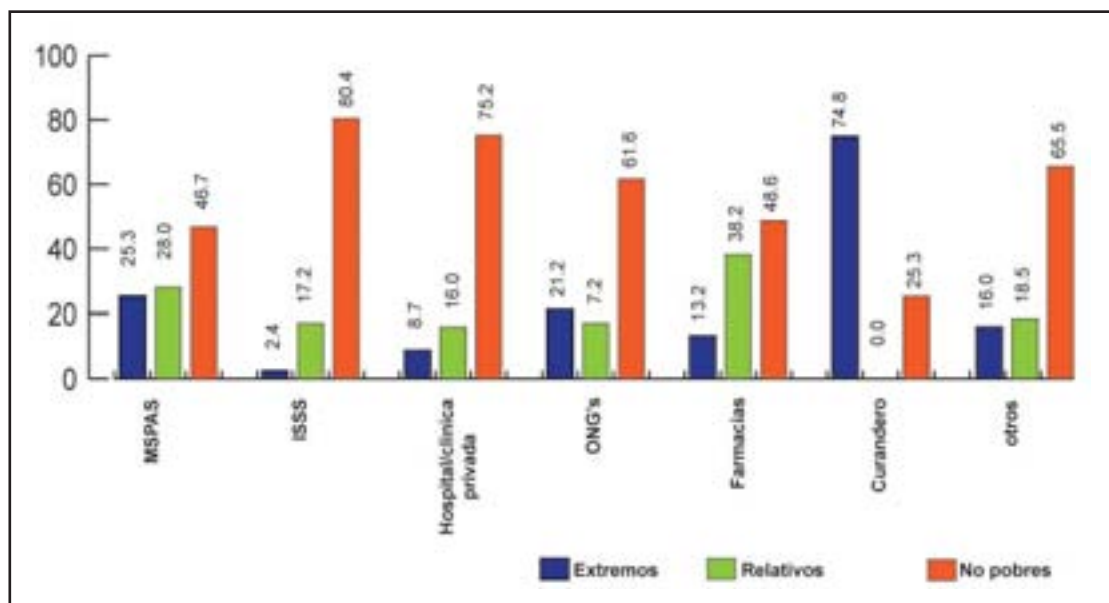
- Aumento de su gasto de bolsillo en salud, el cual puede llegar a ser catastrófico
- Aumento de sus probabilidades de morir o sufrir secuelas por causa de su condición de salud
- Aumenta la cantidad de días de recuperación, con lo cual disminuye los días trabajados y el ingreso
- Aumenta los costos para el sistema

● **Infraestructura: Utilización de la red de servicios de salud**

Debido a la gran diversidad de tamaño y capacidad resolutive de los establecimientos de salud existentes en los diferentes espacios geográficos del país y a que estos espacios geográficos poseen diferente densidad poblacional, se consideró que la cuantificación directa de establecimientos por unidad territorial no era un buen indicador de la cobertura de la red de servicios de salud. Por ello para el análisis de esta variable se optó por usar la información relativa a la utilización de las diferentes opciones que ofrece la red de servicios.

La información de la EHPM-2002, indica que el 67,5%, de las 559.9 mil personas que se enfermaron utilizaron los establecimientos del MSPAS y de ellos el 46,7% son no pobres. El 10,2% acudió al ISSS, de los cuales el 80,4% son no pobres. Un 17,1% fue a hospitales/clínicas privadas, de los cuales el 75,2% fueron no pobres. El 5,3% restante utilizó servicios de salud provistos por ONG's (1,8%), farmacias (0,7%), Curandero (0,1%) y otros (2,6%). Es importante destacar que fue la población no pobre la que utilizó mayoritariamente todos los servicios de salud (el 55,7% del total de población que utilizó dichos servicios), excepto en el caso del curandero, al cual acudieron mayoritariamente los extremadamente pobres (74,8% de todas las personas que utilizaron este servicio) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Porcentaje de población que enfermó por establecimiento donde acudió según condición de pobreza, 2002



FUENTE: DIGESTYC. EHPM-2002.

Aún cuando la Constitución de la República establece que el MSPAS tiene como población de referencia a aquella de escasos recursos económicos y la población en general en caso de catástrofes o epidemias, en la práctica el MSPAS atiende a todas las personas que así lo requieran, independientemente de su condición socio-económica y si están o no afiliadas a cualquier esquema de seguro. Ello resulta en una utilización desproporcionada de los servicios del MSPAS por parte de los sectores de mayores ingresos de la población en desmedro de los más pobres. Entre 1999 y 2001 hubo un aumento de la utilización de los servicios del MSPAS por parte de la población no pobre de alrededor de 6 puntos porcentuales (23 al 29%) en tanto que los pobres mantuvieron una cifra estable de utilización de los servicios del MSPAS de alrededor de 37%. En cifras globales, los pobres disminuyeron su utilización de servicios de salud en el transcurso de esos años.

Tabla 18. Total de población que se enfermó o accidentó por acciones que tomó para curarse, según niveles de pobreza, 2001

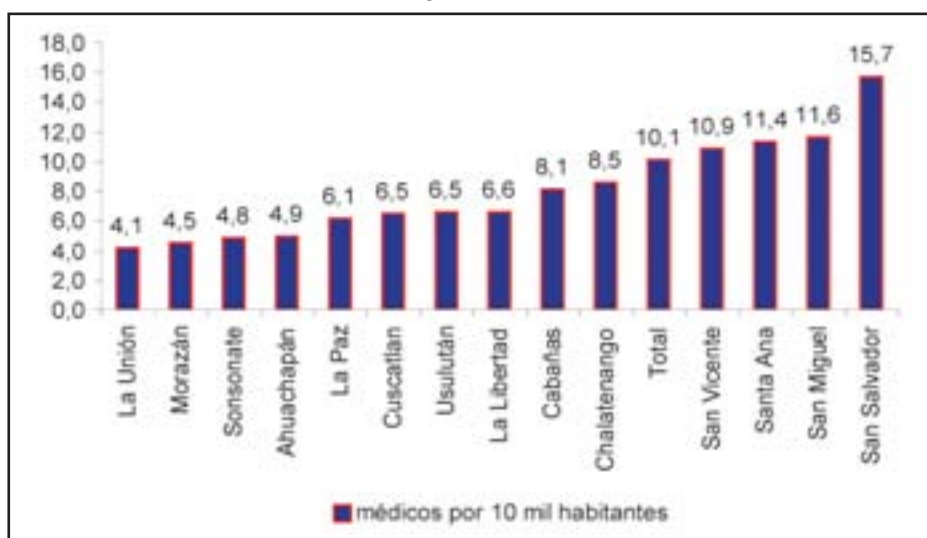
CONSULTÓ EN ESTABLECIMIENTO						
Niveles de Pobreza	Total %	MSPAS %	ISSS %	Privado %	ONG's %	Otros %
Total	100	65,95	10,89	18,02	1,22	3,92
Pobre	45,24	37,25	1,91	4,14	0,64	1,74
Pobre extremo	19,35	16,44	0,21	1,54	0,27	0,88
Pobre relativo	26,34	20,81	1,70	2,61	0,37	0,85
No pobre	54,32	28,69	8,98	13,88	0,58	2,18

FUENTE: Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censo –Encuesta de Hogares de propósitos múltiples.

De lo anterior se puede observar que el sistema en su conjunto afronta grandes dificultades para brindar cobertura a la población pobre y en especial a la que se encuentra en pobreza extrema. Si se relaciona esta información con las causas de no consulta a los servicios de salud, se puede postular que es el desconocimiento sobre la gravedad de la condición de salud junto con las barreras económicas y la percepción de falta de atención por parte del personal que labora en los establecimiento de salud los tres motivos principales que inducen a esta población a no utilizar los servicios de salud y buscar otras vías de resolución de sus problemas de salud.

• **Número de médicos por cada 10,000 habitantes**

De acuerdo con la información del MSPAS e ISSS, existen en el país 10,1 médicos por cada 10 mil habitantes. En el Departamento de La Unión existen 4,1 médicos por cada 10 mil habitantes, constituyendo el departamento con menor número de médicos por habitantes y 6 puntos porcentuales por debajo de la media nacional. Los departamentos de San Salvador, San Miguel y Santa Ana se ubican por encima de la media nacional, constituyéndose como los departamentos con mejor relación médico / habitantes.

Gráfico 4. Médicos por 10 mil habitantes, 2002

FUENTE: ISSS Boletín Estadístico 2002 / Unidad de Información en Salud 2002-2003.

Con el fin obtener información sobre la población no cubierta por los médicos disponibles se realizó una estimación gruesa, basándose en el estándar de 5 médicos por 10 mil habitantes que utiliza el MSPAS. Para ello se determinó primero el número de médicos necesario de acuerdo al estándar. Luego, por diferencia con el número de médicos existente se obtuvo el déficit o superávit de médicos, el cual se valoró con respecto a la población total. De acuerdo con la información suministrada por el MSPAS y el ISSS y bajo el estándar de 5 médicos por cada 10,000 habitantes que utiliza el MSPAS, un 6,8% de la población total del país está excluida por esta causa, (alrededor de 445.7 mil personas). Los excluidos se concentran en los departamentos de La Unión, Sonsonate, Morazán y Ahuachapán. El resto de los departamentos muestra una sobre oferta de médicos en función de su población total, siendo el departamento de San Salvador el que posee la mayor sobre oferta de médicos por cada 10 mil habitantes.

• **Número de camas por cada 10 mil habitantes**

Este indicador arroja información acerca de la exclusión de servicios hospitalarios. Según la información del MSPAS e ISSS existen 10.2 camas por cada 10 mil habitantes en el país²⁵. Este promedio varía según Departamento. Los Departamentos de Santa Ana, San Miguel y San Salvador son los que poseen más de 9 camas por cada 10 mil habitantes en tanto La Libertad, Morazán y La Paz poseen menos de 5 camas por 10 mil habitantes. Estos últimos tres Departamentos presentan déficit en camas hospitalarias en función de su población total. La población excluida por este indicador asciende a alrededor de 30,3% de la población total, 1.972.700 habitantes.

25 MSPAS, Unidad de información en salud. ISSS, Departamento de Estadísticas.

Tabla 19. Población con déficit de camas, 2002

DEPARTAMENTO	A	B	C	D	E	F
	Población	# de camas	# de camas por 10.000 hab. (B/A)	Camas necesarias* (A8*)/10.000	Deficit / Sperabit (B-C)	Población no cubierta (E*-1)* 10.000
Ahuachapán	333.259	175	5,3	167	8	
Cabañas	154.532	109	7,1	77	32	
Chalatenango	199.295	153	7,7	100	53	
Cuscatlán	206.852	110	5,3	103	7	
La Libertad	722.992	190	2,6	361	-171	1.714.960
La Paz	302.790	157	5,2	151	6	
La Unión	294.425	157	5,3	147	10	
Morazan	175.548	62	3,5	88	-26	257.740
San Miguel	500.084	664	13,3	250	414	
San Salvador	2.076.461	3.513	16,9	1.038	2.475	
San Vicente	164.967	139	8,4	82	57	
Santa Ana	572.625	638	11,1	286	352	
Sonsonate	471.915	273	5,8	236	37	
Usulután	342.053	288	8,4	171	117	
TOTAL	6.517.798	6.628	10,2	3.259	3.369	1.972.700
Porcentaje con relación a la población total						30,3

* Es el N° de camas necesarias para cubrir a la población de referencia tomando en consideración el estándar de 5 camas por 10.000 hab.

FUENTE: MSPAS. Unidad de Información en Salud. ISSS. Depto. de Estadísticas. Asociación de Hospitales Privados.

● **Proporción de partos institucionales**

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-2002/03), del total de partos atendidos el 54% tuvo lugar en el MSPAS; 12,4% en el ISSS y 3,0% en hospitales/clínicas privadas, con un total de un 69,4% de partos institucionales. El 30,6% restante fueron partos no institucionales. De estos últimos, el 75,1% fueron atenciones en casa por parteras (23% del total de partos). El resto fueron partos auto-asistidos (3,7% del total de partos), asistidos en el hogar por otros (3,1%) y otros no especificados (0,8%).

La Tabla 20 permite visualizar que en el área urbana los partos institucionales alcanzaron el 87,3%, en tanto un poco más de la mitad cumple con esta condición en el área rural (54,0%). La desagregación por departamentos muestra a San Salvador con la proporción más alta en atención de partos institucionales (el 91,4% del total del Departamento), en tanto Morazán presenta la proporción más baja, con un 49,6% de partos institucionales.

Los departamentos de Morazán, Ahuachapán y Sonsonate son los que presentan la menor proporción de atención institucional del parto, con un rango de 49,6 a 55,3 por ciento. En estos Departamentos la atención de parto en el hogar por partera es similar o mayor que la atención brindada por el MSPAS, ISSS y hospitales/clínicas privadas.

Tabla 20. Atención de partos por área según tipo de atención

AREA Y DEPARTAMENTO	ATENCIÓN DE PARTO	
	institucional*	no institucional**
Area		
Urbano	87.3	12.7
Rural	54.0	46.0
Departamento		
Ahuachapán	52.8	47.2
Santa Ana	73.5	26.5
Sonsonate	55.3	44.7
Chalatenango	55.8	44.2
La Libertad	58.2	41.8
San Salvador	91.4	8.6
Cuscatlán	60.4	39.7
La Paz	59.1	40.9
Cabañas	62.5	37.5
San Vicente	59.4	40.6
Usulután	69.2	30.8
San Miguel	69.2	30.8
Morazán	49.6	50.4
La Unión	62.7	37.3

* incluye los atendidos por el MSPAS+ISSS+HOSPITAL/CLINICA PRIVADO

** incluye los atendidos por partera+auto-asistencia+otros.

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL)1998.

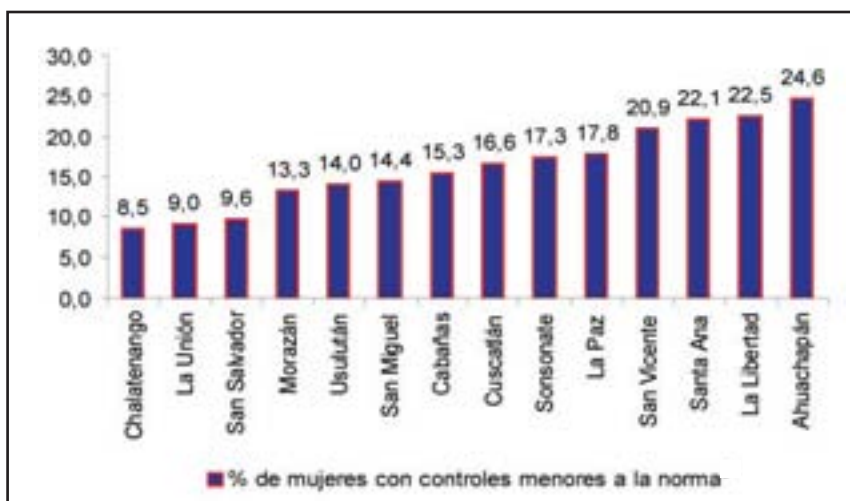
Si se analiza la información relativa a la atención del parto por nivel socio-económico, se observa que entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo, un 46,5% de los partos institucionales son atendidos en el MSPAS y un 35,9% en casa por parteras, siendo ésta la segunda forma de atención del parto más frecuente para este grupo de población. Entre las mujeres de nivel socioeconómico alto prevalece la atención institucional, concentrándose un 56,4% en el MSPAS, un 27,6% en el ISSS y un 8,9% en establecimientos privados, siendo la atención por partera menor al 5%. Lo anterior permite destacar una alta relación entre el nivel socioeconómico de la mujer y el tipo de atención del parto.

- **Proporción de mujeres embarazadas que no cuentan con el número normado de controles prenatales**

La norma del MSPAS define en cinco el número mínimo aceptable de controles prenatales que debe tener la embarazada sin riesgo. Según la FESAL-2002/03, el 15,3% de las mujeres embarazadas en El Salvador no alcanzaron el número normado de controles prenatales.

De acuerdo con esta fuente, los Departamentos de Chalatenango, La Unión, San Salvador y Morazán presentan una variación entre 8,5 y 13,3 por ciento de embarazadas con número de controles menor a la norma. Usulután, San Miguel, Cabañas, Cuscatlán, Sonsonate y La Paz presentan variaciones entre un 14 y 17,8 por ciento. Los Departamentos con una proporción mayor al 20 por ciento de mujeres embarazadas con menos de cinco controles son San Vicente, Santa Ana, La Libertad y Ahuachapán, este último es uno de los departamentos con mayor incidencia de pobreza del país (Gráfico 5).

Gráfico 5. Porcentaje de embarazadas que no cuentan con el número normado de controles prenatales



FUENTE: FESAL-2002/03.

- **Proporción de niños menores de 5 años de edad que abandonan el programa de vacunación**

Esta proporción se calculó considerando los datos de las vacunas de mayor y menor cobertura respecto al número total de niños. De acuerdo con esto y según datos de la FESAL-2002/03, el 9,3% de los niños menores de cinco años abandona el programa de vacunación (74.943 abandonos de 805.835 niños menores de cinco años). Es decir, estos niños tienen la vacuna BCG (la de mayor

porcentaje de cobertura), pero no la antisarampionosa (la de menor porcentaje de porcentaje de cobertura). El porcentaje de abandono es mayor en las zonas urbanas del país (10,0%) que en el área rural (8,9% de la población).

Tabla 21. Porcentaje de niños menores de 5 años que abandonaron el programa de vacunación

POBLACIÓN QUE ABANDONÓ EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN		
Población menor de 5 años	Absolutas	%
Total	74,943	9.30
Urbana	42,696	10.00
Rural	33,720	8.90

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002/03.

■ ANÁLISIS DE LAS CAUSAS EXTERNAS

● *Proporción de población sin acceso a agua potable*

De acuerdo a la información contenida en el primer informe de país “Avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, 2004, un 88,1% de la población salvadoreña tenía acceso a agua potable en el año 2003²⁶, lo cual implica que un 11,9% de la población estaba excluida del acceso a este servicio básico. Esto mostraría un avance respecto de los datos de la EHPM-2002, de acuerdo a los cuales un 25,7% de la población salvadoreña (1.707.394 personas) no tenía acceso a agua de cañería.

Según la EHPM-2002, el 81,9% de la población (1,398.956 personas) que no cuenta con agua potable reside en el área rural, con mayor presencia en los departamentos de San Miguel (13,4% de la población total), Santa Ana (11,0%) y La Libertad (9,6%). (Gráfico 6)

Si se analizan los datos según condición de pobreza, del total de la población que no tiene acceso a agua potable, el 52,7% es pobre (26,4% en extrema pobreza y 26,3% en pobreza relativa). No se observan diferencias sustanciales entre pobres y no pobres, lo cual indica que la exclusión por esta causa no posee una alta relación con los niveles de ingreso de la población sino más bien con el lugar de residencia. Una persona que reside en el área rural del país tiene una probabilidad mucho mayor de ser excluida del acceso a agua potable que una persona que reside en las zonas urbanas.

²⁶ El Salvador, “Avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, 2004.

Gráfico 6. Porcentaje de personas sin acceso a agua potable por departamento, 2002



FUENTE: Informe de Avance de ODM 2004.

• **Proporción de la población sin acceso a alcantarillado**

La EHPM-2002 indica que el 61,3% de la población total del país -alrededor de 4 millones de personas- no posee servicio sanitario conectado a alcantarillado. De ellas, el 40,5% reside en zonas rurales y el restante 20,8% en las zonas urbanas. Si se analiza la información por deciles de ingreso, se puede observar que existe una relación de correspondencia entre el nivel de ingreso de la población versus servicio sanitario no conectado a alcantarillado.

• **Porcentaje de población bajo la línea de pobreza**

La dimensión de la pobreza se obtiene tomando en cuenta el ingreso per cápita y el valor monetario de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) o Línea de Pobreza extrema (LPe) y dos veces el valor de la CBA o Línea de Pobreza relativa (LPr). De acuerdo a este cálculo, un 42,9% de la población salvadoreña se encuentra en condición de pobreza, es decir, con ingresos inferiores al valor monetario de la LPr. En el área rural la pobreza afecta a más del cincuenta por ciento de la población (55,8%), mientras que en el área urbana alcanza el 34,0% de la población.

Tabla 22. Niveles de pobreza El Salvador, 2002

PERSONAS POR CONDICIÓN DE POBREZA		
Pobre	Relativo	Extremo
2,795,847	1,548,504	1,247,343
1,306,532	837,246	469,286
1,489,315	711,258	778,057

FUENTE: DIGESTYC. EHPM 2002.

● Gasto de bolsillo

Como se ha mencionado, el gasto de bolsillo en salud en El Salvador constituye el 53,7% del gasto total en salud y un 4,3% del PIB. La Tabla 23 muestra el comportamiento del gasto de bolsillo en salud por deciles de ingreso en El Salvador.

Tabla 23. Aporte al gasto de bolsillo en salud por deciles de ingreso

GASTO EN SALUD (%)		Li* (%)	Ls**(%)
Total	100		
DECIL I	26.3	21.7	31.0
DECIL II	14.9	10.6	19.3
DECIL III	13.0	10.1	15.9
DECIL IV	9.4	7.0	11.7
DECIL V	6.5	4.8	8.1
DECIL VI	9.9	6.2	13.6
DECIL VII	7.5	3.7	11.2
DECIL VIII	8.3	3.6	13.0
DECIL IX	3.5	1.7	5.3
DECIL X	0.7	0.2	1.2

L1*: Límite Inferior

Ls**: Límite Superior

FUENTE: DIGESTYC. EHPM 2002.

Se puede observar que son los hogares más pobres (deciles I, II y III) los que más aportan al total del gasto de bolsillo en salud y que la población extremadamente pobre (decil I) gasta de su bolsillo en salud cerca de 37 veces más de lo gasta el grupo más rico de la población (decil X), lo cual indica que en el sistema de salud salvadoreño, el gasto de bolsillo en salud es altamente regresivo.

■ BARRERAS LABORALES

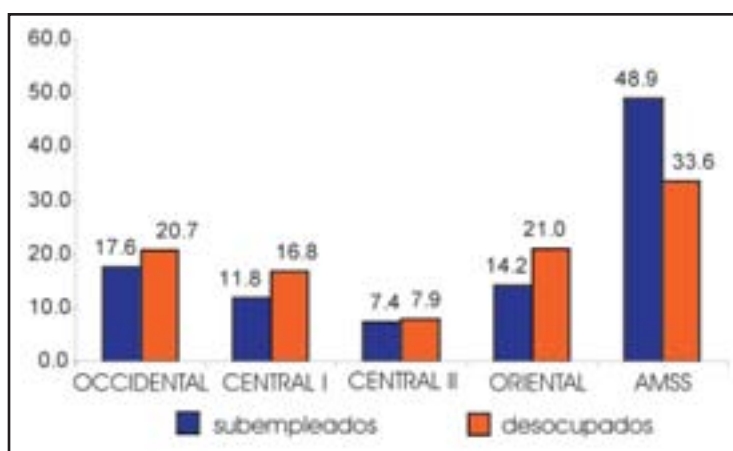
El Salvador es un país cuya población es mayoritariamente joven. La tasa de crecimiento demográfico se estima en 1,9 por ciento anual. La población menor de 15 años representa el 34,3% del total poblacional mientras que el 54,3% se concentra en la población menor de 25 años de edad en el 2002 (según EHPM-2002). Al observar el análisis de las tendencias laborales, migratorias y

demográficas, éstas sugieren que un promedio de 58 mil personas se incorporarán anualmente a la fuerza de trabajo entre 1999 y 2004, de las cuales 44 mil lo harán al mercado laboral urbano mientras que las restantes 14 mil se sumarán a la fuerza laboral en el sector rural (FUSADES 1999).

De acuerdo a las cifras de la EHPM de la DIGESTYC, la tasa de desempleo pareciera haberse estabilizado entre el 6 y 7%. En el 2002, la tasa de desempleo se estimó en 6,2%, siendo más baja para las mujeres (3,5%) que para los hombres (8,1%). Las mujeres se insertan mayoritariamente en el mercado informal.

El subempleo explica, en buena medida, la estabilidad mostrada por la tasa de desempleo. La tasa de subempleo oscila en alrededor del 30%. El porcentaje de población desempleada y subempleada se eleva en el AMSS, principalmente debido a los subempleados, que representan el 48,9% de la PEA. (Gráfico 7).

Gráfico 7. Porcentaje de población desocupada y subempleada por regiones, 2002.



FUENTE: DIGESTYC. EHPM 2002.

Otro factor que influye en los niveles de empleo es la expansión del sector informal²⁷. De acuerdo con la información de la EHPM de la DIGESTYC de 1999 y 2002, la mayor parte del empleo urbano se ha concentrado en el sector informal. Como se ha mencionado, la informalidad laboral predomina en las mujeres. Del total de mujeres empleadas, un 56% se encuentra en el mercado informal, en tanto que un 44% del total de hombres empleados se desempeña en este sector. En relación al nivel de pobreza, el 74% de los pobres extremos se encuentra en el mercado informal del trabajo. Esta proporción es de un 65% para los pobres relativos y de un 44% para los no pobres.

27 Definido como aquel empleo en actividades familiares en establecimientos de menos de cinco trabajadores + trabajadores por cuenta propia + patrones de empresas de menos de cinco personas en ocupaciones no profesionales, técnicos, gerenciales o administrativos.

En cifras globales, el 49,7% de la PEA de El Salvador se encuentra en el mercado informal, el 29,8% está subempleada y el 6,2% está desempleada. Sólo el 15% de la PEA disfruta de un trabajo formal. Considerando las bajas coberturas del MSPAS, el elevado gasto de bolsillo en salud y el nivel de pobreza existente en el país, se puede afirmar que el desempleo, el subempleo y la informalidad en el empleo constituyen una barrera de acceso a los servicios de salud.

■ BARRERAS DE GÉNERO

Para el análisis de las barreras de género, se consideraron las diferencias en la afiliación a seguros. La tabla 24 muestra la afiliación a seguros de salud por género y grupos de ingreso. Se puede observar que para todos los grupos de ingreso, la afiliación a seguros de la mujer es menor que la del hombre. A medida que aumentan los ingresos la brecha de afiliación también se incrementa, siendo mayor la diferencia de afiliación entre hombres y mujeres en el grupo de los no pobres.

Tabla 24. Tipo de seguro disponible según condición de pobreza y género

TIPO DE SEGURO	CONDICIÓN DE POBREZA			TOTAL
	EXTREMA	RELATIVA	NO POBRES	
HOMBRE	9,32	11,21	26,85	47,38
ISSS	0,24	0,97	6,81	8,02
Seguro Colectivo	0,02	0,06	0,70	0,77
SEG. INDI	0,00	-	0,05	0,06
NO TIENE	9,05	10,19	19,29	38,53
MUJER	9,84	12,57	30,20	52,62
ISSS	0,24	1,10	7,56	8,90
Seguro Colectivo	0,02	0,04	0,90	0,95
SEG. INDI	0,00	-	0,00	0,00
NO TIENE	9,58	11,44	21,71	42,74

FUENTE: DIGESTYC-EHPM 2002.

■ BARRERAS GEOGRÁFICAS

La barrera geográfica de acceso hace referencia a la dificultad que afronta la población para acceder de manera oportuna y sistemática a los servicios de salud por razones de localización, vías de acceso y transporte. Los habitantes de poblados que se encuentran más retirados y dispersos de los establecimientos de salud, que carecen de vías de comunicación adecuadas (carreteras medianamente transitables o pavimentadas) y afrontan dificultad para su movilización (medios de transporte ineficientes o inexistentes) se encuentran en mayor riesgo de exclusión. Este es el caso de las poblaciones localizadas en las áreas rurales pero ello también afecta a áreas urbanas.

Si se analiza el tiempo utilizado en llegar al establecimiento de salud de acuerdo al medio de transporte utilizado y por ubicación urbana y rural, se obtiene la siguiente información:

- Los principales medios de transporte utilizados son el traslado a pie y el transporte colectivo (Microbús, bus, pick up).
- No se observa una diferencia sistemática entre el nivel urbano y el rural en cuanto a los tiempos de traslado.
- No se observa una diferencia sistemática entre los medios de transporte en relación a los tiempos de traslado.
- No se observa una diferencia en los tiempos de traslado en relación a la concentración de los establecimientos de salud, excepto en San Salvador que exhibe tiempos de traslado menores que el resto de los departamentos.
- Los tiempos de traslado superan ampliamente la norma de acceso geográfico, que establece como deseable que el establecimiento de salud más cercano no quede a más de 30 minutos de distancia a nivel urbano y a más de una hora en el medio rural.

Considerando lo anterior, se puede concluir que existe una barrera de acceso de tipo geográfico a los servicios de salud dada por los tiempos de traslado y que se observa inequidad en el traslado dada por los medios de transporte utilizados, dado que, de acuerdo a la misma fuente, los grupos de mayores ingresos se trasladan en otros medios de transporte (vehículos propios o ambulancias) y exhiben tiempos de traslado menores (1 hora en vehículo particular y 1 hora con 30 minutos en ambulancia como promedio nacional).

De la misma manera, al analizar los tiempos de espera en los establecimientos del MSPAS y del ISSS por Departamento, no se registran diferencias en los tiempos de espera entre los establecimientos de los distintos Departamentos ni entre Departamentos con mayor y menor concentración de pobreza. No obstante, es importante destacar que en la gran mayoría de los casos los tiempos de espera exceden las 2 horas, con tiempos de espera máxima de ocho horas en muchos casos.

■ BARRERAS ÉTNICO-CULTURALES

En el análisis realizado por el Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS) y el resto de instituciones miembro del Comité Técnico Multisectorial para los pueblos indígenas de El Salvador, titulado “Perfil de los Pueblos Indígenas de El Salvador”, los pueblos indígenas en el país se pueden agrupar en tres familias (nahua-pipiles, lencas y cacaopera), los cuales representan aproximadamente el 9,2% de la población total del 2001; según las estimaciones efectuadas por este Comité, el 74% reside en el área rural.

Con relación a la condición de pobreza de este segmento poblacional, el estudio mencionado, presenta lo siguiente: un 38,3% en pobreza extrema, 61,1% en pobreza relativa y un 0,6% es no pobre.

No existen estadísticas específicas en relación a la utilización de servicios de salud por parte de la población de origen indígena. No obstante la escasez de datos, algunas fuentes estiman que, al año 1999, el 62% de los partos en mujeres indígenas fueron atendidos por parteras, el 30% se realizó con auto-atención o ayuda de familia y el 38% de los partos se atendió en el nivel institucional. Un 24% de las puérperas de origen indígena recibieron atención post-parto y el 29% de los recién nacidos recibieron atención médica o de enfermería²⁸.

Las mismas fuentes estiman que del 100% de la población de niños indígenas menores de un año de vida, el 27% tenía una cobertura de vacunación completa.

1.2.4. Perfil de los Excluidos

El análisis anterior permite concluir que en El Salvador los excluidos en salud son mayoritariamente los pobres que viven en poblados dispersos sin vías adecuadas de transporte, que se desempeñan en el sector informal y habitan en viviendas sin alcantarillado, lo cual está directamente relacionado con la pobreza. En cuanto a ubicación geográfica, el análisis permite conocer que los excluidos en salud se concentran en las localidades de La Unión, Ahuachapán, Sonsonate y Usulután (Tabla 25), lo cual plantea la necesidad de formular políticas de extensión de la protección en salud diferenciadas, priorizando estos sectores geográficos.

²⁸ Condiciones de vida de la población indígena en El Salvador, OPS, CCNIS, CONCULTURA, 1999. Pág.70.

Tabla 25. Incidencia de la exclusión en salud según área geográfica, 2002

DEPARTAMENTO	EXCLUIDOS COMO % DEL TOTAL DE POBLACIÓN
Ahuachapán	64,53
Santa Ana	53,40
Sonsonate	64,22
Chalatenango	53,85
La Libertad	52,88
San Salvador	16,53
Cuscatlán	51,47
La Paz	55,78
Cabañas	57,00
San Vicente	41,43
Usulután	60,19
San Miguel	56,02
Morazán	55,05
La Unión	79,24
El Salvador (nivel nacional)	53,13

FUENTE: Elaboración propia.

1.2.4.1. Índice de Exclusión

El cálculo del Índice de Exclusión informa que alrededor de **3.5 millones de personas se encuentran excluidas del acceso a los servicios de salud** por alguna o varias de las causas internas o externas analizadas, dando una incidencia de exclusión a nivel nacional de 53,13%, con una brecha²⁹ o profundidad de la misma de 1,9%, en tanto la severidad se ubica en un 8,9%.

Tomando en cuenta el peso de cada variable sobre la ocurrencia del fenómeno de la exclusión en salud, se observa lo siguiente:

1. **Las variables externas al sistema de salud** (barreras de acceso) explican un **77,8%** de la incidencia del fenómeno en el país, en tanto las **variables internas** o propias del sistema de salud explican un **22,2%** de la ocurrencia de exclusión en salud.

²⁹ La brecha de la exclusión estima cuán lejos está el promedio de la población de cada región respecto de la línea de exclusión.



2. **El 53,13%** de la exclusión social en salud en El Salvador está explicada por tres variables: **el tiempo de traslado, la informalidad en el empleo y la falta de acceso al alcantarillado**. El tiempo de traslado es la variable de mayor importancia dentro del índice, explicando por sí sola el 17,9% de la incidencia de exclusión en salud. La variable que sigue en importancia es la informalidad en el empleo, que explica un 13,8% de la ocurrencia del fenómeno y la falta de acceso a saneamiento básico, que da cuenta del 13,6% de la incidencia de la exclusión en salud. La falta de acceso a alcantarillado puede reflejar la contención de la demanda por salud debido a la pobreza, ya que como se analizó en la sección correspondiente (“Análisis de las causas externas”), esta variable está altamente asociada a la pobreza.
3. **Las variables internas al sistema** de salud que mayor peso explicativo tienen sobre la exclusión son la **distribución de recursos humanos (médicos) y de recursos físicos (camas)** lo que señala la importancia de concentrar esfuerzos en el análisis funcional de redes que permita una mejor distribución espacial de los recursos.

Tabla 26. Ordenamiento de las principales variables explicativas del índice de exclusión, 2002

DIMENSIÓN	CAUSA	CATEGORÍA	VARIABLE	PESO FINAL DE LA VARIABLE %
Externas al sistema de salud	Barreras de acceso	Económicas	Informalidad del empleo	13,8
			Quintil de ingreso	0,16
			Categoría de pobreza	8,63
		Geográficas	Área de residencia	13,55
			Tiempos de traslado	17,90
	Infraestructura	Servicios básicos	Alcantarillado	13,64
			Agua potable	10,11
Internas o propias del sistema de salud	Estructura	Infraestructura	Hospitales por 15 mil hab.	5,46
			Camas por 10.000 mil hab.	6,18
		RRHH	Médicos por 10.000 hab.	4,45
			Enfermeras por 10.000 hab.	5,89
		Procesos	Partos institucionales	0,24

FUENTE: Elaboración propia.

1.3. NICARAGUA³⁰

1.3.1. Contexto Nacional

Nicaragua es un país de tamaño mediano, el más grande del Istmo centroamericano, con una superficie de 120.339,54 km² que está dividido en 15 departamentos con 153 municipios, la mayoría de los cuales es rural o semi-urbano. La población total estimada al año 2008 era de 5.891.199 habitantes³¹, distribuida en tres regiones. La mayor parte de la población (54%) vive en la Región del Pacífico que es la región más pequeña (ocupa 15,2% del área total del país), el 32% habita en la Región Centro-Norte y sólo el 14% vive en la Región Atlántica que es la mayor del país ocupando 56,4% del área total (OPS, 2007)³². Al año 2005 un 55,9% de la población del país era urbana y un 44,1% era rural³³.

La combinación de la reducción de la fecundidad y de la mortalidad dio inicio en 1995 a una fase de transición demográfica, caracterizada por un incremento progresivo del segmento de la población en edad de trabajar (15-64 años), de la que depende tanto el área productiva como reproductiva de la sociedad. Este grupo poblacional constituía el 59% de la población total al año 2005. Nicaragua se encuentra también en un proceso de transición epidemiológica por el efecto combinado del aumento en la expectativa de vida y la progresiva concentración de la mortalidad en las edades tardías, a lo cual ha contribuido el mejoramiento del acceso a la protección de riesgos y daños a la salud. Las enfermedades cardiovasculares y los tumores constituyen en la actualidad las principales causas de muerte en el país, mientras que los accidentes y violencias ocupan el segundo lugar como causa de mortalidad.

Nicaragua es un país de ingreso bajo y es el segundo país más pobre del Hemisferio Occidental después de Haití. La proporción de hogares viviendo bajo la línea de la pobreza era de 46,2% al año 2005 con una acentuada diferencia urbano-rural, ya que a nivel rural un 67,9% de la población se encontraba en situación de pobreza en tanto que a nivel urbano este porcentaje era de 29,1% al mismo año. La pobreza en Nicaragua se ve exacerbada por la inequidad en el ingreso. Si bien en el año 2005 se revirtió por primera vez la tendencia observada desde 1993 en el sentido de que el 10% más rico de la población se quedaba con una porción cada vez más grande del ingreso (de 43% en 1993 hasta el 45% en 2001), de todos modos la concentración del ingreso sigue siendo muy alta.

30 El estudio de caracterización de la exclusión en salud fue realizado en Nicaragua en el año 2007 y 2008, con fuentes de datos del 2005 y 2007.

31 CIA "The World Factbook", <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/nu.html>.

32 Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua. En: OPS. Salud en las Américas 2007. Volumen II: Países. Hallado en <http://www.paho.org/hia/vol2países.html>. Acceso en 13 de agosto de 2008.

33 INIDE-CELADE.

Al año 2005, el 10% de la población más pobre recibió apenas el 1,7% del ingreso, en tanto que el 10% más rico recibió el 41,3% del ingreso³⁴.

La condición de país pobre y la coexistencia de una deuda externa cuyo nivel excedía varias veces el producto interno bruto anual, determinaron la inclusión de Nicaragua en el grupo de Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC), lo cual ha establecido el marco general del proceso económico, institucional e incluso político de los últimos años en Nicaragua, bajo la tutela del FMI. En las últimas dos décadas, la conducción económica del país se rigió por las condicionalidades establecidas en las diferentes fases del programa HIPC, las cuales, si bien han venido modificándose de acuerdo a los avances y retrocesos registrados, han mantenido como ejes permanentes los siguientes:

- Estabilización macroeconómica sobre la base de una férrea disciplina fiscal y monetaria.
- Establecimiento de un modelo de libre mercado y apertura de la economía.
- Transformación del rol del Estado, reduciendo su intervención en la economía y reduciendo su tamaño hacia una función de facilitación de la inversión privada. La reducción del gasto público constituyó un objetivo central.

Los estímulos al sector privado en la forma de exenciones tributarias en todas las ramas de la producción de bienes y servicios no se tradujeron sin embargo en un crecimiento efectivo de la economía, el cual ha registrado muchas irregularidades e incluso tasas de crecimiento negativas, ya que la tasa real de crecimiento del PIB del país disminuyó de 3,9% a 2% entre 2006 y 2008³⁵. El PIB per cápita por su parte se ha mantenido durante todo el período como uno de los más bajos del continente (US\$959 en 2006).

1.3.2. Descripción del Sistema de Salud

En la actualidad el sistema de salud nicaragüense es muy segmentado y altamente fragmentado, centrado en la atención curativa, con un predominio del gasto de bolsillo de los hogares más pobres y con autoridades reguladoras muy débiles. La característica más relevante del sistema de salud es que no se trata de un modelo que generaliza beneficios sino que los concentra en los empresarios privados de la salud que terminan por ser los más beneficiados, a expensas de la pérdida de capacidades y bienestar de los segmentos más vulnerables que deben someterse a condiciones de severa exclusión. Esto es producto de las reformas sectoriales llevadas a cabo en la década del 90.

³⁴ EMNV 93/98/01/05.

³⁵ Op. Cit 27.

En esa década se produjo un importante cambio en las políticas públicas, incluidas las de salud. A partir de 1993 la administración del Estado comenzó a regirse por los acuerdos con las instituciones financieras internacionales los cuales culminaron con la incorporación de Nicaragua en la iniciativa HIPC, que condona poco más de la mitad de la deuda externa del país y condiciona las decisiones de política pública a la estabilidad macroeconómica (control de inflación, reducción de gasto público, política fiscal y cambiaria, etc.), estableciendo un marco jurídico e institucional propicio al libre mercado y la reducción y restricción del Estado en el rol de regulador y facilitador.

El principal impulso a la privatización de la provisión de servicios de salud fue la reforma de la seguridad social, que liberalizó la provisión de servicios (antes sólo pública) con la creación de las Empresas Médicas Provisionales (EMP). Con ello se transfirió parte de la capacidad instalada del sector público hacia el sector privado, ya que parte de los hospitales públicos han organizado su propia EMP y usufructúan recursos públicos para su funcionamiento.

El conjunto de las medidas de política descritas constituyeron la base de la conformación estructural del sistema de salud en la actualidad, caracterizado por la reducción del control y peso del Estado y el estímulo al crecimiento de subsector privado en la provisión de servicios; y por una reducción del financiamiento público y un incremento del financiamiento de los hogares.

Los resultados electorales de noviembre de 2006 determinaron un nuevo viraje en los procesos políticos, económicos y sociales del país. En el sector salud se han implementado medidas de política pública destinadas a reducir los altos niveles de exclusión social, con la expectativa de que, además de incrementar y redistribuir más equitativamente los recursos, se logre replantear el balance y articulación de las responsabilidades públicas y privadas en la salud y se regule y articule el conjunto del sistema, corrigiendo las inequidades que la hegemonía del mercado no regulado ha generado.

En el sistema de salud coexisten entidades públicas y privadas en el financiamiento, aseguramiento y provisión, organizadas en cuatro subsistemas (público, Seguridad Social, privado y comunitario) con diferente peso y formas de organización en las diferentes etapas del desarrollo del sistema. Destaca la persistencia de un nivel comunitario que está subrepresentado en las cifras oficiales, ya que estudios locales han demostrado su mayor peso en las poblaciones de la Región Atlántica y zonas rurales donde los curanderos, sobanderos y chamanes constituyen una opción en plena vigencia. En general, sólo los subsistemas público y el privado no lucrativo (ONG's) orientan recursos hacia la promoción y prevención, por lo tanto la atención curativa constituye el denominador común de todos los subsistemas.

Existe además una cierta especialización en la provisión de servicios por parte de las diversas entidades. Por ejemplo, mientras la vacunación es una acción casi exclusivamente asumida por el subsistema público, las acciones de promoción y salud comunitaria son asumidas por el subsistema público y el componente privado sin fines de lucro (ONG's). Estas últimas también juegan un rol importante en la provisión de servicios de planificación familiar, atención del parto, VIH/SIDA y atención general. En el caso de la atención del parto destaca es el peso significativo del subsistema comunitario operado por agentes como las parteras, con un alto nivel de articulación con el subsistema

público con base a la capacitación y la referencia de los casos de alto riesgo hacia las unidades de salud; esta estrategia contribuye a explicar el aumento del parto atendido en el subsistema público. Un elemento a destacar en este ámbito es la escasa participación del Seguro Social en actividades preventivas como la planificación familiar. Una panorámica de las funciones se observa en la tabla N° 27 en la cual se puede identificar un mosaico de agentes institucionales. Entre ellos, el MINSA está involucrado en todas las funciones sin diferenciación, lo cual limita su rol de rectoría sobre el conjunto del sistema.

En cuanto a la modalidad de atención, sólo el Seguro Social atiende selectivamente a sus asegurados y beneficiarios; los restantes subsistemas son de atención abierta a la demanda. N° obstante, se observa una tendencia de especialización poblacional de los subsistemas del Seguro Social -hacia empleados asalariados urbanos del sector formal- y del subsistema privado lucrativo hacia los segmentos más adinerados de la población. Combinando los datos de cuentas nacionales, las del INSS, MINDEF y MINGOB, y algunas de la encuesta de hogares de 2005, se intentó reconstruir la estructura de la cobertura en el sistema en términos de su asignación poblacional, utilizando como criterio la atención médica por enfermedad.

Tabla 27. Funciones del Sistema

FUNCIÓN	COMPONENTES DE LA FUNCIÓN	INSTITUCIÓN QUE LA REALIZA
FINANCIAMIENTO	Identificación de fuentes	Ministerio de Hacienda
	Colección de recursos	Ministerio de Hacienda, MINSA
ASEGURAMIENTO (POOLING)	Definición del Conjunto de Prestaciones	INSS
	Asignación de Recursos	INSS, MINSA
	Compra	INSS, MINSA, Hogares
	Costeo y Rango de precios	MINSA
	Pago a Proveedores	MINSA, INSS, MIFAMILIA
PROVISIÓN	Atención de salud	Atención de Salud, MINSA, Proveedores Privados, EMPs
	Insumos necesarios	MINSA, FFAA, Sector Privado
RECTORÍA	Conducción y Regulación	MINSA (<i>solo sobre los servicios propios</i>)
	Modulación del Financiamiento	Ministerio de Hacienda, Asamblea Legislativa
	Acreditación de Proveedores	MINSA
	Ejecución FESP	MINSA*

* Ejecución muy limitada de la FESP, centrada en los servicios públicos, con escasa incidencia en los otros sectores; baja regulación escasa investigación, baja formación de recursos humanos.

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 28. Estructura del sistema de salud por cobertura teórica

SUBSISTEMA	BENEFICIARIOS 2005		US\$ QUE RECIBEN 2004		GASTO PER CÁPITA US\$
	Nº	%	Miles	%	
Público	3.809.976	70,0	129.992	37,4	34.1
MINSA	3.706.267	68,0	126.388	36,4	34.1
MINGOB	51.994	1,0	1.739	0,5	33.4
MINDEF	51.715	0,9	1.865	0,5	36.1
Seguro Social	792.192	14,5	58.670	16,9	74.1
Privado	654.865	12,0	158.522	45,7	242.1
Comunitario	193.360	3,5	s/d	s/d	s/d
Total sistema	5.450.393		347.184		63.6

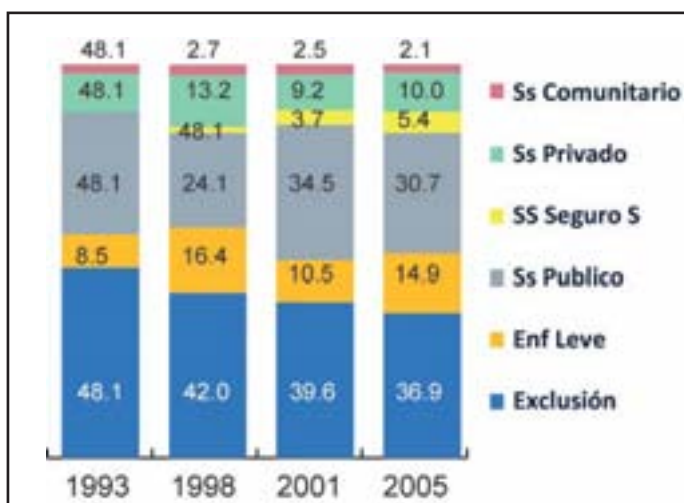
FUENTE: CNS/MINSA, ENMNV 2005, Anuarios MINGOB, MINDEF, INSS, Proyección población INIDE 2007.

La **segmentación** del sistema se evidencia cuando se observa la composición de la población atendida por nivel de pobreza, en la que resalta que los subsistemas del seguro social y el privado tienen una composición similar que tiende hacia una especialización sobre el segmento de población no pobre y sólo admiten de manera muy minoritaria a pacientes de los estratos pobres y casi nulo de los pobres extremos.

El seguro social se concentra en los empleados gubernamentales y en los trabajadores urbanos del sector formal, y aún cuando no los cubre a todos, ellos constituyen el universo de cotizantes al seguro. Por su parte, el subsistema privado es una fuente importante de provisión de servicios para los trabajadores por cuenta propia, en su mayoría empresarios. El subsistema comunitario en tanto, cubre a trabajadores no remunerados agrícolas, por lo general mujeres y niños que laboran en pequeñas fincas familiares y también se concentra en la región Atlántica, como reflejo de la importancia de la medicina tradicional en esta población. El subsistema público no parece tener ningún mecanismo de diferenciación u orientación hacia un determinado segmento, es decir, su modalidad de operación por demanda abierta y pasiva deriva en que la composición de la población atendida reproduce una estructura similar a los niveles de pobreza en la sociedad en general, lo cual es un tanto contradictorio con las políticas y planes oficiales que declaran una atención privilegiada de los más pobres por parte de los servicios públicos.

Se puede observar que la tendencia de los diversos subsistemas de atención en los últimos años es a estabilizarse en el segmento de población que atienden con las siguientes coberturas poblacionales al año 2005: el comunitario alrededor del 2%, el privado alrededor del 10%, el Seguro Social 5,4%.

Gráfico 8. Sistema de salud, cobertura real por subsistema*



* % total de enfermos cubiertos por subsistema, de acuerdo al reporte de demanda asistida.
FUENTE: ENMNV 1993 / 1998 / 2001 / 2005.

El subsistema público es el que mantiene el mayor aporte en la cobertura de enfermos pero también refleja una tendencia más irregular. Si se agrupa a la población en quintiles de consumo, se observa que, mientras el subsistema comunitario representa una opción minoritaria y similar para todos los segmentos, el subsistema público es el que soporta la mayor parte de la demanda de todos los grupos incluidos los segmentos más adinerados. Esta situación podría estar asociada con la escasa y mal distribuida infraestructura de servicios de los subsistemas privado y de la Seguridad Social. (Gráfico 9)

En cuanto a la **fragmentación**, el predominio de la dinámica de mercado con un desarrollo competitivo de los subsistemas sobre una base de precaria infraestructura, ha condicionado que los diversos componentes sean no sólo autónomos y sin articulación sino también que se sobrepongan, generando un alto nivel de conflicto y competencia por la escasa infraestructura de servicios disponible en todo el sistema. Esta situación se agudiza por la competencia de los profesionales proveedores servicios de salud, que buscan afanosamente mejorar sus ingresos ya sea utilizando privadamente la capacidad instalada en los servicios públicos o laborando simultáneamente en varios subsistemas. La dinámica de mercado que orienta el comportamiento de los subsistemas y de los proveedores individuales se concreta en el espacio de la provisión, con la incesante apertura o ampliación de servicios con el fin de copar espacios de mercado de forma competitiva y poco transparente.

En este escenario, el subsistema privado ha sido el de mayor crecimiento y dinamismo en los últimos años, abarcando todo el espectro de bienes y servicios de atención médica curativa y de apoyo diagnóstico y terapéutico; diversificándose en términos de nivel de organización corporativa así como de complejidad tecnológica de acuerdo a los diferentes segmentos del mercado de salud

a los que se orienta, desde el corporativo (hospitales y clínicas) que ha sustituido progresivamente a los consultorios individuales, hasta la amplia proliferación de consultorios (por lo general vinculados a pequeñas farmacias) en barrios y mercados.

Gráfico 9. Utilización de servicios por hogares



FUENTE: ENMNV 1993 / 1998 / 2001 / 2005.

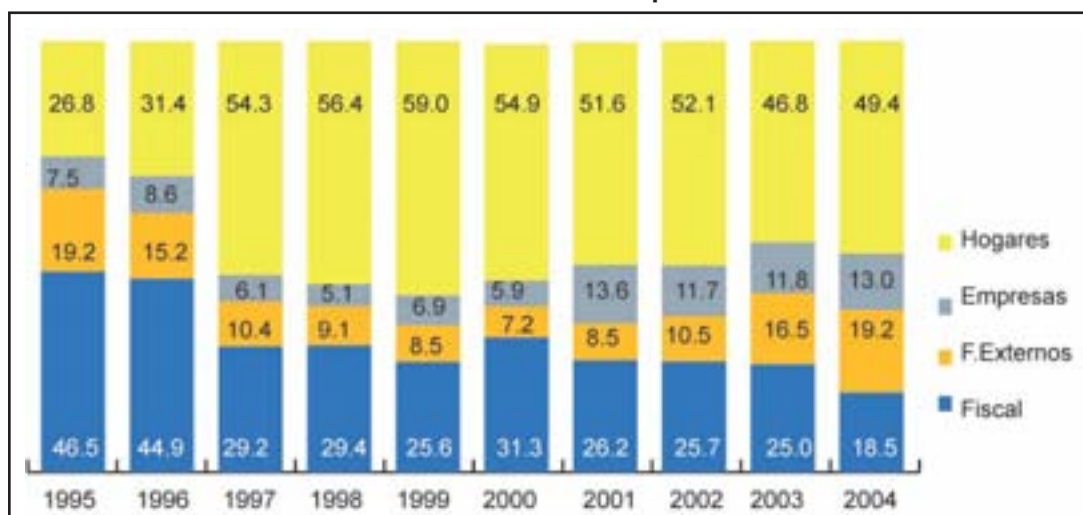
Apesar de la proliferación de proveedores, en Nicaragua ningún subsistema garantiza la atención integral a los individuos y mucho menos a los hogares. Ello determina que en un mismo hogar sus miembros deban recurrir a diferentes opciones en el sistema, muchas veces realizando un tránsito que no culmina en la resolución de su problema; más aún cuando en términos de consulta médica acceden al subsistema público pero deben terminar complementando la atención en el privado ya sea para diagnóstico o para obtener medicamentos. Esta situación estimula la competencia entre los subsistemas. El alto grado de fragmentación existente hace que sea muy difícil la estimación real de las coberturas, que a su vez no son plenas ya sea por una limitada cobertura de los paquetes de prestaciones, por una limitada capacidad resolutoria o por inexistencia de ciertos equipos o insumos.

■ GASTO DE BOLSILLO

La tercera característica señalada por la Guía OPS, es el peso del pago directo como mecanismo de financiamiento del sistema, en la medida en que establece hasta qué grado el acceso a servicios de atención depende de la capacidad de pago de quienes demandan el servicio y por tanto, discrimina a aquellos que no disponen de recursos o les impone gastos catastróficos para la economía del hogar. En el año 2004 el gasto de los hogares correspondía al 49% del total del gasto en salud manteniéndose en el período como la principal fuente de dicho gasto. El gasto de los hogares es en realidad mayor, porque en la medición sólo se incluyen los pagos por bienes y servicios de

salud recibidos y el transporte, pero no se incluyen los gastos de alimentación y alojamiento en que deben incurrir las personas cuando los servicios son distantes o deben hospitalizarse; los insumos y alimentos que deben aportar en caso de hospitalización; y los costos de oportunidad, puesto que la mayor parte de los enfermos y de los hogares al no tener seguridad social no cuentan con protección de los ingresos que pierden al interrumpir sus actividades productivas.

Gráfico 10. Gasto en salud por fuentes



FUENTE: CNS-MINSA.

■ REGULACIÓN

Con base a lo expuesto, resulta bastante claro que la configuración y dinámica del sistema de salud se ha realizado ante una débil presencia del ente regulador. A pesar de que se cuenta con un acervo bastante amplio de normas y leyes, éstas no se han traducido en instrumentos concretos de política en el ámbito global del sector ni en los ámbitos que fuera del sector se vinculan con la salud de la población. Entre los factores que han determinado la debilidad regulatoria, es necesario destacar las excesivas y crecientes condicionalidades incorporadas en los programas de ajuste estructural por parte de las instituciones financieras internacionales, que partieron de la premisa de reducir el rol del estado como interventor y en términos de su responsabilidad de asegurar universalidad de los servicios. El segundo factor en importancia es la concentración de funciones reguladoras, financiamiento, gerencia y provisión de servicios en la misma institución (el MINSA), lo cual ha impedido generar suficientes capacidades regulatorias.

A manera de síntesis esquemática, se incorpora la matriz de caracterización del sistema incluida en la guía:



Tabla 29. Matriz de análisis de la estructura del sistema de salud

CARACTERÍSTICAS	DESCRIPCIÓN	SITUACIÓN EN NICARAGUA
SEGMENTACIÓN	Número de subsistemas existentes, grupos de población que atienden, y cobertura relativa de cada uno de ellos	• Tres subsistemas públicos autónomos de provisión de servicios de salud (MINSA, FFAA, MIGOB) • Servicios privados y EMPs al interior del sistema público, sin orientación de política • Acciones públicas de salud dispersas (MIFAMILIA, MED, ENACAL, MAGFOR, etc) • Dos subsistemas privados corporativos de provisión de servicios (EMPs, Laboratorios privados) • Subsistema privado no corporativo (Médicos con práctica liberal de la profesión) • Mercado de insumos disperso, no regulado, competitivo
FRAGMENTACIÓN	Número de proveedores y de aseguradores	• Dos aseguradores (INSS, Seguros Privados de lento desarrollo) • Múltiples proveedores de servicios de salud públicos, privados, mixtos. Subsidios cruzados
	Existencia de enlaces funcionales, mecanismos de integración o coordinación entre redes de provisión	• Articulación limitada al interior del subsistema público (MINSA) • Coordinación inexistente entre subsistemas (MINSA, INSS, Privados)
GASTO DE BOLSILLO	Proporción del gasto directo de los hogares sobre el gasto total en salud y sobre el PIB	• Tendencia creciente al gasto de bolsillo (49% del gasto total) • Es la principal fuente del gasto en salud
REGULACIÓN	Marco regulatorio, vigencia, cumplimiento	• La política de salud y el marco regulatorio no inciden en el subsistema privado • Regulación limitada a los servicios públicos • Marco regulatorio incompleto • Regulación de EMPs depende del INSS
SEPARACIÓN DE FUNCIONES	Implícita o explícita, relaciones de autonomía o dependencia	• Cada institución y subsistema es autónomo • No existe separación de funciones • Instituciones compiten por recursos e infraestructura

FUENTE: Elaboración propia.

1.3.3. Panorama de la Exclusión en Salud

Las desigualdades existentes en los grados de ejercicio del derecho a la salud y por tanto en los niveles de exclusión de los grupos poblacionales frente a las oportunidades de protección y atención de su salud, no son recientes y han fluctuado de acuerdo a las diferentes etapas y procesos de transformación en los modelos de organización política, económica y social que Nicaragua ha transitado en las últimas décadas, de forma tal que la distribución desigual de los beneficios económicos y políticos se expresa también como una distribución desigual de las posibilidades de inclusión o exclusión de la protección ante los riesgos y daños a la salud. Los niveles de exclusión y su distribución en los grupos de población obedecen a múltiples factores, que pueden manifestarse de diversas maneras según se trate de poblaciones desagregadas por edad, género, residencia, territorialidad, origen étnico o estrato socioeconómico. A partir de las consideraciones conceptuales de la Guía OPS y de las precisiones hechas para el estudio en Nicaragua, el grupo de trabajo seleccionó un conjunto de indicadores para la caracterización de la exclusión en las dimensiones externa (fuera del ámbito de acción del sistema de salud) e interna (dentro del ámbito de acción del sistema de salud). Dichos indicadores se exponen a continuación y luego se analizan los que resultan más relevantes para el análisis de la exclusión:



Tabla 30. Indicadores de exclusión en salud según dimensión

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORÍA	TOTAL DE PERSONAS	PROPORCIÓN DEL TOTAL	FUENTE
E X T E R N A	Población por Quintil de Consumo	Q1 Más Pobres	1.150.454	22,4	EMNV 2005
		Q2	1.023.781	19,9	
		Q3	1.037.633	20,2	
		Q4	1.005.276	19,5	
		Q5 Mayor Consumo	924.954	18,0	
	Índice de Hacinamiento	Hacinado	1.807.631	35,2	EMNV 2005
		No Hacinado	3.334.467	64,8	
	Canasta Alimentaria	No cubren	2.303.660	44,8	EMNV 2005
		Si cubren	2.838.438	55,2	
	Agua Potable	No tiene Acceso	1.922.280	37,4	EMNV 2005
		Tiene Acceso	3.219.818	62,6	
	Servicio Higiénico	No tiene Acceso	562.427	10,9	EMNV 2005
		Tiene Acceso	4.579.671	89,1	
	Energía Eléctrica	No Tiene Acceso	1.479.728	28,8	EMNV 2005
		Tiene Acceso	3.662.370	71,2	
	Educación del Jefe de Hogar	Tres grados o menos	2.559.360	49,8	EMNV 2005
		Más de tres grados	2.565.330	49,9	
	Educación de la Mujer (como Jefe de Hogar o Conyuge)	Tres grados o menos	2.456.557	50,5	EMNV 2005
		Más de tres grados	2.409.856	49,5	
	Situación laboral del Jefe de Hogar	Desempleado	1.040.152	20,3	EMNV 2005
		Informal	2.840.843	55,4	
		Formal	1.243.695	24,3	
	Área de Residencia	Rural	2.271.071	44,2	EMNV 2005
		Urbano	2.871.027	55,8	

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORÍA	TOTAL DE PERSONAS	PROPORCIÓN DEL TOTAL	FUENTE
I N T E R N A	Tiempo al Establecimiento de Salud más cercano	>1 hora (rural) o > 1/2 hora (urbano)	896.457	17,4	EMNV 2005
		<1 hora (rural) o < 1/2 hora (urbano)	4.245.641	82,6	
	Existencia de SS	No Tiene	4.501.911	87,8	EMNV 2005
		Tiene	623.786	12,2	
	Médicos por 1.000 hab.	<= 4 médicos por 1.000 hab	2.615.244	50,9	MINSA 2007
		> 4 médicos por 1.000 hab	2.526.854	49,1	
	Enfermeras por 1.000 hab.	<= 11,8 enfermeras por 1.000 hab	2.662.943	51,8	MINSA 2007
		> 11,8 enfermeras por 1.000 hab	2.479.155	48,2	
	Camas por 1.000 hab.	<= 9 camas por 1.000 hab	2.578.878	50,2	MINSA 2005
		> 9 camas por 1.000 hab	2.563.220	48,2	
	Gasto Público por habitante	<= USD\$ 8,4 por hab.	2.664.747	51,8	MINSA 2005
		> USD\$ 8,4 por hab.	2.477.351	48,2	
	Nº de Controles Prenatales	< 4 controles prenatales	85.978	21,9	EMNV 2005
		>= 4 controles prenatales	307.070	78,1	
T R A N S V E R S A L	Partos Institucionales	Partos Institucionales	340.158	80,0	EMNV 2005
		Partos no institucionales	84.998	20,0	
	Cobertura real	Excluídos (Distancia, Calidad, Dinero, Automedicación)	819.415	43,4	EMNV 2005
		Demanda Asistida	1.069.555	56,6	
	Etnia a la que pertenece	Indígena	252.811	5,6	EMNV 2005
		No Indígena	4.279.482	94,4	
	Sexo del Jefe de Hogar	Mujer	309.324	31,4	EMNV 2005
		Hombre	674.767	68,6	

FUENTES: EMNV 2005/ 2007, MINSA 2005/0227.

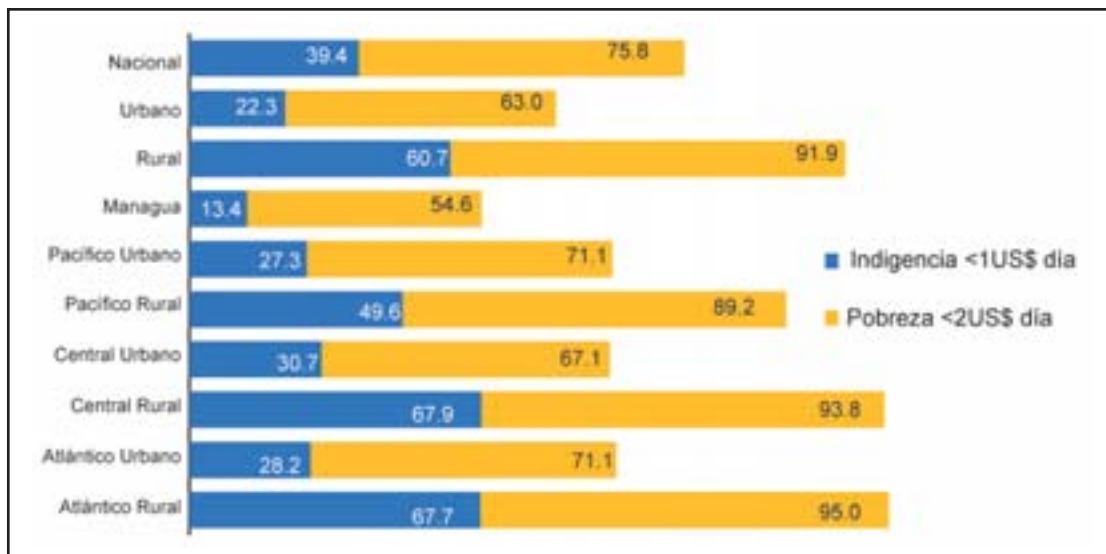


■ ANÁLISIS DE LAS CAUSAS EXTERNAS

● La pobreza

A partir del año 2001 se ha registrado un aumento de los niveles de pobreza en el país. Según el método de la línea de pobreza³⁶, en el año 2005 ésta se incrementó tanto a nivel nacional (de 45,8% a 48,3%), como rural (de 67,8% a 70,3%), sin diferencias importantes en el medio urbano, en el cual un tercio de la población es pobre. La pobreza extrema también ha aumentado, pasando de 15,1% a 17,2% a nivel nacional y de 27,4% hasta 30,5% a nivel rural en el mismo periodo. De acuerdo al método internacional de disponibilidad de US\$2 y US\$1 respectivamente para consumo per cápita por día, tres cuartas partes de la población (75,8%) se encuentra en situación de pobreza porque vive con menos de US\$ 2 per cápita por día y dos de cada 5 personas (39,4%) se encuentran en la extrema pobreza, ya que viven con menos de US\$ 1 por día (INIDE-MECOV 2007). Existe un claro diferencial en la magnitud de la pobreza por regiones geográficas, tal como se observa en el grafico siguiente.

**Gráfico 11. Pobreza en Nicaragua
(Método US\$ per cápita x día)**



FUENTE: INIDE-MECOV / 2007.

³⁶ Agregado de consumo de una canasta de 53 productos.

● **La inequidad en la distribución del ingreso**

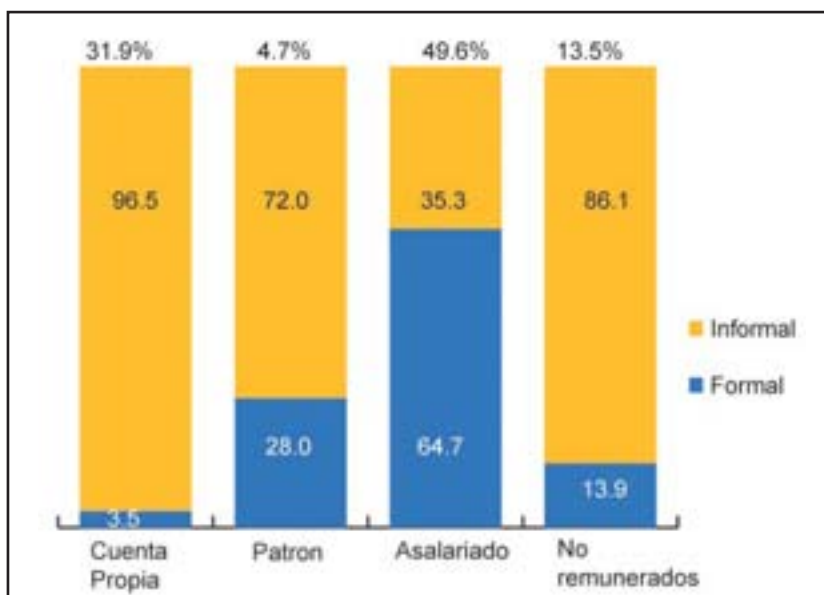
El modelo vigente de distribución del ingreso genera enormes desigualdades entre los segmentos poblacionales, con el 10% más rico (D10), apropiándose de más del 40% de todo el ingreso generado. Esta condición sitúa a Nicaragua como uno de los países con mayor desigualdad económica en el contexto de la región y del mundo. Las tendencias combinadas de lo económico, el empleo y las tendencias demográficas configuran una tipología diferenciada de los hogares tanto en su tamaño, su estructura, como en su jefatura, que constituyen a su vez, elementos que condicionan de manera muy significativa las posibilidades de exclusión social y en particular de exclusión de servicios de salud.

● **El empleo**

En la década de los '90 y hasta el año 2005 se observó un incremento de la población económicamente activa (PEA), pero ésta comenzó a decrecer a partir de ese año. El crecimiento de la población económicamente inactiva (PEI) se registra principalmente a expensas del aumento de las amas de casa, que pasan de ser el 34% de la PEI en 2001 hasta el 42% en 2005, mientras se reduce el peso relativo de estudiantes y ancianos. Esta situación refleja la reducción de opciones laborales para las mujeres, principalmente jóvenes, lo que desmotiva su búsqueda de ocupación remunerada a la vez de que comienzan a depender más de las remesas enviadas por sus cónyuges o familiares emigrantes. La población ocupada ha crecido progresivamente hasta casi duplicarse en los últimos 15 años, al pasar de 1.1 millones en 1995 hasta 2.08 millones para 2005. Consistentemente con ello, el índice de desempleo abierto ha registrado una reducción progresiva, hasta llegar a representar el 6,2% en 2006. El sector primario ha reducido su importancia como generador de empleo desde 2004, asociado a las crisis del café y la reducción en minas y pesca. Esto refleja el crecimiento de la población urbana y los flujos migratorios del campo a la ciudad y hacia fuera del país, que se continúan registrando.

El principal problema laboral del país es la mala calidad del empleo con un predominio de empleo informal, que corresponde al 63% del empleo total en el país. El subempleo, calificado por la temporalidad (jornada laboral no completa o eventualidad) o por salarios menores al mínimo legal, afecta una tercera parte de la fuerza de trabajo ocupada del país y su importancia varía de región a región, desde el 36% en la región pacífico rural hasta el 21% en la región atlántico rural. El 14% de los ocupados cuentan con contratos de tiempo parcial. La precariedad del empleo se asocia al tamaño de las empresas. Las microempresas³⁷ absorben el 66% de los ocupados. Estas pequeñas unidades productivas son por lo general de carácter familiar tanto en lo urbano (comercios, talleres, etc.) como en lo rural (fincas familiares) y se caracterizan por poseer procesos productivos de bajo nivel tecnológico, sin organización gerencial y con serias insuficiencias en materia de seguridad laboral.

37 Empresas con menos de 5 trabajadores.

Gráfico 12. Estructura ocupacional en Nicaragua, 2005

FUENTE: MITRAB.

El cuadro de la precariedad del empleo termina de configurarse cuando se analiza el valor relativo del salario promedio real de los ocupados, el cual ha tenido una tendencia de incremento muy inferior al ritmo de crecimiento del valor de la canasta básica. A junio de 2007, el salario promedio real sólo representaba el 52% del valor de dicha canasta. Dos de cada tres trabajadores del país tienen un salario menor que el valor de la canasta básica y esta condición es igual en las ciudades y en el campo. Adicionalmente, alrededor de un 25% de los trabajadores recibe un salario menor que el mínimo legal, lo cual refleja la exclusión de los sistemas protección social en los aspectos laborales. Cabe notar que el salario mínimo legal es muy inferior a la canasta básica familiar.

• **La vivienda**

La mala calidad de la vivienda, expresada en tres características: piso de tierra, hacinamiento y el combustible utilizado para cocinar, constituye en el país una clara señal de desigualdad entre los estratos sociales, ya que las brechas en esta materia son muy grandes y se han incrementado con el tiempo, llegando a ser una de las características más notorias de la inequidad y la exclusión social. De las tres condiciones referidas el uso de leña es la más generalizada, con el 60% de los hogares; sin embargo las dos restantes son también altas, con el 40% de los hogares con piso de tierra y el 35% de ellos en condición de hacinamiento. Según la Encuesta Nacional de condiciones de vida ENMV 2005, el quintil de consumo más pobre de la población muestra 8,8 veces más frecuencia de piso de tierra, 7,2 veces más hacinamiento y 5 veces más uso de leña que el Quintil más rico.

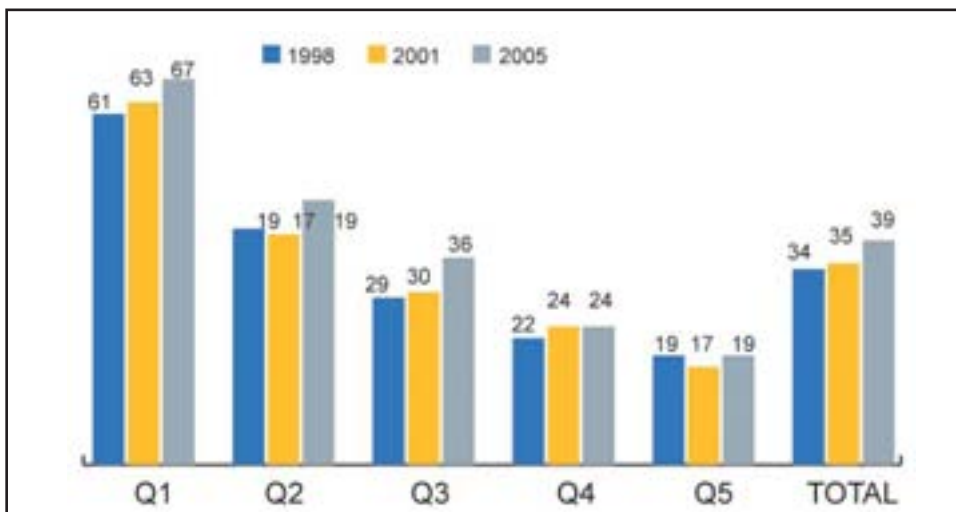
● **Acceso a servicios básicos**

La proporción de hogares sin saneamiento básico se redujo del 14% en 2001 al 11% en 2005. Por su parte, la cobertura de abastecimiento de agua mediante tubería intra-domiciliaria o en el patio de la vivienda ha progresado muy lentamente, alcanzando el 64,5% de los hogares en 2005, en tanto que un 74,6% de los hogares tenía red domiciliar de energía eléctrica en ese mismo año. La capacidad de pago de los hogares constituye el factor más determinante de cobertura de estos servicios excepto en el caso de las letrinas, cuya instalación ha dependido de programas públicos. Las desigualdades son pronunciadas si se compara la situación del quintil más pobre (Q1) con el más adinerado (Q5), ya que este último tiene 10 veces más cobertura de saneamiento básico, 6 veces más abastecimiento de agua con tubería y 13 veces más cobertura de energía eléctrica que es donde la capacidad de pago se manifiesta con mayor fuerza. La exclusión de servicios básicos domiciliarios es mucho mayor en el medio rural con brechas similares a las observadas por estratos económicos, lo cual se refleja también en las 7 regiones, donde las central y atlántico rurales muestran algunos avances en letrinización pero prácticamente no tienen agua de tubería ni energía eléctrica.

● **La barrera geográfica**

Los asentamientos humanos se han establecido en Nicaragua de manera desordenada y sin planes de ordenamiento territorial, los cuales sólo recientemente han comenzado a ser formulados por las municipalidades. Un 31% de los hogares del país se hayan a más de 5 kilómetros de la carretera principal que los comunica con el lugar más próximo para acceder a bienes y servicios esenciales. Esta proporción aumenta en el caso de los hogares más pobres, ya que el 61% de ellos se encuentran en esta condición. En el caso de los hogares más adinerados, sólo el 10,7% está a más de 5 kilómetros de la carretera principal y cuentan con vehículo propio o con capacidad de pago para el transporte colectivo. La barrera geográfica representa un serio obstáculo al acceso a servicios para más del 70% de los hogares en las regiones central rural y en las del Atlántico, donde el problema se agrava porque las vías de acceso son principalmente acuáticas. Adicionalmente, el 21% de los hogares se encuentra en lugares donde las carreteras no permiten la circulación en la época de lluvias, situación que sigue el mismo patrón de afectar más a los hogares rurales y más pobres.

**Gráfico 13. Distancia a la Unidad de Salud
(promedio en minutos)**



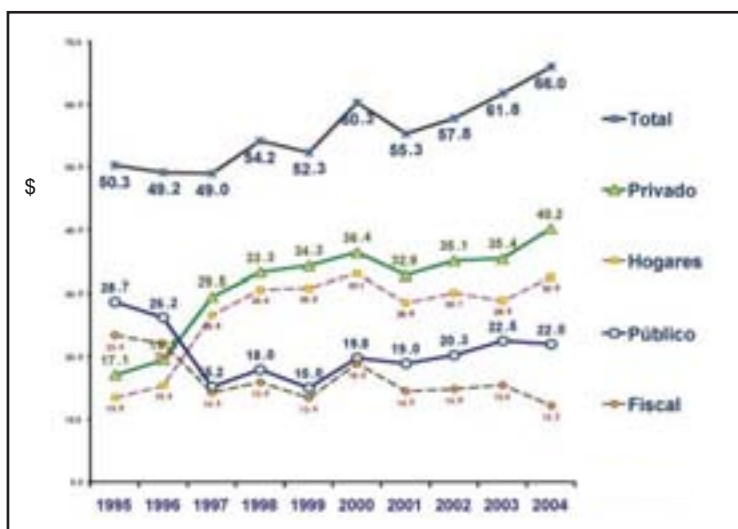
FUENTE: ENMNV 98/01/05.

Al analizar los datos correspondientes a la distancia a las unidades de salud en las últimas tres encuestas de nivel de vida, se observa que para los tres quintiles más pobres el tiempo requerido en promedio para llegar al establecimiento más cercano se ha incrementado de forma sostenida, mientras que para el quintil más adinerado dicho tiempo se ha mantenido o reducido.

■ ANÁLISIS DE LAS CAUSAS INTERNAS

● *El gasto en salud*

Como se ha mencionado, el proceso de ajuste estructural tuvo como ejes principales la reducción del gasto público y el cambio del rol del estado en la economía. En el sector salud, ello se tradujo en la transferencia de la responsabilidad antes asumida por el Estado hacia lo privado y particularmente a los hogares. Esto se observa claramente cuando se analiza la evolución de la composición del gasto en salud: en los años 80 el gasto público correspondía a un 80% del gasto total en salud, mientras que en el año 2004 el gasto público representaba un 37% de dicho gasto. Cabe notar además la importancia del aporte de los fondos de donantes externos en el presupuesto público, los cuales en 2004 constituían cerca de la mitad del aporte del Estado en salud.

Gráfico 14. Gasto Per cápita en salud (US\$)

FUENTE: CNS/MINSA.

En cuanto a la magnitud del gasto, éste ha crecido en forma sostenida en la última década a un ritmo mayor que el del PIB, ya que para el período 1995-2004 el PIB per cápita creció un 15,2% mientras el gasto per cápita en salud creció un 31,3%, llegando a los US\$ 66. Esto representa en términos absolutos que la factura sanitaria nacional, que es casi exclusivamente curativa, pasó de US\$ 222 millones a US\$ 355 millones (59% de incremento ente 1995 y 2004). A pesar del incremento registrado, el gasto en salud per cápita de Nicaragua sigue siendo uno de los más bajos del continente.

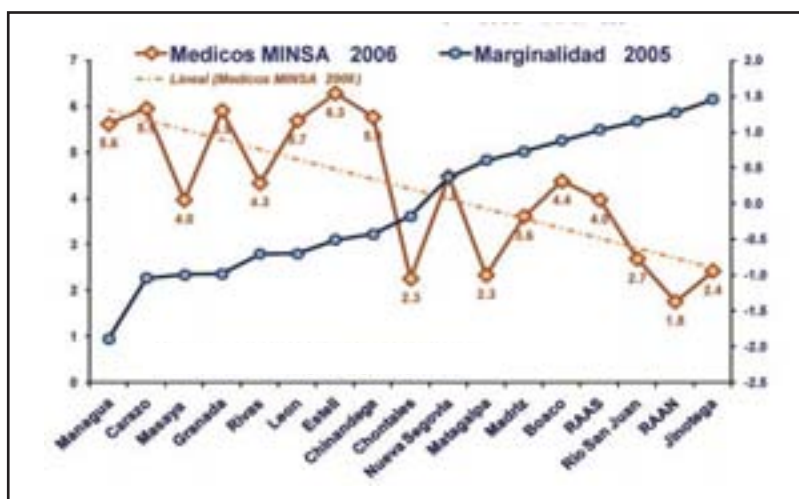
El incremento del gasto se hizo a expensas de una expansión del 135% del gasto privado y una contracción del 24% del gasto público. La transferencia del gasto ha sido principalmente hacia los hogares, ya que el crecimiento del aporte de las empresas privadas al Seguro social fue sólo del 11% del gasto total y del 18% del gasto privado en salud al año 2004. El mecanismo a través del cual se transfirió el gasto hacia los hogares se basó en la política de “generación de ingresos propios” establecida por el MINSA a mediados de los '90, la cual dio origen al cobro directo de los servicios a los usuarios en los establecimientos públicos de salud. Este cobro constituyó por varios años una barrera importante de acceso para la población más vulnerable, la cual optó finalmente por buscar servicios en modestos consultorios privados con bajas tarifas que proliferaron como alternativa de ingresos para los profesionales médicos no empleados en los servicios públicos o como complemento a los bajos salarios en los mismos; la población extremadamente pobre sin capacidad de pago por su parte, optó por la no búsqueda de atención.

• Distribución de recursos al interior del sistema de salud

Con el fortalecimiento de la orientación de mercado en la estructura del sistema y en el modelo de atención, se consolidó una distribución de recursos inequitativa que corresponde a los intereses de los agentes del sistema y no coincide con las necesidades de salud de la población. Este hecho se visualiza claramente en la distribución de recursos humanos y de camas hospitalarias.

Como producto de la liberalización del mercado laboral en el sector salud, el MINSA dejó de ser el empleador universal y debido a ello un número cada vez mayor de médicos y enfermeras comenzaron a buscar opciones de trabajo fuera del sector público. A partir de 1990 surgieron un gran número de ONG's, orientadas principalmente a captar recursos externos para el desarrollo de programas y proyectos de salud comunitaria.

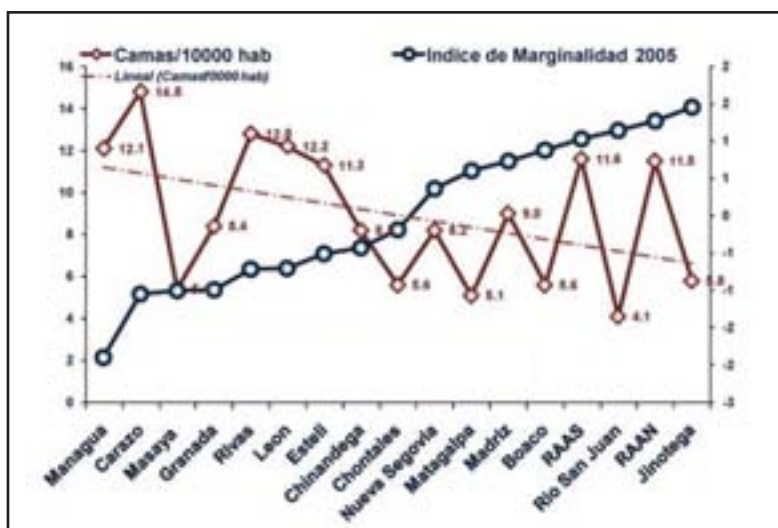
**Gráfico 15. Médicos en servicios MINSA
(por 10.000 habitantes)**



FUENTE: DGP-MINSA, FNUAP/INIDE/CELADE.

Asimismo, una parte del personal de salud ingresó como asalariado al subsector privado corporativo, que iniciaba su estructuración con las Empresas Médicas Previsionales (EMP) que surgieron con la reforma del INSS. Finalmente, el congelamiento de los salarios en el sector público empujó a muchos profesionales a ejercer privadamente a la par de su desempeño en el MINSA, lo cual afectó los horarios de atención en los servicios públicos y determinó que la oferta pública de salud se concentrara en las ciudades y regiones donde existe población con capacidad de pago. De esta forma, la dinámica de mercado terminó por asignar los recursos humanos y los presupuestos en el sector público. Si se observa por ejemplo la distribución de los médicos del MINSA en 2006 que laboran servicios adscritos a departamentos (SILAIS), ellos están inversamente distribuidos con relación al índice de marginalidad departamental (Ávila, J. FNUAP-INIDE 2007) construido con los datos del censo 2005.

Gráfico 16. Camas hospitalarias MINSA



FUENTE: DGP-MINSA, FNUAP/INIDE/CELADE

Del mismo modo, la disponibilidad de camas hospitalarias es mayor en los Departamentos (SILAIS) con menor índice de marginalidad social, al punto que se observa una correlación inversa entre el índice de marginalidad y la disponibilidad de camas en los SILAIS. Esta situación también se da en el caso de la disponibilidad de camas en el subsistema privado, ya que la capacidad instalada de este subsistema se concentra en las capitales departamentales del Pacífico y fundamentalmente en Managua, de forma que en los restantes departamentos es la misma infraestructura pública la que es utilizada para la atención privada o incluso como atención gratuita para los segmentos con capacidad de pago.

● Cobertura de seguro de salud

Como ya se ha mencionado, el alto nivel de informalidad de la economía (cerca del 70% de la PEA) ha determinado que desde su creación en Nicaragua la seguridad social haya tenido una cobertura relativamente baja tanto en términos de afiliación como de los beneficios del seguro de salud que se obtiene con la cotización al régimen integral que cubre enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Al año 2004, sólo 16,5% de la población ocupada cotizaba en el régimen integral. Los escasos cotizantes del régimen integral se concentran en los quintiles de mayor ingreso, alcanzando al 33,8% de los trabajadores del quintil más adinerado (Q5) y el 23% de los trabajadores ubicados en el siguiente quintil (Q4), en contraste, sólo un 4% de los trabajadores del quintil más pobre (Q1) y el 10% del siguiente quintil de pobreza (Q2) cotizan a la seguridad social.

Por otra parte, la afiliación al régimen integral no garantiza la cobertura de todas las necesidades de salud del afiliado o de su familia, ya que cubre sólo al cotizante, al cónyuge en caso de embarazo y la morbilidad de los hijos menores de 12 años. El paquete normado no cubre todas las patologías ni todos los procedimientos médicos o quirúrgicos. La cobertura es además desigual dependiendo de las ramas de la economía, ya que cerca del 50% de los asegurados se concentran en la industria manufacturera y en la administración pública (CEPAL, 2009).

Las dificultades del INSS para garantizar la atención en salud en la mayor parte del territorio por no disponer de unidades de salud propias, hace que en la práctica la cobertura sea aún más baja. Dadas las inclusiones/exclusiones del régimen integral la población beneficiaria no supera el promedio de 0.6 beneficiarios por cada trabajador cotizante, por lo cual se estima que el seguro social sólo cubre al 12,2% de la población total.

La cobertura por seguros privados también es baja en el país y no supera el 18% de la población. En general, el 70% del total de los hogares nicaragüenses no cuentan con ningún miembro afiliado ni beneficiario de ningún tipo de seguro de salud. Esta proporción sube al 90% en los hogares más pobres. Desde la perspectiva de los individuos, la falta de aseguramiento se concentra en los jóvenes de 6 a 18 años, especialmente del sexo femenino.

1.3.4. Perfil de los Excluidos

El perfil de la exclusión en salud en Nicaragua señala a los estratos más pobres, a los residentes rurales ya sean familias campesinas o de asalariados agrícolas ubicadas en las regiones Central y Atlántica rurales, como las que sufren las más severas condiciones tanto de exclusión como de autoexclusión en salud. Los adolescentes son los que están afectados por mayores grados de autoexclusión y los pueblos originarios del Atlántico son a su vez los más excluidos. Asimismo, el nivel de educación del jefe de hogar determina diferencias importantes en la incidencia de exclusión, siendo mayor entre aquellos sin educación.

Para la identificación del perfil de los excluidos y de acuerdo a la metodología de OPS/OMS, se consideraron dos categorías de exclusión: la exclusión de servicios, que se produce cuando el individuo, percibiendo su necesidad de salud busca servicios institucionales pero no es atendido; y la autoexclusión en el caso de aquellos individuos que, habiéndose sentido enfermos, decidieron no buscar servicios de salud. Para el análisis de la autoexclusión se utilizó la información relativa a demanda asistida, considerando autoexclusión la decisión de los enfermos de no buscar atención, y para el análisis de la exclusión se elaboró un índice compuesto como lo indica la Guía OPS/OMS.

En la caracterización de la autoexclusión se eliminaron del universo de análisis aquellos enfermos que declararon no haber demandado atención por considerar que la enfermedad era leve, ya que en tal caso no hay consideraciones de acceso en la decisión adoptada. Se incluyeron todos los enfermos que, percibiendo su necesidad de salud, decidieron no expresar demanda por

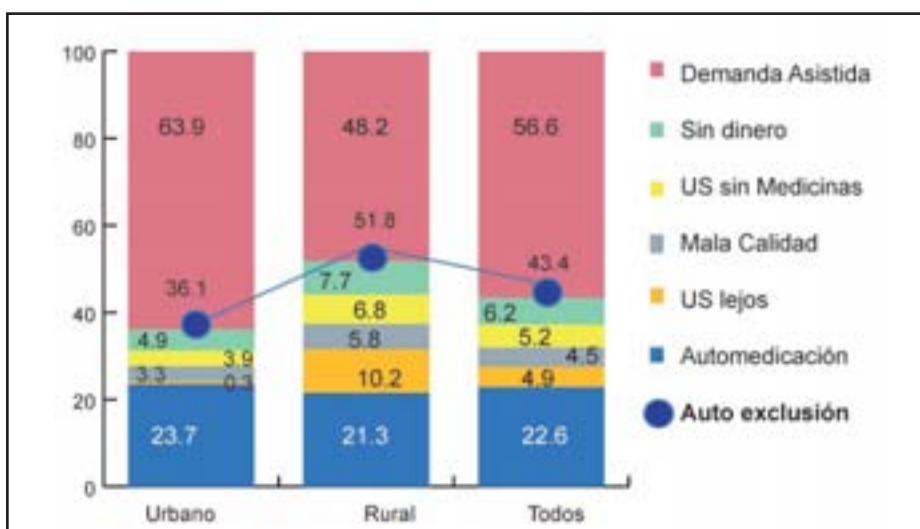
servicios por alguna de las siguientes razones: distancia al centro de salud (los servicios están muy lejos o no cuentan con los recursos que considera necesarios para su caso como horarios de atención, sin médicos, no hay medicamentos), falta de dinero, costos de oportunidad por suspender actividades productivas o reproductivas, y mala calidad de atención (esperas prolongadas, maltrato, mala calidad de la atención médica). Se incluyeron también aquellos que adujeron como razón de no consulta el conocer la enfermedad y decidieron automedicarse, ya que se consideró que la opción de automedicación por lo general se asocia con la percepción de alguna barrera de acceso.

■ CARACTERIZACIÓN DE LA AUTOEXCLUSIÓN DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE DEMANDA ASISTIDA

El 43,4% de las personas declaradas enfermas en 2005 (mes anterior a la encuesta) y que consideraron requerir atención a su dolencia no buscaron servicios de salud para ella, es decir, se autoexcluyeron. La autoexclusión es mayor en el medio rural donde alcanza al 52% de los enfermos. Sin embargo, en lo urbano también es elevada, llegando al 36% de los enfermos.

Las tres principales razones para la no búsqueda de servicios fueron la automedicación, la falta de dinero y la falta de medicamentos en las unidades de salud. Las diferencias entre la ciudad y el campo no se explican por la automedicación -ya que no son significativas para esta variable- pero sí por la distancia al centro de salud, que no es factor de exclusión en lo urbano pero constituye causa de autoexclusión para el 10% de los enfermos en el medio rural.

Gráfico 17. Autoexclusión de la atención, (% del total de enfermos)



FUENTE: ENMN 2005.

Cuando se analiza la autoexclusión de acuerdo a quintiles de consumo, se observa que ésta es mayor en los estratos de menor consumo y decrece marcadamente en los más adinerados, determinando una brecha muy amplia entre los dos estratos: la cantidad de autoexcluidos en el segmento más pobre es exactamente el doble que en el de los más adinerados, con proporciones de 58,4% y 29% de autoexclusión respectivamente.

**Gráfico 18. Autoexclusión por quintiles de consumo
(% del total de enfermos por Quintiles de consumo)**



FUENTE: ENMNIV 2005.

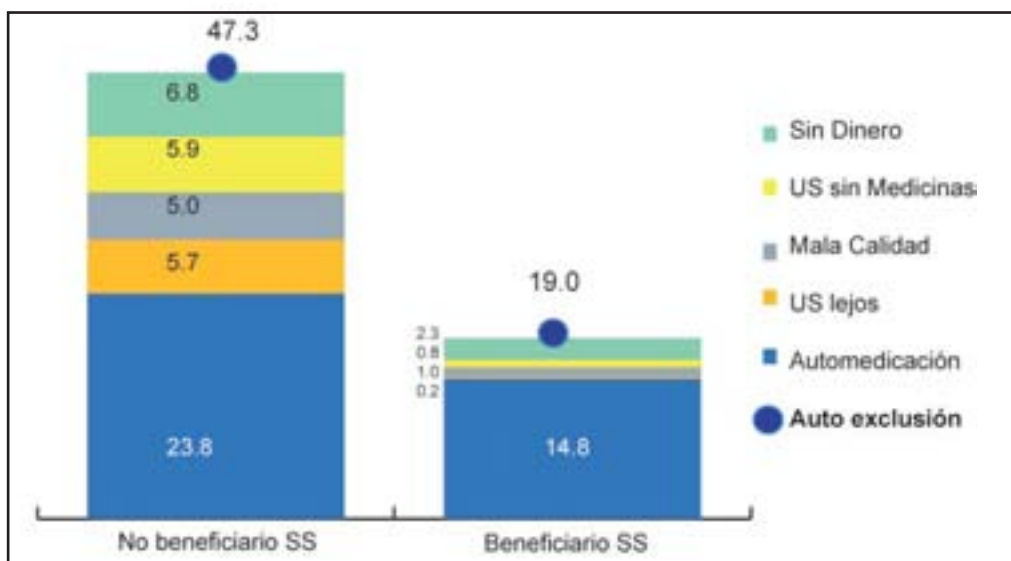
No se observan diferencias significativas en el peso porcentual de la automedicación como decisión de autoexclusión entre los diferentes quintiles, pero en todas las restantes razones las diferencias se amplían progresivamente, evidenciando que la distancia a la unidad de salud, la ausencia de medicamentos y la falta de dinero son las barreras de acceso principales para los estratos más pobres. Todas estas razones tienen una dimensión económica (gastos de bolsillo y costos de oportunidad) que explica la decisión de no demandar atención. Por su parte, la mala calidad de la atención como razón de autoexclusión, afecta de manera similar a todos los estratos.

Desde el punto de vista territorial, la autoexclusión es elevada en todas las regiones pero es aún mayor en las regiones rurales. Se observa una tendencia creciente a la autoexclusión desde el Pacífico (47,2%), hacia la zona Central (52,6%) hasta llegar a la región Atlántica rural, que registra la mayor exclusión con un 59,4% del total de enfermos.

En esta región la causa más importante de autoexclusión es la lejanía de las unidades de salud, seguida por la automedicación y la mala calidad de la atención. La ausencia de medicamentos en las unidades de salud es una razón importante de autoexclusión en todas las regiones excepto en Managua y el Pacífico urbano, especialmente en el Atlántico urbano y en el área rural del Pacífico y del Atlántico.

En relación al empleo, las ocupaciones agrícolas son las que registran más enfermos en condición de autoexclusión, alcanzando ésta al 51% de los asalariados y 54,5% de los que trabajan por cuenta propia (campesinos propietarios). Los asalariados en actividades no agrícolas registran el menor nivel de autoexclusión con 31% de enfermos, lo cual puede explicarse no sólo por el hecho de que en su gran mayoría son trabajadores urbanos, sino también porque tienen más acceso al seguro social. Ser beneficiario/a del seguro social disminuye significativamente todas las causas de autoexclusión para los beneficiarios, lo cual señala la importancia que la cobertura de seguros tiene en la decisión de demandar o no servicios de salud.

**Gráfico 19. Autoexclusión por cobertura de seguro
(% del total de enfermos por cobertura de seguro)**

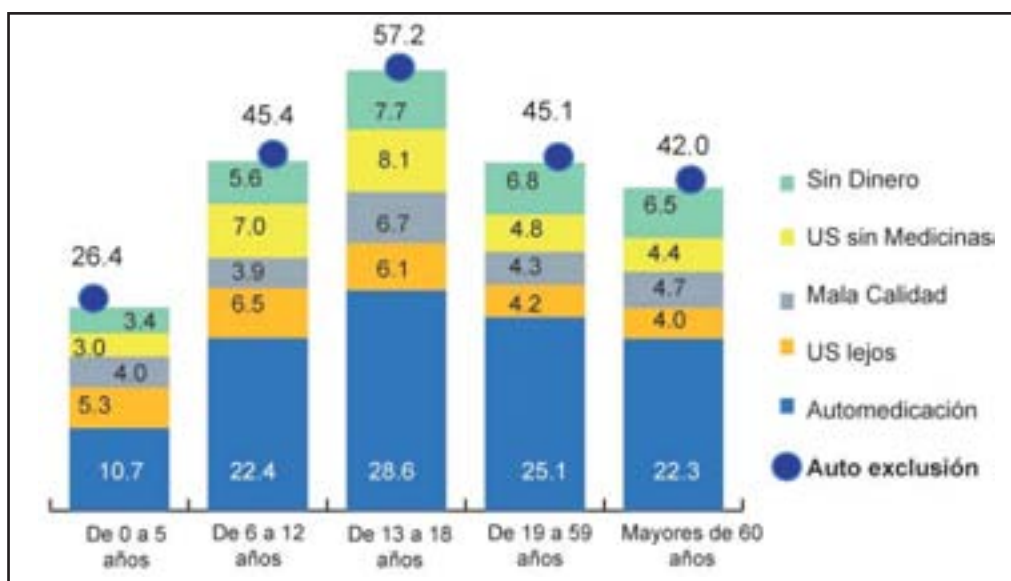


FUENTE: ENMNV 2005.

Otro factor que modifica de manera importante la conducta de búsqueda de servicios de salud es la educación del jefe del hogar en todos los tramos de escolaridad. La brecha más amplia se observa entre los estratos extremos, de modo que aquellos que no tienen ninguna escolaridad muestran una conducta de autoexclusión 2.5 veces mayor que los que se encuentran en el estrato de educación superior (49% y 20% de autoexclusión respectivamente).

En relación al perfil etéreo destaca el elevado nivel de exclusión del grupo de adolescentes entre 13 y 18 años, que registra un 57% de autoexclusión sobre el total de enfermos de esta edad. Esta situación es preocupante porque coincide con otros estudios que señalan la exclusión de este grupo en educación (muy baja cobertura de educación secundaria), desempleo creciente, creciente embarazo adolescente y persistencia en la ocurrencia de delitos y hechos de violencia asociados a delincuencia juvenil. Evidentemente, este grupo constituye un estrato que requiere de una atención más clara y decidida por parte de las autoridades a cargo de formular políticas sociales.

**Gráfico 20. Autoexclusión por grupo de edad
(% del total por grupo de edades de los enfermos)**



FUENTE: ENMN 2005.

La reducción muy significativa de la automedicación en el grupo de menores de 5 años, corrobora la presunción de que la automedicación es una conducta inducida por las barreras de acceso y que al eliminar éstas, por ejemplo mediante la gratuidad de los servicios y medicamentos y el establecimiento de horarios y servicios diferenciados como se ha hecho para la infancia, la automedicación se reduce. Los demás grupos etéreos, mantienen los niveles de automedicación que se registran en el universo total de enfermos.

Con el fin de alcanzar una mayor aproximación a la explicación de los niveles de autoexclusión, se realizó un ejercicio de correlación entre la condición de autoexclusión de la atención y algunas variables pertenecientes a las dimensiones externas e internas de exclusión en salud.

**Gráfico 21. Autoexclusión,
(factores relacionados según nivel de asociación)**



FUENTE: ENMNV 2005.

Matriz 3b- Índice compuesto. J. Rocha.

El gráfico presenta los resultados en forma decreciente en términos de la fuerza de asociación entre cada variable y la autoexclusión como variable dependiente. Se observa que la autoexclusión aparece determinada fundamentalmente por variables que están sujetas a decisiones de política interna del sistema de salud, ya que seis variables de este tipo constituyen el 62% de los factores que se asocian a la autoexclusión como variable dependiente, mientras 10 variables que son externas a las decisiones del sistema de salud y ellas constituyen el 38% de los efectos sobre la autoexclusión. Los factores más fuertemente correlacionados con la autoexclusión son la lejanía a la unidad de salud, vinculada a la disponibilidad de personal médico y de medicamentos; el gasto público per cápita departamental y la distribución departamental de personal de enfermería.

■ ANÁLISIS GLOBAL DE LA EXCLUSIÓN

Para realizar el análisis global de la exclusión en salud se construyó un índice compuesto de exclusión, de acuerdo a lo expuesto en la Guía de OPS/OMS. A diferencia del análisis de la condición de autoexclusión cuyo universo lo constituyeron las personas declaradas como enfermas en el mes anterior a la encuesta (equivalentes al 37% de toda la muestra de la ENMNV), en el cálculo del índice de exclusión se incluyó a todas las personas del universo, tanto enfermos como no enfermos.

Los resultados del análisis muestran una incidencia de exclusión en salud en el rango del 55% al 61% con un valor promedio estimado del 57,7% a nivel nacional, siendo las regiones Central y Atlántico rural las de mayor incidencia con rangos que ubican casi al total de su población como excluida, con valores promedios estimados de exclusión de 95,4% y 98,7% respectivamente. Las regiones Pacífica y Central urbana exhiben la condición de menor exclusión, mientras Managua resalta con un rango de 39% a 49% de exclusión.

Lo anterior se asocia con la gran incidencia de la exclusión en la zona rural en general (93% a 96%) y en los pobres extremos (79% a 88%). Las diferencias entre el medio urbano y rural son muy marcadas, con incidencias promedio de 29% en las zonas urbanas y de 95% en las zonas rurales, lo cual implica que la exclusión en salud en el medio rural es 3 veces mayor que a nivel urbano. En relación a los estratos socioeconómicos medidos por niveles de consumo, la incidencia de exclusión es muy elevada en los segmentos más pobres, con 82% de excluidos en el primer quintil. Cabe notar que los quintiles más adinerados muestran incidencias de exclusión que, aunque más bajas, son relativamente elevadas (43% y 37% en el Q4 y el Q5) y que dan cuenta de la falta de infraestructura de servicios de salud que afecta en general a todo el país.

Resulta sorprendente la alta incidencia de exclusión encontrada en Managua, con 44% de su población excluida de los servicios de salud. Esto es preocupante dado que es la ciudad que concentra el mayor volumen de población en todo el país.

Al igual que lo que ocurre con la autoexclusión, los excluidos son trabajadores vinculados a actividades agrícolas, tanto asalariados como por cuenta propia, que muestran incidencias de exclusión de 84% y 90% respectivamente. El nivel de educación del jefe de hogar se asocia a diferencias importantes en la incidencia de exclusión, con un 76,5% de excluidos entre aquellos sin ningún nivel educativo y un 37,2% entre aquellos que tienen educación superior.

En cambio, la cobertura del seguro de salud no determina grandes diferencias en relación a la situación de exclusión y su importancia en el fenómeno de la exclusión es por tanto mucho menor que en el caso de la autoexclusión, probablemente debido al pequeño porcentaje de población cubierta por un seguro de salud. Del mismo modo, se observa que el perfil etéreo no incide de manera importante sobre la exclusión en salud ya que la incidencia y la brecha de exclusión son muy similares para las diferentes edades. Esto es interesante si se tiene en cuenta que la edad sí es un determinante muy importante de autoexclusión particularmente en relación al grupo de los y las adolescentes.

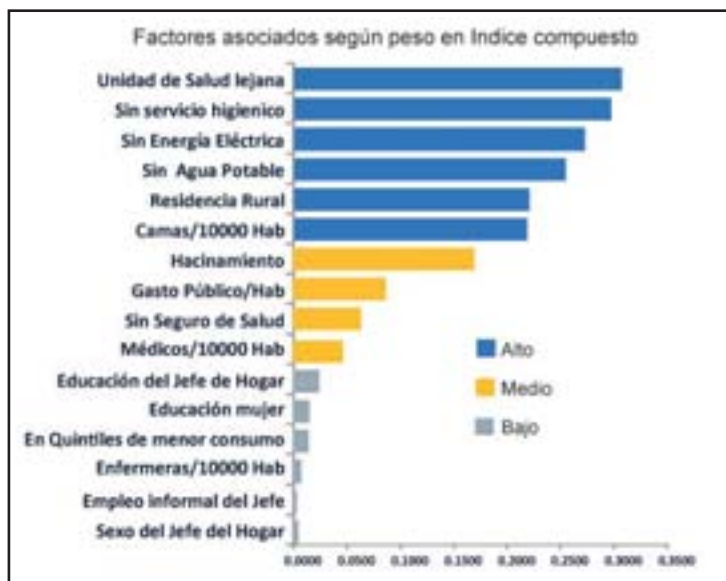
Tabla 31. Exclusión social en salud, Índice compuesto

RESIDENCIA POBREZA	INCIDENCIA			BRECHA			PROFUNDIDAD		
	Int. Confianza 95%		Valor Estimado	Int. Confianza 95%		Valor Estimado	Int. Confianza 95%		Valor Estimado
	Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Rural	93,0	96,1	94,7	2,7	3,0	2,8	10,7	12,9	11,8
Urbano	26,3	31,5	28,9	0,7	0,9	0,8	1,0	1,4	1,2
Managua	38,8	48,8	43,7	0,6	0,8	0,7	0,7	1,7	1,2
Pacífico Urbano	11,8	17,8	14,6	0,6	0,9	0,7	0,7	1,3	1,0
Pacífico Rural	84,8	92,8	89,4	1,6	2,2	1,9	4,4	7,7	6,1
Central Urbano	10,8	20,2	14,9	0,9	1,2	1,1	1,3	2,3	1,8
Central Rural	92,9	97,1	95,4	2,6	3,1	2,9	9,7	12,5	11,1
Atlántico Urbano	67,7	83,4	76,4	1,1	1,5	1,3	1,9	3,1	2,5
Atlántico Rural	97,0	99,5	98,7	4,0	4,6	4,3	19,2	23,9	21,5
Pobre Extremo	79,1	88,3	84,2	2,9	3,3	3,1	11,8	14,9	13,4
Pobre no Extremo	61,0	69,4	65,3	2,4	2,7	2,6	9,3	11,4	10,3
No pobre	40,9	47,2	44,1	1,3	1,6	1,4	3,8	5,1	4,4
Total Nacional	54,7	60,7	57,7	2,1	2,4	2,3	8,0	9,6	8,8

FUENTE: Elaboración en base a la ENMNV 2005.

Tal como se hizo para la autoexclusión, se determinaron las correlaciones entre la condición de exclusión y algunas variables pertenecientes a las dimensiones externas e internas de exclusión en salud, ordenando los resultados en forma decreciente en términos de la fuerza de asociación entre cada variable y la exclusión como variable dependiente. Se puede observar que las variables externas (acceso a servicios básicos domiciliarios tales como servicio higiénico, agua y energía eléctrica, y residir en el medio rural) tienen un peso importante como determinantes de exclusión, aunque la distancia al establecimiento de salud más cercano es el determinante más importante de exclusión y las camas por habitante como indicador de infraestructura del sistema de salud tienen un peso significativo como causa de exclusión.

**Gráfico 22. Exclusión, índice compuesto
(factores asociados según peso en Índice compuesto)**



FUENTE: ENMN 2005.

Matriz 3b- Índice compuesto. J. Rocha.

Analizado en conjunto, el índice de exclusión social en salud está determinado principalmente por **variables externas**, que aportan el **64%** del valor del índice compuesto, mientras las variables internas o propias del sistema de salud contribuyen a explicar **36%** restante del fenómeno.

■ APROXIMACIÓN A LA EXCLUSIÓN EN SALUD SEGÚN ETNIA

Dado que la variable etnia no contó con representatividad para el análisis en toda la muestra y conociendo su importancia como factor de desigualdades, se analizó de forma aparte el grupo que declaró tener sentido de pertenencia a algún grupo étnico originario o afrodescendiente, como una muestra segmentada del universo. Se agruparon las etnias a fin de evitar grupos sin representatividad significativa en la muestra segmentada. Como afrodescendientes se agregaron los Garifunas, los creoles y los mestizos del Atlántico; el grupo de “pueblos originarios” del Atlántico incluye a Ramas, Sumos, Mayagnas y Miskitos (que es el ampliamente mayoritario) y como “pueblos originarios” del Pacífico/Norte se agregaron los Sutiava (Xiu), los Nicarao (Nahoa), los Chorotega (Nahual, Mange) y los Cacaopera (Matagalpa).

Los resultados del análisis muestran que los grupos del Atlántico afrodescendientes y originarios son los que sufren mayor grado de exclusión, con incidencias de 87% y 92% respectivamente que superan ampliamente el nivel promedio de exclusión nacional que es de 57,7%. Los pueblos originarios del Pacífico/Norte tienen un nivel similar al promedio nacional. La autoexclusión de los tres grupos no muestra diferencias mayores con respecto al promedio nacional (43,4%).

■ ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EXCLUSIÓN Y LA AUTOEXCLUSIÓN EN SALUD

Cuando se ordenan las variables de mayor peso en ambos tipos de exclusión, se observa una modificación sustancial de los aportes de cada una en dependencia del tipo de exclusión. Sin embargo, la distancia a la unidad de salud es la variable de mayor importancia en ambos tipos de exclusión, lo cual señala su importancia en el diseño de políticas destinadas a combatir la exclusión.

Otras variables cuyo peso es importante en la generación de exclusión y autoexclusión y que tienen comportamiento o aporte similar en ambos tipos de exclusión son residir en el medio rural y las camas por habitante; asimismo, ciertos atributos del jefe de hogar (sexo, educación, empleo informal) muestran un comportamiento o aporte similar en ambos tipos de exclusión, a los cuales aportan modestamente. En contraste, algunas variables se distinguen por tener diferencias notables en su aporte a cada tipo de exclusión, destacando el gasto público y el número de enfermeras por 10.000 habitantes, así como las variables de acceso a servicios básicos domiciliarios.

**Gráfico 23. Determinantes de la exclusión en salud
(según aporte a cada tipo de exclusión)**



FUENTE: ENMNv 2005.

Matriz 3b- Índice compuesto. J. Rocha.

1.3.5. Análisis de Intervenciones

En los últimos años se han implementado en Nicaragua multitud de proyectos de intervención de índole productiva, ambiental, de vivienda, de servicios o específicamente sanitarias que han modificado los factores que condicionan los niveles de exclusión en salud ya sea en el enfoque de atención en casos de enfermedad o de la protección a la salud desde la perspectiva integral y multisectorial. Dentro de ellas se seleccionaron para el análisis tres intervenciones orientadas a revertir los efectos combinados de la reducción del gasto público y la retracción de los servicios hacia las unidades de salud urbanas, dado que abordan las principales causas de exclusión. Ellas son el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), el Programa de Extensión de Cobertura y el Programa de Malaria.

En el análisis de las intervenciones se utilizaron dos métodos: entrevistas a informantes clave y grupos focales. Del análisis realizado se pueden desprender:

- Ninguna de las tres intervenciones analizadas cuentan con evaluaciones de resultados, pero la información cualitativa recolectada de beneficiarios indican con claridad un alto nivel de satisfacción por el mayor acceso a servicios.
- El Programa de Extensión de Cobertura parece haber mejorado el acceso al conjunto de prestaciones materno-infantiles que ofrece el programa en las zonas rurales y periurbanas, con base a brigadas móviles del personal de salud hacia las comunidades, pero no logra dar respuesta sostenida para los casos de enfermedades agudas graves al no permanecer el servicio en el terreno.
- PROCOSAN constituye un enorme salto de proyección de los servicios hacia las comunidades rurales para el seguimiento preventivo de los niños (control de crecimiento, vacunas) desarrollando capacidades en personal comunitario y mayor involucramiento de las madres para hacer sostenible el seguimiento; se menciona la percepción de menor incidencia de enfermedades infantiles.
- El control de malaria logró reactivar la base de personal comunitario para asegurar vigilancia epidemiológica y tratamientos preventivos de manera focalizada.
- La mayor fortaleza de las tres intervenciones analizadas es el vínculo que han logrado establecer con agentes comunitarios y con líderes locales, lo cual asegura la adaptación de las intervenciones a las condiciones particulares de cada lugar, permite multiplicar los recursos disponibles y dar sostenibilidad al seguimiento de acciones.

- Los liderazgos institucionales a nivel local y de SILAIS juegan un rol crucial en la implementación de las intervenciones, de hecho, es notorio que en los lugares que lograron mejor comunicación y relaciones con las comunidades, los resultados se perciben muy satisfactorios. Se anotan condiciones contrastantes cuando el personal institucional refleja actitudes verticales o de escaso compromiso.
- Las tres intervenciones muestran problemas asociados a la gestión de personal y de recursos físicos, débil capacidad de implementación y seguimiento sistemático de procesos e insuficiencia y volatilidad en la asignación de recursos financieros, lo cual resulta consistente con los hallazgos del análisis de las principales causas de exclusión.

1.3.6. Recomendaciones para la Formulación de Políticas

Un primer ámbito de intervención es el de reconocimiento y valoración social de la exclusión en salud como una situación de injusticia social que no debe ser tolerada y debería ser ampliamente conocida. Sería deseable que existiera una clara definición de la exclusión social en salud como una condición inaceptable desde cualquier tipo de enfoque con que pueda ser interpretado ya sea político, jurídico, epidemiológico, ético o humanitario. Asimismo, debe incentivarse la reflexión sobre la exclusión en salud en ámbitos como los consejos Municipales, los Comités de Desarrollo Municipal, los consejos de salud y los grupos intersectoriales específicos (alimentación, educación, juventud, mujeres, infancia, etc.) a fin de establecer alianzas y sinergias.

La nueva administración pública ha sido explícita y ha tomado medidas concretas en relación al cobro en los servicios y al abastecimiento de medicamentos. El conocimiento de los factores determinantes que aporta este estudio señala la importancia de tomar medidas adicionales orientadas a acercar los servicios de salud a los hogares reforzando el primer nivel de atención, especialmente a nivel rural.

Se sugiere además vincular la exclusión en salud con el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del Milenio, haciendo explícita una meta de reducción de la exclusión en salud, en particular de la autoexclusión de las adolescentes, ligada al objetivo de reducción de la mortalidad materna. Este objetivo debería convocar a todos los actores sociales gubernamentales, de la sociedad civil y la propia ciudadanía.

Los factores de la dimensión externa tienen una gran importancia sobre la incidencia de exclusión. Algunos de ellos se pueden abordar desde las atribuciones conferidas por ley general de salud al MINSA, en particular en lo relativo a las condiciones de las viviendas, acceso a agua segura, seguridad alimentaria y acceso a servicios de atención a las poblaciones más pobres. Algunas medidas de política que podrían contribuir incluirían:

- Establecer vínculos claros y medibles de los objetivos de salud con los programas y proyectos que impulsan instituciones gubernamentales, empresariales y no gubernamentales en los campos de agua, saneamiento, seguridad alimentaria, vivienda, ambiente, turismo, seguridad ciudadana entre otros.
- Revisar la vigencia de las políticas orientadas a la juventud en las áreas educativa, laboral y recreativa, en tanto son el segmento de mayor exclusión de la atención en salud y que aporta más en lesiones y muertes por violencia.
- Las instancias competentes en el estado (Presidencia, SECEP, etc) deben establecer un consenso en la caracterización de los grupos poblacionales priorizados para la focalización de las políticas públicas en general y para las políticas sociales en particular a fin de hacer más coherentes y convergentes las acciones intersectoriales. La caracterización poblacional de la exclusión en salud que ha hecho el presente estudio puede constituir un insumo para tal efecto.

La intensidad y distribución de los determinantes “internos” de la exclusión en salud, dependen de elementos estructurales del sistema de salud, de allí que su virtual resolución ameritaría un proceso de amplia y profunda reforma sectorial cuyo diseño trasciende el presente análisis y propósito del estudio. Sin embargo, del análisis realizado pueden extraerse algunos elementos de política pública que pueden contribuir a reducir las desigualdades y la exclusión derivada de las variables endógenas, entre ellas destacamos:

- Se constata la necesidad de ampliar la cobertura del seguro social como régimen contributivo, abarcando el total de asalariados del sector formal y avanzar en nuevas modalidades de afiliación de los trabajadores por cuenta propia y asalariados del sector informal. Se deben acordar estrategias para estimular que el seguro social desarrolle capacidades de atención en los departamentos periféricos a fin de garantizar la adecuada atención de sus afiliados para evitar que éstos terminen demandando atención en otros subsistemas principalmente el público, y generen subsidios cruzados.
- Es necesario incentivar la conducta contributiva de las pequeñas empresas urbanas y unidades de producción agropecuaria que aportan la mayor proporción del empleo formal e informal. Podría establecerse una vinculación de los apoyos (crédito, asistencia técnica, comercialización, etc.) con compromisos de afiliación de los trabajadores asalariados y núcleos familiares (seguro facultativo), destinando estímulos fiscales o de tasas de interés en créditos por cumplimiento de la afiliación al seguro de salud.
- Sería recomendable contemplar otras modalidades de aseguramiento orientadas a la población más vulnerable y que posiblemente requieran de un régimen subsidiado, en este sentido se han desarrollado diversas experiencias en América Latina que deben ser revisadas a fin de identificar sus potencialidades en la realidad particular de Nicaragua.

- Se sugiere revisar a profundidad la conveniencia de la existencia de los servicios diferenciados y las EMP en los servicios públicos. Buscar reducir los subsidios cruzados y el financiamiento de servicios privados con fondos públicos cuyo beneficio no reporta posibilidades de redistribución y beneficia solo a unos pocos, puede aportar significativamente a la mayor equidad en el sistema.
- Resulta importante asegurar una mayor proximidad de los recursos hacia las comunidades, privilegiando los estratos sociales que concentran mayores condiciones de exclusión en salud. Para ello se debe modificar la distribución de los recursos en el territorio así como la forma y rol con que establecen su relación con las comunidades. El diseño e implementación de un nuevo modelo de atención centrado en la familia y la comunidad actualmente en marcha, constituye el contexto más adecuado para incorporar algunos elementos relevantes para lograrlo.
- La reglamentación de la ley de carrera sanitaria y la política salarial en el sector salud, podrían incluir la vinculación de las remuneraciones y estímulos económicos a ubicación territorial y a desempeño, incluyendo trato con calidad y calidez.
- El establecimiento de políticas de medicamentos esenciales relacionados al uso de genéricos, racionalización de los tiempos y volúmenes de compra y la reducción de las intermediaciones que los encarecen, pueden ayudar a la reducción del peso de los medicamentos como barrera de acceso a los servicios de salud. A mediano plazo debe establecerse un consenso político a nivel de estado en términos de la responsabilidad que se asume en la sostenibilidad e incremento progresivo del financiamiento para medicamentos de forma que se asegure su gratuidad para los segmentos más pobres.

Reducir la segmentación y la fragmentación del sistema requiere de cambios estructurales de mediano y largo plazo, pero algunos elementos pueden ser revisados para ir construyendo progresivamente los acuerdos necesarios. Destacamos los más urgentes:

- Fortalecer la capacidad regulatoria del MINSA en los diferentes ámbitos y atribuciones que le confiere la Ley General de salud.
- Evaluar exhaustivamente el aporte de los modelos de separación de funciones implementados tanto en su dinámica interna como en sus efectos sobre el conjunto del sistema.
- Considerar opciones de descentralización y entrega de la prestación de servicios a los gobiernos locales, acercando decisiones al ámbito local e involucrando a otras instancias políticas relevantes para la salud, principalmente las Alcaldías, fortaleciendo los mecanismos de participación y auditoría ciudadana.
- Considerar el establecimiento de un conjunto único de prestaciones garantizadas para todos los ciudadanos, que incorpore servicios de manera gradual.

CAPÍTULO 2.

Estudios Subnacionales de Caracterización de la Exclusión en Salud

2.1. DISTRITO FEDERAL, MÉXICO³⁸

2.1.1. Contexto de país³⁹

Los Estados Unidos Mexicanos es una República representativa y democrática, compuesta por 31 estados y un Distrito Federal (la Ciudad de México, capital del país), unidos en una federación. El Gobierno Federal y los estatales tienen la misma jerarquía y sostienen principios de autonomía y de asociación; el nivel municipal constituye el tercer orden de Gobierno. La situación política se ha caracterizado en los últimos años como un período de democratización y mayor pluralidad política.

En México, la pobreza, la inequidad y los fenómenos de exclusión social son problemas antiguos y hasta el momento no se ha logrado construir un modelo económico estable que sea capaz de disminuir la pobreza, mejorar la igualdad de oportunidades y alcanzar bienestar mínimo para todos los mexicanos. La economía se ha basado en una estrategia de desregulación del mercado de trabajo, provocando una mayor precarización del empleo, reducción de las ocupaciones, informalidad, bajos salarios y otros efectos negativos.

38 El estudio de caracterización de la exclusión en salud en México D.F. fue realizado en los años 2003 y 2004, con fuentes de datos del 2000 y 2003.

39 Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas, Volumen II. Edición 2002, Pág.427.

Tabla 32. Indicadores Generales de la población Mexicana, varios años

Población estimada	105.301.156	2002
Población en condición de pobreza	40 millones	2002
Pobreza extrema	18 millones	2002
Tasa bruta de natalidad	23,2 NV. por c/mil	2004
Tasa bruta de mortalidad infantil	26,2 por mil NV	2004
Tasa bruta de mortalidad	5 por mil habitantes	2004
Esperanza de vida al nacer	68,5 (hombres), 74,7 (mujeres)	2000
Tasa de crecimiento natural	1,44 %	2000
Tasa de Alfabetismo	93,1%	2002
Tasa de desempleo abierta anual	2,7%	2002

FUENTES: Elaboración propia con información de:

SEGEPLAN. *Secretaría de Planificación y Programación.*

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas, Volumen II. Edición 2002.pág.427.*

En 1990, México fue clasificado como un país con un alto desarrollo humano. Sin embargo, al variar el procedimiento de medición del IDH, a partir de 1999 el país se incluyó dentro del grupo de países de desarrollo medio. Además de esta reclasificación, la posición de México respecto a otras naciones ha variado en el tiempo. Según el Informe sobre Desarrollo Humano 1990, el país ocupaba en ese año la posición 40 en relación a 130 considerados. En la clasificación de 2002, México ocupó el lugar 54 de 173 países.

Tabla 33. IDH para las regiones de México

POSICIÓN SEGÚN IDH	REGIÓN*	ÍNDICE DE ESPERANZA DE VIDA**	ÍNDICE DE EDUCACIÓN	ÍNDICE DE PIB**	IDH
1	Noreste	0.8501	0.8510	0.8004	0.8339
2	Centro	0.8499	0.8373	0.7838	0.8237
3	Noroeste	0.8491	0.8510	0.7649	0.8217
4	Occidente	0.8392	0.8089	0.7092	0.7858
5	Sur	0.8098	0.7677	0.6642	0.7472

*La regionalización corresponde a la definida por el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

**Promedios ponderados por la población de cada entidad.

México se caracteriza por una profunda desigualdad, tanto entre ricos y pobres como entre regiones geográficas. Estas últimas se reflejan en las diferencias de desarrollo humano entre las diversas regiones del país. La zona con el Índice de Desarrollo Humano más alto es la del Noreste, formada por los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas. Esta región presenta también el PIB más elevado del país. En segundo lugar se encuentra la región geográfica

del Centro, que integran los estados de Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Tlaxcala y el Distrito Federal. En el último lugar, con el menor IDH, se encuentra la región Sur, que concentra a los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Los índices de esperanza de vida, escolaridad y PIB per cápita de esta región son claramente inferiores a los de todas las demás regiones.

2.1.2. Contexto de la Ciudad de México

La ciudad de México, junto con la Zona Metropolitana, constituye la mayor concentración humana de la República Mexicana. Es también el centro gubernamental, industrial, comercial, financiero y educativo más importante. Cuenta con 18.5 millones de habitantes de los cuales más de 8.5 millones corresponden al Distrito Federal en un territorio de 1.547 Km².

La estructura de gobierno del DF está compuesta por un área de nivel central y 16 delegaciones políticas, que tienen igual jerarquía y cuyos gobiernos son electos democráticamente cada 3 años. La Jefatura de Gobierno se elige cada seis años. Conserva la autonomía limitada en tanto entidad federativa, por ser la sede de los poderes federales.

El producto bruto interno por habitante en el Distrito Federal es 3,4 veces mayor que el promedio nacional y la participación de la entidad en el producto del país es del 23%. El DF es el principal productor de riqueza de México; a diferencia de la mayoría de las entidades donde el producto por habitante decreció entre los años 1980 y 1998, en la Ciudad de México creció un 27%, lo que es señal de aumento sostenido de la productividad. La rama económica mas dinámica es la de los servicios que aporta 2/3 del producto; ocupa a siete de cada 10 capitalinos y genera el 90% de los nuevos empleos. El sector mas dinámico es el de actividades bancarias, financieras y de seguros, con alcance nacional e internacional. Servicios como comercio, restaurante y hoteles, que representa el 41% de los establecimientos, tienen un escaso dinamismo.

De acuerdo con la información de COPLADE del 2000, el DF contaba con una población de 8.568.838 habitantes; de ellos 3.5 millones de personas, 41% de la población, residen en zonas de alta y muy alta marginación, con una profunda degradación del ambiente social y ecológico así como con serias carencias de servicio; 2.1 millones habitan en zona de media marginación; 2.8 millones en áreas consideradas como de baja y muy baja marginalidad (Tabla 34) .

Esta situación significa, según los cálculos de Boltvinik (Boltvinik 2002), usando el método de medición integrada de la pobreza, que 3.3 millones de capitalinos viven en extrema pobreza (38,3%) y otros 2.3 millones (26,6%) en pobreza moderada. Es decir que casi 65% de la población de la capital puede ser considerada como pobre (con 5.6 millones de personas), lo que convierte al DF en la segunda ciudad del país con mayor número de pobres.

Tabla 34. Población urbana según grado de marginación residente en el Distrito Federal, 2000

GRADO DE MARGINACIÓN	POBLACIÓN D.F.	%
Muy bajo	1.545.959	18
Bajo	1.348.710	15,7
Medio	2.172.315	25,4
Alto	1.641.650	19,2
Muy alto	1.860.204	21,7
Total	8.568.838	100

FUENTE: Coordinación de Planeación y Desarrollo, GDF.

Según datos de COPLADE de entre la población residente las mujeres constituyen el 52,2% mientras que los hombres el 47,8%. La distribución por grupos de edad señala que el grupo de 15 a 64 años es el mayoritario con 67,6%, seguido del de 0-14 con 26,4% y el grupo de 65 años y más con 6%.

EL DF registró en 2000 un 96,4% de población alfabetizada entre los mayores de 15 años, un 96% de la población entre 6 y 14 años que asiste a la escuela y un 53,4% de población mayor de 18 años con educación media superior y superior; siendo Benito Juárez la de más alto porcentaje de población mayor de 18 años con educación media superior y superior con 69,6%.

La población económicamente activa del DF para el 2000 era de 54,6%, de los cuales 60,2% eran hombres y el 39,8% mujeres. El 98,3% está ocupada, de la cual el 8,4% recibe uno o menos del salario mínimo⁴⁰, 31,8% más de uno y hasta dos salarios mínimos, 18,9% más de dos y menos de tres, 14,2% de tres a cinco y 18,1% más de cinco salarios mínimos.

2.1.3. Descripción del Sistema de Salud

El Distrito Federal es la entidad federativa con mayor concentración de servicios de salud del país, pero este sistema está altamente fragmentado, con servicios diferenciados en función de la capacidad de pago o de prepago de la población. En estos servicios se atiende el total de la población residente, tanto la beneficiaria de la seguridad social como la que no está afiliada a la seguridad social, también denominada población abierta.

40 El salario mínimo en el DF es de \$46.65 diarios (\$1'309.50) fijado por la Comisión Nacional de salarios mínimos, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2004.

El sistema de salud del DF está constituido por tres subsectores que cuentan con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestación de servicios, lo que le hace un sistema desarticulado y segmentado acorde a la inserción laboral (pertenencia o no a la economía formal) de la población que atiende así como a su nivel ingresos o capacidad de pago: a) sector público para la población no asegurada o abierta; b) sector de la seguridad social para personas afiliadas a la seguridad social y c) sector privado.

El sistema público incluye como entidades diferenciadas, por un lado, a los Institutos Nacionales de Salud (INSSSA), los grandes hospitales federales y los servicios de salud mental, que son organismos descentralizados autónomos y sectorizados de la Secretaría de Salud Federal y por otro, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSDF) y el Organismo Público Descentralizado Servicios Públicos de Salud del DF (OPD), que son dos entidades administrativas con culturas organizacionales, estructuras de presupuesto y orgánicas diversas.

El subsistema de seguridad social protege la salud de los trabajadores insertos en la economía formal con contratos de trabajo y a sus familiares, quienes en el año 2000 representaban un poco mas de 4.6 millones de personas en el DF. Este subsistema esta constituido por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) que concentra 71,3% de los asegurados; seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 25,4%; Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA) y Marina (ISSFAM) con 2,6%; así como diversos seguros para trabajadores estatales y para particulares (1,6%). La tabla 35 muestra también la desigual distribución de la población asegurada por delegación política.

Para el 2002, los subsistemas de seguridad social y la población abierta disponían en el DF de 589 unidades de consulta externa, 50 hospitales generales y 65 de especialidad, 16.856 camas censables; 6.036 camas no censables, 597 quirófanos, 29.500 médicos y 42.048 enfermeras.

El sector privado, que funciona en un contexto poco regulado, incluye desde pequeños consultorios y clínicas hasta las grandes empresas de la salud vinculadas a la industria de las aseguradoras, quienes cuentan con el monopolio de la administración privada de los fondos de salud en las Instituciones de Seguros Especializados en salud (ISES). Concentra los segmentos más ricos de la población, alrededor del 5% de la población del DF.

Tabla 35: Población por condición de afiliación según el Censo 2000 en el DF

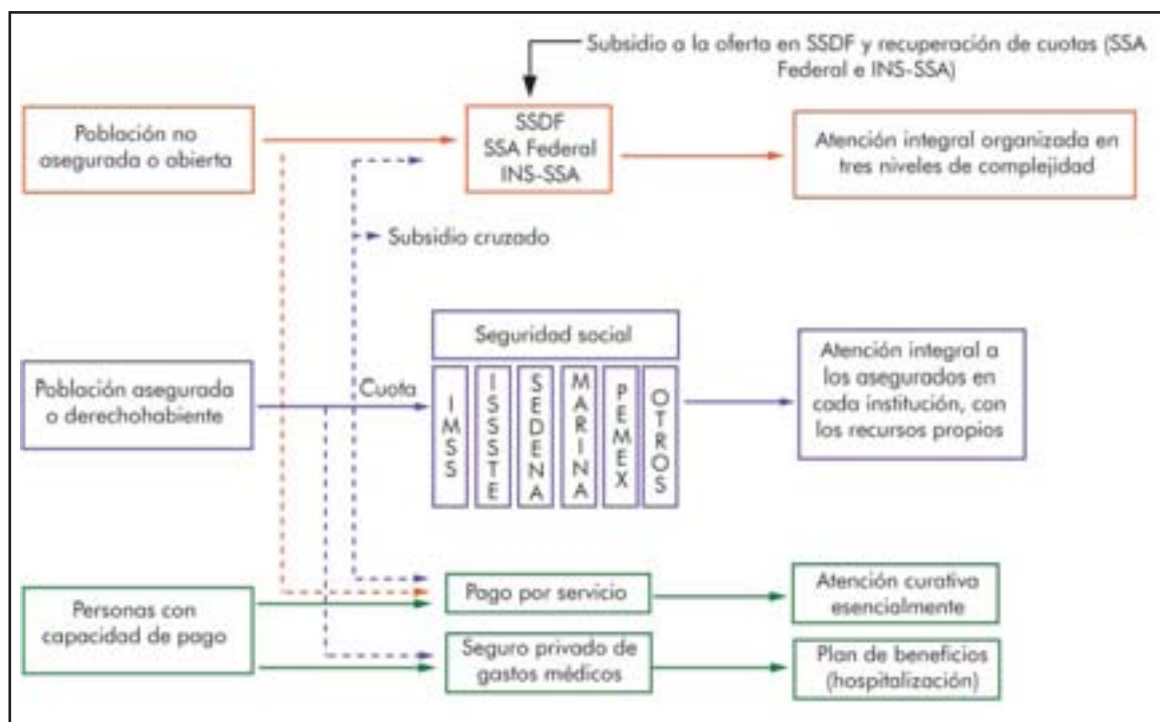
DELEGACIÓN	POR CIENTO					
	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX, SEDENA o Marina²	Otras Instituciones	Afiliación
Azcapotzalco	63,1	76,8	17,4	5,8	1,2	34,5
Coyoacán	55,7	69,0	28,8	1,7	2,2	40,8
Cuahimalpa	42,6	76,3	20,3	2,4	1,6	52,5
G.A. Madero	53,4	75,2	22,4	1,6	1,6	44,7
Iztacalco	54,3	71,8	26,0	1,6	1,6	43,2
Iztapalapa	46,7	72,3	25,0	2,0	1,4	51,3
M. Contreras	49,9	73,6	23,6	2,5	1,4	46,9
Milpa Alta	33,9	39,9	57,9	2,0	0,8	64,6
Á. Obregón	50,0	76,4	20,4	2,7	1,4	47,1
Tláhuac	48,3	66,0	31,6	1,5	1,5	49,5
Tlalpan	48,7	64,9	29,1	5,4	1,8	48,5
Xochimilco	45,9	56,2	41,5	1,8	1,3	51,5
B. Juárez	58,1	71,7	25,2	2,0	2,8	37,0
Cuauhtémoc	53,3	70,8	26,6	2,0	1,8	42,8
M. Hidalgo	53,9	72,1	18,8	7,9	2,2	40,8
V. Carranza	52,2	69,5	28,7	1,5	1,6	45,1
Total	51,3	71,3	25,4	2,6	1,6	45,9

FUENTE: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 2000.

En la figura 5 se muestra los segmentos de población, prestadores de servicios de salud y beneficios que recibe la población del DF.

La segmentación y fragmentación del sistema de salud del DF ha provocado la desigualdad entre los diferentes grupos de población en el acceso a los servicios, así como en la garantía de condiciones equivalentes de atención. Situación que ha derivado en que, en virtud del predominio del gasto de bolsillo para acceder a la atención de salud, la tendencia en los más pobres, desinformados y menos poderosos de la sociedad haya sido quedar fuera del sistema. Ellos no tienen garantizado el derecho a la protección de la salud.

Figura 5. Sistema de salud Distrito Federal, 2003



FUENTE: Elaboración propia.

■ LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL - SSDF

Esta Secretaría es la encargada de la formulación y conducción de las políticas de salud en el DF y su orientación responde a brindar garantía de protección del derecho a la salud a través del programa de acceso gratuito a la atención médica integral y a los medicamentos, con una orientación hacia la población más desfavorecida de la ciudad.

Para la aplicación de las políticas sociales, y de entre ellas, la política de salud, el Gobierno de la Ciudad dividió al D.F. en 1.352 unidades territoriales, a partir de la integración de un análisis geográfico, demográfico, ambiental, económico, político, social y cultural del territorio. Estas unidades representan a la población agrupada en la estructura básica de organización, representación y de participación ciudadana.

Existe un convenio de descentralización entre la Secretaría de Salud Federal y el GDF desde 1997, en virtud del cual los servicios de salud para la población de la seguridad social quedaron divididos en dos entidades administrativas: el primer nivel en el Organismo Público Descentralizado y la de los hospitales en la SSDF. Este convenio propició la fragmentación de los servicios al descentralizar la estructura y recursos del primero, sin integrarlos al segundo. La SSDF cuenta con poco más de 23 mil trabajadores afiliados a dos distintos sindicatos.

La Secretaría de Salud cuenta con 26 hospitales y 214 centros de salud de diversos tamaños y ubicación. En conjunto, el primer y segundo nivel de atención provee a la SSDF de 2.293 camas censables, 875 no censables y 1.864 consultorios médicos.

La SSDF cuenta con 5.109 médicos, de los cuales 46% se encuentran en el primer nivel de atención y el 54% en los niveles de mayor complejidad. El 33,7% son especialistas, el 12,7% cumple con labores de dirección, planeación, enseñanza e investigación, entre otras. En el sistema existen 5.866 enfermeras que constituyen el 67% de los recursos paramédicos de la Secretaría de Salud.

El financiamiento del programa de salud del DF se realiza principalmente a través de recursos locales. En el 2003 los aporte federales representaron sólo el 25,7% del total de recursos destinados por el GDF a la salud. El presupuesto local se divide en el dedicado a los programas sociales, a salud pública y a la atención directa de pacientes. La inversión en salud en 2003 ascendió a 4.668 millones de pesos de los cuales 1.891 son recursos federales y 2.777 millones recursos del GDF.

■ LA POLÍTICA EN SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

El valor esencial que sustenta la política de salud del gobierno de la ciudad es su reconocimiento del valor intrínseco e igual de todos los hombres y todas las mujeres. La concreción de este valor es el derecho a la salud como derecho ciudadano, y por tanto, como responsabilidad de gobierno, garante del interés colectivo y común (GDF, 2002).

Desde esta perspectiva, la SSDF ha planteado una serie de desafíos que tienen como propósito hacer realidad el derecho a la protección social en salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad de la atención. Los 6 desafíos son los siguientes:

- Mejorar las condiciones generales de salud
- Disminuir la desigualdad en salud entre los grupos sociales y las zonas geográficas
- Garantizar la seguridad sanitaria en la ciudad
- Incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido
- Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad,
- Instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario

Frenar el deterioro del ingreso de los casi 2 millones de excluidos en la capital constituye el objetivo cardinal de la política del gobierno de la ciudad; convirtiendo a la política social en el eje articulador de sus programas y políticas.

2.1.4. Metodología

Para este estudio se utilizaron dos fuentes de datos: 1) datos provenientes del estudio que determina la marginación al interior de las unidades territoriales (UTs) con base en la información disponible en el duodécimo Censo General de Población y Vivienda del INEGI del 2000, desarrollado por COPLADE; y 2) datos provenientes de un censo realizado en las Unidades territoriales de muy alta y alta marginación, cuyo proceso se describe a continuación.

El propósito del censo fue: 1) conocer el comportamiento de la vacunación en menores de 5 años y la proporción de mujeres embarazadas en edad fértil; recurrencia a controles prenatales y la utilización de métodos de planificación familiar; así como saber de los padecimientos y atención de enfermedades agudas, crónico degenerativas y hospitalizaciones; e 2) identificar la percepción de la población respecto a su propia salud, forma de utilización de los servicios de salud, acceso a medicamentos, afectación económica al enfermarse y percepción de calidad.

El censo se realizó en 15 Delegaciones Políticas debido a que Benito Juárez no tiene unidades territoriales caracterizadas como de muy alta y alta marginación. De acuerdo con los datos de COPLADE la población que habita en estas unidades territoriales asciende a 2.304.923 personas, lo que equivale a hablar de un universo de 880.385 familias residentes en las unidades de referencia (con un promedio de 4,02 miembros); las que constituyen los hogares teóricos a los que habría que aplicar el censo.

En campo, el personal responsable de levantar el censo contó con un mapa de cada unidad territorial de muy alta y alta marginación el cual fue trabajado en términos de ir registrando las manzanas y viviendas al interior de cada unidad territorial, con el fin de realizar de manera exhaustiva la aplicación del censo. En los barridos, sólo se encontraron a 683.179 hogares, de entre los cuales se aplicaron 573.364 cédulas familiares. Se reportaron 109.815 cédulas no aplicadas ya sea porque no se encontraron en el momento de las visitas⁴¹ (73%) o porque no aceptaron contestar la cédula (27%). Ello implica que el universo real de población sobre el cual se aplicó el censo fue de 683.179 hogares, es decir un 77,6% de la población teórica proporcionada por COPLADE.

La principal causa por la cual no fueron encontradas las familias en sus domicilios fue por trabajar durante los horarios hábiles. Los motivos por aquéllas que no aceptaron responder fueron: desconfianza del manejo que pudiera hacerse de la información; la extensión del cuestionario; falta de interés en los programas del gobierno; por desconfianza en el propio programa de SMYMG; porque se atienden con médicos particulares o bien porque cuentan con seguridad social. A pesar de estas eventualidades se encontró en términos generales muy buena disposición para responder la cédula.

41 Los domicilios fueron visitados en por lo menos cuatro ocasiones en diferentes días y horarios, a efecto de obtener la mayor respuesta posible.

■ DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Para fines del presente informe, se determinó una muestra representativa, estratificada por Delegación Política, con un total de 9.437 cédulas, que contienen información respecto de 36.422 personas. Esta muestra tiene un 95% de confianza con un margen de error de $\pm 2,5\%$.

2.1.5. Panorama de la Exclusión en Salud en el Distrito Federal

Según el índice de marginación⁴² desarrollado por la Coordinación de Planeación y Desarrollo del Gobierno del Distrito Federal, las unidades territoriales fueron caracterizadas como de: muy alta, alta, media, baja y muy baja marginación. Como resultado de ello, el 35,5% de las unidades territoriales están clasificadas como de muy alta y alta marginación (18,1% como muy alta y 17,3% como alta marginación), 40,3% como baja y muy baja marginación (16,2% muy baja y 24,1% baja) y 24,2% como marginación media. (Mapa 1).

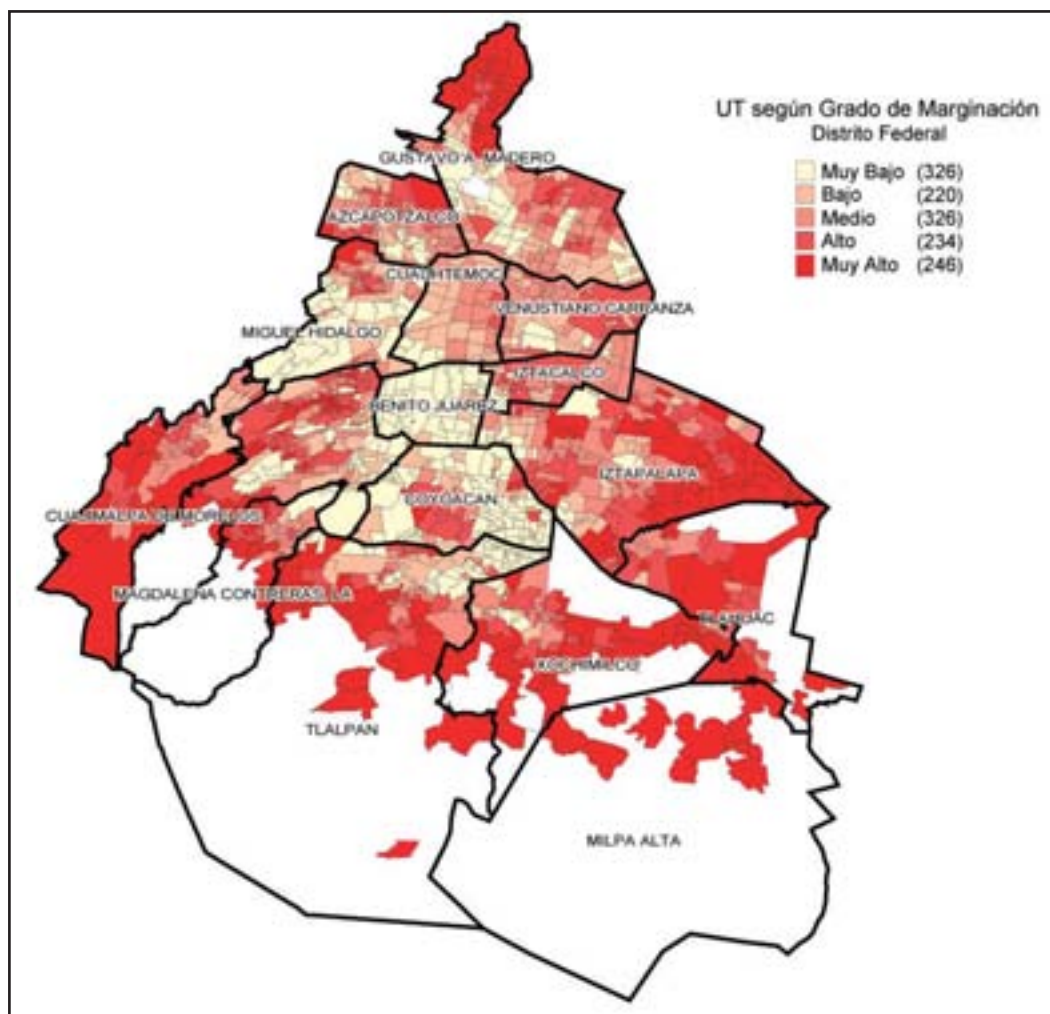
El 71,2% de la población con muy alto índice de marginación nace y vive actualmente en el Distrito Federal, mientras que 28,2% de este mismo grupo se reporta como que vive fuera del D.F.; en contraste, la población altamente marginada que nace y vive en la ciudad alcanza el 78,2% y los que viven fuera el 21,87%. Entre la población de alta y muy alta marginación el 1,9% (1,431) se reporta con alguna discapacidad ya sea motriz, auditiva, del lenguaje, visual, mental u otra; de éstos, 534 son muy altamente marginados y 897 con alto grado de marginación.

El grupo de edad mayoritario corresponde al de 15 a 64 años (64,5%), seguido por el de 5 a 14 años (19,7%), el de 0 a 4 años (9,8%) y finalmente, el de 65 años y más (6%).

De la población de 15 años y más, el 95% está alfabetizada; y del grupo de 6-14 años el 96% asiste a la escuela en alguno de los niveles de educación básica; mientras que el 49% de 15 años y más no han completado los estudios secundarios.

La población económicamente activa alcanza el 38,8% de la población total del DF. La población desocupada es menor del 1% y el trabajo por cuenta propia representa el 41,6% del total de ocupados. El 40,3% de la población clasificada dentro de las UTs de alto y muy alto índice de marginación gana entre 1 y 2 salarios mínimos y el 31,3% tiene ingresos entre 2 – 5 salarios mínimos. Los que ganan menos de 1 salario mínimo corresponden al 19.1% de la población.

42 Gobierno del DF, Secretaría de Salud "Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico: La experiencia del Gobierno del Distrito Federal".

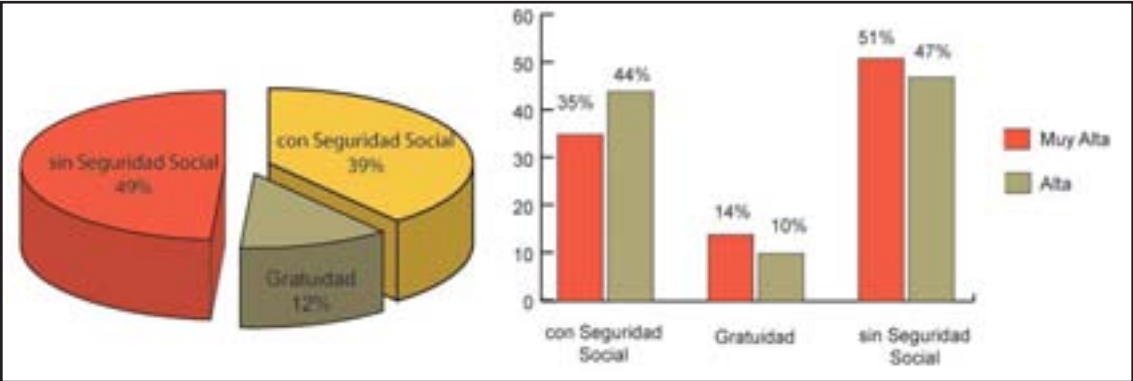
Mapa 1. Unidades territoriales según Índice de Marginación, Distrito Federal, 2003

FUENTE: COPLADE/ Secretaría de Salud Distrito Federal. 2000.

■ POBLACIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GÉNERO

La información arrojada por el censo muestra que la población que habita en unidades territoriales de muy alta y alta marginación cuenta con sólo 39% de población asegurada en la seguridad social, frente a un 61% de población carente de aseguramiento pero de la cual un 12% está afiliado al PSMYMG.

Gráfico 24 – Condiciones de aseguramiento

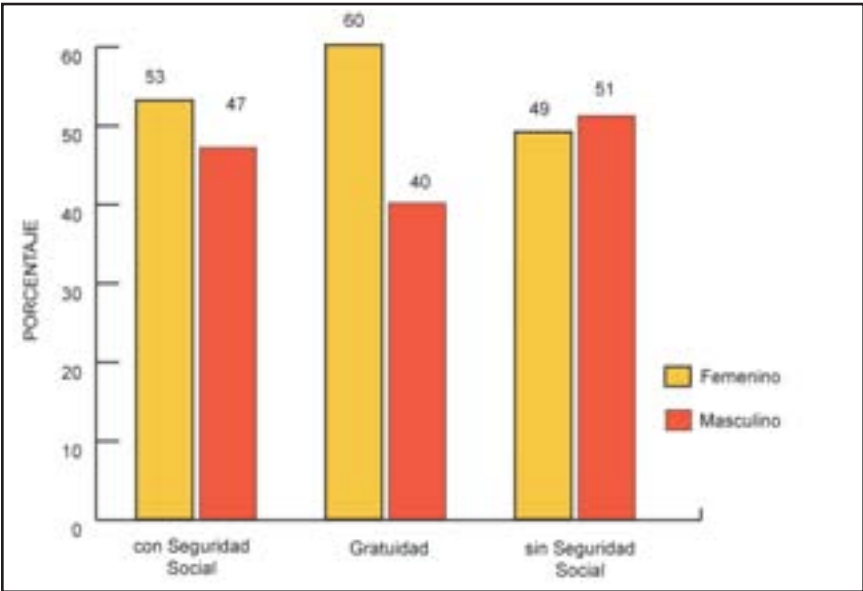


FUENTE: Censo de Población del DF 2003.

Cabe señalar que de acuerdo a los datos, la población que radica en unidades de alta marginación tiene una diferencia de 9% de mayor aseguramiento sobre la de muy alta marginación. Sin embargo en el caso de la población afiliada al PSMYMG, la población que vive en las zonas de muy alta marginación muestra una mayor proporción de afiliación a seguros que la que vive en zonas de alta marginación. (Gráfico 24)

La diferencia de género entre la población residente en ambos grados de marginación muestra un mayor número de mujeres con protección en salud tanto en la seguridad social como afiliadas al PSMYMG 53% y 60% respectivamente; y los porcentajes por género con protección en salud según condición de aseguramiento en las unidades territoriales son muy similares entre sí (Gráfico 25).

Gráfico 25- Condición de aseguramiento y género



FUENTE: Censo de Población del DF 2003.

■ RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD

Solo 12 UTs clasificadas como de alta y muy alta marginación en el DF poseen dos unidades de atención de salud; 124 tienen una unidad de salud y 344 no tienen ninguna unidad de salud. El total de médicos en contacto con pacientes en las unidades de salud y de camas censables y no censables ubicadas en estas UTs, indican que escasamente 8,9% de éstas tienen más de 10 médicos, 19,4% hasta 10 médicos y 71,5% ningún médico, mientras que el 2% de ellas sólo cuentan con camas censables.

■ CONDICIONES DE SALUD, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y ACCESO A MEDICAMENTOS

Los resultados de algunos indicadores de salud y relativos a la salud colectiva en las UTs de muy alta y alta marginación se describen a continuación:

Vacunación: El estudio demuestra una muy baja utilización de los servicios públicos para vacunación, demostrando un desempeño insuficiente de las acciones colectivas de salud. Del total de menores de 5 años, el 66,4% había recurrido a los servicios para vacunarse; de entre ellos el 91% lo hizo en la SSDF, el 7% en la Seguridad Social y el 1% en el sector privado. De los que no tienen ninguna protección en salud los porcentajes son 90%, 9% y 2% respectivamente.

Control prenatal: Aproximadamente el 4% de las mujeres en edad fértil se encontraban embarazadas en el momento del censo, de las cuales el 75% de las que no tienen protección en salud y el 81% de las afiliadas al PSMMG manifestaron tener controles prenatales. De las mujeres que cuentan con seguro de salud, el 88% acude a la SSDF y el 7% al sector privado, mientras que de las desprovistas de seguro de salud, un 48% acude a la SSDF, un 44% acude al sector privado y 4% a la seguridad social.

Atención de las enfermedades de los últimos 15 días, exclusión y autoexclusión: Del total de las personas que se enfermaron, en promedio un 74,7% se atendió, en tanto que un 25.3% no recibió atención. Entre las personas sin seguro de salud un 64% consultó y 36% no se atendió. En cambio, entre los afiliados a la seguridad social un 82,8% consultó y entre los protegidos por el PSMMG, un 71% consultó. Es relevante, en el caso de la población que se enfermó, que en un 34% la población desprotegida no recibió atención, mientras que la población afiliada al PSMYMG que no lo hizo fue del 27% y la que cuenta con seguridad social que no se atendió fue del 15%.

Del total de personas que buscaron atención para su problema de salud, el 45% recurrió al sector privado, 44% fue atendida en las sedes del SSDF y 2% en establecimientos de la seguridad social. Un 9% del total de personas no buscó atención institucional, es decir, se autoexcluyó. De ellas, un 8% recurrió a las farmacias, y menos de 1% recurrió a la medicina alternativa. Llama la atención que casi tres cuartas partes de los afiliados al PSMMG se atienden en la SSDF, pero uno de cada cinco utilizó el sector privado a pesar del gasto de bolsillo que ello conlleva.

Hospitalizaciones: el principal lugar de atención de las hospitalizaciones para ambas poblaciones fue la SSDF con 63%, seguido por la medicina privada con 26% y la seguridad social con 11%.

Acceso a medicamentos: Se observó que más de tres cuartas partes de las personas sin protección en salud compran sus medicamentos en las farmacias cuando la atención se hizo en la SSDF o en el sector privado, mientras los afiliados al PSMMG cerca del 39% compraron en farmacias privadas.

Accesibilidad geográfica: En general se demostró que el aspecto geográfico no representa obstáculo al acceso a los servicios de salud en la población de las UTS de muy alta y alta marginación a pesar de las barreras existentes. La mayoría de los desprotegidos en salud, ocuparon el mayor tiempo de traslado a los servicios privados, y en más del 80% lo hicieron en menos de 30 minutos. La mayor frecuencia de traslados de las personas cubiertas por el PSMMG, ocurrió cuando lo realizaron a la SSDF, invirtiendo en un 86% menos de 30 min., muy similar al tiempo utilizado para asistir a estos servicios por los sin protección (26%).

En la Ciudad de México la exclusión en salud parece estar ligada a:

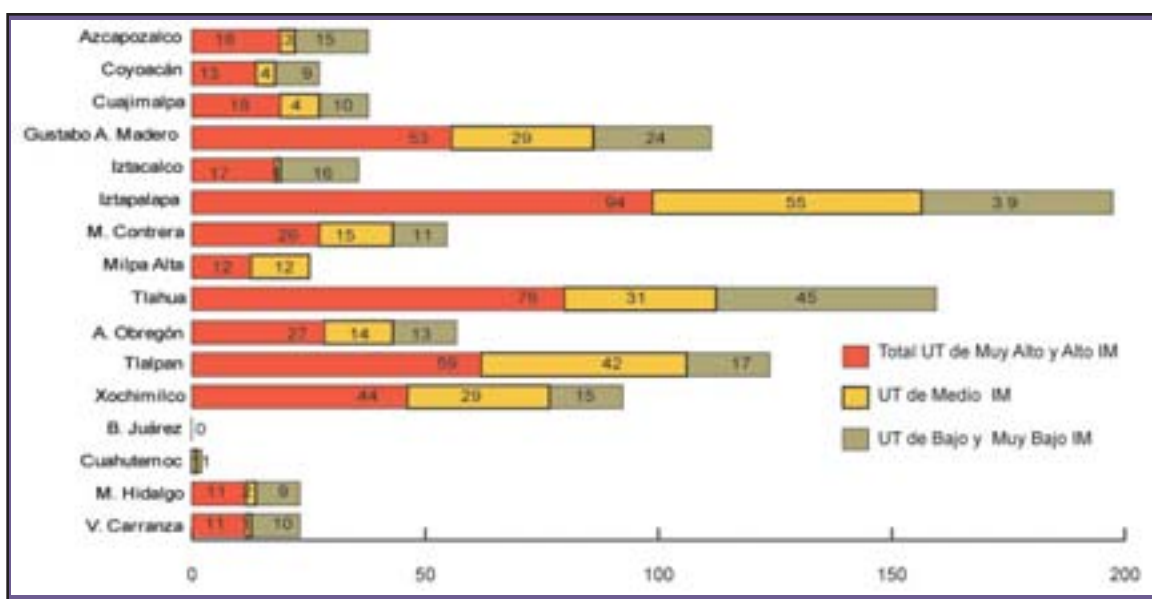
- a) la fragmentación, deterioro y abandono de las instituciones públicas en salud (provocado por un prolongado período de desfinanciamiento que ha mermado su eficiencia);
- b) al condicionamiento laboral para ser beneficiario de la seguridad social y por lo tanto, a no tener garantizado el derecho al acceso a la atención médica y a los medicamentos;
- c) a la precariedad en las condiciones socioeconómicas de más del 41% de la población sin protección social en salud residente en el DF;
- d) a la ausencia de hábitos para acudir a atenderse en las instituciones públicas de salud;
- e) a la carencia de una cultura de prevención en salud y la desinformación sobre las políticas y los programas institucionales; y finalmente,
- f) al desconocimiento ciudadano de los derechos sociales y particularmente el de protección social en salud.

Ahora bien, para el Gobierno del Distrito Federal las condiciones de precariedad social no obedecen sólo a procesos socio económicos sino que son consecuencia de la forma en que las instituciones del Estado responden a las necesidades de la población y cumplen con su obligación de rendir cuentas. En razón de ello, el marco de planeación de las políticas del DF lo constituyen las 1.352 unidades territoriales inscritas en las 16 delegaciones políticas reconocidas; convirtiendo al enfoque territorial en el método que interrelaciona fenómenos socioeconómicos y demográficos para

la toma de decisiones en las localidades; en donde la unidad territorial se conforma por colonias, barrios, pueblos y por unidades habitacionales que se caracterizan por el nivel socioeconómico de la población y por sus relaciones sociales, económicas y culturales.

Desde el punto de vista territorial, las delegaciones políticas Iztapalapa y Tlauhua son las delegaciones con mayor número de unidades territoriales clasificadas como de muy alto y alto índice de marginación, con 94 y 76 delegaciones en estas condiciones respectivamente, seguidas por Tlalpan, Gustavo A. Madero y Xochimilco. (Gráfico 26).

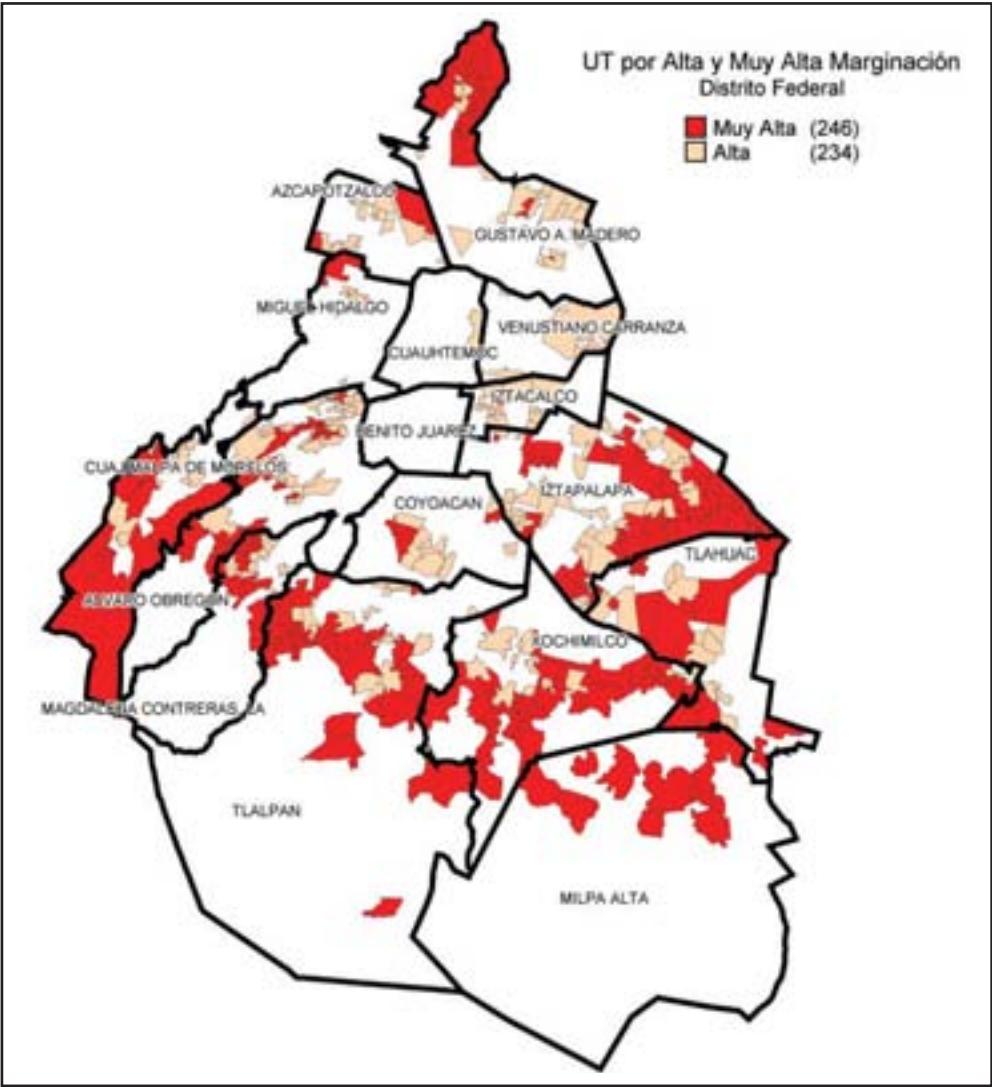
Gráfico 26 – Unidades territoriales de alto y muy alto índice de marginación por delegaciones políticas – DF, 2003



FUENTE: COPLADE / Secretaría de Salud Distrito Federal.

La distribución espacial de las unidades territoriales según el índice de marginación muestra un comportamiento característico de las megas ciudades. Las unidades territoriales de muy alta y alta marginación se concentran en la periferia del DF, mientras que el resto se distribuyen hacia a la región centro, tanto a nivel de la ciudad, como al interior mismo de las delegaciones (Mapa 2).

Mapa 2. Unidades territoriales de alto y muy alto Índice de Marginación, Distrito Federal, 2003



FUENTE: COPLADE/ Secretaría de Salud Distrito Federal. 2000.

Cabe notar que el fenómeno de la exclusión en salud en el DF es heterogéneo y da muestra de un proceso de acceso parcial a ciertos servicios de salud demandados o necesarios y no a todos y cuando se requieren. Esta exclusión relativa no aparece asociada al acceso a los servicios colectivos de salud; desde los años noventa las instituciones públicas introdujeron la vacunación universal en el nivel nacional y hoy, en la Ciudad de México los niveles de cobertura anualizada alcanzan mas del 90% (SSDF, 2003). Sin embargo, estas acciones al interior de las instituciones son muy escasas en estas UTs.

Por otro lado la falta de acceso a la atención en salud tampoco esta explicada por la presencia de obstáculos geográficos en la ciudad. En la evaluación de la exclusión en salud en las UTs de referencia, el principal factor de exclusión es la falta de cobertura por la seguridad social.

Las principales barreras para el acceso oportuno en las UTs de referencia tienen que ver con 3 tipos de causas:

- Las condiciones de marginalidad, asociadas a la insuficiencia de una red de bienes públicos y servicios, y al empleo informal. La política social progresista del GDF a través del Programa Integrado Territorial, únicamente ha conseguido frenar el deterioro de los riesgos económicos y sociales, pero no puede afirmarse que este haya resuelto garantizar un sistema de protección.
- La distribución inequitativa de la infraestructura de salud, ligada a la fragmentación y segmentación de los servicios públicos. El problema principal esta ligado al proceso de atención o entrega de servicios, particularmente los largos tiempo de espera para la atención mientras que el trato que se ofrece en ellos es adecuado.
- La presencia de obstáculos culturales de diverso tipo como: a) la ausencia de una cultura de prevención en salud y de hábitos para atenderse en las instituciones publicas: b) la carencia de una fuerte estrategia institucional de información sobre los cambios en la política de salud en el DF y en torno a sus políticas y programas, particularmente sobre el PSMMG y c) la falta de una conciencia ciudadana sobre la protección de la salud como un derecho social que es exigible.

2.1.6. Perfil de los Excluidos

La mayor parte de los excluidos corresponde a la población residente de las UTs de alta y muy alta marginación que no está afiliada a la seguridad social. De ella, sólo el 20% tiene la garantía de la protección en salud a través de su inscripción al PSMMG.

Entre los excluidos se observa una mayor proporción de hombres que de mujeres, aunque la diferencia es de sólo 2 puntos porcentuales; también destaca que el principal grupo etáreo en situación de exclusión en salud es el comprendido entre los de 15 a 64 años, seguido por el de 5 a 14 años, evidenciando que la población en edad productiva es la más perjudicada.

En el caso de los asegurados, el 41% de los excluidos es mayor de 30 años y menor de 65 años; un 25% es mayor de 15 y menor de 30 y un 17% es mayor de 5 y menor de 15 años. El comportamiento es similar entre la población que habita en las unidades territoriales de muy alta y alta marginalidad. Para el caso de la población cubierta por el PSMMG, los grupos más excluidos con un 28% cada uno, son el de mayor de 5 años y menores de 15 y el de mayor de 30 y menor de 65 años, seguido con un 23% del grupo mayor de 15 y menor de 30 años. Y el comportamiento es similar para ésta población en las unidades de muy alta y alta marginación.

También se observa exclusión en el grupo cubierto por el PSMMG, ya que la atención de los enfermos sin protección en salud es menor que el total de enfermos que declararon estar inscritos en este programa. En la atención a los diversos padecimientos agudos y crónicos la población no protegida recurre mayoritariamente a la atención privada, con un desembolso económico.

2.2. ESTADO DE GUANAJUATO, MÉXICO⁴³

2.2.1. Contexto general del Estado

Con una población de 5.020.800 habitantes, Guanajuato es uno de los Estados más poblados de la República Mexicana; también es el tercer Estado en el país con mayor tasa de migración. Las necesidades de salud de la población de ciertas zonas son superiores a la capacidad de respuesta social existente; una parte importante de la población vive en condiciones de extrema marginación y sin acceso regular a los servicios de salud, permaneciendo como presa fácil de enfermedades técnicamente evitables y por tanto socialmente inaceptables; por ello, surge la necesidad de caracterizar la exclusión en salud del Estado, para lo cual se desarrolló la presente investigación con dos enfoques: un cuantitativo y cualitativo.

Las características sociodemográficas del estado son: ubicado en la zona centro de la República Mexicana, ocupa el quinto lugar nacional como una de las entidades más densamente pobladas⁴⁴, a pesar de no ser uno de los Estados con mayor extensión territorial, con una densidad poblacional de 164,3 hab./km², mayor al promedio nacional de (47.3 hab./km²)⁴⁵; distribuidos en 8,912 localidades,⁴⁶ pero con la mayor concentración a lo largo del llamado corredor del Bajío o industrial, que cruza la entidad desde el oriente -vía Celaya- hasta el nor-poniente -León y los pueblos del Rincón- y el sur-poniente -Pénjamo⁴⁷. La distribución de la población en el medio urbano es de 67,2% y en el medio rural de 32,8%

La población es mayoritariamente joven y en edad productiva, con un promedio de escolaridad de 6,36 años, 47,9% son hombres, 52,1% son mujeres⁴⁸. Las principales fuentes de ocupación del Estado son: los hombres en las industrias manufactureras, agricultura y ganadería, comercio y construcción; en las mujeres la industria manufacturera y el comercio. El PIB en dólares ajustados es de 5.376 y se sitúa en el lugar 24 del país con respecto al Índice de Desarrollo Humano (0.761) considerado como una entidad con desarrollo medio alto.

43 El estudio de caracterización de la exclusión en salud en Guanajuato fue realizado en el año 2004, con fuentes de datos del 2000, 2002, 2003 y 2004.

44 CONAPO, 2004. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050.

45 Crecimiento demográfico en Guanajuato. <http://www.guanajuato.gob.mx> 05-04-04.

46 Secretaría de Salud de Guanajuato, Extensión Regional Operativa (ERO) 2003.

47 Rionda Luis Miguel "Guanajuato: pobreza, desarrollo desigual y comportamiento político" [orion.ugto.mx/ cicsug/Docs/CICSUG_Informe_trimestral_ago_nov_2001.pdf](http://orion.ugto.mx/cicsug/Docs/CICSUG_Informe_trimestral_ago_nov_2001.pdf), consultado el 05-04-04.

48 Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. 05-09-04.

En relación a la marginación de acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda 2000, el Estado ocupa el 13° lugar con un índice de marginación del 0.07966, considerado como “alto”, con 10 municipios situados al norte del Estado con “alto grado” y el municipio Xichú clasificado con “muy alto grado” de marginación, zona donde se encuentra también parte de la población indígena que de acuerdo al último censo sólo se identificaron a 10,689 personas que manifestaron hablar alguna lengua indígena en todo el Estado.

Por otra parte, la tasa de migración es de 9%; los principales lugares de destino de los emigrantes son: en las mujeres, 22% se va a Estados Unidos, 10,8% al Estado de México y el 9,1% a Querétaro, en el caso de los hombres 59,9% a Estados Unidos, 5,3% a Baja California y 5,2% al Estado de México. Los destinos de migración interna son principalmente del Distrito Federal y Estado de México.

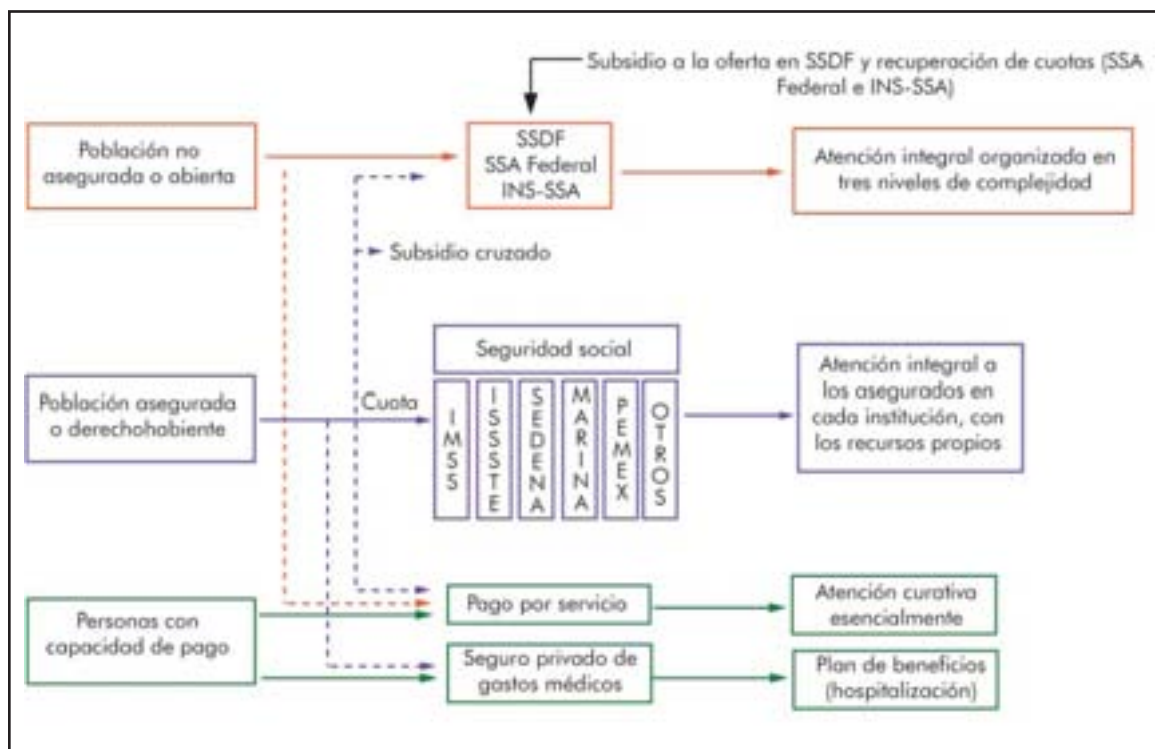
2.2.2. Descripción del Sistema de Salud

Guanajuato cuenta con un sistema de salud constituido por tres grandes subsistemas, la seguridad social, el subsistema público y el privado. Las instituciones de seguridad social dan atención al 49,81% de la población, en tanto que la población no asegurada que se atiende a través de servicios públicos representa el 50,19%. Por lo tanto, es un sistema segmentado donde el subsistema público atiende a los más pobres e indigentes que representan un gran porcentaje y cuyos recursos son insuficientes para garantizar la calidad de sus servicios y el subsistema de seguridad social a la clase trabajadora formal, y donde los servicios otorgados son variables en cuanto a cantidad y calidad. De manera independiente el subsistema privado satisface las necesidades de la clase rica y de algunos pobres que el sistema público no pudo cubrir. Por otra parte la fragmentación del sistema genera condiciones inequitativas de atención tanto a las personas afiliadas a las diversas instituciones del sector salud como para las que recurren al sector privado. En estas condiciones, el sistema en su conjunto no provee las prestaciones necesarias para satisfacer la demanda de servicios y no ha sido posible garantizar el acceso, la equidad y calidad de los servicios de salud, no obstante que la Constitución Mexicana en el artículo 4° instituye el derecho a la protección universal a la salud que se establece como derecho a los servicios básicos en la Ley General. Por otra parte, el mantenimiento del ingreso que proveen las pensiones y otros pagos en caso de incapacidad temporal o permanente para trabajar sólo se contempla para la población asegurada, por lo cual los derechos a la salud y la seguridad social siguen siendo un derecho de la clase asalariada urbana, que además no se cumple en muchas empresas, formales e informales⁴⁹.

49 Boltvinik J. Damián A. Derechos humanos y medición oficial de la pobreza en México Papeles de Población No.35 CIEP/UAEM.

La regulación del sistema está a cargo del Consejo Nacional Salud, conformado por representantes de cada una de las instituciones que conforman los diversos subsistemas además de un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto y de la Contraloría de la Federación de dicho sector, el cual se rige por la Ley General de Salud y reglamentos derivados de ella, así como en las Normas Oficiales Mexicanas⁵⁰.

Figura 6. Descripción del Sistema de Salud



FUENTE: Elaboración propia.

2.2.3. Metodología

En este estudio se exploró la magnitud y distribución de los excluidos en el Estado de Guanajuato, así como las principales causas de exclusión y de forma particular la situación de exclusión de la población migrante que vive con un alto nivel de marginación. Se emplearon metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación cuyos resultados se presentan en este documento. El componente

⁵⁰ SSA. Plan Nacional de Salud 2000-2006.

cuantitativo sirvió para la caracterización de la población, al mismo tiempo que se identificaron los factores internos y externos al sector salud que estuvieron relacionados con la exclusión en salud. El componente cualitativo se empleó específicamente para dar cuenta del fenómeno de la migración en las familias que viven en situación de exclusión y de los factores asociados a estas condiciones.

■ COMPONENTE CUANTITATIVO

Se realizó un estudio ecológico de tipo comparación de grupo entre abril y octubre del año 2004. Se estimó la magnitud de la exclusión a través de la medición independiente de cada uno de los indicadores seleccionados, para posteriormente elaborar un índice de exclusión que permitiera medir la intensidad en cada uno de los municipios y el perfil de los excluidos.

■ POBLACIÓN DE ESTUDIO: POBLACIÓN DEL ESTADO DE GUANAJUATO

Selección de las fuentes de información: Se utilizaron los resultados de las siguientes encuestas: INEGI XII Censo Nacional de Población y Vivienda, la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de Hogares, información poblacional de CONAPO, Extensión Regional Operativa (ERO) 2003, Registro Nacional de Infraestructura en Salud 2004, Encuesta Nacional de SSA (ENSSA) 2000, y para el análisis del fenómeno migratorio se analizó la base de datos de la Encuesta de Hogares sobre Migración en Guanajuato (EHMIG2002).

■ SELECCIÓN DE INDICADORES

Para la caracterización de la exclusión social en salud en el estado de Guanajuato se seleccionaron los siguientes indicadores:

Tabla 36. Indicadores para la caracterización de exclusión en salud

INDICADOR	PESO RELATIVO*	FACTOR
FACTORES EXTERNOS A LOS SERVICIOS DE SALUD	73,06	
% de población analfabeta con 15 años o más	6,97	0.9410
% de población rural	6,97	0.9410
% de población sin acceso a drenaje	6,60	0.8920
% de población sin primaria completa con 15 años o más	6,57	0.8880
% de población con hasta 2 salarios mínimos	6,07	0.8200
Localidad con menos de 5.000 hab.	6,50	0.8780
% de población con piso de tierra	5,93	0.8010
% de población sin energía eléctrica	5,74	0.7700
% de población con hacinamiento	5,44	0.7350
% de población bajo la línea de pobreza	5,18	0.7000
% de población sin agua potable	4,89	0.6600
GINI	3,23	0.4360
% de trabajadores informales	2,98	0.4030
FACTORES INTERNOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	26,24	
% de población no cubierta por un seguro de salud	5,83	0.7870
Camas hospitalarias por 1.000 hab.	4,74	0.6400
Mortalidad infantil	4,32	0.5840
Nº de enfermeras por 1.000 hab.	3,86	0.5210
% de partos atendidos por parteras	3,66	0.4940
Primera consulta en el año	2,00	0.2700
Mortalidad materna	1,43	0.1930
% de población con más de 1 h. de tránsito al C.S. más cercano	1,11	0.1500

*Peso Relativo de la variable sobre el fenómeno de la exclusión (%)

FUENTE: Elaboración propia.

■ CÁLCULO DEL ÍNDICE DE EXCLUSIÓN

Se diseñó una base de datos con todos los indicadores de exclusión y se incorporaron todas las variables de marginación. Sólo se dejaron en el modelo las variables significativas, eliminando egresos hospitalarios, deficiencia de médicos, tasa de abandono BCG y desempleo, por no ser significativa en el índice (tabla 36). Se aplicó la metodología propuesta por OPS para clasificar los municipios de acuerdo a la magnitud, severidad y brecha de exclusión (tabla 37). Se observan grandes contrastes entre municipios con bajo nivel de exclusión, situados a lo largo del corredor industrial, como son León, Celaya, Guanajuato y los municipios con muy alto grado de exclusión, los cuales se encuentran situados en el norte del Estado.

Tabla 37. Incidencia de población excluida en Guanajuato por municipio*

MUNICIPIOS CON INCIDENCIA BAJA DE EXCLUSIÓN (<15%)		MUNICIPIOS CON INCIDENCIA MEDIA DE EXCLUSIÓN (15%-25%)		MUNICIPIOS CON ALTA INCIDENCIA DE EXCLUSIÓN (25%-50%)		MUNICIPIOS CON MUY ALTA INCIDENCIA DE EXCLUSIÓN (> 50%)	
NOMBRE	POBL EXCL MEDIANA	NOMBRE	POBL EXCL MEDIANA	NOMBRE	POBL EXCL. MEDIANA	NOMBRE	POBL EXCL. MEDIANA
Celaya	28.702.5	Acambaro	22.143,6	Abasolo	29.659,85	Atarjea	3.898,5
Guanajuato	10.582.5	Allende	2.697,6	Comonfort	25.365,5	Doctor Mora	14.957,25
Irapuato	32.988.0	Apaseo Alto	11.363,4	Coroneo	3.880,1	Jerecuaro	41.483,25
León	85.056.5	Apaseo Grande	13.747,6	Cuerámara	960,35	Ocampo	15.738
Moroleón	3.532.5	Cortazar	16.271,8	Dolores Hidal	48.372,75	Sn Diego de la U.	25.566
Salamanca	16.987.5	Jaral del Progreso	6.360,6	Huanimaro	7.384,85	Santa Catarina	3.399,75
San Fco.	4.885.5	Purís. del Rincón	8.955,6	Manuel Dobra	14.365,85	Tierra Blanca	10.886,25
Uriangato	3.967.0	Salvatierra	18.911,6	Penjamo	54.159,75	Victoria	13.323
		Silao	26.867,4	Pueblo Nuevo	3.899,25	Xichú	8.492,25
		Tarandacuao	2.316,6	Romita	19.434,35		
		Villagrán	9.188,2	San Felipe	35.759,6		
				San José Iturbi	20.497,85		
				San Luis de la P	36.273,35		
				Sta. Cruz de Ju	24.554,6		
				Santiago Marav	2.681,6		
				Tarimoro	14031.75		
				Valle de Sant	49.057,85		
				Yuriria	27.682,5		
Total	186.702		138.824		418.021,7		137.744,3
Pobl total del estado	4.388.176						
Pobl excluida	881.292						
% Pobl excluida	20,3%						

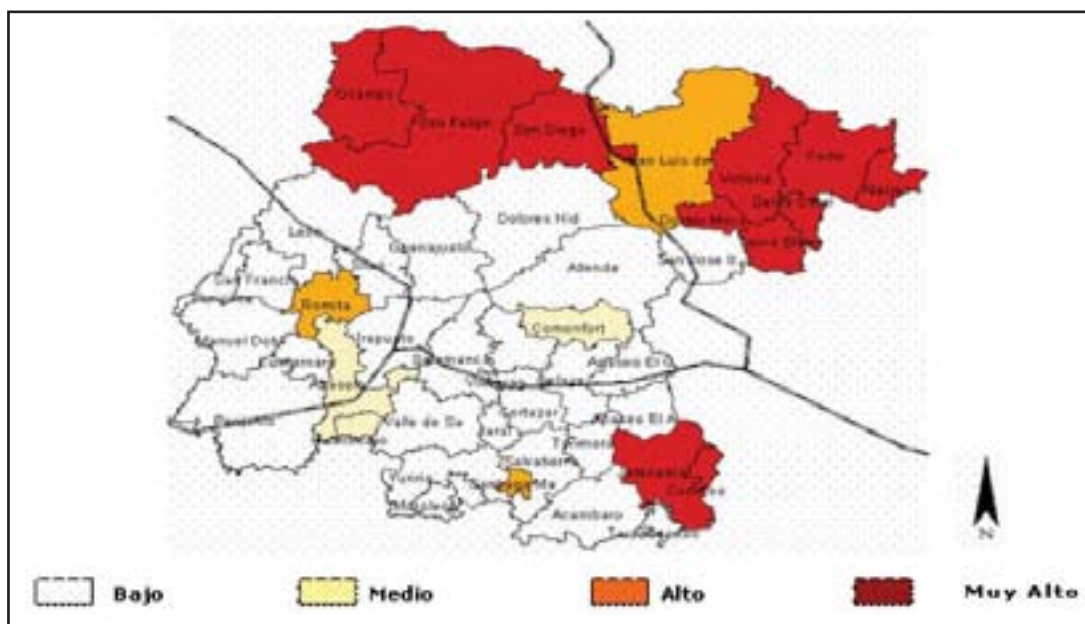
* Municipios agrupados por método de cluster según nivel de exclusión

FUENTE: Elaboración propia. Censo 2000 Disponible en <http://www.municipios.com.mx/guanajuato/mexico-11.html>

2.2.4. Panorama de la Exclusión en Salud

El análisis cuantitativo indica que un 20,3% de la población del estado de Guanajuato se encuentra excluida de los servicios de salud. La mayor incidencia de exclusión se encontró en la zona norte del Estado (ver mapa 3). Se identificaron los indicadores de mayor peso, los factores externos explican el 73,1% de la incidencia de exclusión y los factores internos el 26,9%. También se identificó que la migración puede ser una consecuencia de la exclusión en salud.

Mapa 3. Incidencia de Exclusión en Salud de acuerdo al Índice de exclusión

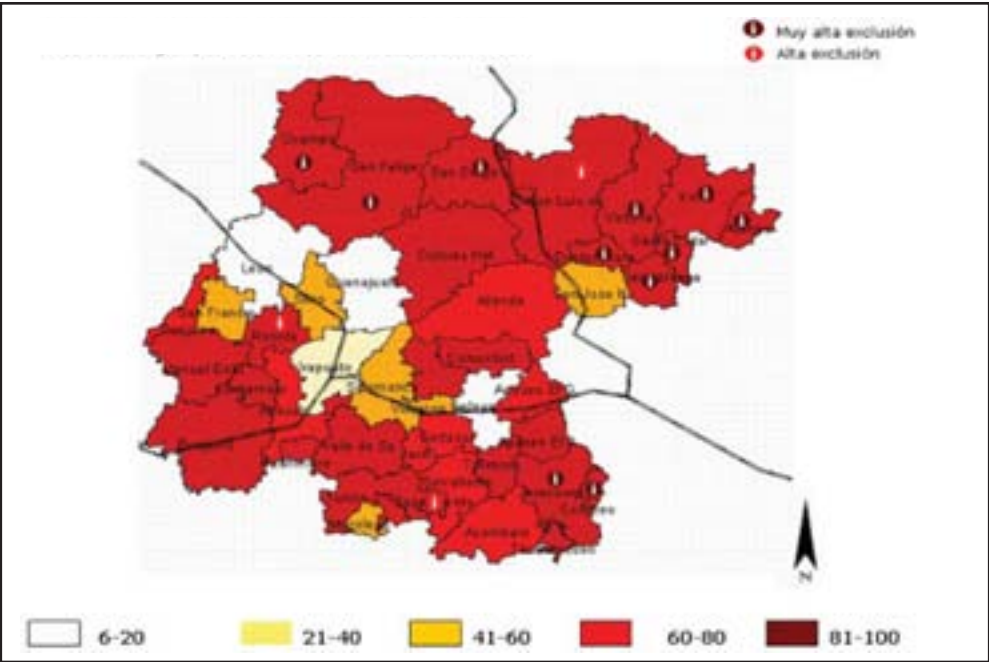


FUENTE: Índice de exclusión

De acuerdo a los indicadores analizados en el índice, se identificaron como principales factores de exclusión los siguientes factores externos a los servicios de salud: a) el analfabetismo/educación primaria incompleta, b) vivir en el área rural, c) la falta de acceso a saneamiento básico, d) estar por debajo de la línea de pobreza y e) vivir en una localidad con menos de 5.000 habitantes. Entre los factores internos, los de mayor peso sobre la exclusión son: a) no tener acceso a la seguridad social y b) vivir en municipios que no cuentan con camas hospitalarias censables.

Es importante destacar que, aunque porcentualmente la exclusión en salud puede no aparecer como un fenómeno alarmantemente alto en el estado, el hecho que exista alta dispersión poblacional y localidades con muy pocos habitantes hace que en las localidades más pequeñas y aisladas la exclusión sea casi total, como se aprecia en el mapa 4. Esta situación indica una gran inequidad geográfica en la distribución de la red de servicios asistenciales.

Mapa 4. Porcentaje de población sin acceso a servicios de salud



FUENTE: SSG, Estudio Regional Operativa (ERO) 2003

Al analizar los indicadores de manera individual, los indicadores con mayor población excluida fueron: sin acceso a la seguridad social, vivir en localidades rurales o con menos de 5000 hab., no contar con primaria completa, vivir en viviendas con hacinamiento, población por debajo de la línea de pobreza (Tabla 38)

2.2.5. Perfil de los Excluidos

El perfil de los excluidos estuvo constituido por aquellas personas que habitan en municipios con alta tasa de analfabetismo, rurales, con alta marginación, con más del 60% de sus pobladores por debajo de la línea de pobreza, sin seguridad social y con hospitales alejados.

Tabla 38. Indicadores de exclusión en salud

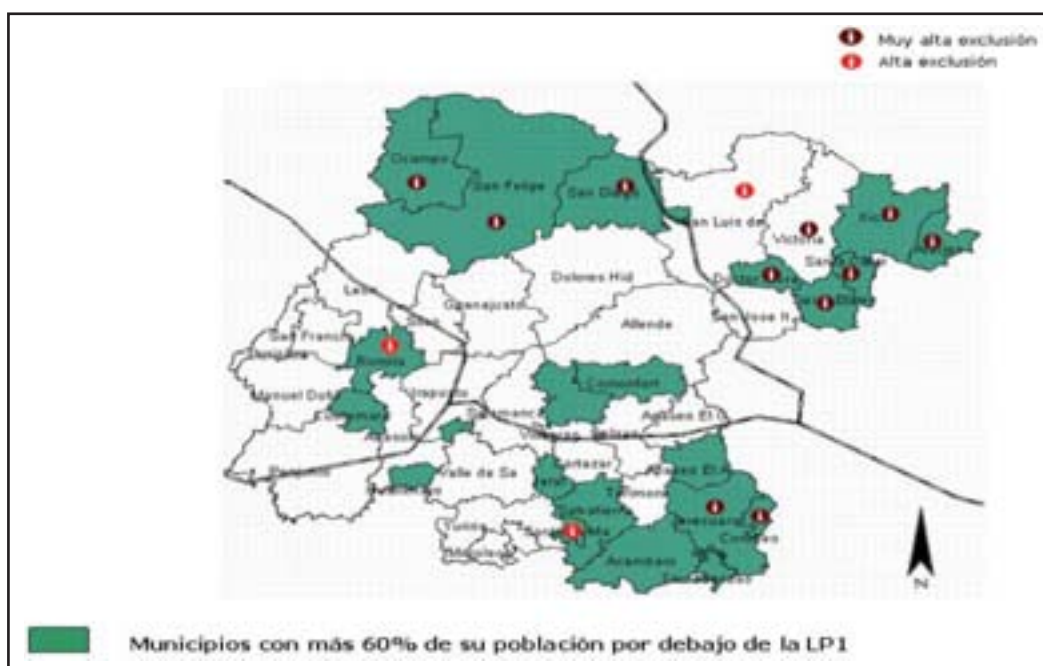
AÑO DE REGISTRO	INDICADOR	Nº DE PERSONAS	%
2004	Sin acceso a la seguridad social ¹	2.523.157	50,19
2003	Población sin acceso real a los SS ¹	1.436	0,0003
2003	Total de camas censables x 1.000 hab. ²	2.523	0,51
2003	Médicos en contacto con el paciente ²	4.740	0,96
2003	Enfermeras en contacto con el paciente ²	9.629	1,96
2003	Partos atendidos por partera en la SSG ³	40.906	4,55
2000	Población rural ⁴	1.529.249	32,80
2000	Población analfabeta ⁴	559.098	11,99
2000	Población mayor de 15 años sin primaria completa ⁴	166.703.394	35,75
2000	Viviendas sin energía eléctrica ⁴	sd	3,19
2000	Viviendas agua entubada ⁴	sd	6,86
2000	Viviendas sin drenaje ⁴	sd	16,10
2000	Viviendas con hacinamiento ⁴	sd	47,10
2000	Viviendas con piso de tierra ⁴	sd	10,90
2000	Población con hasta 2 salarios mínimos ⁴	2.205.147.833	47,29
2000	Población en localidades con menos de 5.000 hab. ⁴	750.748	37,39
2000	Población por debajo de la LP1 ⁵	2.125.256	48,03
2000	Trabajadores informales ⁴	152.857	17,31

sd: sin datos.

FUENTE: ^{1/} Estudio Regional Operativo 2003 ^{2/} Registro Nacional de Infraestructura en Salud 2004 ^{3/} Sistema de Información en Salud de Población Abierta ^{4/} Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000, ^{5/} Estimaciones COESPO con base en el XII Censo INEGI.

La pobreza es un determinante importante de exclusión en salud en el estado y esto indica la ausencia de políticas de protección social capaces de contrarrestar la falta de ingresos económicos como barrera de acceso a los servicios de salud. La consecuencia de ello es que los municipios que concentran la mayor pobreza son también los que muestran una mayor incidencia de exclusión en salud (Mapa 5).

Mapa 5. Pobreza



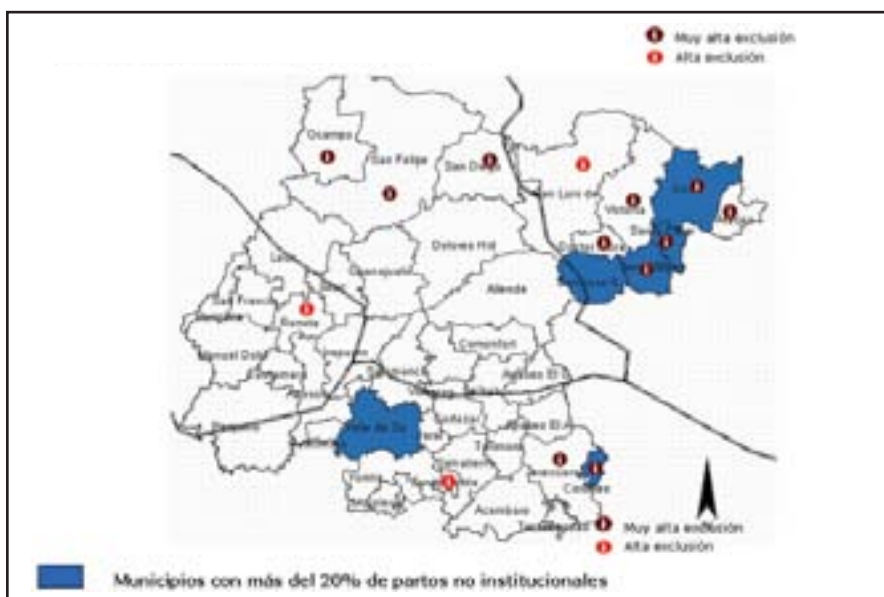
FUENTE: Estimaciones de COESPO basados en datos del XII Censo de Población y Vivienda, 2000

Lo anterior se relaciona directamente con una de las barreras más importantes generadas por el modelo segmentado del sistema de salud, que consiste en que la seguridad social está orientada a los trabajadores de la economía formal, dejando desprotegidos a los más pobres, que no son cubiertos en su totalidad por el sistema público. Son ellos los que tienen que recurrir al gasto de bolsillo, que en proporción a sus ingresos llega a ser catastrófico y limita en muchas ocasiones el mantenimiento y/o restablecimiento de su salud, situación semejante a las familias de migrantes donde las remesas son escasas o suspendidas. Esta situación es más marcada en la zona nororiental del Estado, donde se encuentra a la población más marginada, con alta incidencia de exclusión en salud y con altos índices de expulsión de migrantes.

La población de esta zona se encuentra dispersa y alejada no solo geográficamente sino que además las vías de comunicación no son las adecuadas para un tránsito rápido de personas o de mercaderías. Esto ocasiona que los hospitales más cercanos se encuentren a varias horas de camino lo cual genera una percepción de falta de disponibilidad de servicios, porque la demanda por servicios generalmente se refiere a los servicios de segundo nivel.

Consecuentemente, es en los municipios con más difícil acceso en la zona noreste del Estado donde se registra la mayor proporción de partos no institucionales atendidos por partera, lo cual es consistente con la falta de camas censables como causa de exclusión (Mapa 6).

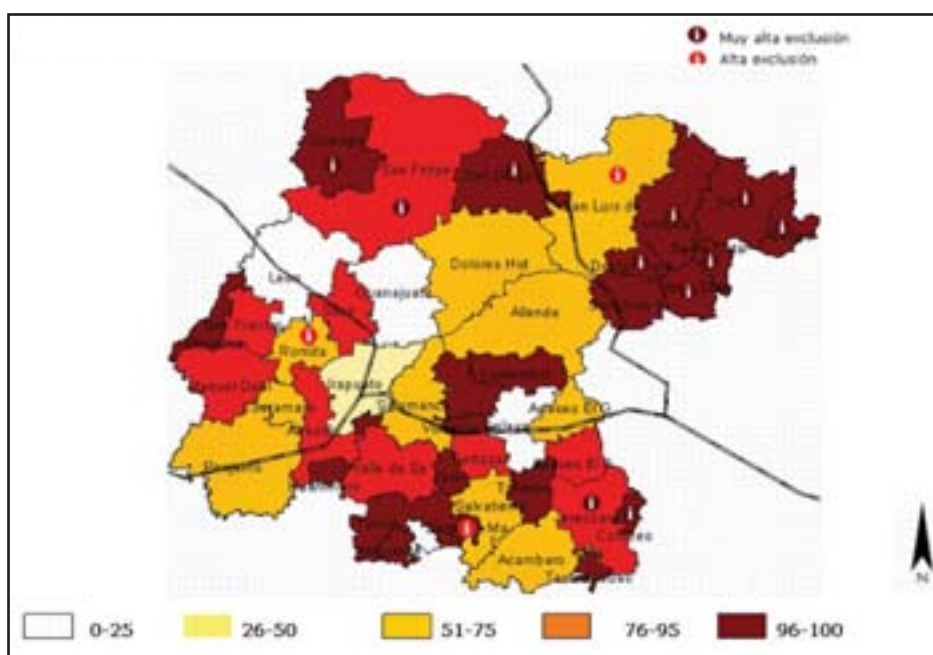
Mapa 6. Partos no institucionales



FUENTE: SSG, Dirección General de Planeación, 2003.

Lo anterior se confirma con el hecho que los municipios situados en el noreste del Estado presentan mayor deficiencia de camas hospitalarias censables (Ver mapa 7).

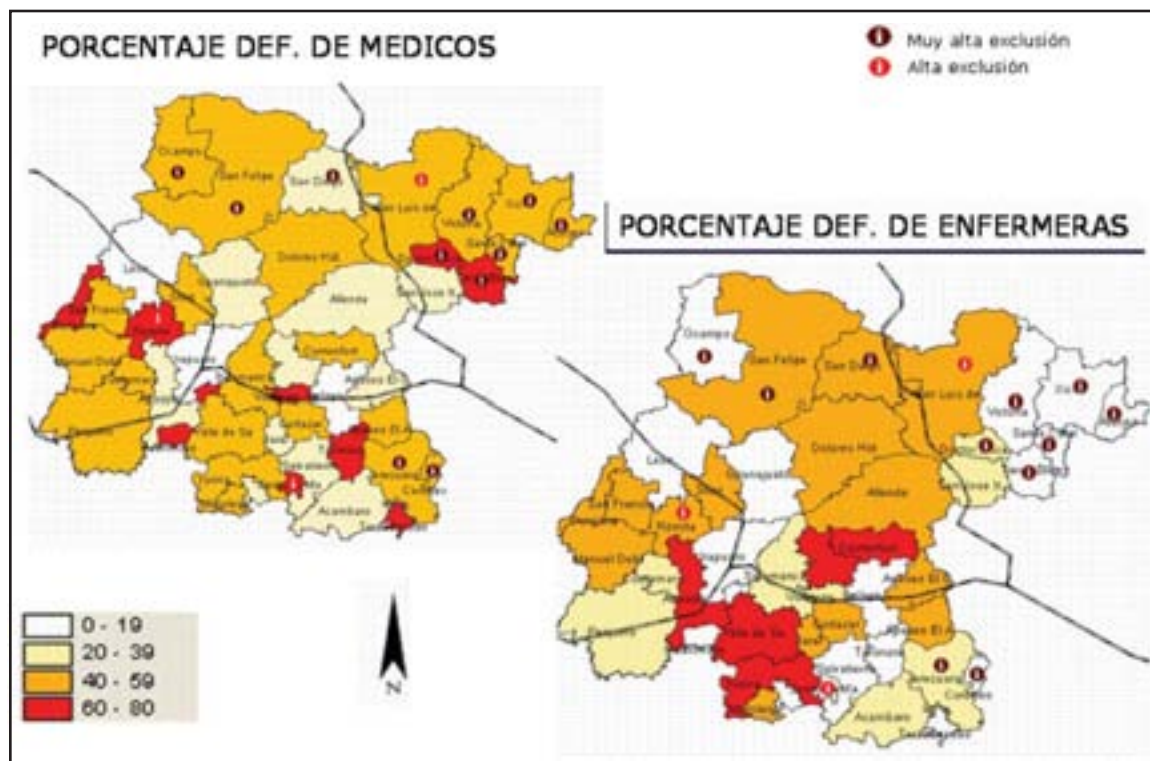
Mapa 7. Deficiencia de camas hospitalarias



FUENTE: SSG. Registro Nacional de Infraestructura en Salud. RENIS, 2004

Por otra parte, se observó que la deficiencia de médicos se encuentra en todo el estado incluyendo municipios con alta exclusión en salud, pero la deficiencia de enfermeras se concentra más en la zona sur del estado, con grado medio de exclusión (Mapa 8).

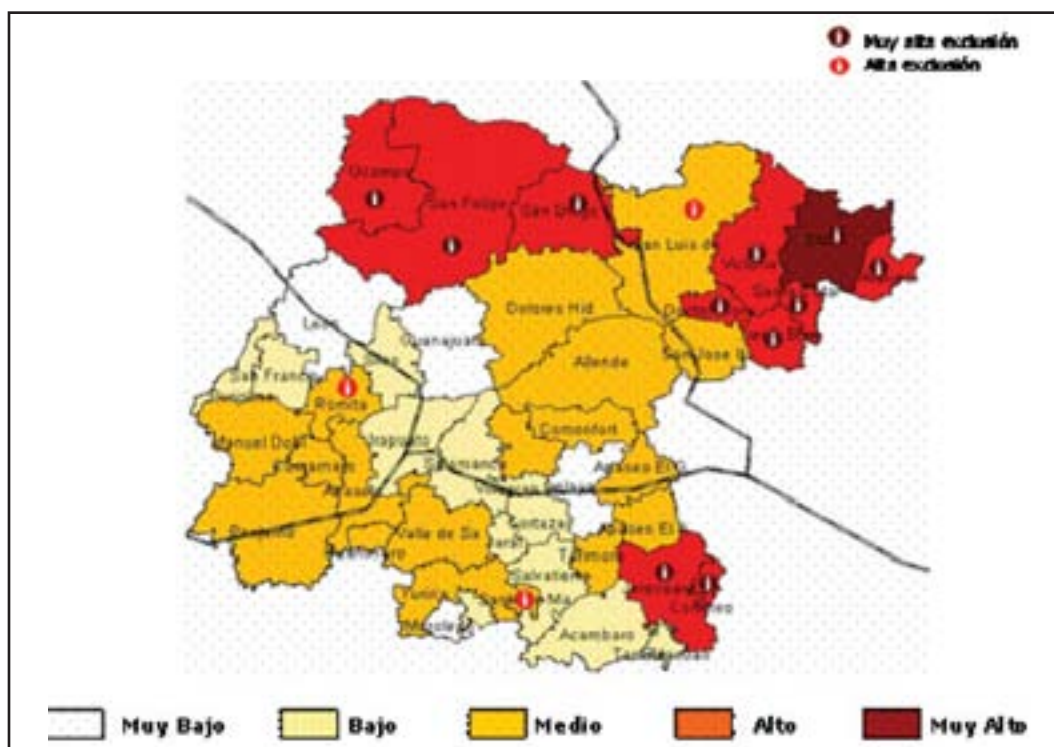
Mapa 8. Deficiencia de médicos y enfermeras



FUENTE: SSG. Registro Nacional de Infraestructura en Salud. RENIS, 2004

Vivir en una zona de alta marginación mostró tener un peso importante sobre la exclusión en salud. Como se observa en el mapa 9, las zonas de alta marginación corresponden exactamente a aquellas de alta incidencia de exclusión en salud.

Mapa 9. Grado de Marginación



FUENTE: Índice construido por CONAPO, con base al XII Censo de Población y Vivienda, 2000

■ ESTIMACIÓN DE LA AUTOEXCLUSIÓN MEDIANTE DATOS DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Se analizaron datos del Censo XII 2000, que muestran que los servicios de salud son utilizados en un porcentaje ligeramente mayor por las mujeres (52,2%) que por los hombres (47,8%). Quienes tienen la posibilidad utilizan preferentemente los servicios privados (41,6%), en caso contrario acuden con mayor frecuencia a las unidades del IMSS (26,2%) y de la Secretaría de Salud (23%), pero un 3,4% de la población no busca servicios de salud (no se atiende). Aunque las causas de esta autoexclusión se desconocen, probablemente se relacionan con la barrera del lenguaje, debido a que la mayor proporción de usuarios de los servicios que acude más a unidades de servicios públicos como son la SSA e IMSS solidaridad o prefiere no atenderse, es analfabeta. (Tabla 38).

Tabla 39. Uso de los servicios de salud

INSTITUCIÓN	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
IMSS	58.3381	48,4	622.328	51,6	1.205.709	26,2
ISSSTE	71.685	44,0	91.246	56,0	162.931	3,5
PEMEX, SEDENA, MARINA	17.777	46,9	20.163	53,1	37.940	0,8
SSA	500.580	47,3	558.578	52,7	1.059.158	23,0
IMSS SOLIDARIDAD	4.695	45,4	5.649	54,6	10.344	0,2
PRIVADO	917.025	47,8	999.534	52,2	1.916.559	41,6
OTRO LUGAR	25.885	47,0	29.143	53,0	55.028	1,2
NO SE ATIENDE	81.719	52,0	75.526	48,0	157.245	3,4
TOTAL	2.202.747	47,8	2.402.167	52,2	4.604.914	100

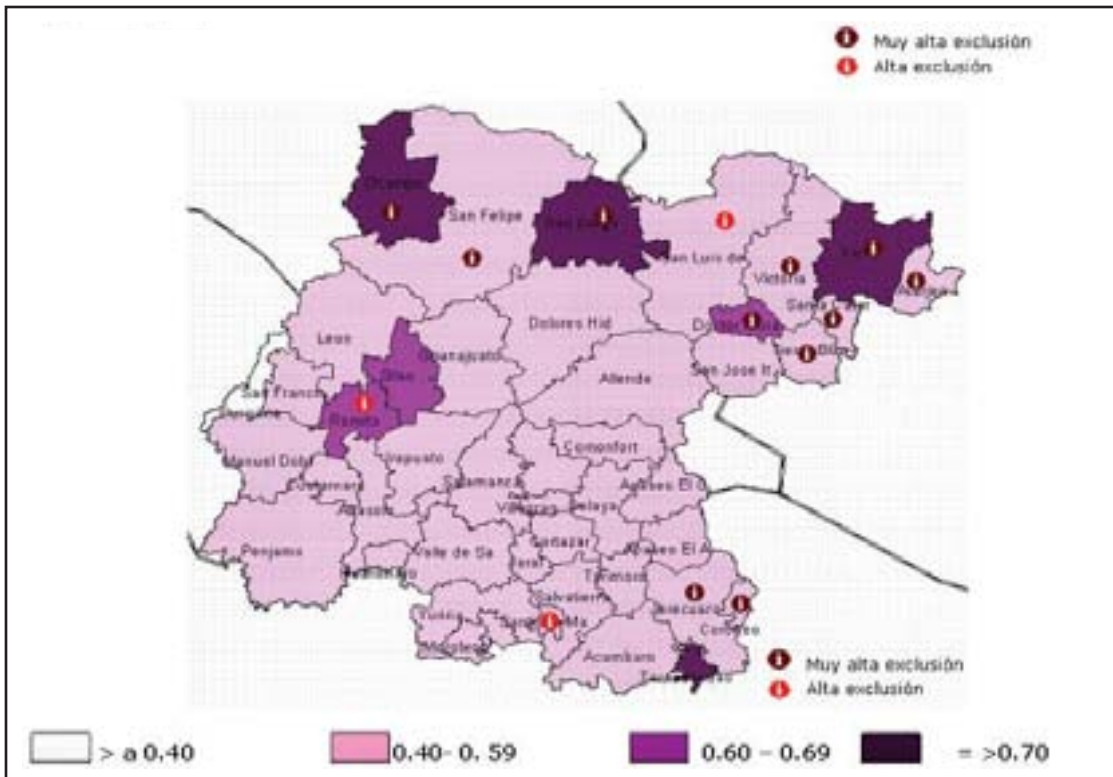
FUENTE: Scince 2000, INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

■ COMPONENTE CUALITATIVO

Se realizaron entrevistas a informantes clave y grupos focales. En las entrevistas se constató que los servicios de salud que se prestan con el modelo actual, no satisfacen las necesidades de horarios, abastecimiento de medicamentos y prestación de servicios especializados. Los pobladores de las zonas estudiadas refirieron inequidad en la distribución de los beneficios gubernamentales y perciben el fenómeno migratorio como un problema determinado no sólo por la estructura económica sino también por patrones culturales, donde se reitera que la emigración es la única forma o por lo menos la mejor, de salir adelante económicamente. La percepción de inequidad se corrobora cuando se observa la distribución del coeficiente de Gini en los municipios del estado de Guanajuato (Mapa 10).



Mapa 10. Inequidad



FUENTE: Estimaciones de COESPO basados en datos del XII Censo de Población y Vivienda, 2000

■ RECOMENDACIONES

Dados los resultados del estudio, es importante hacer una reflexión acerca de la distribución de la red de servicios de salud. Si bien no es económicamente viable la dotación a las cabeceras municipales de servicios de 2° nivel, sin embargo pueden reorganizarse los servicios hacia un modelo híbrido, que proporcione las especialidades básicas junto a seguir prestando los servicios de baja complejidad. Esto puede ser un estímulo para la fijación de las poblaciones a su lugar de origen.

Por otro lado, es necesario revisar la situación de falta de cobertura de la seguridad social. Una forma de promover el ingreso de los trabajadores al seguro social y a la vez paliar el efecto empobrecedor de las remesas extranjeras, es el impulso a las empresas cooperativas agroindustriales pequeñas, favoreciendo mecanismos institucionales de comercialización de sus productos tanto en el mercado local como en el extranjero. La creación de estas empresas dinamizaría la economía del estado y permitiría la afiliación de sus trabajadores a la seguridad social, contrarrestando de esta manera uno de los determinantes más importantes de exclusión en salud.

Asimismo, se recomienda analizar las propuestas federales que se han puesto en marcha para incrementar la seguridad social y poder diseñar estrategias que permitan acelerar el establecimiento de la protección social a los grupos excluidos, entre ellos, los migrantes.

Es indispensable realizar intervenciones para mejorar las condiciones de los excluidos en salud. Para ello, se plantea la posibilidad de desarrollar un diálogo social a través de las técnicas de participación tipo coaching y de negociación colectiva, reuniendo a diversos actores sociales con el objetivo de acordar, compartir y definir intervenciones en cada uno de los ámbitos donde se genere la exclusión en salud; establecer un Plan de Acción de intervención comunitaria encaminado a reducir dicha exclusión; y elaborar un modelo de evaluación que a través de indicadores mida el impacto a corto plazo y mediano plazo de las intervenciones.

Finalmente, este estudio permite apreciar la importancia de realizar encuestas tanto nacionales, como estatales con representación a nivel municipal o local para poder contar con datos que permitan tomar decisiones informadas a estos niveles.

2.3. MANCOMUNIDADES EN HONDURAS: Amfi, Mamuca, Mancorsaric y Solidaridad⁵¹

La Secretaría de Salud de Honduras, en el marco del Proyecto Regional Asdi /OPS “Extensión de la Protección Social en Salud” realizó en el año 2001 una investigación para caracterizar la exclusión social en salud a nivel nacional, utilizando cifras y promedios nacionales basados en fuentes secundarias (informes de organismos nacionales y externos). Este informe permitió identificar algunas características de exclusión en salud a nivel del país, pero se desconoce la situación de exclusión a nivel subnacional y local. Por este motivo, se decidió realizar un estudio de caracterización de la exclusión en salud a nivel local⁵².

Las unidades geográficas de estudio fueron cuatro mancomunidades, Amfi, Mamuca, Mancorsaric y Solidaridad, habida cuenta de que uno de los avances más significativos del régimen municipal hondureño ha sido la creación y consolidación de mancomunidades o asociaciones de municipios. Estas asociaciones tienen su fundamento en la ley de municipalidades, que ha hecho posible el establecimiento de alianzas estratégicas consensuadas entre los municipios y la Secretaría de Salud para lograr el desarrollo municipal en salud.

Inicialmente se presenta un análisis comparativo de cuatro Mancomunidades: Amfi, Mamuca, Mancorsaric y Solidaridad y luego se desarrolla un análisis individual del total de las cuatro Mancomunidades.

2.3.1. Contexto Nacional

Honduras se encuentra ubicada en el istmo centroamericano, su territorio se divide política y administrativamente en 18 departamentos y 298 municipios, de acuerdo al censo de población y vivienda del 2001 la población se estimó para el 2005 en 7.100,000 habitantes, de los cuales el 52% reside en el área rural. La tasa de crecimiento anual es de 2,5% con tasas de natalidad de 31/1.000 y mortalidad de 5/1.000 habitantes.

La población hondureña es eminentemente joven (53% menor de 19 años) y la esperanza de vida muestra una tendencia ascendente (72 años), esta situación ejerce una fuerte presión sobre los servicios sociales básicos principalmente los de salud.

51 El estudio de caracterización de la exclusión en salud en las cuatro Mancomunidades fue realizado en los años 2004 y 2005, con fuentes de datos de esos mismos años.

52 Nivel local entendido como el municipio con su red de servicios.

Los principales problemas que afectan la situación y el desempeño de los servicios de salud están relacionados con la situación de pobreza, ya que el 69% de hogares vive bajo la línea de pobreza y de estos 50% bajo la línea de indigencia⁵³; el incremento de áreas urbano marginales; la dispersión de la población en áreas rurales en zonas de difícil acceso; la debilidad en la coordinación de la red de servicios de salud pública; insuficiente coordinación entre prestadores públicos y privados y la poca disponibilidad de recursos financieros, entre otros.

El ingreso per cápita es de US\$ 970 por año y el porcentaje de PIB dedicado al gasto público total es de 26,8%, el gasto social de 9% y el gasto en salud como porcentaje del PIB es de 5,6%. El gasto nacional en salud per cápita es de US\$ 49,8%.

El sector salud está constituido por un subsector público, compuesto básicamente por la Secretaría de Salud (a la cual le corresponde asumir el rol rector y regulador del sector), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) (encargado de recaudar y administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleados destinados a financiar servicios de salud y prestaciones por incapacidad, vejez y muerte) y un subsector privado conformado por instituciones con o sin fines de lucro. El país dispone de 8.7 médicos, 3.2 enfermeras profesionales y 2.6 odontólogos por cada 10.000 habitantes.

Se estima que el 52% de la población es atendida por los servicios de la Secretaría de Salud, un 11% por el IHSS y alrededor de un 15% por el subsector privado. La red de servicios de atención ambulatoria de la Secretaría de Salud esta conformada por 1136 unidades productoras de servicios (US) y una red de atención hospitalaria que cuenta con 28 hospitales y 4.093 camas con diferente capacidad resolutive; ambas redes se relacionan mediante un débil sistema de referencia y contrarreferencia.

Durante la última década, la infraestructura en salud ha experimentado un prolongado deterioro, en este mismo periodo la pobreza y la marginalidad se han profundizado. Una proporción importante de la población hondureña sufre actualmente las consecuencias de la desigualdad económica con graves implicaciones en sus condiciones de vida, que se manifiestan en problemas de acceso a los servicios de salud, incapacidad financiera para enfrentar los riesgos de enfermar y el deterioro de su estado de salud.

Ante esta situación la Secretaría de Salud ha definido como parte fundamental de su política “hacer efectivo el acceso a la salud para todos los hondureños y hondureñas, en especial para las poblaciones mas postergadas” impulsando diferentes programas y proyectos orientados a mejorar el acceso a servicios de salud, las condiciones de oferta pública, promover la participación social y de los gobiernos municipales para la toma de decisiones en salud, con el apoyo de agencias internacionales de cooperación.

53 Indicadores Nacionales, Secretaría de Salud Honduras, 2005.

Uno de los avances más significativos del régimen municipal hondureño ha sido la creación y consolidación de mancomunidades o asociaciones de municipios, las cuales tienen su fundamento legal en la ley de municipalidades (Art. 20 del capítulo único). Desde 1995 cuando inició esta iniciativa, se han conformado aproximadamente 54 mancomunidades a lo largo del país con desarrollo muy disímil entre ellas. Aún no se cuenta con una reglamentación en su organización, funcionamiento y financiación pero la Asociación de Municipios de Honduras - AMHON se encuentra trabajando en esto. Sin embargo se han evidenciado logros y avances importantes en algunas de ellas con niveles de organización y resultados bastantes satisfactorios.

Esta modalidad de organización municipal ha hecho posible el establecimiento de alianzas estratégicas consensuadas entre los municipios y la Secretaría de Salud, para lograr el desarrollo municipal en salud, en donde cada vez los gobiernos municipales están asumiendo un rol protagónico considerando su responsabilidad y desafíos como autoridades locales por alcanzar mejores condiciones de vida y bienestar para sus habitantes.

■ CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MANCOMUNIDADES

Población: aproximadamente el 70% de la población se concentra en el área rural de los municipios, y cerca de un 35% de la población corresponde a grupos indígenas lenkas, chortis y afrodescendientes; la zona de estudio se caracteriza por un alto grado de dispersión geográfica.

En términos generales la población de estas mancomunidades es joven, el 52% son mujeres y el 42% son hombres; la tendencia de crecimiento de población de estos municipios es de 4,5%, siendo las mancomunidades de mayor crecimiento poblacional la de Mamuca, Amfi y Mancorsaric; este rápido crecimiento poblacional está relacionado con una alta tasa de natalidad que en promedio es de 3,5%.

Actividad Económica: la principal actividad económica de las zonas de estudio está relacionada con la agricultura y la ganadería, en menor escala con el comercio, la industria y la explotación forestal. La ocupación principal de la población en estos municipios es el trabajo por jornal, (52,5%) seguido por el trabajo independiente (26,2%) y en menor porcentaje el trabajo asalariado (13,7%). En términos generales se maneja una economía de subsistencia.

Nivel de Pobreza: según el Programa de las Naciones Unidas - PNUD, para el 2004 el índice promedio de desarrollo humano de estas mancomunidades era de 0.548, sin embargo los municipios fronterizos del departamento de Intibucá y Copán presentan un IDH muy por debajo del promedio nacional que es de 0.638. El 60% de las familias tienen un ingreso promedio mensual de Lps.1.200 (mil doscientos lempiras) equivalente a un aproximado de US\$ 63.15. Estos indicadores se reflejan en la situación de pobreza que presentan estos municipios, donde el 70% de los hogares en promedio presentan más de tres necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Situación de Salud: entre las primeras diez causas de morbilidad de las mancomunidades se destacan las IRAS, diarreas, parasitismo intestinal, problemas de piel y enfermedades de transmisión vectorial; este perfil epidemiológico es resultado de problemas ambientales, hídricos, estilos de vida y comportamientos de la población, siendo los grupos de mayor riesgo los niños menores de cinco años y la población económicamente activa.

El promedio de la tasa de mortalidad materna es de 133/100.000 nacidos vivos (n.v.), superando a la nacional que es de 108/100.000 (n.v.) y la tasa de mortalidad infantil es de 7/1.000 (n.v.); al comparar las mismas con el año anterior se observa un incremento del número de casos de muertes maternas, no así la mortalidad infantil que tiende a disminuir ligeramente. La tasa de fecundidad sigue siendo alta (5.6 en el área rural y 3.5 en el área urbana) en comparación con la nacional que es de 3.5, la misma se asocia al nivel educativo de la población en edad fértil y la oportunidad de acceso a los servicios de salud reproductiva entre otros factores. El promedio de cobertura de agua y saneamiento oscila entre un 64% y 49% respectivamente.

2.3.2. Proceso de Análisis

Uno de los resultados esperados de los estudios de exclusión en salud en las mancomunidades es que sirvan de base para formular e implementar planes de acción para la extensión de la protección en salud en los municipios, con participación intersectorial considerando el carácter multicausal del problema de exclusión, así como la responsabilidad de la autoridad Sanitaria Nacional en el ejercicio de la funciones de regulación, garantía del aseguramiento y provisión de servicios.

Un primero paso fue la sensibilización de todos los actores claves de la Secretaría de Salud desde el nivel político, técnico normativo hasta el nivel intermedio y local, así como a los alcaldes municipales y líderes comunitarios y otros actores institucionales con presencia en los municipios. A través de reuniones con autoridades políticas de la Secretaría de Salud y la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), Presidentes de Mancomunidades, alcaldes municipales y Equipos de Salud a nivel nacional, departamental y local.

Posteriormente se conformaron los equipos: un equipo técnico nacional y cuatro equipos técnicos a nivel local, uno por mancomunidad para la conducción técnica, logística y operativa del proceso de caracterización de la exclusión en salud en los municipios. Estos equipos fueron sometidos a un proceso de capacitación continua en aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos sobre el tema de exclusión y protección social en salud, así como en políticas y estrategias nacionales y locales relacionadas con la problemática.

■ UNIVERSO Y MUESTRA

El área de estudio estuvo constituida por 20 municipios asociados en cuatro mancomunidades del país, localizadas en los Departamentos de Norte de Copán (Mancorsaric), Intibucá (Amfi), Norte de Choluteca (Solidaridad), y Centro de Atlántida (Mamuca); fueron seleccionadas de manera intencional por su condición de postergación geográfica y económica y por el interés de sus gobiernos locales y de la Secretaría de Salud para validar la metodología para su institucionalización.

La población total de las cuatro mancomunidades es de 338.255 habitantes, para un total de 35.080 hogares. Para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra probabilística de 6.364 hogares para lo cual se determinaron conglomerados (cabeceras municipales) y sub-conglomerados (aldeas y caseríos) considerando el 30% de población urbana y el 70% de población rural por ser ésta la distribución poblacional de la mayoría de las mancomunidades.

Para realizar el presente estudio se utilizó la muestra estadística recomendada por Daniel Weith para el estudio de poblaciones finitas o conocidas, determinándose la misma por conglomerados (Municipios) y sub - conglomerados (Comunidades) los cuales fueron seleccionados al azar.

Con lo anterior, el tamaño de la muestra por mancomunidad fue la siguiente:

Tabla 40. Unidades muestrales por Mancomunidad y unidad de análisis

MANCOMUNIDAD	MUESTRA / UNIDAD DE ANÁLISIS
Mancorsaric	1.876 hogares / 11.457 miembros / promedio 6,1 personas por hogar
Amfi	1.741 hogares / 10.381 miembros / promedio 5,9 personas por hogar
Mamuca	1.995 hogares / 10.725 miembros / promedio 5,1 personas por hogar
Solidaridad	1.115 hogares / 5.948 miembros / promedio 5,3 personas por hogar

FUENTE: Elaboración propia.

■ MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Como principal fuente de información se utilizó la encuesta de hogar diseñada, validada y aplicada por el personal local de salud y personal de la Unidad Técnica de cada mancomunidad con el apoyo técnico de miembros del equipo departamental de Salud, OPS, ASDI y el Programa Acceso. (Ver Anexo 4 Encuesta de hogares mancomunidades HON).

Este proceso implicó las siguientes actividades: Diseño del instrumento de investigación, capacitación de 60 encuestadores y 25 supervisores sobre manejo y uso del instrumento, determinación de la muestra, técnica de la entrevista y responsabilidades del encuestador/supervisor y el levantamiento de información.

Como fuentes secundarias se consultaron informes publicados por organismos nacionales e internacionales tales como: El Instituto Nacional de Estadística (INE), Informes de la Secretaría de Salud, informes de la situación de salud de los departamentos involucrados, e Informes del Programa de Naciones Unidas para Desarrollo Humano, entre otros.

La tabulación y análisis de la información recolectada se hizo mediante el programa computarizado Epiinfo versión 6.04, definiendo previamente una base de datos a partir del instrumento diseñado para la captación de los datos.

Tabla 41. Indicadores y variables seleccionadas para la medición y su valoración

CATEGORÍA	VARIABLES	INDICADORES
Población	- Distribución poblacional - Edad - Sexo	% de población área urbana y rural < de 5 años; 10-19 años; 12-49; > de 65 - Masculino y femenino
Cobertura	- Demanda asistida por los servicios de salud de la mancomunidad - Población no cubierta por seguro médico	% de personas que enfermaron en los últimos seis meses al momento de aplicarla encuesta y que accedieron al servicio de salud en relación al total de enfermos encuestados % de población que cuenta con seguro médico
Infraestructura	Distribución geográfica de la red de servicios de la mancomunidad	- No. y tipo de servicios de salud disponibles en las mancomunidades - No. De Recursos humanos Institucionales y forma de distribución - Proporción de institucional caracterizado por grado académico en relación con el tamaño poblacional
Accesibilidad	- Población bajo línea de pobreza - Ingreso familiar mensual - Gasto de bolsillo como proporción del gasto total del hogar - Distancia y tiempo	% de hogares con más de tres NBI < de Lps 1.200.00 - Lps 1.200 – 1500; > de Lps 2.000.00 - Menos de 1 hora del SS; más de 1 hora del SS
Proceso	- Parto institucional - Mujeres embarazadas que no alcanzan el número normado de controles prenatales	% de partos no institucionales % de mujeres embarazadas que no cuentan con el # de controles prenatales según normas de atención % de niños > de 5 años con esquemas de vacunación incompleta

FUENTE: Adaptado de “Guía Metodológica de Caracterización de la Exclusión en Salud” 2001- OPS/OMS.

2.3.3. Estructura del sistema de Salud en las Mancomunidades

■ INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD

El sistema de salud en estas mancomunidades está constituido fundamentalmente por el subsistema público a través de la Secretaría de Salud como una opción de oferta de servicios públicos. La red disponible de servicios con sus recursos humanos y tecnológicos tiene mayor capacidad de resolución para el primero y segundo nivel de atención. Este subsistema tiene como función principal la prestación de servicios.

La red de servicios de salud está constituida por 6 clínicas materno infantiles, 27 centros de salud con médico odontólogo (CESAMO), ubicados en las cabeceras municipales y 51 centros de salud rural, atendidos por auxiliares de enfermería (CESAR) los cuales se localizan en las comunidades con promedio de 3.000 habitantes; se agrega a esta red los servicios de atención primaria y promoción de la salud a nivel comunitario, facilitados por personal comunitario de salud y algunas organizaciones no gubernamentales. Esta red de servicios se articula a nivel departamental con cinco hospitales de referencia que están localizado en los municipios con mayor concentración poblacional (San Lorenzo, Santa Rosa de Copán, Tela, Ceiba, La Esperanza).

El sistema de salud se caracteriza por ser fragmentado, desarticulado tanto a nivel interno del subsistema, como con otros subsistemas externos, con una débil regulación y carente en un 95% de mecanismos de aseguramiento.

■ RECURSOS HUMANOS

Las mancomunidades cuentan con un total de 88 profesionales y técnicos en salud, siendo las auxiliares de enfermería el personal más numeroso (91%), seguido de los técnicos en salud ambiental (36%), médico (18%), los municipios de San Jerónimo en Mancorsaric y San José de Solidaridad carecen de este recurso, además cuentan con 16 enfermeras profesionales y 4 técnicos en laboratorio.

La relación médico - población responde al estándar nacional (1/10.000 habitantes), no así la de otros profesionales como la del odontólogo, enfermera profesional, técnico en salud ambiental y técnicos en laboratorio donde la brecha es significativa ya que no responde a los estándares mínimos. En el caso de las auxiliares de enfermería la relación corresponde a 3,7 auxiliares por 10.000 habitantes, como se puede deducir el mayor porcentaje de atenciones lo está brindando este personal principalmente en el área rural.

No existe una distribución equitativa de los recursos humanos considerando los diferentes estratos de la población, ya que la mayoría de los servicios y personal de salud se ubica en los municipios de mayor concentración poblacional, menor nivel de pobreza y mejores condiciones de accesibilidad geográfica, mientras que los municipios más postergados como San José, San Isidro (Solidaridad), San Jerónimo, Cabañas (Mancorsaric) y San Antonio (Amfi) entre otros, con comunidades mas pequeñas y dispersas y con mayores niveles de pobreza, disponen de menos recursos y servicios de atención en salud.

■ FINANCIAMIENTO Y GASTO EN SALUD

El subsistema de salud de las mancomunidades se financia mediante fondos públicos, fondos de cooperación externa y pago directo de hogares por los servicios de salud recibidos, mediante la cuota de recuperación la cual es distribuida entre el servicio de salud y la Dirección Departamental de Salud. El financiamiento público proviene de la recaudación fiscal y la asignación presupuestaria por parte del gobierno a los servicios de salud a través de la Secretaría de Salud; esta asignación se realiza sin considerar criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad y de garantía de acceso de la población a servicios de salud.

Otra fuente de financiamiento la constituye la cooperación externa a través de proyectos específicos que buscan contribuir con el mejoramiento del acceso y condiciones de salud, como es el caso de ASDI, la Agencia de Cooperación Española, la Agencia de Cooperación Canadiense y el Banco Mundial.

El promedio del gasto en salud en las mancomunidades estudiadas representa el 48,6% del gasto total y la mayor inversión del gasto público está orientado al pago de salarios por servicios profesionales, seguido del gasto en medicamentos, insumos y materiales médicos.

2.3.4. Panorama de la Exclusión de las Mancomunidades

En promedio, un 44% de la población de las Mancomunidades no accede a los servicios de salud cuando lo requiere. La mediana del porcentaje de la población que habiendo percibido una necesidad de salud decide no buscar servicios de salud (autoexcluirse) es de 37%. Los resultados del estudio muestran que el problema de exclusión social en salud en las mancomunidades investigadas está determinado por múltiples factores, muchos de los cuales están relacionados en forma directa con el proceso de atención en salud producida por el subsistema público de las mancomunidades y otros con la situación socioeconómica de la población como la pobreza, el desempleo y el subempleo, la ruralidad, la inequidad en la distribución de los medios de producción, patrones culturales y analfabetismo, entre otros.

En este apartado se presentan los resultados del estudio desagregados por mancomunidad de acuerdo a los indicadores y variables considerados para la medición.

■ INDICADORES DE POBLACIÓN

El promedio de edad del jefe de hogar es de 45 años. Del total de 6.364 jefes de hogar, 80,8% corresponde al sexo masculino, el 76,3 % se encuentran casados o en unión libre y del total de los jefes de hogar investigados sólo el 21,7% cuenta con primaria completa; en el caso de los municipios del centro de Atlántida (Mamuca), el 71,4% de los jefes de hogar tienen primaria incompleta.

Las mancomunidades de municipios del norte de Copán (Mancorsaric) y municipios fronterizos de Intibucá (Amfi) muestran los porcentajes más altos de analfabetismo 31,7% y 38,3% respectivamente; esta situación está relacionada con su aislamiento geográfico y sociocultural.

Tabla 42. Distribución porcentual de características seleccionadas del jefe de hogar por Mancomunidad, 2004

VARIABLES	AMFI (%)	MAMUCA (%)	MANCORSARIC (%)	SOLIDARIDAD (%)	PROMEDIO (%)
Hombre	79,8	76,6	87,4	79,7	80,8
Mujeres	20,2	23,4	12,6	20,3	19,1
Casado o unión libre	80,9	71,3	81,8	71,3	76,3
Soltero, separado, divorciado, viudo	19,1	29,3	18,2	28,7	23,8
Ningún nivel de escolaridad	31,7	16,6	38,3	29	28,9
Primaria incompleta	39,1	71,4	44,3	42,1	48,9
Primaria completa	29,0	11,5	17,3	29	21,7
N° de hogares encuestados	1.741	1.995	1.513	1.115	6.364

FUENTE: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios.

Se puede observar que del total de 9.491 personas que trabajan, en promedio el 52,5% se desempeña como jornalero, que es el trabajo en que el empleador paga a sus trabajadores por día o por tarea. El 26,2% se dedica al trabajo independiente generalmente en el área del comercio informal, principalmente en las mancomunidades de los municipios del Norte de Choluteca (Solidaridad) y municipios del Centro de Atlántida (Mamuca) a nivel urbano. El 13,7% se ubican en la categoría de asalariados que en su mayoría son pagados por debajo del salario mínimo nacional.

Tabla 43. Distribución porcentual de la población según categoría ocupacional por Mancomunidad, 2004

CATEGORÍA OCUPACIONAL	AMFI	MAMUCA	MANCORSARIC	SOLIDARIDAD	TOTAL
Asalariado	5,7%	21%	9,8%	18,4%	13,7%
Jornalero	73,8%	50,1%	58,8%	57,5%	60,0%
Independiente	20,5%	28,9%	31,4%	24,1%	26,2%
Nº Ocupados	2.747	2.736	2.494	1.514	9.491

FUENTE: Encuesta de hogar aplicada en mancomunidades de municipios.

Del total de población encuestada el 53,1% representa la población económicamente activa (PEA) de las cuatro mancomunidades, de este porcentaje el 49% está desocupada debido a la falta de fuentes de empleo en los municipios y bajo grado de escolaridad de la población, entre otras causas. Las mancomunidades que presentan mayores niveles de desempleo son las de los municipios del centro de Atlántida y norte de Choluteca; este fenómeno está obligando a los hombres jefes de hogar a emigrar a otros países en busca de mejores oportunidades, lo que afecta la protección de la familia en salud y en otros aspectos y profundiza la situación de exclusión por falta de capacidad de pago, principalmente de la mujer que se convierte en jefa de hogar.

Tabla 44. Porcentaje de la población en edad activa y situación ocupacional por Mancomunidad, 2004

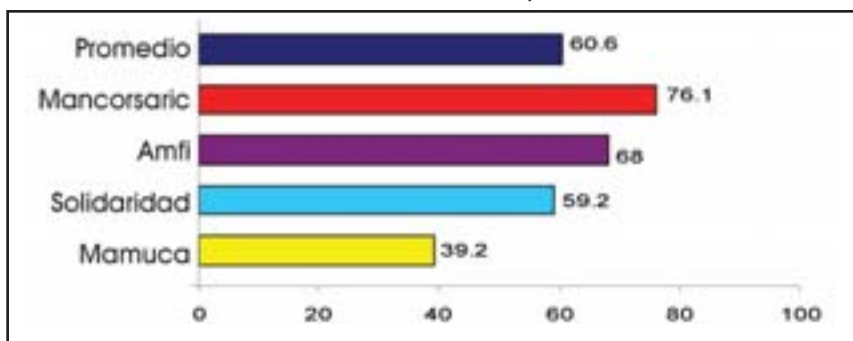
SITUACIÓN OCUPACIONAL	AMFI (%)	MAMUCA (%)	MANCORSARIC (%)	SOLIDARIDAD (%)	PROMEDIO (%)
PEA	51,9	54,8	53,4	52,5	53.1
Población Ocupada	51,0	49,1	55,1	48,5	51.0
Población Desocupada	48,0	50,9	44,9	51,5	49.0

FUENTE: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios.

El 60,6% de los hogares tienen un ingreso promedio mensual menor a Lps. 1.200, lo que limita el acceso de la población a los servicios de salud, principalmente para las mujeres embarazadas y las madres con niños menores de 5 años. De acuerdo a los resultados del estudio, el promedio de gasto de bolsillo por atención es de Lps. 72,4, y en algunas mancomunidades como Mamuca, este gasto asciende a Lps. 95,7, gasto que en un 80% es destinado a la compra de medicamentos.



Gráfico 27. Ingreso Promedio Mensual (Lps. 0 - 1,200) de la familia por Mancomunidad, 2004



FUENTE: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios.

■ INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

● *Necesidades básicas insatisfechas (NBI)*

Del total de 6.364 viviendas encuestadas, se encontró que en promedio, 36,1% presentan paredes de desecho. En el caso de Amfi esta cifra se eleva a un promedio de 93,7%. Resulta evidente el problema de hacinamiento en la mayoría de los municipios de las mancomunidades (43,1%), este problema se acentúa en las mancomunidades con población indígena y está asociado con la situación socioeconómica de los hogares, que en un 56% tienen más de tres dependientes por ocupado y un promedio de 5,3 miembros por familia.

En el 22% de las viviendas se encontraron niños de 6 a 14 años que no asisten a la escuela, en el caso particular de la Amfi este porcentaje asciende a un 55%.

Tabla 45. Estratificación según NBI por Mancomunidad, 2004

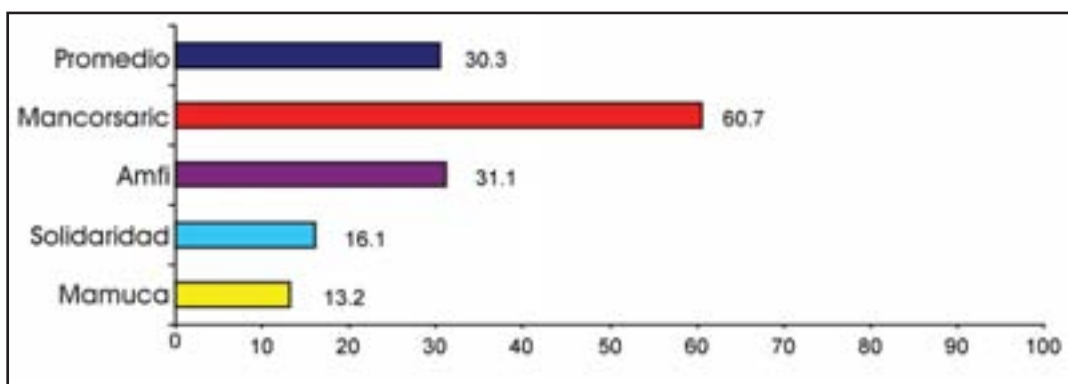
VARIABLES	AMFI	MAMUCA	MANCORSARIC	SOLIDARIDAD	PROMEDIO
Paredes de desecho	93,7%	15,5%	31,9%	3,5%	36,1%
Hacinamiento	44,1%	33,0%	48,9%	46,5%	43,1%
Niñas (6-12) que no asisten a la escuela	54,8%	6,4%	16,7%	10,4%	22,0%
Mas de 3 dependientes por ocupado	54,8%	52,2%	53,4%	62,8%	55,8%
N° de viviendas	1.471	1.995	1.513	1.115	6.364

FUENTE: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios.

• Hogares sin Acceso a Agua Potable

En la gráfica siguiente se observa que en promedio el 30,3% de las viviendas encuestadas no tienen acceso a agua potable para consumo humano dentro de la propiedad. Al observar los porcentajes de manera individual Amfi y Mancorsaric son las mancomunidades con mayor problema de acceso a este servicio.

Gráfico 28. Porcentaje de Hogares si Acceso a Agua Potable dentro de la vivienda por Mancomunidad, 2004



FUENTE: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios.

• Hogares sin acceso a sistema de eliminación de excretas

Al igual que en la situación anterior, en promedio el 34,6 % de las viviendas carecen de un sistema adecuado para la eliminación de excretas, siendo Amfi y Mancorsaric las mancomunidades que presentan mayor grado de exclusión; en las viviendas rurales las letrinas se constituyen en la alternativa para la disposición de excretas.

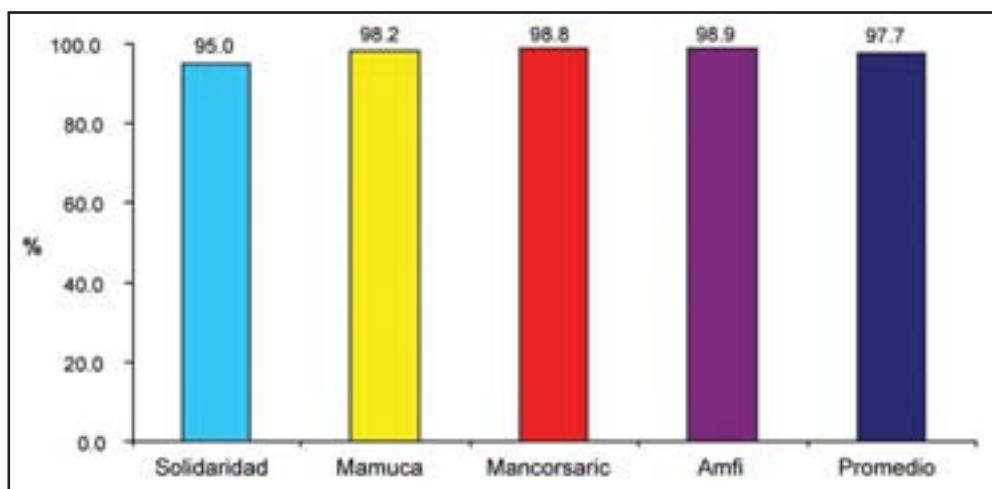
Se estima que a nivel nacional más de 1.500.000 habitantes están excluidos de cualquier tipo de sistema de eliminación de excretas, agudizándose este problema en el área rural.

• Población no cubierta por un sistema de seguro

En promedio el 98% de las personas que viven en el hogar y trabajan no tienen ningún tipo de seguro médico, esta problemática es crítica a nivel nacional ya que del total de población del país únicamente un 17% posee algún tipo de seguro en salud, donde se incluye el Instituto Hondureño de Seguridad Social - IHSS con una cobertura del 13%.



Gráfico 29. Población si seguro médico por Mancomunidad, 2004



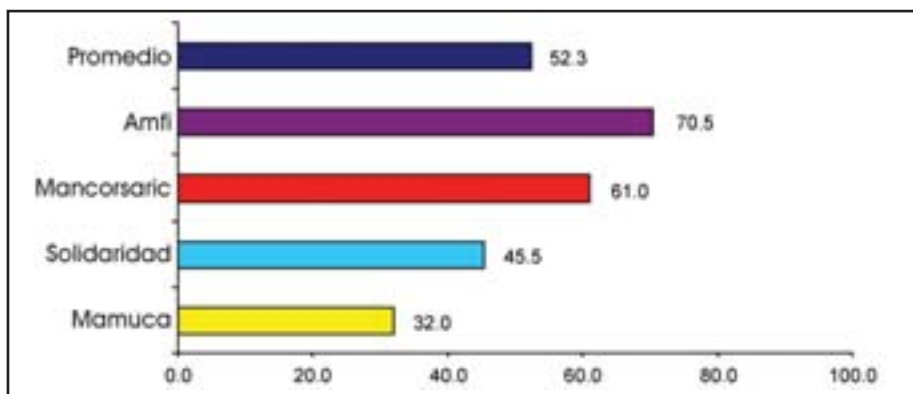
FUENTE: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios.

Es importante mencionar que el sistema público de salud no tiene definida una política ni desarrolla la función de aseguramiento y el IHSS y el sector privado esta concentrado en las ciudades de mayor concentración poblacional y que se constituyen en los principales polos de desarrollo, lo que señala la poca capacidad de expansión de los mismos en términos de cobertura.

• **Inaccessibilidad Geográfica**

En promedio el 50% de la población entrevistada de los municipios de las Mancomunidades invierten más de una hora para llegar a la unidad de salud más cercana; en el caso de la población de las mancomunidades del norte de Copán y los municipios fronterizos de Intibucá este porcentaje es mayor debido a la alta dispersión geográfica, el alto grado de ruralidad y la carencia de medios de transporte. En muchas ocasiones esta situación se convierte en una causa de exclusión por la falta de readecuación de servicios de salud incluyendo la inflexibilidad en los horarios de atención establecidos por el servicio de salud.

Gráfico 30. Porcentaje de la población que tarda más de una hora para llegar a la unidad de salud más cercana por Mancomunidad, 2004



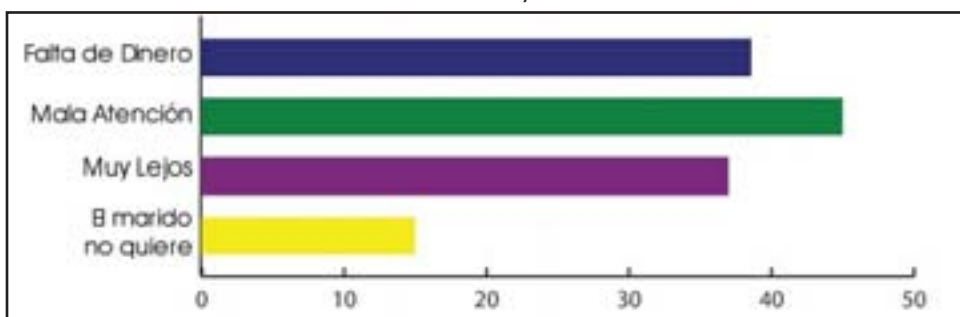
FUENTE: Encuesta de hogar, aplicada en Mancomunidades de municipios.

■ INDICADORES DE COBERTURA DE LA RED DE SERVICIOS

● *Demanda asistida*

La estimación de la cobertura real se efectuó tomando como base la población que se había enfermado o accidentado en los últimos seis meses al momento de aplicar la encuesta. La mediana del porcentaje de población que sintiéndose enferma no consultó fue de 37%. Del total de personas que se enfermaron o accidentaron, 45% refirió que no acudió al servicio de salud por mala atención recibida por el personal institucional, la cual es percibida por el maltrato, la falta de oportunidad de la atención, la falta de resolución del problema y respuesta incompleta; el 38% por falta de dinero asociado a la situación de pobreza de los hogares; 37% por problemas de distancia, 15% porque el marido no quiere y el 14% falta de tiempo. Las personas más excluidas por estas razones son las mujeres, principalmente en el área rural.

Gráfico 31. Porcentaje de la población enferma que se autoexcluye según razón de no consulta, 2004

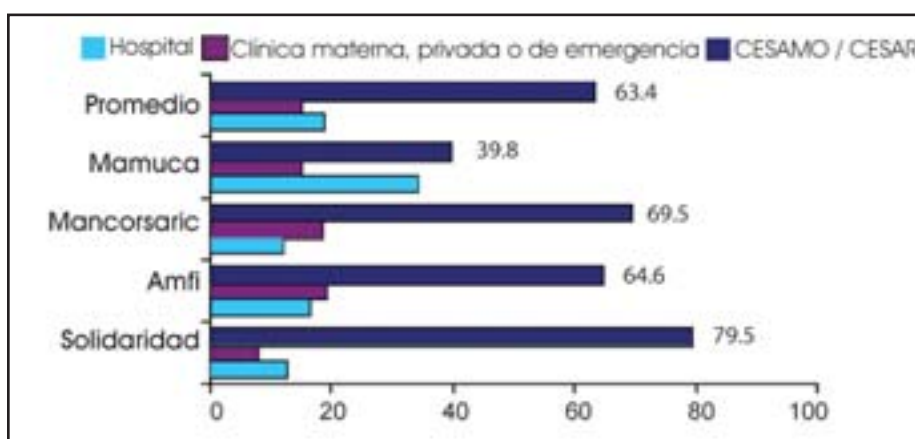


Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios.

De las personas que enfermaron y consultaron, en promedio 63,4% acudió al servicio de salud (CESAMO o CESAR) y el 18,9 % asistió al hospital más cercano. Cuando se les consultó por quién habían sido atendidos el 60,2% refirió que fue atendido por un médico, con excepción de cuatro municipios que corresponden a las mancomunidades de Solidaridad y Mancorsaric, en los cuales, aunque el servicio de salud esta categorizado como CESAMO, no cuenta con médico por razones de traslado de plazas a sedes municipales más accesibles geográficamente y que satisfacen intereses personales.

La auxiliar de enfermería se convierte en el recurso que más consulta la población debido a que el CESAR es la unidad más accesible económica y geográficamente, con mayor grado de articulación con la red de servicios de atención a nivel comunitario. Llama la atención la insuficiente demanda que se observa hacia las clínicas maternas infantiles disponibles en las mancomunidades, lo que exige una investigación adicional al respecto.

Gráfico 32. Porcentaje de la población que se enferma o accidenta según Unidad de salud a la que asiste por Mancomunidad, 2004



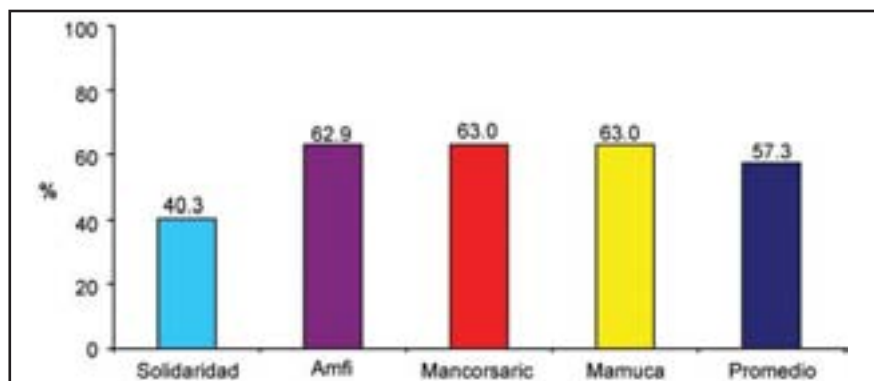
FUENTE: Encuesta de hogar aplicada en mancomunidades de municipios.

■ INDICADORES DE PROCESO

● *Atención de partos no institucionales*

Para determinar el porcentaje de partos no institucionales se investigó el número de mujeres que estuvieron embarazadas en los últimos doce meses al momento de aplicar la encuesta. Se encontró que el 57,3% de las mujeres que estuvieron embarazadas en este período tuvieron su parto en casa y fueron atendidas por partera tradicional; sin embargo, este promedio esconde la situación que presentan varios municipios en las cuatro mancomunidades como por ejemplo: Colomoncagua (79%), San Marcos (78,1%) Copán Ruinas (71%), San Antonio (70%) y Concepción (70%).

Gráfico 33. Porcentaje de partos no institucionales por Mancomunidad, 2004



FUENTE: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios.

Las mancomunidades de los municipios fronterizos de Intibucá y Norte de Copán es donde se presenta el mayor porcentaje de mujeres cuyo parto es atendido en el hogar. La situación anterior obedece a comportamientos culturales del hombre y de la mujer, a la falta de conocimientos sobre los factores de riesgo del embarazo y parto y al nivel de ingresos del hogar. Desde la dimensión institucional obedece a la falta de seguimiento y revisión sistemática de las estrategias de intervención para aumentar las coberturas del parto institucional y a la falta de focalización de los grupos con mayores problemas de exclusión.

● **Controles prenatales**

El porcentaje de mujeres que no cuentan con el número normado de controles prenatales, se definió considerando la norma de cinco controles como máximo y tres como mínimo, que debe tener una mujer embarazada en su periodo de gestación. De las 404 mujeres embarazadas entrevistadas, el 26% no contaba con el número normado de controles prenatales, principalmente en las mancomunidades de los municipios fronterizos de Intibucá (35%), municipios del centro de Atlántida (22%) y municipios del norte de Choluteca (20%); es importante resaltar que al momento de hacer la verificación del carné de vacunación más del 70% de estas mujeres tienen sus esquemas completos de vacunación, lo que significa que han recibido atención institucional por parte del personal, sin embargo estas mujeres están siendo excluidas por la falta de atención integral y continuidad de la misma.

● **Programa de vacunación**

Los datos de la encuesta arrojaron que del total de niños menores de 2 años identificados el 7,6% no tiene el número de dosis jornada de la vacuna que Sabin y un promedio de 14% no cuenta con la dosis jornada de la vacuna de SRP, este problema se presenta en mayor grado en los municipios interfronterizos de Intibucá y municipios del centro de Atlántida, principalmente en los municipios más postergados.

Tabla 46. Porcentaje de hogares con niños menores de 2 años con esquema de inmunización, por mancomunidad, 2004

NIÑAS Y NIÑOS VACUNADOS POR TIPO DE BIOLÓGICO	AMFI	MAMUCA	MANCORSARIC	SOLIDARIDAD	PROMEDIO
Porcentaje de niños vacunados	96,5%	94,6%	94,3%	95,9%	95,3%
Porcentaje de niños con carne disponible	92,9%	91,1%	95,5%	96,3%	93,9%
Porcentaje con 3 ^{era} . Dosis de Sabin	90,0%	79,6%	100%	100%	92,4%
Porcentaje de niños con dosis de SRP	69,2%	77,1%	100%	97,2%	85,8%
Nº de Hogar	1,741	1,995	1,513	1,115	6,364

FUENTE: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

2.3.5. Datos de exclusión dentro de las Mancomunidades

Además de permitir conocer y caracterizar la exclusión en salud a nivel subnacional, en este caso en cuatro mancomunidades, el estudio realizado dentro de cada mancomunidad reveló inequidades al interior de las mismas. Con los resultados obtenidos se pudo evidenciar que muchos municipios se encuentran en condiciones diferentes de exclusión dentro de las mismas mancomunidades. A continuación se presenta información y datos relevantes encontrados en las mancomunidades estudiadas donde muestran disparidades en los municipios analizados por mancomunidad.

2.3.5.1. Mancomunidad de municipios del Norte de Olancho (Mamno)

La mancomunidad de municipios del norte de Olancho esta conformada por los municipios de Concordia, El Rosario, Esquipulas del Norte, Guata, La Unión, Mangulile, Salamá, Silca y Yocón cuenta con un total de población de 71.926 habitantes de los cuales el 10,8% reside en el área urbano y 89,2% en el área rural.

La extensión territorial de la mancomunidad es de 3.883 km² con una densidad poblacional de 17 habitantes por km². Olancho es uno de los departamentos más extensos y rico en recursos naturales del país y fue considerado “como el granero de Centro América” por su alta producción de granos básicos. Esta ha disminuido por problemas de deforestación, sequía y por el éxodo de la población del campo a la ciudad. Las principales fuentes de ingresos son la agricultura y la ganadería en pequeña escala.

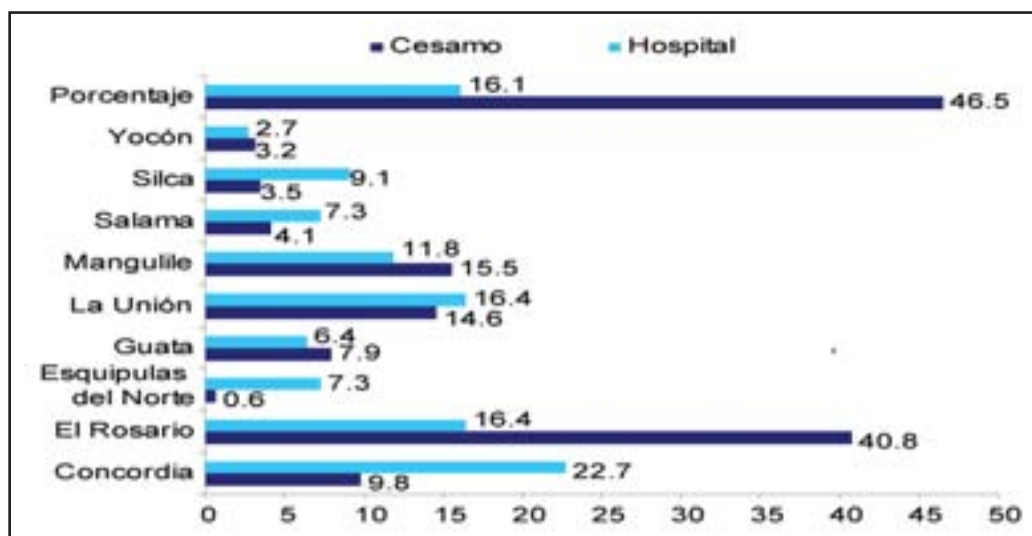
El sistema de servicios salud de la mancomunidad esta constituido por 1 clínica materno infantil y de emergencia médicas, 8 CESAMOS y 16 CESAR apoyados por una red de transporte de 4 vehículos y 11 motocicletas, para atender un promedio de 71.926 habitantes.

■ RESULTADOS

En relación al lugar de consulta y por quién fueron atendidos, de las personas que enfermaron y consultaron, el CESAMO es la opción más frecuente de los entrevistados en la mancomunidad, seguido por el hospital en promedio con un 46,5% y 16,1% respectivamente; el porcentaje restante se distribuye entre el CESAR con 13,3% atendido principalmente por auxiliar de enfermería. Se observan diferencias especialmente en los municipios de Esquipulas del Norte Concordia donde hay una afluencia mayor al Hospital por su cercanía y acceso geográfico.

Cuando se les consultó por quién habían sido atendidos, el 62,8% refirió que por personal médico, en el municipio de La Unión el 36,3% de las personas que buscaron ayuda fueron atendidas por el auxiliar de enfermería, lo que demuestra una inadecuada respuesta y procedimientos (calidad técnica, habilidad - técnica científica), considerando que ambos servicios poseen recursos médicos y otros para facilitar un segundo nivel de atención.

Gráfico 34. Lugar de consulta por personas enfermas o accidentadas, Mamno, 2004



FUENTE: Encuesta de hogar “Caracterización de Exclusión Social en Salud”.

■ NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

Del total de 1.861 viviendas investigadas se encontró que 55,8% tienen tres o más necesidades básicas insatisfechas lo que las ubica como hogares en condiciones de pobreza extrema, el 36,2% tiene dos necesidades básicas insatisfechas y solamente un 8,1% presenta una NBI.

Se observa que las carencias más altas están relacionadas en el 46,8% de los hogares con la alta carga económica (más de tres dependientes por ocupado y menos de tres años de escolaridad de uno de los cónyuges), en el 43,0% con problemas de hacinamiento (más de tres personas por habitación) y con vivienda sin servicios básicos 17,8% y 20,3% (sin agua dentro de la propiedad y sin servicio sanitario respectivamente); esta problemática es común en los nueve municipios de la mancomunidad, lo que los ubica en una situación mayor de exclusión y por tanto de mayor riesgo de enfermar por falta de cobertura de servicios básicos, situación de hacinamiento y carencia de fuentes de empleo.

Tabla 47. Estratificación según NBI por municipio, Mamno 2004

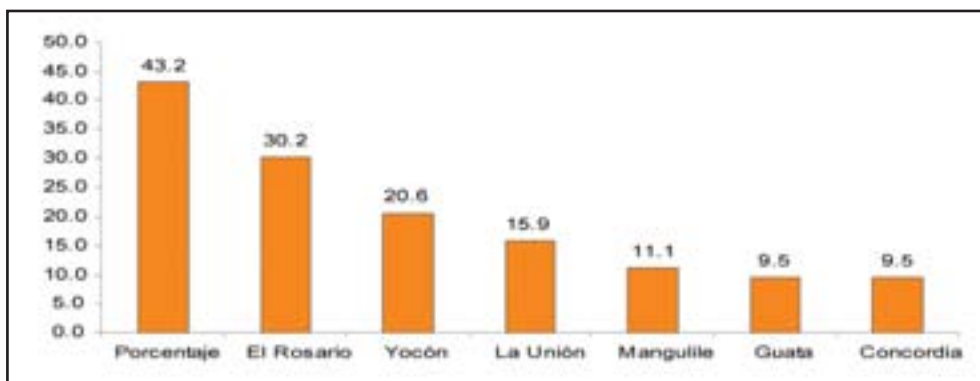
MUNICIPIO	PAREDES DE DESECHO	SIN AGUA DENTRO DE LA PROPIEDAD	SIN DISPOSICIÓN ADECUADA DE EXCRETAS	HACINAMIENTO	NIÑOS/AS (6 - 12) QUE NO ASISTEN A LA ESCUELA	MÁS DE 3 DEPENDIENTES POR OCUPADO
Concordia		19.4	2.4	16.1	0.8	51.2
El Rosario	32.2	9.6	50.5	70.2	2.4	55.3
Esquipulas del Norte	14.3	21.4	21.4	61.5	7.1	69.2
Guata	5.8	33.8	19.1	33.8	22.1	48.5
La Unión	3.6	28.6	21.3	42.6	5.7	27.2
Mangulile	16.9	17.9	17.9	67.4	24.1	61.6
Salama	2.3	3.5	2.4	28.2	2.4	37.3
Silca	3.2	3.2	6.4	31.8	1.6	30.2
Yocón	23.2	26.8	35.7	73.2	7.3	60.7
Porcentaje	11.0	17.8	20.3	43.2	6.1	46.8

FUENTE: Encuesta de hogar "Caracterización de Exclusión Social en Salud".

• Atención de partos institucionales

De los 1.010 hogares encuestados se encontró que en el 14,7% habían mujeres que tuvieron su parto en los últimos 12 meses al momento de la encuesta. De este porcentaje aproximadamente 2 de cada 5 (43%) tuvieron su parto en casa, siendo el municipio de El Rosario el que presenta mayor porcentaje de partos no atendidos por personal capacitado (30,2%). Estas madres por tanto se constituyen en un grupo de población excluida cuyo nivel esta determinado por las condiciones socioeconómicas y geográficas que presenta este municipio.

Gráfico 35. Porcentaje partos no institucionales según municipio, Mamno 2004



FUENTE: Encuesta de hogar "Caracterización de Exclusión Social en Salud".

2.3.5.2. Mancomunidad de municipios de Amfi

La mancomunidad de municipios de Amfi esta conformada por los municipios de Camasca, Colomoncagua, Concepción, La Esperanza, Magdalena, San Antonio, San Marcos de la Sierra y Santa Lucía cuenta con un total de población de 66.589 habitantes de los cuales el 8,3% reside en el área urbano y 91,2% en el área rural. Su topografía es irregular, algunos de sus municipios presentan problemas de accesibilidad geográfica y población dispersa.

La principal actividad económica es la agricultura, principalmente la producción de verduras y frutas (papa, lechuga, zanahoria, brócoli y repollo, plátano, banano, manzana y mango). En el último quinquenio ha surgido como cultivo alternativo la producción de la fresa. Otro rubro de la economía en este sector es la producción y venta de alfarería Lenca aunque en menor escala.

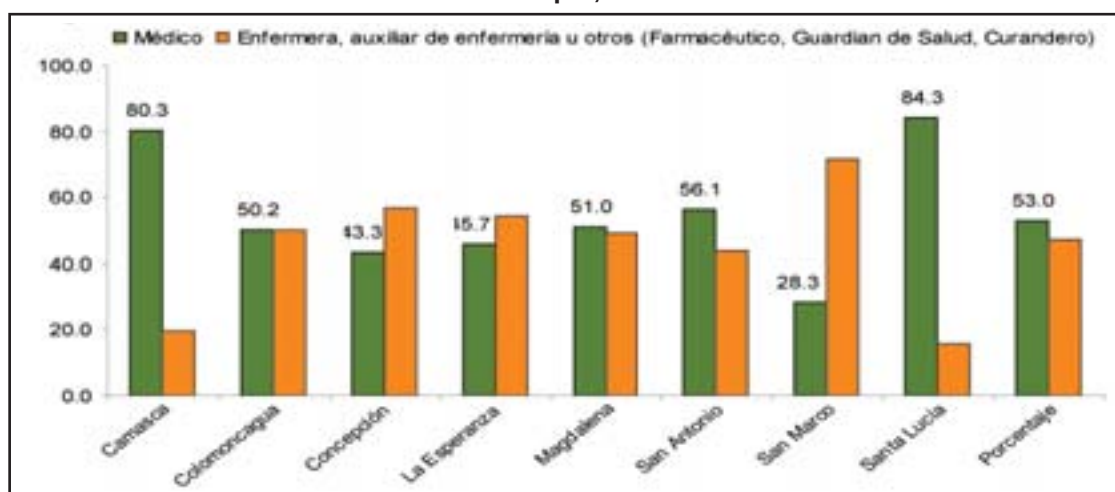
La red de servicios de salud se encuentra integrada por seis CESAMOS, seis CESARES y una Clínica materno - infantil para atender la totalidad de la población. El hospital de referencia más próximo se encuentra en el municipio de Intibuca.

La mortalidad infantil es de 29/1.000 nacidos vivos y 220/100.000 nacidos vivos respectivamente, situación que esta determinada entre otros factores por la baja cobertura de atención institucional de la población materna durante su periodo de embarazo, parto y puerperio, lo cual eleva las muertes perinatales y neonatales así como la prevalencia de enfermedades transmisibles como el dengue, Chagas, IRAS, diarreas y tuberculosis.

■ RESULTADOS

Cuando se les consultó por quién habían sido atendidos el 53% refirió que por personal médico, en el municipio de San Marcos de Sierra el 71,7% de las personas que buscaron ayuda fueron atendidas por auxiliares de enfermería y en otros casos por el guardián de salud, lo que demuestra una inadecuada respuesta y organización de los servicios de salud, resultando en una atención por recurso médico irregular dentro de la mancomunidad.

Gráfico 36. Porcentaje de población según recurso institucional que le atendió por municipio, Amfi 2004



FUENTE: Encuesta de hogar "Caracterización de Exclusión Social en Salud".

■ NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

En el análisis se observa que las carencias más altas están relacionadas con hogares que presentan una alta carga económica 54,8% (más de tres dependientes por ocupado y menos de tres años de escolaridad de uno de los cónyuges) problemas de hacinamiento 93,7% (más de tres personas por habitación) y vivienda sin servicios básicos 60,7% y 51,5% (sin agua dentro de la propiedad y sin servicio sanitario), esta problemática es común en los ocho municipios de la mancomunidad, sin embargo sobresalen los municipios de San Antonio, Camasca, Concepción y Colomoncagua lo que los ubica en una situación mayor de exclusión y por tanto de mayor riesgo de enfermar por falta de cobertura de servicios básicos, situación de hacinamiento y carencia de fuentes de trabajo.

Tabla 48. Estratificación según NBI por municipio, Amfi 2004

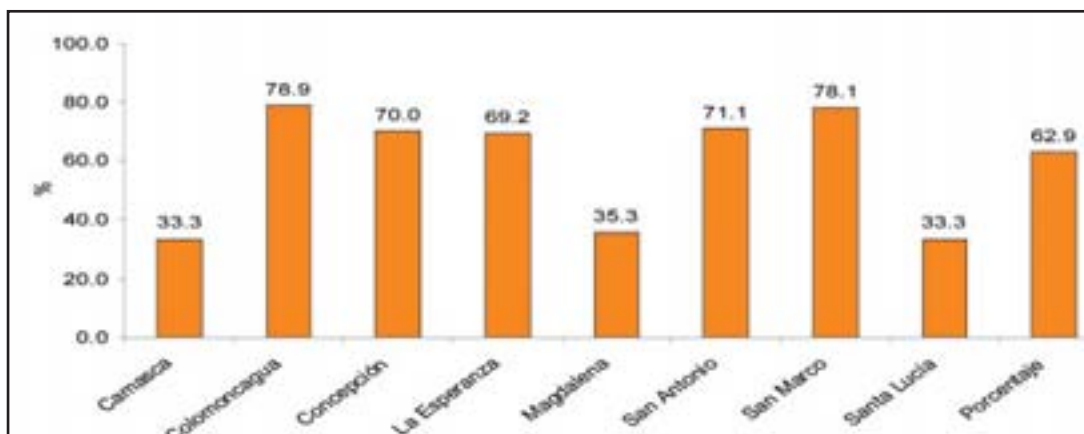
Viviendas que presentan las siguientes NBI	Camasca	Colomoncagua	Concepción	La Esperanza	Magdalena	San Antonio	San Marco	Santa Lucía	Porcentaje
Paredes de desecho	100	69,8	*	100	100	100	98,7	*	91,4
Sin agua dentro de la propiedad	98,1	36,9	100	5,1	62,0	99,0	47,6	*	60,7
Eliminación de excretas	90,4	31,8	100	6,1	10,1	98,9	45,7	*	51,5
Hacinamientos	100	82,6	100	97,1	100	87,6	98,7	100	93,7
Niñ@s (6-12) que no asisten a la escuela	81,8	14,5	*	*	*	40,5	82,4	*	44,1
Más de tres dependientes por ocupado	51,9	67,2	66,5	28,6	62,0	52,3	34,7	43,2	54,8

* No se presentan datos

FUENTE: Encuesta de hogar "Caracterización de Exclusión Social en Salud"

■ ATENCIÓN DE PARTOS INSTITUCIONALES

De los 1.741 hogares encuestados se encontró que en el 16,3% hubo mujeres embarazadas en los últimos 12 meses al momento de la encuesta. De este porcentaje aproximadamente 2 de cada 3 (62,9%) tuvieron su parto en casa, siendo los municipios de Colomoncagua, San Marco de Sierra los que presentan mayor porcentaje de partos no atendidos por personal institucional capacitado (78,9% y 78,1%). Este grupo de población por tanto se constituye en un grupo de población excluida cuyo nivel está determinado en gran parte por las condiciones socioeconómicas y geográficas que presentan estos municipios.

Gráfico 37. Porcentaje partos no institucionales según municipio, Amfi 2004

FUENTE: Encuesta de hogar "Caracterización de Exclusión Social en Salud.

2.3.5.3. Mancomunidad de Municipios del centro de Atlántida (Mamuca)

La mancomunidad de municipios del centro de Atlántida está conformada por los municipios de El Porvenir, San Francisco, La Masica, Esparta y Arizona; cuenta con un total de población de 95, 990 habitantes, de los cuales el 35,3% reside en el área urbana y 64,7% en el área rural. Es importante mencionar que la encuesta de hogar se aplicó solamente en los municipios de Arizona, El Porvenir, Esparta y Tela, lo que representa 143.872 habitantes, de los cuales 58,8% reside en el área rural.

La extensión territorial departamental es de 4.372 km² correspondiendo a la mancomunidad el 45,8% del territorio (2.002 km²) con una densidad poblacional de 41 habitantes por km². Por el tipo de clima y topografía del lugar, se cuenta con zonas pantanosas y planas, existe la reserva de Parque Nacional de Pico Bonito, Refugio de Vida Silvestre Texiguat, Parque Nacional Punta Izopo y el Refugio de Vida Silvestre de Cuero y Salado, siendo una zona de desarrollo turístico.

La mayoría de la población de los municipios que conforman la mancomunidad se dedica a la ganadería y a la producción de productos lácteos. Asimismo, se dedican al cultivo de palma africana y en menor escala a la agricultura de cultivos tradicionales arroz, frijoles y maíz. Igual que en el resto del país, las remesas del exterior son una fuente de ingreso de aproximadamente el 30% de las familias, asimismo se presenta el fenómeno de migración interna por parte de la población joven en búsqueda de insertarse en el mercado del sector maquilador.

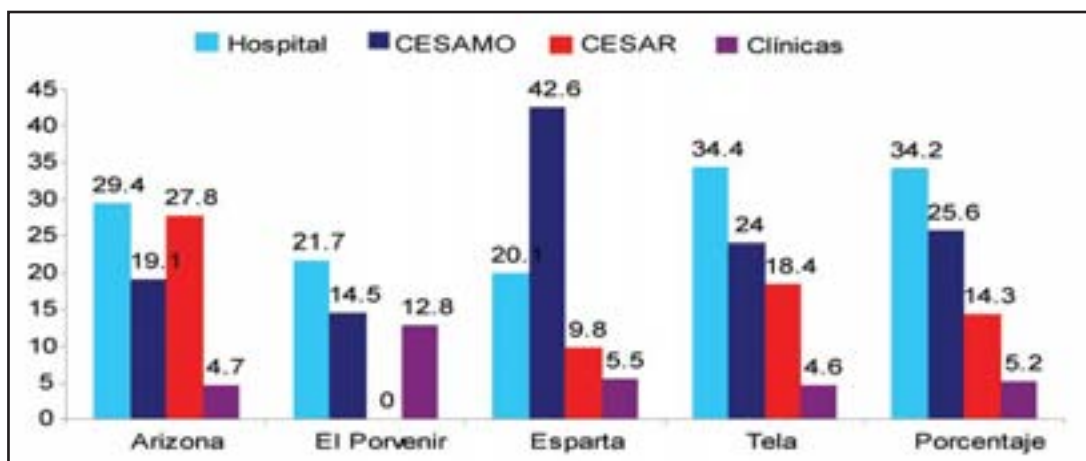
La red de servicios de salud está conformada por nueve CESAMOS y 14 CESARES; dos laboratorios clínicos y cuatro clínicas de odontología, además cuenta con 2 Hospitales de referencia que se localizan en los municipios de Tela y La Ceiba.

La tasa de mortalidad infantil es de 13,6/1.000 nacidos vivos, inferior dos puntos a la departamental que es de 15,2 /1.000 nacidos vivos; entre los factores que influyen en la mortalidad infantil se encuentra la baja cobertura y captación de la embarazada, lo cual eleva las muertes perinatales y neonatales. Asimismo el no contar con un sistema de referencia o de traslado oportuno de la comunidad hasta los servicios de salud.

■ RESULTADOS

En relación al lugar de consulta y por quien fueron atendidos, el 34,2% acudió al hospital, seguido del CESAMO donde acudió un 25% y el CESAR 4,3%. La población de los municipios con mayor demanda de atención a nivel del CESAMO es Esparta (42,5%) y Arizona al CESAR (27,8%) debido a que son las poblaciones más distantes de la sede de los hospitales del departamento.

Gráfico 38. Lugar de Consulta por Personas Enfermas o Accidentadas según municipio, Mamuca, 2004



FUENTE: Encuesta de hogar "Caracterización de Exclusión Social en Salud.

Cuando se les consultó por quién habían sido atendidos un 71% refirió que por personal médico, en el municipio de Arizona el 31% de las personas que buscaron ayuda fueron atendidas por la auxiliar de enfermería. En este caso la proporción de atención por personal médico en la mancomunidad es homogénea en los municipios que conforman la mancomunidad de Mamuca.

■ NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

Se observa que las carencias más altas están relacionadas con hogares que presentan una alta carga económica 52,2% (más de tres dependientes por ocupado y menos de tres años de escolaridad de uno de los cónyuges) problemas de hacinamiento 33% (más de tres personas por habitación) y vivienda sin servicios básicos 16,1% y 19,9% (sin agua dentro de la propiedad y sin servicio sanitario), esta problemática es común en los cuatro municipios de la mancomunidad, sin embargo sobresale el municipio de El Porvenir, Arizona y Esparta lo que los ubica en una situación mayor de exclusión y por tanto de mayor riesgo de enfermar por falta de cobertura de servicios básicos, problemas de hacinamiento y falta de empleo.

Tabla 49. Estratificación según NBI por municipio, Mamuca 2004

VIVIENDAS QUE PRESENTAN LAS SIGUIENTES NECESIDADES BÁSICA INSATISFECHA (%)	ARIZONA	EL PORVENIR	ESPARTA	TELA	PROMEDIO
Paredes de desecho	2,8	7,7	30,9	17,9	15,5
Sin Agua dentro de la propiedad	3,1	63,2	8,5	9,0	16,1
Sin disposición adecuada de excretas	9,1	62,2	13,6	13,0	19,9
Hacinamiento	37,5	26,4	32,7	33,2	33,0
Niños /as (6 - 12) que no asisten a la escuela	11,8	5,3	6,8	5,2	6,4
Más de 3 dependientes por ocupado	61,4	60,3	49,8	47,5	52,2
Nº de Viviendas	352	301	234	1.108	1.995

FUENTE: Encuesta de hogar "Caracterización de Exclusión Social en Salud".

■ GASTO FAMILIAR EN SALUD

De los 1,995 hogares investigados, el 42,7% han tenido gastos en los últimos seis meses para resolver sus problemas de salud que corresponde al gasto de bolsillo siendo el mismo de L.95,7 (5,0 dólares por persona) destinado a la compra de medicamento, pago de transporte, alimentación, consulta, alojamiento y otros; según la encuesta el 50,9% de este gasto está relacionado con la compra de medicamentos.

La situación anterior refleja que los servicios de salud proporcionan una oferta incompleta que no resuelve totalmente el problema de los usuarios, siendo este pago directo o de bolsillo el mecanismo de financiamiento para el servicio de medicamento por tanto la posibilidad de recibir atención depende de la capacidad de pago que tengan los usuarios, esta situación se convierte en

un elemento de exclusión generado por el sistema. Con base en estimaciones nacionales, cada hondureño gasta como promedio 59 dólares en salud, de este total los hogares pagan directamente de su bolsillo el 41,1% (\$ 24,3).

■ ATENCIÓN DE PARTOS INSTITUCIONALES:

Del total de hogares encuestados se encontró que en el 11,6% habían mujeres que tuvieron su parto en los últimos 12 meses al momento de la encuesta. De este porcentaje un promedio de 15,1% tuvieron su parto en casa, siendo el municipio de El Porvenir el que presenta mayor porcentaje de partos no atendidos por personal capacitado (48,4%). Estas madres por tanto se constituyen en un grupo de población excluida cuyo nivel esta determinado por las condiciones socioeconómicas y geográficas que presenta este municipio.

2.3.5.4. Mancomunidad de Municipios del Norte de Copán (Mancorsaric)

La mancomunidad de municipios del Norte de Copán está conformada por los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, cabañas y San Jerónimo situados en el norte del departamento de Copán en el occidente del país, cuenta con un total de población de 67.442 habitantes de los cuales el 84% reside en el área rural y un 16 % en el área urbana. Su extensión territorial de 850.7 Km² con una densidad de población de 79 habitantes por km². El 20 % de la población pertenece al grupo étnico Chorti, que se ubica en el municipio de Copán Ruinas conservando aún su cultura tradicional.

Recursos y actividad económica: Existe en esta zona uno de los patrimonios mundiales mas importantes como son las Ruinas de Copán, ricas en escultura e historia de la cultura Maya donde aún hay indicios sin investigar; este patrimonio se constituye en una de las principales fuentes de ingreso a través del turismo, especialmente para los municipios de Copán Ruinas y Santa Rita; asociado a este rubro también genera ingreso la producción de artesanías en pequeña escala. La ganadería se da en menor grado y es practicada por pequeños grupos.

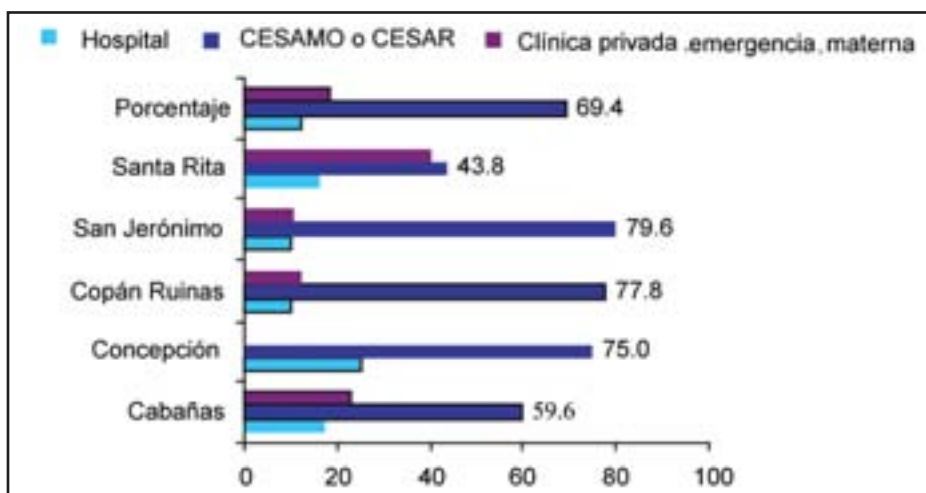
De acuerdo al informe análisis de situación de salud 2003 de la mancomunidad proporcionado por el equipo de salud del área, la tasa de mortalidad materna es de 267/100.000 (n.v.) superando a la nacional que es de 108/100.000 (n.v.). Las principales causas de muerte siguen siendo las hemorragias y la sepsis puerperal; la tasa de mortalidad infantil es de 11.3/1.000 (n.v.), producida por neumonías, diarreas, asfixia neonatal y malformaciones congénitas. En su mayoría estas muertes ocurren en las comunidades de difícil acceso geográfico. Las principales causas de enfermedad las constituyen las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, infecciones de la piel, la desnutrición y las enfermedades crónicas degenerativas.

■ RESULTADOS

Al investigar sobre el lugar de consulta el 69,4% refirió que acuden al CESAMO y/o CESAR, siendo la población del municipio de Santa Rita la que menos asiste a estos servicios, como segunda opción el servicio mas utilizado es la Clínica Materno Infantil con sede en la cabecera municipal de Santa Rita donde acude el 14% de los cuatro municipios que conforman la mancomunidad, siendo los municipios de Santa Rita y Cabañas los que presentan mayor porcentaje de asistencia y Copán Ruinas y San Jerónimo son los que menos asisten. Debe de considerarse que estos dos últimos municipios muestran los porcentajes más altos de personas que enfermaron y no accedieron al servicio de salud por falta de dinero.

Cuando se les preguntó por quien habían sido atendidos, el 67% refirió que por personal médico con excepción del municipio de San Jerónimo donde el 80% de las personas que demandaron atención fueron atendidas por auxiliares de enfermería considerando que el mismo carece del recurso médico.

Gráfico 39. Lugar de Consulta por Personas Enfermas o Accidentadas Según Municipio, Mancorsaric, 2005



FUENTE: Encuesta de Hogar Mancorsaric, 2005

■ NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

Se observa que las carencias más altas están relacionadas con problemas de hacinamiento 49% (más de tres personas por habitación), hogares con alta carga económica 53% (mas de tres dependientes por ocupado y menos de tres años de escolaridad de uno de los cónyuges) y vivienda sin servicios básicos 50% (sin agua dentro de la propiedad y sin servicio sanitario); esta problemática es común en los cuatro municipios de la mancomunidad, sin embargo sobresalen los municipios de

San Jerónimo, santa Rita y Cabañas, lo que los ubica en una situación mayor de exclusión y por tanto de mayor riesgo de enfermar por falta de cobertura de servicios básicos y empleo.

Tabla 50. Estratificación según necesidades básicas insatisfechas por municipio Mancorsaric, 2004

VIVIENDAS QUE PRESENTAN LAS SIGUIENTES NBI (%)	CABAÑAS	COPÁN RUINAS	SAN JERÓNIMO	SANTA RITA	PORCENTAJE
Paredes de desecho	26,3	48,4	20,6	12,9	32,0
Sin abastecimiento de agua de llave dentro de la vivienda o propiedad	19,7	11,1	13,3	12,8	13,2
(%) Viviendas que no disponen de servicio adecuado para la eliminación de excretas	36,7	50,6	36,7	41,5	37,3
Hacinamiento	56,7	52,3	53,9	35,5	48,9
Niños /as (6 - 12) que no asisten a la escuela	9,2	20,9	33,9	6,5	16,7
Más de 3 dependientes por ocupado	44,2	61,2	43,9	52,4	53,4

FUENTE: Encuesta de Hogar Mancorsaric, 2005.

En relación al tiempo que demoraron las personas que buscaron ayuda en los diferentes servicios de salud el 61 % tardó más de una hora para llegar al servicio de salud, siendo los municipios con mayores problemas de accesibilidad geográfica Cabañas, San Jerónimo y Santa Rita lo que obliga a buscar estrategias locales que permitan reducir el grado de exclusión por problemas de accesibilidad geográfica. El transporte más utilizado para lograr acceder a los servicios de salud es el autobús y/o taxi.

■ ATENCIÓN DE PARTOS INSTITUCIONALES

Del total de hogares encuestados se encontró que en el 14% habían mujeres que tuvieron su parto en los últimos 12 meses al momento de la encuesta, De este porcentaje un promedio de 63% tuvieron su parto en casa, siendo los municipios de Copán Ruinas y Cabañas los que presentan el mayor porcentaje 71% y 54% respectivamente.

2.3.5.5. Mancomunidad de Municipios del Norte de Cholulca (Solidaridad)

La mancomunidad de municipios del norte de Cholulca está conformada por los municipios de Pespire, San Antonio, San Isidro y San José y cuenta con un total de población de 38.387 habitantes, de los cuales el 9,1% reside en el área urbano y 90,9% en el área rural.

La extensión territorial de la mancomunidad es de 507.6 km² con una densidad poblacional de 73,3 habitantes por km². La mayor parte del suelo es de vocación forestal, entre sus principales cultivos destacan árboles frutales como el mango y la ciruela cuya producción sale de la zona para ser transformada y comercializada fuera de la zona dejando de revertir el valor añadido a la mancomunidad; entre otras actividades económicas esta la agricultura, la ganadería y la explotación forestal, sin embargo su desarrollo es muy escaso en términos económicos y de sostenibilidad.

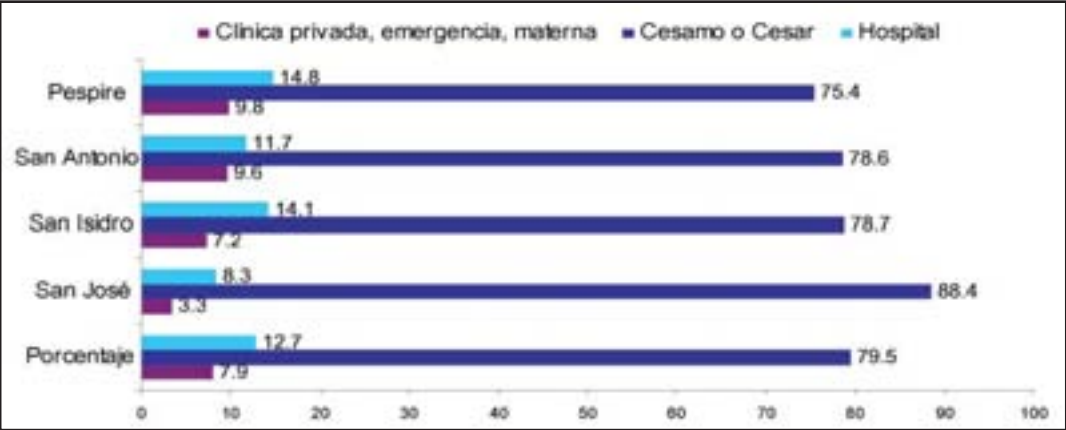
El sistema de servicios salud de la mancomunidad está constituido por 1 clínica materno infantil, 6 CESAMOS y 11 CESAR ubicados en las principales aldeas de la mancomunidad y atendidos por auxiliares de enfermería.

■ RESULTADOS

En relación al lugar de consulta y por quién fueron atendidos, de las personas que enfermaron y consultaron, el CESAMO o CESAR es la opción más frecuente de los entrevistados en la mancomunidad, seguido por el hospital con un 79,5% y 12,7% respectivamente, el porcentaje restante se distribuye en la clínica privada, de emergencia o materna con 7,9%.

Cuando se les consultó por quién habían sido atendidos, aproximadamente 6 de cada 10 refirió que por personal médico, en el municipio de San José el 63% de las personas que buscaron ayuda fueron atendidas por auxiliar de enfermería, lo que demuestra una inadecuada respuesta y procedimientos (calidad técnica, habilidad - técnica científica), considerando que ambos servicios poseen recursos médicos y otros para facilitar un segundo nivel de atención.

Gráfico 40.Lugar de consulta por personas enfermas o accidentadas según municipio, Solidaridad, Honduras 2004



FUENTE: Encuesta de hogar “Caracterización de Exclusión Social en Salud”.

■ NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)

Del total de 1.115 viviendas investigadas se encontró que más de la mitad (56,2%) presentan tres o más necesidades básicas insatisfechas, lo que las ubica como hogares en condiciones de pobreza extrema, el 32% tiene dos necesidades básicas insatisfechas y solamente un 12% presenta una NBI.

Al analizar las NBI por viviendas, se observa que las carencias más altas están relacionadas a hogares con problemas de hacinamiento 47,0% (más de tres personas por habitación), con alta carga económica 63% (más de tres dependientes por ocupado y menos de tres años de escolaridad de uno de los cónyuges) y vivienda sin servicios básicos 31,1% y 29,5% (sin agua dentro de la propiedad y sin servicio sanitario) esta problemática es común en los cuatro municipios de la mancomunidad, sin embargo, sobresalen los municipios de San José y San Isidro lo que los ubica en una situación mayor de exclusión y por tanto de mayor riesgo de enfermar por falta de cobertura de servicios básicos, situación de hacinamiento y carencia de fuentes de empleo.

Tabla 51. Estratificación según NBI por municipio, Solidaridad, Honduras 2004

VIVIENDA QUE PRESENTA LA SIGUIENTE NBI	PESPIRE	SAN ANTONIO	SAN ISIDRO	SAN JOSÉ	%
Paredes de desecho	5.4	4.1	1.5	1.9	3.5
Agua dentro de la propiedad	14.4	48.2	34.1	41.6	31.1
Eliminación de excretas	24.1	20.7	44.2	30.8	29.5
Hacinamiento	45.3	40.7	44.9	56.5	46.5
Niños/as (6-12) que no asisten a la escuela	12.0	17.6	4.1	7.9	10.4
Más de 3 dependientes por ocupado	65.2	64.9	53.9	67.3	62.8

FUENTE: Encuesta de hogar “Caracterización de Exclusión Social en Salud”.

■ ATENCIÓN DE PARTOS INSTITUCIONALES

De los 1.115 hogares encuestados se encontró que en el 13% había mujeres que tuvieron su parto en los últimos 12 meses al momento de la encuesta. De este porcentaje, aproximadamente 2 de cada 5 (40%) tuvieron su parto en casa, siendo los municipios de San José y San Isidro los que presentan mayor porcentaje de partos no atendidos por personal capacitado (66,7% y 50%). Estas madres por tanto se constituyen en un grupo de población excluida cuyo nivel está determinado por las condiciones socioeconómicas y geográficas que presenta este municipio.

2.3.6. Lecciones Aprendidas

- El abordaje del problema de la exclusión social en salud requiere de la participación de la autoridad sanitaria en sus diferentes niveles, de los gobiernos locales, la sociedad civil organizada y otros actores interesados en el mejoramiento de las condiciones de acceso de la población a servicios públicos.
- El problema de la exclusión en salud debe ser un tema de discusión permanente con diferentes actores y escenarios para lograr que se constituya en una prioridad en las agendas políticas nacionales y locales que permita la toma de decisiones y acciones a favor de la extensión de la protección social en salud, principalmente en grupos vulnerables.
- La experiencia demuestra que el nivel local cuando se apropia del problema, lo focaliza y hace un trabajo en equipo, tiene capacidad para identificar y operacionalizar estrategias prácticas y de bajo costo para abordar el problema de exclusión mediante un proceso gradual.
- Se evidencia que el sector salud debe priorizar el desarrollo de la función de aseguramiento para poder garantizar a la población acceso a los servicios de salud, principalmente a los grupos de población más vulnerables identificados en el estudio.
- La experiencia demostró la necesidad de conocer el problema de la exclusión social en salud no sólo a nivel nacional sino subnacional, ya que se contaba únicamente con el primero, el cual, si bien es cierto permitía identificar algunas características generales de la exclusión social en salud en el país, invisibilizaba la situación real en el nivel local, específicamente en algunas mancomunidades y municipios.

2.3.7. Conclusiones y recomendaciones

- El problema de exclusión social en salud en las mancomunidades investigadas está determinado por múltiples factores, muchos de los cuales están relacionados en forma directa con el proceso de atención en salud producida por el subsistema público de las mancomunidades y otros con la situación socioeconómica de la población y tienen que ver con la pobreza, el desempleo y el subempleo, la ruralidad, la inequidad en la distribución de los medios de producción, patrones culturales, analfabetismo entre otros.
- El estudio permitió identificar además de los factores causales la incidencia de la exclusión por mancomunidad y municipio, así como en alguna medida el perfil de los grupos excluidos, esta información ha generado la toma de decisiones y la ejecución de proyectos específicos para la extensión de la protección en salud principalmente de la población materna infantil.
- Se tuvo la oportunidad de validar y ajustar la metodología propuesta por la OPS/OMS para caracterizar la exclusión en salud en el nivel municipal, lo que ha despertado interés en las autoridades de la Secretaría de Salud para institucionalizar la metodología y considerar este proceso como insumo importante para la línea base del proceso actual de departamentalización y descentralización en salud.
- Si bien es cierto el estudio facilita información valiosa para la focalización del problema a nivel municipal, se hace necesario el ejercicio de investigaciones complementarias en aspectos de género, calidad de atención, violencia, cultura, grupos específicos y étnicos.
- El estudio de exclusión a nivel de las mancomunidades se ha convertido en un instrumento para la gestión y movilización de recurso técnicos y financieros descentralizados tanto de fondos nacionales como de cooperación externa, así como para la definición de políticas sociales por parte de los gobiernos locales asociados en mancomunidades de municipios.
- El diálogo social se ha convertido en una estrategia clave para la discusión, análisis, concertación y definición de compromisos para desarrollar estrategias que permitan extender la protección social en salud.
- Se hace necesaria la institucionalización de la metodología de manera que la Secretaría de Salud pueda focalizar territorios y poblaciones que le permitan definir un conjunto de prestación de servicios de acuerdo a las necesidades de la población.

CAPITULO 3.

Análisis Comparado

Un factor que es necesario tener en mente al realizar el análisis comparado de los casos estudiados es que ellos representan unidades territoriales de tres niveles distintos: nacional (países), subnacional (estados) y local (mancomunidades de municipios). Debido a ello, los datos en cuanto a tamaños y estructuras poblacionales pueden mostrar grandes variaciones. Resulta interesante sin embargo verificar si la exclusión en salud se expresa de modo similar a pesar de estas diferencias –y del hecho que se trata de diferentes países- y observar si las causas de exclusión en salud varían o se mantienen a través de los diversos niveles territoriales.

3.1. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES OBTENIDOS EN CADA CASO

Las unidades territoriales donde se realizó el estudio poseen tamaños poblacionales que oscilan entre 339.000 habitantes y 8.6 millones de habitantes. Cabe notar que el Distrito Federal de México, con alrededor de 8.569.000 habitantes, fue la unidad territorial de mayor tamaño poblacional después de Bolivia.

En los casos estudiados, el gasto público en salud se encuentra dentro del promedio para la región pero la proporción de población pobre es superior al promedio de la región. El resultado de la medición de los indicadores de exclusión en salud debida por un lado a barreras de entrada o factores “externos” al sistema de salud y por otro a factores “internos” o propios del sistema de salud de los seis países que participaron en el estudio, se puede encontrar en los cuadros siguientes:

Tabla 52: Exclusión en salud medida a través de indicadores externos al sistema de salud (barreras de entrada), por unidad territorial

Unidad territorial	Población	Población Rural %	% pobl. bajo la línea de pobreza	% de la población en pobreza extrema	PIB per cápita US\$	PIB per cápita US\$ ppa	Porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores	Gasto total en salud % del PIB	Gasto público en salud % del PIB	Gasto de bolsillo % gasto total en salud	% población sin seguro de salud	Años de medición (udp)
Bolivia	8.624.268	37,6%	64,3%	36,8 %	937.3	3.610 ^b	64,1%	3,75%	3,75%	28,5%	72,7%	2002-2005
El Salvador	6.638.000	40,8%	43,0%	19,0%	2.191	4.990 ^b	49,7%	8,0%	3,60%	53,6%	81,3%	2000-2005
Guanajuato	5.020.800	32,8%	48,0%	s/d	s/d	5.376	s/d	7,01%	3,31%	52,8%	50,19%	2000-2005
Mancomunidades Honduras	338.255	70,0%	60,6%	s/d	s/d	s/d	78,7%	s/d	s/d	s/d	98,0%	2004
Mexico DF	8.568.838	8,0% ^a	64,9%	38,3%	16.841	s/d	59,0%	s/d	s/d	s/d	45,90%	2000-2005
Nicaragua	5.891.199	44,1%	48,3%	17,2%	959	2.250	63,0%	7,8% ^c	3,46%	49,38% ^d	87,8%	2001-2007

FUENTES: La mayoría de los datos que se muestran fueron obtenidos en este estudio. Cuando no es así, se indica la fuente en cada caso.

a.- Agenda Ambiental de la Ciudad de México, 2007-2012

b.- Banco Mundial, Base de datos de Indicadores de desarrollo mundial 2009. Los datos son para el año 2005

c.- OMS Informe Mundial de Salud 2004. Los datos son para el año 2001

d.- OPS/OMS “Esquemas de protección social en salud para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la región de América Latina” 2008. Los datos son para el año 2005

Tabla 53: Exclusión en salud medida por indicadores internos o propios del sistema de salud, por unidad territorial

Unidad territorial	Tipo de sistema de salud	Fragmentación Nº de redes de provisión independientes entre sí	% de usuarios que tardan mas de 1 hora en llegar al establecimiento	% partos no institucionales	Embarazos c/controles prenatales bajo la norma	% médicos por c/10.000 hab. Urbano/rural	% enfermeras por c/10.000 hab.	% camas por c/10.000 hab. Urbano/rural	% población sin cobertura real de salud ^b	Incidencia de exclusión % sobre población total	Esperanza de vida al nacer años	Años de medición (udp)
Bolivia	Segmentado	5	s/d	45%	65%	3.60 / 1.34	s/d	16.3 / 12	45,0%	77,0%	58.0	2002- 2005
El Salvador	Segmentado	4	75%	30,6%	49.7 / 34 ^a	15.6 / 6.5 ^a	3.6	16.9 / 5.3 ^a	41,7%	53,1%	70.6	2000- 2005
Guanajuato	Segmentado	4	s/d	36%	s/d	9.8	13	5.3	9,42%	20,3%	75.2	2000- 2005
Mancomunidades Honduras	Segmentado	2	50%	57,3%	26%	s/d	s/d	s/d	37,0%	44,0%	s/d	2004
Mexico DF	Segmentado	9	5,2%	s/d	18,2%	6.0 ^c	6.9 ^c	2.7 ^c	25,3%	25,3%	75	2000- 2005
Nicaragua	Segmentado	7	5% / 44,5% ^d	16% / 36% ^d	s/d	6.0	s/d	12	43,4%	57,7%	69.5	2001- 2007

a.- Corresponde a la relación entre las zonas rurales y la capital, San Salvador

b.- Corresponde a la demanda no satisfecha o no asistida de acuerdo al reporte de los hogares para todo el sistema incluyendo público, seguridad social, comunitario y privado

c.- Recursos de la Secretaria de Salud

d.- Corresponde a la relación entre los centros urbanos y las zonas rurales

3.2. La autoexclusión y razones para la no búsqueda de servicios de salud

Un aspecto que destaca en los estudios realizados es la importancia de la autoexclusión o no búsqueda de servicios de salud en aquellos individuos que, habiendo percibido su necesidad de salud es decir, habiendo declarado enfermedad, no demandan servicios de salud, es decir, contienen su demanda por servicios de salud. Las causas de la demanda contenida pueden referirse a barreras de tipo económico, calidad del servicio, problemas culturales, distancia a los centros de salud y otros.

Dada la importancia que la autoexclusión tuvo en algunos casos estudiados, resulta pertinente analizar las causas declaradas para la no búsqueda de servicios de salud en las distintas unidades territoriales. Dicha información se presenta en la tabla a continuación.

Tabla 54

Unidad territorial	Porcentaje de auto exclusión	Razones para la no búsqueda de servicios de salud
Bolivia	18%	-Razones económicas (falta de dinero) -Enfermedad era leve -Se automedicó -El centro de salud queda muy lejos -Mala calidad del servicio
El Salvador	18%	-No lo consideró necesario, resolvió su problema por otros medios - Razones económicas (el costo del servicio es muy alto) - Mala calidad del servicio, falta de atención
Guanajuato	3,4%	Causas no determinadas, probablemente relacionadas con la barrera del lenguaje debida a analfabetismo
Mancomunidades Honduras	37%	- Razones económicas (falta de dinero) - El centro de salud queda muy lejos - Mala calidad del servicio, maltrato - El marido no quiere - No tiene tiempo
Mexico DF	9,0%	- Recurrió a la farmacia - Recurrió a la medicina alternativa
Nicaragua	43,4%	- Se automedicó - Razones económicas (falta de dinero) -Falta de medicamentos en los centros de salud - Mala calidad del servicio

FUENTE: Elaboración propia.

En todos los casos excepto en Nicaragua, la principal razón para no demandar servicios es económica, lo cual señala la urgente necesidad de generar mecanismos de financiamiento que eliminen el pago en el punto de servicio. En este contexto el aseguramiento resulta un factor importante para modificar la conducta de autoexclusión, ya que en los tres estudios nacionales mostró una correlación positiva con una mayor búsqueda de atención de salud. En el caso de Bolivia por ejemplo, la autoexclusión aumenta a un 25% entre aquellos que no tienen ningún seguro de salud.

Cabe destacar que se registran diferencias en la conducta de búsqueda de servicios de salud entre los portadores de enfermedad aguda y crónica. En México DF esto es particularmente notorio, ya que un 8,5% de la población afectada de enfermedad aguda se autoexcluyó, mientras que la proporción de no búsqueda de servicios fue de un 23% para los portadores de enfermedad crónica. Esto indica la necesidad de explorar el fenómeno de la exclusión por categorías de enfermedad.

Aún cuando la razón económica es la causa más importante de autoexclusión en la mayoría de los casos, queda claro que la eliminación del pago en el punto de servicio no es suficiente para eliminar las barreras económicas de acceso a la salud. Se requiere además acercar la red de provisión a los hogares, para que éstos no tengan que incurrir en gastos de transporte u otros asociados al traslado hacia el centro de salud. Ello se refleja en la importancia que la distancia a los centros de salud tiene como motivo de autoexclusión. En El Salvador esta variable resultó además el principal determinante de exclusión, ya que el tiempo de traslado explica un 17,9% de la exclusión en salud en este país.

La importancia de la distribución inequitativa de la red de provisión como determinante de exclusión y de autoexclusión –particularmente en las áreas rurales- es otro elemento que surge con mucha claridad del estudio. En Nicaragua, la lejanía de los centros de salud por una inadecuada distribución de la red de provisión constituye el principal factor de exclusión y de autoexclusión. En todas las unidades estudiadas excepto México DF, la ruralidad es un factor que se correlaciona con la exclusión, debido a la ausencia de redes de provisión. Este factor es tan importante, que incluso contrarresta el efecto protector de tener seguro de salud en Bolivia y Guanajuato. La dispersión geográfica de los hogares es otro elemento muy relacionado con la ruralidad que resultó un determinante de exclusión en estos dos casos. La ruralidad y la baja densidad poblacional explican en conjunto un 11,9% de la exclusión en salud en Bolivia (8,5% y 3,4% respectivamente) y un 13,47% del fenómeno en Guanajuato (6,97% y 6,50% respectivamente).

Un elemento que surge con fuerza de la componente cualitativa del estudio y en particular de los grupos focales, es que a nivel rural las causas de exclusión afectan más a la mujer y no sólo por razones económicas, sino también por la posición de la mujer en el hogar y cómo negocia su derecho al autocuidado y a la utilización de servicios de salud con la pareja. Esto es particularmente claro en el caso de las Mancomunidades de Honduras, donde una de las razones declaradas de no búsqueda de servicios es la actitud negativa del marido lo cual se encuentra en relación con la alta proporción (53%) de partos no institucionales observada.

Otro tema que debe explorarse con mayor detalle, es la percepción de enfermedad y la expresión de la necesidad de salud en demanda por servicios en las poblaciones de origen indígena que poseen patrones culturales distintos respecto de la relación salud/enfermedad. Esto se aprecia por ejemplo en el caso de los pueblos afrodescendientes y originarios de Nicaragua y Bolivia, que demandan menos servicios de salud que los castellano-parlantes. En Bolivia, los aymaras son el grupo poblacional que contiene más su demanda por servicios de salud. Las diferencias étnico-culturales explican un 9,3% de la exclusión en salud en Bolivia. En Nicaragua, los grupos del Atlántico afrodescendientes y originarios muestran incidencias de exclusión de 87% y 92% respectivamente. Lo anterior indica la necesidad de avanzar hacia la construcción de un modelo de cuidados que incorpore los patrones culturales de los pueblos originarios.

La mala calidad de la atención es un factor importante de autoexclusión que se encontró en los tres estudios de nivel nacional y en las Mancomunidades de Honduras. En este último caso, la mala calidad de la atención constituye la causa de autoexclusión para el 45% de la población que decidió no buscar servicios de salud a pesar de sentirse enferma. En los casos de Bolivia y Nicaragua parece haber también un elemento de discriminación en el punto de servicio hacia las poblaciones más pobres y de origen indígena, que habría que explorar con mayor profundidad.

3.3. La demanda por servicios de salud

En todos los casos estudiados, los establecimientos públicos concentraron la demanda por servicios de salud. Esto fue así aún para los beneficiarios de la seguridad social y otros seguros en el caso de Bolivia, El Salvador, Guanajuato y Nicaragua.

En la mayoría de los casos ello se debió a la falta de infraestructura de las redes de provisión de la seguridad social, lo cual implica que, en términos de la utilización de los recursos disponibles, existe un subsidio desde las poblaciones no aseguradas hacia los asegurados. En el caso de las Mancomunidades de Honduras, la auxiliar de enfermería constituye el personal de salud al que más consulta la población, debido a que es el recurso humano que se encuentra en el CESAR, la unidad más accesible económica y geográficamente, con mayor grado de articulación con la red de servicios de atención a nivel comunitario. Llama la atención la insuficiente demanda que se observa hacia las clínicas Maternas infantiles disponibles en las mancomunidades, lo que habría que investigar con mayor detalle.

3.4. Medición de la Exclusión y sus determinantes

El análisis cuantitativo permite conocer no sólo la magnitud de la exclusión, sino también sus principales determinantes, así como identificar si éstos corresponden a factores internos o propios del sistema de salud o a factores externos o que se encuentran fuera del ámbito de acción del sistema de salud. Para todos los casos estudiados, el peso de los factores externos es el más importante en la generación de la exclusión en salud, lo cual señala la necesidad ineludible de incorporar estrategias intersectoriales dentro de las políticas de mejoría del acceso a los servicios de salud.

Es importante destacar que, a pesar de que los factores externos resultaron los de mayor peso como determinantes de exclusión, las variables internas contribuyen en una proporción importante - en algunos casos, casi la mitad- a la generación de la exclusión. En este ámbito, destacan tres factores: la segmentación del sistema, la inequidad territorial en la distribución de la red de provisión y la mala calidad de la atención, expresada en baja disponibilidad de recursos y maltrato al público.

En Bolivia, El Salvador y Nicaragua la co-existencia de un sistema bismarckiano de aseguramiento, que cuenta con el mayor volumen de recursos del sistema de salud y afilia a un reducido porcentaje de la población, junto a un sistema público con escasos recursos encargado de proveer servicios para los no asegurados (y, en muchos casos, también para los asegurados) así como programas nacionales de prevención y control de enfermedades, conforman un sistema con limitada respuesta a las necesidades de salud de la población que genera problemas de exclusión.

Así mismo, la inequidad territorial en la distribución de la red de provisión y la fragmentación de dichas redes genera exclusión en todos los casos estudiados, debido a la falta de infraestructura de salud, en especial a la falta de enfermeras, camas y médicos, en ese orden. En este contexto es relevante lo que ocurre en México DF, donde, a pesar de existir nueve redes distintas de provisión de servicios, la falta de médicos y camas hospitalarias son determinantes de exclusión para aquellos que no están afiliados a un esquema de protección social, sea éste un seguro o el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.

Tabla 55

Unidad territorial	Incidencia de exclusión en salud	Tipo de determinantes		Principales determinantes de exclusión
		Internos	Externos	
Bolivia	77,0%	40%	60%	Analfabetismo de las mujeres -Pobreza
El Salvador	53,13%	22,2%	77,8%	-Tiempo de traslado al centro de salud -Informalidad del empleo -Falta de acceso a saneamiento básico
Guanajuato	20,3%	26.94%	73.06%	-Analfabetismo/primaria incompleta -Vivir en área rural -Vivir en área con menos de 5.000 habitantes -Falta de acceso a saneamiento básico -Pobreza, hacinamiento -Falta de cobertura de la seguridad social
Mancomunidades de Honduras	44%	s/d	s/d	-Falta de médicos -Mala calidad de la atención -Pobreza -Analfabetismo -Desempleo -Ruralidad, dispersión geográfica -Patrones culturales -Inequidad en la distribución de los recursos de salud
Mexico DF	25,3%	s/d	s/d	-No estar afiliado al Seguro Social ni al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos -Fragmentación de las redes de provisión -Falta de médicos -Falta de camas hospitalarias -Pobreza -Carencia de cultura de búsqueda de servicios -Desconocimiento de derechos en salud
Nicaragua	57,7%	36,4%	63,6%	-Pobreza -Condiciones de la vivienda -Falta de acceso a servicios básicos (agua potable, saneamiento, electricidad)

FUENTE: Elaboración propia.

Finalmente, se puede observar que, aunque el perfil de los excluidos muestra muchos rasgos comunes entre las unidades bajo estudio, existen algunas variaciones importantes relativas al sexo y la edad de la población excluida. Las poblaciones excluidas se agrupan en territorios específicos, lo cual señala la importancia de generar políticas de acceso a los servicios de salud con criterios territoriales además de poblacionales.

Tabla 56

Unidad territorial	Perfil de los excluidos	¿Dónde están? Concentración geográfica de la exclusión
Bolivia	-Población que reside en el altiplano y valles rurales -Mujeres analfabetas -Población pobre	Alta exclusión: Potosí Chuquisaca Oruro Mediana exclusión: Tarija Cochabamba La Paz
El Salvador	-Población pobre que vive en poblados dispersos, sin adecuadas vías de transporte, en viviendas sin alcantarillado -Trabajadores informales	La Unión Ahuachapán Sonsonate Usulután
Guanajuato	-Población que vive en el área rural, dispersa o marginada con falta de camas censables -Población pobre -Población que no tiene acceso a la seguridad social	Municipios situados en el Norte del estado Muy alta exclusión: -Atarjea Doctor Mora Jerecuaro Ocampo San Diego de la U. Santa catarina Tierra Blanca Victoria Xichú Alta exclusión: Abasolo Comonfort Coroneo Cuerámara Dolores Hidalgo Huanimaro Manuel Doble Penjamo Pueblo Nuevo Romita San Felipe San José Iturbide San Luis de la P. Sta. Cruz de J. Santiago M. Tarimoro Valle de Sant Yuriria

Mancomunidades Honduras	-Población pobre, desempleada o que trabaja como jornalero -Mujeres que viven comunidades rurales	Municipios del Norte de Copán Municipios fronterizos de Intibucá Norte de Atlántida Norte de Choluteca AMFI Solidaridad Mancosaric
Mexico DF	-Población pobre, no asegurada -Hombres de 15 a 64 años	Iztapalapa Álvaro Obregón Tlalpan Gustavo a. madero Xochimilco Milpa Alta
Nicaragua	-Población pobre que vive en el medio rural -Familias campesinas o asalariadas agrícolas -Adolescentes - Pueblos originarios del Atlántico	Regiones Central y Atlántica rurales

FUENTE: Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA



BOLIVIA

1. Banco Mundial (2004). Estudio Sobre Países: “Reforma del Sector Salud en Bolivia. Análisis en el contexto de la Descentralización”.
2. Cárdenas, Marina (2000). “Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud”.
3. CELADE (2003). “Boletín Demográfico, América Latina: Población por años calendario y edades simples 1995-2005, Santiago de Chile”, Enero.
4. Decreto Supremo. No. 25186, Artículo 9.
5. Grosh, M y Baker, J (1995). “Proxy Means Test for Targeting Social Programs, Simulations and Speculations” En Living Standards Measurement Study, No 118, Washington D.C.
6. Larrain, B. (2004). “El seguro básico de Salud. La revolución silenciosa”. Ministerio de Salud y Previsión Social. Junio 2002. Citado en MSD y OPS/OMS: “Análisis del Sector Salud”, Abril.
7. Levcovitz, Eduardo y Acuña, Cecilia (2003). “Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud”, Documento preliminar.
8. Ministerio de Salud del Perú, OPS (2003). “Caracterización De La Exclusión Social En Salud En El Perú”.
9. MSD- Reforma de Salud:”SUMI, Análisis de Sostenibilidad Financiera”, 2004.
10. MSD (2002). “Encuentro para el Análisis de la situación de Salud del Adulto Mayor en Bolivia”, La Paz, Noviembre.
11. MSD, OPS/OMS (2004). “Análisis del Sector Salud”, Abril.
12. MSD (2003). “Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS. Módulo de Inducción”.
13. MSD (2003). “Programa EXTENSA, Avances, Logros y Dificultades en la Gestión 2003”.
14. MSD (2004). Informe sobre el Modelo de Gestión en Salud.
15. MSD y OPS/OMS (2004). “Análisis del Sector Salud”, Abril.
16. OPS/OMS (2001). “Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud”.
17. OPS (2002). 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2002): “Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo”, Septiembre.

18. OPS (2003). "Exclusión en salud en países de Latino América y el Caribe", Extensión de la Protección Social en Salud.
19. OPS/OMS (2003). "Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe", Pág. 19.
20. OPS-OMS (2003). "Guía metodológica para el diseño e implementación de diálogo social en salud" Mimeo, 2003.
21. OPS (2003). "Reunión de Expertos en Envejecimiento y Salud", Panamá, diciembre.
22. OPS (2004). Consultoría de Apoyo para la reformulación y lanzamiento del SMGV, enero.
23. Pardo, Emilio (2004). Presentación realizada por el Jefe Unidad Nacional del SUMI, en el taller: "Caracterización de la Exclusión en Salud OPS/UDAPE", abril.
24. Programa Nacional de Control de Chagas (2003). Informe de Actividades.
25. Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) dependiente del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) www.sns.gov.bo.
26. Rosenberg, H.; y Andersson, B (2000). "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe", en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 5, Julio - Agosto.
27. UDAPE (2002). Evaluación de la Economía 2002".
28. UDAPE (2003). "Pobreza y desigualdad en Municipios de Bolivia: estimación del gasto en consumo combinando el Censo 2001 y las encuestas de hogares".
29. Unidad Nacional de Gestión del SUMI (2004). Información contenida en el Informe para el Banco Mundial 01-06-04.

EL SALVADOR

1. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. EHPM 2002.
2. Base de datos de Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. EHMP 2002.
3. Encuesta de Salud familiar. FESAL 2002/2003.
4. Boletín Estadístico. Unidad de Información en Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador, 2002.
5. Boletín Estadístico. Departamento de Estadística del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. ISSS, 2002.
6. Registros Administrativos de Recursos Humanos e Infraestructura, MSPAS, 2002.
7. Registros Administrativos de Recursos Humanos e Infraestructura, ISSS, 2002.
8. Cuentas Nacionales en Salud, El Salvador 2000.
9. Informe de Desarrollo Humano, PNUD. El Salvador 2003.
10. Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Primer Informe de País. El Salvador, 2004.
11. Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud. OPS-OMS.

12. Salud para un país de Futuro. OPS-OMS. El Salvador, 2004.
13. Informe de medición de la Exclusión Social en Salud. Paraguay 2003.
14. Informe de Medición de la Exclusión Social en Salud. Bolivia 2004.
15. Exclusión en Salud en América Latina y el Caribe. OPS-OMS 2003.

NICARAGUA

1. Acuña María Cecilia, Caracterización de la exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. HP/SHD/OPS-OMS Julio 2004.
2. Acuña María Cecilia: Exclusión, protección social y el derecho a la salud; OPS-OMS Marzo 2005.
3. Arriagada Irma, Aranda Verónica, Miranda Francisca: Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. serie Políticas sociales, N° 114. CEPAL Diciembre 2005.
4. Artigas, Carmen (2005), “Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales”, serie Políticas sociales, N° 110 (LC/L.2354-P), CEPAL.
5. Ávila, J: Índice de marginalidad Municipal y Departamental. FNUAP-INIDE/ CELADE 2007.
6. Baeza. Cristian C, Packard Truman G; “Protecting Households from Health Shocks In Latin America”. Pub 36801, World Bank, Stanford University.
7. Banco Central de Nicaragua: Anuario de Estadísticas Económicas 2001 - 2006.
8. Banco Central de Nicaragua: Nicaragua en Cifras, Mayo 2007.
9. Banco Mundial: Agenda Para el Desarrollo Social del Siglo XXI. Estrategia del Banco Mundial Para el Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. Mayo 2003.
10. Banco Mundial: Reporte de pobreza de la Republica de Nicaragua, SLMS 1993, Reporte No. 14038-NI. Junio 1995.
11. Banco Mundial: Reporte de Pobreza de la Republica de Nicaragua. Desafíos y Oportunidades para la Reducción de la Pobreza, SLMS 1998, 2000.
12. Banco Mundial: Reporte de Pobreza Nicaragua:, Aumentando el bienestar y reduciendo la vulnerabilidad. SLMS 2001, Informe No. 26128-NI, diciembre, 2003.
13. Barnes Ruth, Scott-Samuel Alex: “Health impact assessment and inequalities”. OPS/OMS 2006
14. Bitrán & Asociados: “Evaluación de los Programas y Proyectos en apoyo a la Atención Primaria en Salud (APS)” MINSA/SECEP Marzo 2004.
15. CELADE-CEPAL/UNFPA: Potencialidades y aplicaciones de los datos censales: una contribución a la explotación del Censo de Población y Vivienda de Nicaragua 2005. Serie manuales N° 56. agosto 2007.
16. CEPAL: “La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad”. 2006.

17. Datt Gaurav: Computational Tools for Poverty Measurement and Analysis. Discussion Paper No. 50.
18. De Ferranti, Perry, Ferreira, Walton: Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia? Estudios del Banco Mundial.
19. Devereux, S. "Social protection for the poor: lessons from recent international experience", IDS Working Paper, N° 142, (2002), Brighton, Instituto de Estudios para el Desarrollo.
20. Di Cesare Mariachiara: Interacciones e implicaciones de la transición demográfica y la transición epidemiológica en Nicaragua. INIDE/CELADE 2007.
21. Estivill Jordi: "Panorama De La Lucha Contra La Exclusión Social. Conceptos y estrategias". OIT/STEP 2003.
22. Ferreira Francisco, Walton Michael: La desigualdad en América Latina ¿Rompiendo con la historia? 34856. Serie Desarrollo para Todos: Banco Mundial.
23. Filgueira Fernando, Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina. Serie Políticas sociales, N° 135 CEPAL Julio 2007.
24. Fleury Sonia, Molina Carlos G: Modelos de Protección Social. BID/ INDES 2002.
25. Gill Indermit, Packard Truman, Yermo Juan: El futuro de la seguridad social en América Latina. SERIE DESARROLLO PARA TODOS 12 BANCO MUNDIAL.
26. Guerra de Macedo Carlyle: La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano.
27. Gwatkin, Rustein, Johnson, Pande, and Wagstaff: "Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Nicaragua". HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank, May 2000.
28. Hamilton Gabriela: Exclusión de la Protección Social en Salud en Argentina: Tres Enfoques Metodológicos. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. 2005.
29. Hernández A Carlos, Acevedo Adolfo: Inversión social en la Niñez Nicaragüense. Alianza por la inversión en la Niñez. 2007.
30. Hernández A Carlos, Quiroz Ana; Análisis de Política Pública y equidad en el Presupuesto fiscal para salud en 2003. CISAS, 2003.
31. Hernández A Carlos. La Salud en la Estrategia Nacional de Desarrollo de Nicaragua. CIES/OPS, 2003.
32. Hernández A Carlos. Pobreza y Salud en Nicaragua. OPS/OMS, Agosto de 2001.
33. INEC Encuesta Nicaragüense de Demografía y salud. ENDESA 1998.
34. INEC Encuesta Nicaragüense de Demografía y salud. ENDESA 2001.
35. INEC Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad, ENDIS 2003.
36. INEC Perfil de los pobres en Nicaragua 1998. ENMNV 1998. INEC-MECОВI.
37. INEC Perfil y Características de los pobres en Nicaragua 2001. ENMNV 2001. INEC-MECОВI.

38. INIDE Bases de datos de las Encuestas Nacional de hogares de medición de nivel de vida 1998, 2001, 2005.
39. INIDE Encuesta Nicaragüense de Demografía y salud. ENDESA 2006/07. Informe preliminar 2007.
40. INIDE Perfil y Características de los pobres en Nicaragua 2005. ENMNV 2005. INIDE-MECОВI.
41. INIDE/CELADE: Estimaciones y Proyecciones de la población, Revisión 2007.
42. INIDE: VIII Censo de Población y IV de Vivienda, 2005. Cifras oficiales, 2007.
43. INSS: Anuario estadístico, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006.
44. Jordi Estivill, "Panorama de la Lucha Contra la Exclusión Social Conceptos y estrategias". OIT 2003.
45. Laguna JR.: "Análisis del Gasto del Sector Salud Nicaragua". Banco Mundial, 03/07- ENMNV 2005.
46. Levcovitz Eduardo, Acuña Cecilia: Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud.
47. Maceira Daniel: Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe. CEDES 2001.
48. MINSA Plan Nacional de Salud 2004-2015.
49. MINSA Sistema de Vigilancia Epidemiológica (VIGEP). 1995-2007.
50. MINSA/GRUN: Política Nacional de Salud. Nicaragua. 2007.
51. MINSA: Análisis de situación del sector salud. 2004.
52. MINSA: Cuentas Nacionales 1995/2004.
53. MINSA: Cuentas Nacionales VIH/SIDA 2000.
54. MINSA Estadísticas de servicios 2001/2005.
55. MINSA: Informe Ejecutivo Gestión de Salud 2002 - 2006. Proyecto de Extensión de coberturas.
56. MINSA: Informes de ejecución presupuestaria 2003, 2004, 2005, 2006.
57. MINSA: Presentación MAIS, Mesa sectorial. Marzo 2007.
58. MINSA-OPS/OMS: Evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública 2001.
59. OPS/OMS Guía metodológica para la caracterización de La Exclusión Social en Salud. 2006.
60. OPS/OMS: Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Nicaragua. 2a Edición 2002.
61. OPS/OMS-ASDI: Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe Serie No. 1 - Extensión de la Protección Social en Salud.
62. OPS/OMS-OIT: Iniciativa Conjunta de la OIT y La OPS sobre la Extensión de la Protección Social en Salud. Washington, D.C. 2005.

63. OPS/OMS - LACRSS: Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana.2002.
64. Rathe Magdalena, Lora Dayana, Nicaragua: Salud y Equidad, Análisis de profundidad del módulo de gasto en salud ENDESA 2001. Fundación Plenitud-USAID. Julio 2003.
65. Rosenberg Hernán, Andersson Bernt: Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. OPS/OMS-OIT. 1999.
66. SECEP Presidencia: Programa Económico-Financiero 2007-2010, Agosto 2007.
67. SECEP: Informe de la Política Social y Económica 2003, 2004, 2005, 2006.
68. SECEP: Informe del Gasto en Pobreza, 2003, 2004, 2005, 2006.
69. Seguridad Alimentaria y Nutricional y Desarrollo Humano Sostenible: Situación en Nicaragua y Centroamérica. INCAP/OPS, Febrero 2005.
70. SESPAS República Dominicana- CEDIGES / UCSD: Estudio de la Exclusión Social en Salud y de los Sistemas de Protección Social en Salud de la República Dominicana; Noviembre, 2001
71. SIECA: Base de datos de mercado externo en Centroamérica. 1994-2006.
72. SISSAN MAGFOR: Análisis de la Situación Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) – 2006.
73. SISSAN/MAGFOR Informe de la Situación Alimentaria Nutricional 2004.
74. SISSAN: Monitoreo del Costo de la Canasta Básica de Alimentos 1991-2006.
75. Sobrino Luis Jaime: Cambios en distribución espacial de la población, sistema de ciudades y crecimiento económico local 1995-2005. Nicaragua. UNFPA, INIDE, CELADE. 2007.
76. Sojo Ana: Vulnerabilidad social y políticas públicas. Serie estudios y perspectivas N° 14. CEPAL Abril 2004.
77. Sojo, Ana: "Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe", Revista de la CEPAL, N° 80 (LC/G.2204-P/E), 2003.
78. Subramanian S: A Re-scaled Version of the Foster-Greer-Thorbecke Poverty Indices based on an Association with the Minkowski Distance Function. Research Paper No. 2004/10. UNU-WIDER 2004.
79. Subramanian Savitha, Peters David, and Willis Jeffrey: How are Health Services, Financing and Status Evaluated? HNP Discussion paper November 2006. World Bank.
80. UDAPE-OPS/OMS: Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia. Octubre 2004.

MEXICO, DISTRITO FEDERAL

1. Fanon, Frantz (1979), Los condenados de la Tierra, Civilização Brasileira, Río de Janeiro.
2. Gobierno del Distrito Federal Coordinación de Planeación y Desarrollo (2001) Metodología para la determinación de los Índices de Marginación. Gobierno del Distrito Federal. México D.F.
3. Gobierno del Distrito Federal (2002) Programa de Salud 2002-2006, Secretaría de Salud del Distrito Federal. México - Ciudad de la Esperanza.
4. Instituto Nacional de Geografía, Estadísticas e Informática (INEGI) (2002).
5. Organización Panamericana de Salud (1998). Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS. Lineamientos para la elaboración de Perfiles de Sistemas de Servicios de Salud en los Países de la Región, Washington D.C.
6. Organización Panamericana de la Salud (2000) Apoyo para Planear Investigaciones sobre estrategias para extender la protección social en salud: invitación para presentar propuestas. <http://www.paho.org/rfp-ops-idrc-spa.pdf>.
7. Organización Panamericana de la Salud (2000) Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. http://www.paho.org/pano_esptexfin.pdf.
8. Organización Panamericana de la Salud (2000b) Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe. <http://www.paho.org/elementostexfinal.pdf>.
9. OPS/OMS (2003) Guía Metodológica para el diseño e implementación del diálogo social en salud, Washington D.C.
10. OPS/OMS (2001) Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud, Washington D.C.
11. Organización Panamericana de Salud. (2001) Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Protocolo de Investigación Protección Social en Salud. Washington D.C.
12. Organización Panamericana de Salud Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
13. OPS/OMS. Secretaría de Salud del Distrito Federal de México (2002). Propuesta de cooperación técnica entre la OPS y la Secretaría de Salud del Distrito Federal de México en el marco del Proyecto OPS/ASDI de expansión de la protección social en salud (EPSS).Ciudad de México, {Borrador}.
14. Representación OPS /OMS en México. (2002) Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS /OMS. Representación en México Perfil del Sistema de Salud de México. 2da. Edición. Ciudad de México.
15. Secretaria de Salud del Distrito Federal. Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial (2002) Regionalización de las Unidades Territoriales y AGEB, Bases conceptuales. Gobierno del Distrito Federal, México - Ciudad de la Esperanza.

MEXICO, ESTADO DE GUANAJUATO

1. CONAPO, 2004. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050.
2. Crecimiento demográfico en Guanajuato. <http://www.guanajuato.gob.mx> 05-04-04.
3. Secretaria de Salud de Guanajuato, Extensión Regional Operativa (ERO) 2003.
4. Rionda Luis Miguel “Guanajuato: pobreza, desarrollo desigual y comportamiento político” orion.ugto.mx/cicsug/Docs/CICSUG_Informe_trimestral_ago_nov_2001.pdf consultado el 05-04-04.
5. Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. 05-09-04.
6. Población total por entidad federativa [http://www.procomer.com/mercados TLC/oficinas](http://www.procomer.com/mercados/TLC/oficinas) 05-04-04.
7. Centro de Estudios Sociales y de Opinión pública (CESPO) Monografía de Guanajuato.
8. SSA. Plan Nacional de Salud 2000-2006.
9. Boltvinik J. Damián A .Derechos humanos y medición oficial de la pobreza en México Papeles de Población No.35 CIEP/UAEM.
10. Bessis, Sophie. “De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde”. UNESCO. París, 1995 citado en OPS “Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe” Serie No.1 Extensión de Protección Social en Salud.
11. OPS “Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe” Serie No.1 Extensión de Protección Social en Salud. Ed. 2003.
12. Behrman, Jere; Gaviria, Alejandro; y Székely Miguel en “Who’s in and who’s out. Social Exclusion in Latin America”. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington DC, 2003. cit. Ibíd. 11.
13. Bhalla A. S. y Lapeyre Frederic. “Poverty and exclusion in a global world”. Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña, 1999. cit. ibid 11.
14. Amartya. “Development as freedom” USA, 1999.cit.ibid 11.
15. Whitehead, M. “The concepts and principles of equity and health” en el International Journal of health Services, 1992; 22:429-45 y Wastgaff, A. “Poverty and health sector inequalities” en Bulletin of the World Health Organization 2002;80:97-105. cit. ibid 11.
16. “Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe” Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000. cit. ibid 11.
17. “Who’s in and who’s out. Social Exclusion in Latin America “. Editado por Jere Behrman, Alejandro cit. ibid 11.
18. Figueroa, Adolfo: “La exclusión social como una teoría de la distribución” en “Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe”. Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco.
19. Mundial-FLACSO, 2000. cit. ibid 11.

20. Boltvinik J. Damian A. Evolución y características de la pobreza en México Comercio exterior, Vol. 53, num. 6, junio 2003.
21. Dirección General de Población Unidad de Planeación e Inversión Estratégica Encuesta de Hogares sobre Migración en Guanajuato. Gobiernos del Estado 2002.
22. OPS/OMS Guía Metodológica para la caracterización de exclusión social en salud. Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Washington, D.C., 2001.
23. OPS/OMS Guía Metodológica para el Diseño e Implementación de Dialogo Social en Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Washington DC., 2003.
24. OPS “Exclusión en Salud en países de America Latina y el Caribe” Serie No.1 Extensión de Protección Social en Salud. Ed. 2003 Pág. 121.
25. OPS Perfil del Sistema de Servicios de Salud México. 2da. Edición 2002 <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddemexico-ES.pdf> 22-07-04.
26. Presidencia de la República Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, México, D.F. 2001 cit ibid 26.
27. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050.
28. Secretaria de Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas, primera edición 2003.
29. Estadísticas de la Unidad de Planeación e Inversión Estratégica, <http://copladeg.guanajuato.gob.mx/METAS>.
30. Estimaciones de COESPO basados en datos del XII Censo de Población y Vivienda, 2000.
31. Secretaria de Salud de Guanajuato Prontuario Estadístico 2003.
32. Secretaria de Salud de Guanajuato. Registro Nacional de Infraestructura en Salud. (RENIS), 2004.
33. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de los Servicios de Salud 2000 (ENSSA).
34. Secretaria de Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas, segunda edición 2003.
35. INSPEG Programa Sectorial de Salud 2001-2006.
36. SSA. Plan Nacional de Salud 2000-2006.
37. Boltvinik J. Damián A. Derechos humanos y medición oficial de la pobreza en México Papeles de Población No.35 CIEP/UAEM.
38. Secretaría de Salud (SSA Programa Nacional de Salud 2001-2006 Primera Edición México, D.F. 2001 cit ibid 26.
39. Consejo Nacional de Salud SSA Informe a la XXII Reunión Ordinaria, México D. F: Octubre de 2000, cit. ibid 26.

40. Gobierno de México Diario Oficial de la Federación (DOF). 15 de marzo de 2002 cit. ibid. 26.
41. CONAPO Índice de marginación 2000, Marginación, severidad de la pobreza y rezago sociodemográfico, capítulo 4. www.conapo.gob.mx/publicaciones/indices/pdfs/004.pdf.

MANCOMUNIDADES DE HONDURAS

1. OPS, Asdi “Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe”, Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Rivas, Torres, “Exclusión Social y Políticas Sociales”.1998.
3. Programa Acceso a Servicios de Salud “Informe de Progreso”, Tegucigalpa, Honduras, 2004.
4. Programa Acceso de Servicios de Salud “Documento del Programa, periodo 2003 - 2005” Tegucigalpa, Honduras, 2003.
5. PNUD “Informe de Desarrollo Humano, Honduras,” 2004.
6. Mancomunidades de Municipios “Análisis de Situación de Salud Según Condiciones de Vida “Mancomunidades de Municipios”, 2004.
7. Equipos de Salud de Mancomunidad de Municipios” Evaluación Anual Servicios de Salud” 2004.
8. Programa Acceso a Servicios de Salud “Informe de resultados Estadísticos de Encuesta de Hogar para la Caracterización de La Exclusión Social en Salud en Mancomunidades de municipios”, Tegucigalpa, Honduras, 2004- 2005.
9. Programa Acceso a Servicios de Salud “Ayuda memoria, taller sobre revisión y ajuste de metodología para Caracterización de la Exclusión en Salud a nivel local” Lago de Yojoa, Honduras, 2004.
10. Ochoa, Martha “Informes Exclusión Social en salud en Mancomunidades de Municipios del Norte de Choluteca y Norte de Copán” Tegucigalpa, Honduras, 2005.
11. Secretaría de Salud “documento del Plan de Salud al 2021” Tegucigalpa, Honduras, 2005.
12. Secretaría de Salud “Documento de Política Nacional de Salud periodo 2002-2006” Tegucigalpa, Honduras.
13. OPS, “Protección y Exclusión Social en Honduras”, Tegucigalpa, 2003.
14. OPS, “Exclusión Social en Salud Paraguay”, Octubre, 2003.



ANEXOS



Índice Compuesto de Exclusión en Salud, Nicaragua

Matriz No. 1

Pruebas de Validación y Consistencia Estadística para las Variables Cateóricas

No.	Nombre de Variable	Proporción de la Muestra afectada por la Variable	Unidad de Estudio	Definición	Categorías Ordinales	Descripción de la Categoría	Muestra Expandida (número de personas) ^(a)	Proporción de Personas (según Muestra Expandida)	Intervalo de Confianza al 95%		Coefficiente de Variación ^(b)
									Inferior	Superior	
1	QUINTIL	100%	Hogar	Distribución de Población por Quintil de Consumo	1 2 3 4 5	Población en el Quintil Uno (pobres)	1,150,453.8	22.4	20.43	24.44	0.05
							1,023,781.3	19.9	18.40	21.52	0.04
							1,037,032.8	20.2	18.56	21.86	0.04
							1,000,276.3	18.5	16.44	20.54	0.04
							982,953.6	18.2	16.23	19.89	0.05
2	HACINAMIENTO	100%	Hogar	Índice de Hacinamiento	1	Hacinado	1,307,469.6	35.2	33.61	37.36	0.03
						No Hacinado	3,322,369.2	37.4	35.64	39.32	0.02
3	AGUA	100%	Hogar	Acceso a Agua Potable	1	Sin Agua Potable	3,213,817.8	62.6	59.65	65.45	0.04
						Con Agua Potable	4,579,427.3	10.9	9.57	12.48	0.02
4	DESAGUE	100%	Hogar	Acceso a Desagüe	1	Sin Desagüe	4,579,427.3	89.1	87.52	90.43	0.07
						Con Desagüe	1,479,729.2	28.8	26.14	31.52	0.01
5	ENERGÍA	100%	Hogar	Existencia de Energía Eléctrica	1	Sin Luz	3,662,369.8	71.2	68.44	73.86	0.05
						Con Luz	2,550,360.1	49.8	47.67	52.22	0.02
6	EDUJEFE	99.7%	Persona	Grados de Educación del Jefe de Hogar	1	Tres Grados o menos	2,565,329.7	49.9	47.78	52.33	0.02
						Más de Tres Grados	2,456,557.0	50.5	48.09	52.87	0.02
7	EDUCONY	95.0%	Persona	Grados de Educación de la Mujer (como Jefe del Hogar o Cónyuge)	1	Tres Grados o menos	2,409,556.1	49.5	47.13	51.91	0.02
						Más de Tres Grados	3,605,244.7	70.4	68.39	72.24	0.01
8	SEXOJEFE	99.7%	Persona	Sexo del Jefe del Hogar	2	Mujer	1,519,445.1	29.6	27.76	31.61	0.03
						Hombre	1,040,151.7	20.3	18.61	21.87	0.04
9	SECTOR	39.2%	Persona	Sector Laboral al que Pertenecía el Jefe del Hogar	1 2 3	Desempleado	2,840,943.4	55.4	53.47	57.38	0.02
						Formal	1,243,694.8	24.3	22.78	25.83	0.03
						Más de una Hora (rural) y Más de Media Hora (urbano)	896,457.5	17.4	15.38	19.69	0.06
10	TSALUD	100%	Hogar	Tiempo al Establecimiento de Salud más Cercano	1 2	Menos de una Hora (rural) y Menos de Media Hora (urbano)	4,245,640.5	82.6	80.31	84.62	0.01
						Rural	2,271,071.3	44.2	40.39	48.01	0.04
11	ÁREA	100%	Hogar	Área de Residencia	2	Urbano	2,871,026.7	55.8	51.99	59.61	0.03
						Indígena	253,752.0	4.9	3.78	6.42	0.13
12	ETNIA	100%	Persona	Etnia a la que Pertenecía	2	No Indígena	4,888,346.0	95.1	93.58	96.22	0.01
						Tiene Seguro	4,501,911.3	87.8	86.80	88.79	0.01
13	SEGURO	99.8%	Persona	Existencia de Seguro de Salud	2	No Tiene Seguro	623,786.3	12.2	11.21	13.20	0.04
						Más de 4 Médicos p/1000 h.	2,615,244.1	50.9	47.61	54.10	0.03
14	MEDICO	100%	Departamento	Médicos por 1000 Habitantes	2	<=4 Médicos p/1000 h.	2,526,653.9	49.1	45.90	52.39	0.03
						>4 Médicos p/1000 h.	2,862,942.8	51.8	48.50	55.06	0.03
15	ENFERMERA	100%	Departamento	Enfermeras por 1000 Habitantes	2	<=11.8 Enfermeras p/1000 h.	2,479,155.2	48.2	44.94	51.50	0.03
						>11.8 Enfermeras p/1000 h.	2,578,877.6	50.2	46.96	53.34	0.03
16	CAMA	100%	Departamento	Camas por 1000 Habitantes	2	<=9 Camas p/1000 h.	2,563,220.4	49.8	46.66	53.04	0.03
						>9 Camas p/1000 h.	2,864,746.9	51.8	48.35	55.27	0.03
17	GPUBLICO	100%	Departamento	Gasto Público por Habitante	2	<=US\$8.4 GP p/habitante	2,477,351.1	48.2	44.73	51.65	0.04
						>US\$8.4 GP p/habitante	85,978.0	21.9	19.77	24.13	0.05
18	CONTROLPRE	7.6%	Persona	No. de Controles Prenatales	1	<=4 Controles Prenatales	307,070.2	78.1	75.87	80.23	0.01
						>4 Controles Prenatales	84,997.6	20.0	17.65	22.56	0.06
19	PARTOINS	8.3%	Persona	No. de Partos Institucionales	1	No hizo Parto Institucional	340,158.0	80.0	77.44	82.35	0.02
						Hizo Parto Institucional	689,835.9	84.2	82.03	86.18	0.01
20	ATENCIÓN	15.9%	Persona	No Buscó Atención por Distancia, Mala Calidad de Atención, Falta de Dinero o Conoce la Enfermedad	1	Cuatro Razones	129,284.8	15.8	13.82	17.97	0.07
						Otras Razones					

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

(a) Estos valores se han obtenido, expandiendo la muestra de la "Encuesta de Medición de Nivel de Vida 2005" hacia toda la población de Nicaragua en ese año, según el censo de población de 2005 (=5,142,098 personas).

(b) Valores de "coeficiente de variación" de 10% o menos, se consideran lo suficientemente buenos para confiar en las estimaciones de las variables investigadas.

Matriz No. 2
Escalamiento Óptimo para Transformar las Variables Categóricas Definitivas en Continuas^(a)

No.	Nombre de Variable	Definición	Valor Categórico Original	Categoría		Valor Transformado			
				Descripción de la Categoría	Proporción de Personas (según Muestra Expandida)	Categoría Cuantificada	Número de Observaciones Expandidas	Porcentaje ^(b)	Media y Desv. Típica ^(b)
1	QUINTIL	Distribución de Población por Quintil de Consumo	1	Quintil Uno (pobres)	22.4	-1.46	1,150,453.8	22.37	.0005 1.00000
			2		19.9	-0.51	1,023,781.3	19.91	
			3		20.2	0.14	1,037,632.8	20.18	
			4		19.5	0.75	1,005,276.3	19.55	
			5		18.0	1.41	924,953.7	17.99	
2	HACINAMIENTO	Índice de Hacinamiento	1	No Hacinado	35.2	-1.36	1,807,630.6	35.15	.0028 1.00000
			2		64.8	0.74	3,334,467.4	64.85	
3	AGUA	Acceso a Agua Potable	1	Sin Agua Potable	37.4	-1.29	1,922,280.2	37.38	-.0002 1.00000
			2		62.6	0.77	3,219,817.8	62.62	
4	DESAGÜE	Acceso a Desagüe	1	Sin Desagüe	10.9	-2.85	562,427.3	10.94	-.0004 1.00000
			2		89.1	0.35	4,579,670.7	89.06	
5	ENERGÍA	Existencia de Energía Eléctrica	1	Sin Luz	28.8	-1.57	1,479,728.2	28.78	-.0002 1.00000
			2		71.2	0.64	3,662,369.8	71.22	
6	EDUJEFE	Grados de Educación del Jefe de Hogar	1	Tres Grados o menos	49.8	-1.00	2,559,360.1	49.94	-.0007 1.00170
			2		49.9	1.01	2,585,329.7	50.06	
7	EDUCONY	Grados de Educación de la Mujer (como Jefe del Hogar o Conyuge)	1	Tres Grados o menos	50.5	-1.03	2,456,557.0	50.50	-.0076 1.02791
			2		49.5	1.03	2,409,856.1	49.50	
8	SEXOJEFE	Sexo del Jefe del Hogar	1	Mujer	70.4	-0.65	3,605,244.7	70.40	-.0016 1.00170
			2		29.6	1.54	1,519,445.1	29.60	
9	SECTOR	Sector Laboral al que Pertenecen el Jefe del Hogar	1	Desempleado Informal	20.3	-1.89	1,040,151.7	20.30	.0011 1.00170
			2		55.4	0.26	2,840,843.4	55.40	
			3		24.3	1.00	1,243,694.8	24.30	
10	TSALUD	Tiempo al Establecimiento de Salud más Cercano	1	Más de una Hora (rural) y Más de Media Hora (urbano)	17.4	-2.18	896,457.5	17.4	-.0004 1.00000
			2		82.6	0.46	4,245,640.5	82.6	
11	ÁREA	Área de Residencia	1	Rural	44.2	-1.12	2,271,071.3	44.17	-.0003 1.00000
			2		55.8	0.89	2,871,026.7	55.83	
13	SEGURO	Existencia de Seguro de Salud	1	No Tiene Seguro	87.8	-0.38	4,501,911.3	87.83	-.0062 1.00158
			2		12.2	2.68	623,786.3	12.17	
14	MEDICO	Médicos por 1000 Habitantes	1	<=4 Médicos p/1000 h.	50.9	-0.98	2,615,244.1	50.86	-.0004 1.00000
			2		49.1	1.02	2,526,853.9	49.14	
15	ENFERMERA	Enfermeras por 1000 Habitantes	1	<=11.8 Enfermeras p/1000 h.	51.8	-0.96	2,662,942.8	51.79	.0003 1.00000
			2		48.2	1.04	2,479,155.2	48.21	
16	CAMA	Camas por 1000 Habitantes	1	<=9 Camas p/1000 h.	50.2	-1.00	2,578,877.6	50.15	-.0004 1.00000
			2		49.8	1.00	2,553,220.4	49.85	
17	GPUBLICO	Gasto Público por Habitante	1	<=US\$8.4 GP p/habitante	51.8	-0.96	2,664,746.9	51.82	.0002 1.00000
			2		48.2	1.04	2,477,351.1	48.18	

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EAMIV 2005.

(a) Las variables "Etnia", "No. de Partos Institucionales" y "No. de Partos Prenatales" han sido eliminadas de los subsecuentes análisis por insuficiencia de información. La variable "No Buscó Atención" más bien refirió asistencia (respuesta).

(b) Calculado con la muestra expandida (=5,142,098 personas).

Matriz No. 3a
Matrices de Correlación de las Variables Originales

Variables	hacinam										publico									
	pobreza	hacinam	lento	agua	desague	energia	edujefe	educony	sexojefe	sector	tsalud	area	seguro	medico	enfermera	cama	gpublico			
pobreza	1.0000	0.3761	0.4330	0.2572	0.4511	0.4111	0.4111	0.4212	0.0997	0.1038	0.4481	0.2446	-0.1886	0.1911	-0.1551	0.1911	-0.1551			
hacinam	0.3761	1.0000	0.0976	0.0996	0.1107	0.1183	0.1410	0.0191	-0.0040	0.0410	0.0761	0.0761	-0.0261	0.0482	-0.0092	0.0482	-0.0092			
agua	0.4330	0.0976	1.0000	0.3576	0.5787	0.3103	0.2898	0.1544	0.1544	0.0270	0.6155	0.1989	-0.2782	0.1422	-0.2162	0.1422	-0.2162			
desague	0.2572	0.0996	0.3576	1.0000	0.3641	0.1807	0.1806	0.0733	0.0005	0.0005	0.3036	0.0993	-0.0408	0.0481	-0.0384	0.0481	-0.0384			
energia	0.4511	0.1107	0.5787	0.3641	1.0000	0.3345	0.3198	0.1625	0.1625	0.0126	0.6014	0.1995	-0.1748	0.1665	-0.1033	0.1665	-0.1033			
edujefe	0.4111	0.1183	0.3103	0.1807	0.3345	1.0000	0.6103	0.0172	0.2285	0.3627	0.1873	0.1110	-0.0964	0.1736	-0.0964	0.1736	-0.0964			
educony	0.4212	0.1410	0.2898	0.1806	0.3198	0.6103	1.0000	0.0284	0.1984	0.3259	0.1642	0.0958	-0.0958	0.1369	-0.0833	0.1369	-0.0833			
sexojefe	0.0997	0.0191	0.1544	0.0733	0.1625	-0.0172	0.0264	1.0000	-0.3712	1.0000	0.2051	0.0268	-0.0645	0.0821	-0.0525	0.0821	-0.0525			
sector	0.1038	-0.0040	0.0270	0.0005	0.0126	0.2285	0.2285	0.1984	-0.3712	1.0000	-0.0019	0.1458	-0.0274	0.0128	-0.0411	0.0637	-0.0646			
tsalud	0.2784	0.0545	0.3653	0.3024	0.4787	0.2355	0.2213	0.1145	0.0232	0.3831	0.1299	0.2205	-0.0363	0.1076	0.0155	0.1076	0.0155			
area	0.4481	0.0410	0.6155	0.3036	0.6014	0.3627	0.3259	0.2051	-0.0019	1.0000	0.2205	0.2205	-0.1580	0.2325	-0.1372	0.2325	-0.1372			
seguro	0.2446	0.0761	0.1989	0.0993	0.1995	0.1873	0.1642	0.0268	0.1458	0.2205	0.2205	1.0000	-0.0860	0.1439	-0.0822	0.1439	-0.0822			
medico	0.2779	0.0123	0.3553	0.2163	0.4202	0.2344	0.2201	0.1169	0.0161	0.3836	0.2107	0.0364	0.0364	0.4078	0.0371	0.4078	0.0371			
enfermera	-0.1886	-0.0261	-0.2782	-0.0408	-0.1748	-0.1110	-0.0958	-0.0645	-0.0274	-0.1580	-0.1580	-0.0860	1.0000	0.0511	0.7590	0.0511	0.7590			
cama	0.1911	0.0482	0.1422	0.0481	0.1665	0.1736	0.1369	0.0821	0.0128	0.2325	0.2325	0.1439	0.0511	1.0000	-0.1897	1.0000	-0.1897			
gpublico	-0.1551	-0.0092	-0.2162	-0.0384	-0.1033	-0.0964	-0.0833	-0.0833	-0.0525	-0.0411	-0.1372	-0.0822	0.7590	-0.1897	1.0000	-0.1897	1.0000			

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Matriz No. 3b
Matriz de Correlación de la Variable "No Buscó Atención" con el resto de Variables

hacinam										publico									
	pobreza	hacinam	lento	agua	desague	energia	edujefe	educony	sexojefe	sector	tsalud	area	seguro	medico	enfermera	cama	gpublico	atención	
atención	-0.0547	-0.0253	-0.0095	0.0544	0.0339	0.0200	0.0200	0.0199	0.0164	-0.0223	0.1457	0.0591	-0.0214	0.0386	0.0973	0.0564	0.1454	1.0000	

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Matriz No. 4
Matriz de Factores Rotados (*Rotated Component Matrix*) con las Variables Transformadas

Dimensión	Variables	Componentes Principales ^(a)					Variabilidad (Comunalidad)
		1	2	3	4	5	
1	Existencia de Energía Eléctrica	0.7695	-0.0893	0.2136	0.1488	-0.0647	67.2%
	Acceso a Agua Potable	0.7238	-0.2571	0.1756	0.1258	-0.0528	63.9%
	Área de Residencia	0.7039	-0.1305	0.3279	0.1144	-0.0891	64.1%
	Tiempo al Establecimiento de Salud más Cercano	0.6927	0.0906	0.0524	0.0288	-0.0108	49.2%
	Acceso a Desagüe	0.6315	0.0304	-0.0987	0.0824	-0.0180	41.7%
2	Gasto Público por Habitante	0.0009	0.9272	-0.1259	-0.0160	0.0166	87.6%
	Enfermeras por 1000 Habitantes	-0.1279	0.9221	0.0709	-0.0516	0.0109	87.4%
3	Camas por 1000 Habitantes	-0.0517	-0.0433	0.8459	0.0291	-0.0965	73.0%
	Médicos por 1000 Habitantes	0.3933	0.1380	0.6781	-0.0309	-0.0637	63.8%
	Existencia de Seguro de Salud	0.1276	-0.0943	0.4072	0.1766	0.0891	23.0%
4	Índice de Hacinamiento	-0.0599	0.0425	-0.0786	0.8303	-0.1748	73.2%
	Población por Quintil de Consumo	0.4167	-0.1380	0.2260	0.6473	0.0053	66.3%
	Grados de Educación del Cónyuge	0.3407	-0.0543	0.2602	0.5262	0.3563	59.1%
	Grados de Educación del Jefe de Hogar	0.3511	-0.0667	0.2959	0.4615	0.3871	57.8%
5	Sector Laboral al que Perteneces el Jefe del Hogar	-0.0481	-0.0100	0.0163	0.0249	0.8235	68.2%
	Sexo del Jefe del Hogar	0.1684	-0.0539	0.1089	0.0792	-0.7461	60.6%
Valor de la Medida de Adecuación "Kaiser-Meyer-Olkin" =0.77							
Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.							
La rotación ha convergido en 5 iteraciones.							
(a) Un criterio de "buena convergencia" es cuando la carga factorial de las variables en cada componente principal, es igual o mayor a 0.4 (debido al número de observaciones).							
Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.							

Matriz No. 5
Matriz de Coeficientes para el Cálculo de las Puntuaciones Factoriales
(Component Score Coefficient Matrix)

Dimensión	Variables	Componentes Principales				
		1	2	3	4	5
1	Existencia de Energía Eléctrica	0.2716	0.0073	-0.0270	-0.0521	-0.0223
	Acceso a Agua Potable	0.2536	-0.0908	-0.0453	-0.0658	-0.0127
	Área de Residencia	0.2198	-0.0190	0.0723	-0.0764	-0.0381
	Tiempo al Establecimiento de Salud más Cercano	0.3061	0.0940	-0.1121	-0.1068	0.0190
2	Acceso a Desagüe	0.2967	0.0569	-0.2142	-0.0433	0.0085
	Gasto Público por Habitante	0.0863	0.5136	-0.0737	0.0427	0.0039
	Enfermeras por 1000 Habitantes	-0.0091	0.5048	0.0992	0.0211	-0.0032
	Camas por 1000 Habitantes	-0.2174	-0.0106	0.6177	-0.0459	-0.0715
3	Médicos por 1000 Habitantes	0.0461	0.1109	0.4100	-0.1503	-0.0267
	Existencia de Seguro de Salud	-0.0633	-0.0306	0.2466	0.0541	0.0459
	Índice de Hacinamiento	-0.1692	0.0596	-0.1240	0.6490	-0.1890
	Población por Quintil de Consumo	0.0150	-0.0178	0.0072	0.3712	-0.0361
4	Grados de Educación del Cónyuge	0.0152	0.0158	0.0595	0.2653	0.1968
	Grados de Educación del Jefe de Hogar	0.0249	0.0068	0.0890	0.2089	0.2227
	Sector Laboral al que Perteneces el Jefe del Hogar	0.0046	-0.0150	0.0147	-0.0479	0.5270
	Sexo del Jefe del Hogar	0.0040	-0.0072	0.0380	0.0802	-0.4812

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. Puntuaciones Factoriales.

Matriz No. 6

Coefficientes de las Variables y Puntos de Corte de Cada Variable (S^{*}) y de Cada Dimensión (Z)

Dimensión	Variable	Mejor Valor Transformado ^(a)	Pesos ^(b)	S [*]	Z Global
		(1)	(2)	(3) = (1) x (2)	(4)=(suma de (3))
1	Existencia de Energía Eléctrica	0.64	0.2716	0.1738	0.4748
	Acceso a Agua Potable	0.77	0.2536	0.1953	
	Área de Residencia	0.89	0.2198	0.1957	
	Tiempo al Establecimiento de Salud más Cercano	0.46	0.3061	0.1408	
	Acceso a Desagüe	0.35	0.2967	0.1039	
2	Gasto Público por Habitante	1.04	0.0863	0.0897	-0.0094
	Enfermeras por 1000 Habitantes	1.04	-0.0091	-0.0094	
3	Camas por 1000 Habitantes	1.00	-0.2174	-0.2174	0.0470
	Médicos por 1000 Habitantes	1.02	0.0461	0.0470	
	Existencia de Seguro de Salud	2.68	-0.0633	-0.1696	
4	Índice de Hacinamiento	0.74	-0.1692	-0.1252	0.0021
	Población por Quintil de Consumo	0.14	0.0150	0.0021	
	Grados de Educación del Cónyuge	1.03	0.0152	0.0157	
	Grados de Educación del Jefe de Hogar	1.01	0.0249	0.0251	
5	Sector Laboral al que Perteneces el Jefe del Hogar	0.26	0.0046	0.0012	0.0062
	Sexo del Jefe del Hogar	1.54	0.0040	0.0062	

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

(a) Son los mismos valores de la última columna de la Matriz No 2.

(b) Son los valores de la primera componente principal de la Matriz No 5

Matriz No. 7

Ordenamiento de las Variables Explicativas del Índice de Exclusión

Dimensión	Variable	Pesos ^(a)	Análisis de las Dimensiones			Análisis de las Variables			
			Suma de Pesos en C/Dimensión (en valores absolutos)	Importancia porcentual de la Dimensión	Orden de Importancia de la Dimensión	Importancia Porcentual de C/Variable en C/Dimensión	Importancia Porcentual de C/Variable en todas las Dimensiones	Orden de Importancia de C/Variable	Tipo de Causa
1	Existencia de Energía Eléctrica	0.2716	1.3479	67.30%	1	20.15%	13.56%	3	EXTERNA
	Acceso a Agua Potable	0.2536				18.81%	12.66%	4	EXTERNA
	Área de Residencia	0.2198				16.31%	10.98%	5	EXTERNA
	Tiempo al Establecimiento de Salud más Cercano	0.3061				22.71%	15.29%	1	INTERNA
	Acceso a Desagüe	0.2967				22.01%	14.82%	2	EXTERNA
2	Gasto Público por Habitante	0.0863	0.0953	4.76%	4	90.49%	4.31%	8	INTERNA
	Enfermeras por 1000 Habitantes	-0.0091				9.51%	0.45%	14	INTERNA
3	Camas por 1000 Habitantes	-0.2174	0.3268	16.32%	2	66.52%	10.85%	6	INTERNA
	Médicos por 1000 Habitantes	0.0461				14.11%	2.30%	10	INTERNA
	Existencia de Seguro de Salud	-0.0633				19.37%	3.16%	9	INTERNA
4	Índice de Hacinamiento	-0.1692	0.2242	11.20%	3	75.46%	8.45%	7	EXTERNA
	Población por Quintil de Consumo	0.0150				6.67%	0.75%	13	EXTERNA
	Grados de Educación del Cónyuge	0.0152				6.78%	0.76%	12	EXTERNA
	Grados de Educación del Jefe de Hogar	0.0249				11.08%	1.24%	11	EXTERNA
	Sector Laboral al que Pertenecía el Jefe del Hogar	0.0046				53.17%	0.23%	15	EXTERNA
5	Sexo del Jefe del Hogar	0.0040	0.0086	0.43%	5	46.83%	16	EXTERNA	
				100.00%		100.00%			

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMINV 2005.

(a) Son los valores de la primera componente principal del Anexo 5

Matriz No. 8a: Resultados del Índice de Exclusión a nivel Nacional

Categoría de Exclusión	Estimado	Error Estándar	Intervalo de Confianza		Coeficiente de Variación
			Inferior	Superior	
1.00 excluido	57.7%	1.6%	54.7%	60.7%	2.7%
2.00 no excluido	42.3%	1.6%	39.3%	45.3%	3.7%
Total	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Matriz No. 8b: Resultados del Índice de Exclusión por Área de Residencia

Área de residencia	Estimado	Error Estándar	Intervalo de Confianza 95%		Coeficiente de Variación
			Inferior	Superior	
1.00 rural	1.00 excluido	94.7%	93.0%	96.1%	0.8%
	2.00 no excluido	5.3%	3.9%	7.0%	14.6%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
2.00 urbano	1.00 excluido	28.9%	26.3%	31.5%	4.6%
	2.00 no excluido	71.1%	68.5%	73.7%	1.9%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Matriz No. 8c: Resultados del Índice de Exclusión a Nivel Regional

Región de residencia	Estimado	Error Estándar	Intervalo de Confianza		Coeficiente de Variación
			Inferior	Superior	
1.00 managua	1.00 excluido	43.7%	38.8%	48.8%	5.8%
	2.00 no excluido	56.3%	51.2%	61.2%	4.5%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
2.00 pacífico urbano	1.00 excluido	14.6%	11.8%	17.8%	10.4%
	2.00 no excluido	85.4%	82.2%	88.2%	1.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.00 pacífico rural	1.00 excluido	89.4%	84.8%	92.3%	2.3%
	2.00 no excluido	10.6%	7.2%	15.2%	19.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
4.00 central urbano	1.00 excluido	14.9%	10.8%	20.2%	15.9%
	2.00 no excluido	85.1%	79.8%	89.2%	2.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
5.00 central rural	1.00 excluido	95.4%	92.9%	97.1%	1.1%
	2.00 no excluido	4.6%	2.9%	7.1%	23.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
6.00 atlántico urbano	1.00 excluido	76.4%	67.7%	83.4%	5.3%
	2.00 no excluido	23.6%	16.6%	32.3%	17.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%
7.00 atlántico rural	1.00 excluido	98.7%	97.0%	99.5%	0.6%
	2.00 no excluido	1.3%	0.5%	3.0%	45.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Matriz No. 8d: Resultados del Índice de Exclusión por Niveles de Pobreza

Categoría de Exclusión		Pobreza 2005			
		Pobre extremo	Pobre no extremo	No pobre	Total
1.00 excluido	% dentro exclusion	25.4%	35.5%	39.1%	100.0%
	Estimado	1.2%	1.1%	1.4%	0.0%
	Error Estándar	23.1%	33.3%	36.4%	100.0%
	Intervalo de Confian.	27.9%	37.7%	41.8%	100.0%
2.00 no excluido	% dentro pobreza	4.8%	3.2%	3.5%	0.0%
	Estimado	84.2%	65.3%	44.1%	57.7%
	Error Estándar	2.3%	2.1%	1.6%	1.6%
	Intervalo de Confian.	79.1%	61.0%	40.9%	54.7%
3.00 no excluido	% dentro exclusion	2.8%	3.3%	3.6%	2.7%
	Estimado	6.5%	25.7%	67.8%	100.0%
	Error Estándar	1.0%	1.4%	1.8%	0.0%
	Intervalo de Confian.	4.8%	23.0%	64.1%	100.0%
4.00 no excluido	% dentro pobreza	15.1%	5.6%	2.7%	0.0%
	Estimado	15.8%	34.7%	55.9%	42.3%
	Error Estándar	2.3%	2.1%	1.6%	1.6%
	Intervalo de Confian.	11.7%	30.6%	52.8%	39.3%
5.00 no excluido	% dentro exclusion	20.9%	39.0%	59.1%	45.3%
	Estimado	14.8%	6.2%	2.9%	3.7%
	Error Estándar	17.4%	31.4%	51.2%	100.0%
	Intervalo de Confian.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Matriz No. 9a: Resultados del Índice de Exclusión a nivel Nacional

Medida de Exclusión	Estimado	Error Estándar	Intervalo de Confianza 95%		Coeficiente de Variación
			Inferior	Superior	
brecha de exclusión profundidad de exclusión	2.27	0.07	2.13	2.40	0.03
	8.81	0.42	7.97	9.64	0.05

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Matriz No. 9b: Resultados del Índice de Exclusión por Área de Residencia

Área de Residencia	Medida de Exclusión	Estimado	Error Estándar	Intervalo de Confianza 95%		Coeficiente de Variación
				Inferior	Superior	
1.00 rural	brecha de exclusión	2.85	0.06	2.68	3.01	0.03
	profundidad de exclusión	11.78	0.55	10.70	12.86	0.05
2.00 urbano	brecha de exclusión	0.77	0.04	0.69	0.85	0.05
	profundidad de exclusión	1.19	0.11	0.98	1.41	0.09

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Matriz No. 9c: Resultados del Índice de Exclusión a Nivel Regional

Región de Residencia	Medida de Exclusión	Estimado	Error Estándar	Intervalo de Confianza 95%		Coeficiente de Variación
				Inferior	Superior	
1.00 managua	brecha de exclusión	0.70	0.07	0.55	0.85	0.11
	profundidad de exclusión	1.17	0.26	0.66	1.69	0.22
2.00 pacifico urbano	brecha de exclusión	0.70	0.08	0.56	0.85	0.11
	profundidad de exclusión	0.99	0.17	0.66	1.33	0.17
3.00 pacifico rural	brecha de exclusión	1.88	0.14	1.61	2.15	0.07
	profundidad de exclusión	6.09	0.84	4.43	7.75	0.14
4.00 central urbano	brecha de exclusión	1.07	0.09	0.89	1.24	0.08
	profundidad de exclusión	1.81	0.27	1.29	2.34	0.15
5.00 central rural	brecha de exclusión	2.85	0.11	2.63	3.08	0.04
	profundidad de exclusión	11.13	0.72	9.72	12.54	0.06
6.00 atlántico urbano	brecha de exclusión	1.30	0.09	1.12	1.48	0.07
	profundidad de exclusión	2.52	0.30	1.93	3.11	0.12
7.00 atlántico rural	brecha de exclusión	4.29	0.15	4.00	4.58	0.03
	profundidad de exclusión	21.53	1.20	19.17	23.89	0.06

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

Matriz No. 9d: Resultados del Índice de Exclusión por Niveles de Pobreza

Pobreza 2005	Medida de Exclusión	Estimado	Error Estándar	Intervalo de Confianza 95%		Coeficiente de Variación
				Inferior	Superior	
1.00 Pobre extremo	brecha de exclusión	3.11	0.11	2.89	3.33	0.04
	profundidad de exclusión	13.39	0.79	11.83	14.94	0.06
2.00 Pobre no extremo	brecha de exclusión	2.57	0.09	2.39	2.75	0.04
	profundidad de exclusión	10.35	0.56	9.25	11.45	0.05
3.00 No pobre	brecha de exclusión	1.44	0.06	1.31	1.57	0.04
	profundidad de exclusión	4.43	0.34	3.76	5.10	0.08

Fuente: Elaboración de Juan Rocha en base a la EMNV 2005.

ANEXO 2

CENSO aplicado en el Distrito Federal de México

Los objetivos generales del censo fueron:

1. Conocer el número de individuos y/o familias por Unidad Territorial de Muy Alta y Alta Marginación que no cuentan con Seguridad Social y que son susceptibles de incluirse en el PSMMG
2. Identificar su percepción sobre:
 - Su salud
 - utilización de los servicios médicos en el primer y segundo nivel de atención, así como urgencias
 - obstáculos geográficos para su acceso
 - obstáculos económicos en el acceso a un tratamiento requerido
 - Surtimiento de medicamentos
 - Trato recibido en las unidades de salud
 - Enfermedades crónico-degenerativas y sobre su control
 - Vacunación en menores de 5 años
 - Control prenatal
 - Mortalidad en el último año

Con la información resultante del censo se pretende:

1. Tomar decisiones específicas en las unidades de salud para mejorar la calidad y el trato que se brinda en los servicios así como responder ampliamente a las necesidades específicas de atención que requiere la población al nivel de unidad territorial.
2. Abatir los obstáculos de falta de información y culturales –de la población elegible que no utiliza los servicios de salud- y que habita en las U.T's de Muy Alta y Alta Marginación.
3. Contar con información que reoriente las acciones de promoción de la participación y organización de la población en torno a su salud.

Paralelamente al levantamiento del censo, se instrumentó una estrategia de información sobre el PSMMG a las familias carentes de seguridad social, capitalizando el esfuerzo de visitar casa por casa las 480 UT de muy alta y alta marginalidad.

Con esta estrategia se promovió el PSMMG a través de informar a las familias elegibles -no derechohabiente a la seguridad social contributiva- y que aún no estaban inscritas en el padrón del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la SSDF, sobre los servicios de salud que brinda el GDF a través de la SSDF, sobre el programa, los requisitos y las unidades de salud mas cercanas a sus domicilios así como horarios de atención.

• **UNIVERSO DE TRABAJO**

El Censo se levantó a todas las familias habitantes de las 480 Unidades Territoriales de Muy Alta y Alta Marginación, aproximadamente 880,385 familias (dato obtenido a partir de la población que habita dichas Unidades Territoriales, entre 4.02 miembros por familia). Y el cuestionario se aplicó al Jefe o Jefa de Familia o cualquier persona responsable mayor de 16 años residente en el domicilio.

• **PERSONAL OPERATIVO**

El censo fue aplicado por el personal del Programa de Educación para la Salud Familiar que consta de 1200 educadoras para la salud, 95 capacitadores en servicio y 19 coordinadores regionales, adscrito en las 16 Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal.

• **TIEMPO DEL LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Del 13 de Octubre de 2003 al 29 de abril del 2004.

• **PREVIO A LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

Se realizó una capacitación a los 19 Coordinadores Regionales y a los 95 Capacitadores para que ellos transmitieran la información a las Educadoras; sobre el formato del censo, tiempo de aplicación y condiciones del levantamiento del mismo. Cada educadora cuenta con un mapa de la unidad territorial en cuestión; y realizó un manzaneo del mismo a través del cual fue numerando las viviendas encontradas.

• **PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL LEVANTAMIENTO DEL CENSO**

- Visitar el domicilio seleccionado, en caso de no encontrar a algún miembro de la familia que pueda contestar el cuestionario, visitar el domicilio por lo menos en cuatro ocasiones en distintos horarios. La segunda visita se realizará el mismo día que realizó la primera, aprovechando que se encuentra en la zona, sólo que en distinto horario. La cuarta se realizará en sábado.
- Preguntar por alguna persona mayor de edad en el domicilio.
- Saludar y explicar el motivo de la visita.

En la parte superior contiene:

- Nombre de la encuesta.
- Identificación de la institución
- Domicilio (vialidad, nombre de la vialidad, número exterior, numero interior)
- Recuadro superior derecho donde debe anotarse: colonia, delegación, número de unidad territorial, y el número de manzana y número de vivienda, según los mapas con los que ya cuenta la educadora.

Municipios con incidencia baja de exclusión (<15%)				Municipios con incidencia media de exclusión (15%-25%)			Municipios con alta incidencia de exclusión (25%-50%)			Municipios con muy alta incidencia de exclusión (> 50%)			
Nombre	Pobl.	Pobl excl Mediana	Nombre	Pobl.	Pobl excl Mediana	Nombre	Pobl.	Pobl excl. Mediana	Nombre	Pobl.	Nombre	Pobl.	Pobl excl. Mediana
Celaya	382.958	28.702.5	Acambaro	110.718	22.143,6	Abasolo	79.093	29.659,85	Atarjea	5.198		5.198	3.898,5
Guanajuato	141.196	10.582.5	Allende	134.880	2.697,6	Comonfort	67.642	25.365,5	Doctor Mora	19.943		19.943	14.957,25
Irapuato	440.134	32.988.0	Apaseo Alto	56.817	11.363,4	Coroneo	10.347	3.880,1	Jerécuaro	55.311		55.311	41.483,25
León	1.134.842	85.056.5	Apaseo Grande	68.738	13.747,6	Cuerárnaro	25.610	960,35	Ocampo	20.984		20.984	15.738
Moroleón	47.132	3.532.5	Cortazar	81.359	16.271,8	Dolores Hidal	128.994	48.372,75	Sn Diego dela U.	34.088		34.088	25.566
Salamanca	226.654	16.987.5	Jaral del Progreso	31.803	6.360,6	Huanimaro	19.693	7.384,85	Santa Catarina	4.533		4.533	3.399,75
San Fco.	65.183	4.885.5	Purís. del Rincón	44.778	8.955,6	Manuel Dobia	38.309	14.365,85	Tierra Blanca	14.515		14.515	10.886,25
Uriangato	52.931	3.967.0	Salvatierra	94.558	18.911,6	Penjamo	144.426	54.159,75	Victoria	17.764		17.764	13.323
			Silao	134.337	26.867,4	Pueblo Nuevo	10.398	3.899,25	Xichú	11.323		11.323	8.492,25
			Tarandacuao	11.583	2.316,6	Romita	51.825	19.434,35					
			Villagrán	45.941	9.188,2	San Felipe	95.359	35.759,6					
						San José Iturbí	54.661	20.497,85					
						San Luis dela P	96.729	36.273,35					
						Sta. Cruz de Ju	65.479	24.554,6					
						Santiago Marav	7.151	2.681,6					
						Tarimoro	37.418	14031,75					
						Valle de Sant	130.821	49.057,85					
						Yuriria	73.820	27.682,5					
Total	2.491.030	186.702		694.120	138.824		1.019.367	418.021,7				183.659	137.744,3
Pobl total del estado	4.388.176												
Pobl excluida	881.292												
% Pobl excluida	20,3%												

Fuente: Censo 2000 Disponible en <http://www.municipios.com.mx/guanajuato/mexico-11.html>

*Municipios agrupados por método de cluster según nivel de exclusión

ANEXO 4

Secretaría de Salud de Honduras

Programa “Acceso a Servicios de Salud con Equidad y Administración Descentralizada”

Proyecto Regional ASDI/OPS

Caracterización de la Exclusión Social en Salud

Encuesta para ser aplicada al Hogar

I. Datos Generales

fecha _____ Comunidad _____

Municipio _____ Departamento _____

Entrevistado _____ Edad _____ Sexo _____ Parentesco _____

Jefe de Familia _____ Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Escolaridad _____ Etnia a que pertenece _____

II. Estructura de Familia

1) Cuántas personas viven en esta casa?

Nº	Edad	Años	Meses
----	------	------	-------

Sexo	F	M
------	---	---

Parentesco

1	Jefe de Familia
---	-----------------

2	
---	--

3	
---	--

4	
---	--

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

Estructura Económica de la Familia

1) De las personas que viven en la casa cuántas trabajan

Numero _____

2) Tipo de trabajo

Asalariado _____ Jornalero _____ Independiente _____

3) De estas personas que viven en su casa, cuántas tienen algún seguro médico?

No de Personas _____ Ninguna _____

4) Promedio de Ingreso mensual de la Familia

0-1,200.00

1,200.00-3,000.00

3,000.00-5,000.00

5,000.00-10,000.00

>10,000.00

5) Necesidades básicas insatisfechas

Vivienda Paredes de desecho Sin agua dentro de la propiedad Sin disposición
adecuada de excretas Hacinamiento

(Mas de 3 personas por dormitorio)

Educación Niños de 6-12 años que no asisten a la escuela

Carga económica

Más de 3 dependientes por ocupado

Menos de 3 dependientes por ocupado

III. Acceso a Servicios de Salud

1) Se ha enfermado o accidentado alguien de la familia en los últimos 6 meses?

Si No Cuanto

2) Si se enfermó consultó a alguien para tratar su problema?

Si No

3) Si consultó a dónde acudió?

Hospital Clínica materna

CESAMO Clínica privada

CESAR Curandero

Clínica emergencia Guardián de salud

Otro Especifique

4) Quien lo Atendió

Medico_____

Curandero_____

Enfermera_____

Guardián de salud_____

Auxiliar de enfermería_____

Farmacéutico_____

5) Cuánto tardó en llegar al servicio de salud?

Menos de 1 hora

Más de 1 hora

6) Qué medio de transporte utilizó para llegar al servicio de salud?

Autobús o taxi

Ambulancia

a pie

Caballo

Carro particular

Otro

Especifique

7) Si no consulto porque no lo hizo?

Por falta de dinero

Por falta de tiempo

Por horario de atención

No cree en el servicio

Mala atención

Muy lejos

Falta transporte

Marido no quiere

Otro

Especifique

8) Alguna mujer de la familia tuvo un parto en los ultimos 12 meses?

Si _____ No _____

9) Dónde fue atendido?

Hospital Casa

Clínica materna Otro Especifique

10) Controles Prenatales

No _____

11) Si no acude a controles, por qué no lo hace?

Por falta de dinero No le atienden

Porque le da pena No hay medicinas

Muy lejos Otro

Marido no quiere Especifique

Falta de transporte

12) Tiene su carnet de vacunas (mostrar)

Si No

13) Los niños menores de 2 años cuentan con las siguientes vacunas? (verificar en carnet):

Tipo de vacuna dosis

1 2 3

Sabin / Penta

SRP

14) Si el niño no está vacunado o no tiene su esquema completo, cuál es el motivo?

No hay vacuna

No le gusta vacunar

No cree en las vacunas

No le han visitado

Falta de dinero

Muy lejos

Otros Especifique

15) Hay alguna persona discapacitada en la casa?

Si No Tipo de discapacidad

16) Se ha enfermado o accidentado en los últimos 6 meses?

Si No

17) Si se enfermó consultó a alguien para tratar su problema?

Si No

18) Si consultó a dónde acudió?

Hospital Clínica materna

CESAMO Clínica privada

CESAR Curandero

Clínica emergencia Guardián de salud

Otro Especifique

19) Quien lo Atendió

Medico _____ Curandero _____

Enfermera _____ Guardián de salud _____

Auxiliar de enfermería _____

Farmacéutico _____

20)Cuánto tardó en llegar al servicio de salud?

Menos de 1 hora

Más de 1 hora

21)Qué medio de transporte utilizó para llegar al servicio de salud?

Autobús o taxi

Ambulancia

a pie

Caballo

Carro particular

Otro

Especifique

22)Si no consulto porque no lo hizo?

Por falta de dinero

Por falta de tiempo

Por horario de atención

No cree en el servicio

Mala atención

Muy lejos

Falta transporte

Marido no quiere

Otro

Especifique

23)Esta recibiendo alguna atención especial

Si _____

No _____

Cual _____

IV. Gasto Directo en Salud Familiar

1) En los últimos seis meses ha tenido gastos para resolver algún problema de salud?

Si _____

No _____

2) Qué cantidad de dinero por tipo de gasto?

Transporte

Pago consulta

Medicamento

Alimentación

Alojamiento

Otros Especifique__

Total

Infraestructura de Salud

Mancomunidad

Departamento

Fecha

V. Datos por municipio

Municipio:

Unidad de salud	No.	Recursos humanos	No.	No. Camas x 10,000 hab.
No. Infraestructura de Salud				

Mancomunidad

Departamento

Unidades de salud	No.	Recursos Humanos	No.	No. De camas por 10,000 hab.

Públicas

Hospitales Médicos

CESAMOS Enfermeras profesionales

CESARES Auxiliares de enfermería

Clínicas emergencia T.S.A.

Clínicas maternas Auxiliares de T.S.A.

UCOS Odontólogos

Privadas Motoristas

Hospitales Médicos

Clínicas maternas Enfermeras profesionales

Auxiliares de enfermería



Asdi



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



9 789275 329573

